

---

21  
22 Noviembre  
2012



Hospital  
Obispo  
Polanco

Comisión de  
Formación  
Continuada e  
Investigación

Sector  
Teruel

# VII Jornadas Científicas



**Hospital General Obispo Polanco**

**Servicio Aragonés de Salud**

**Teruel**

**VII Jornadas Científicas**

21 y 22 de Noviembre

**2012**  
**(7ª Edición)**

Los datos contenidos en los resúmenes de las comunicaciones científicas y pósters han sido recopilados con el máximo cuidado. La comisión de Investigación y Docencia no puede hacerse responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de cualquier error en el texto que haya podido pasar inadvertido.

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. TERUEL.

7ª Edición 2012

ISBN: 978-84-695-5394-7

Depósito legal: TE 160-2012

Autores: Comité Organizador y Científico.

Editor: Asociación "Laín Entralgo"

Composición y maquetación: Jesús Montón Barea

## **Hospital Obispo Polanco**

### **Libro de Resumen de Comunicaciones Científicas Pósters y Ponencias**

#### ***Organiza:***

**Hospital “Obispo Polanco” de Teruel  
Comisión de Formación Continuada e Investigación  
Asociación “Laín Entralgo”**

#### ***Colabora:***

**Diputación Provincial de Teruel  
Colegio Oficial de Enfermería  
Colegio Oficial de Médicos**

**Almirall, Gilead Sciences, Izasa, Janssen, MSD, Smith & Nephew.**

#### ***Comité Organizador y Científico:***

**M<sup>a</sup> Ángeles Camacho Ballano  
Laura Gómez Gómez  
Paloma González García  
Enrique Orea Castellano  
Concha Thomson Llisterri  
Ana Cristina Utrillas Martínez  
Juana M<sup>a</sup> Vicario Bermúdez**

**Milagros Díaz García  
Antonio Gascón Mariño  
Matilde Martínez Martínez  
Concepción Valdovinos Mahave  
M<sup>a</sup> Dolores Yago Escusa**

#### ***Secretaria Técnica:***

**M<sup>a</sup> José Bellido Galve**

## Ponencias y Conferencias

### ► Mesa redonda 1.

#### ***Gestión clínica actual de la Hepatitis B.***

Moderadora:

Dra. Maria Coloma Juyol Rodrigo. Medico adjunto internista. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Ponentes:

- Dra. Piedad Arazo Garcés. Jefa de Servicio de la Unidad de Infecciosas del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- Dr. Candido Hernández López. Especialista en Farmacología Clínica. Departamento Medico. Gilead Sciences.
- Dr. Miguel Ángel Simón Marco. Jefe de Sección de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### ► Mesa redonda 2.

#### ***Transfusiones sanguíneas: Indicaciones, autotransfusión y alternativas a la misma.***

Moderador:

Dr. Nicolás González Gómez. Jefe de Sección Hematología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Ponentes:

- Dra. Victoria Paz González. Hematóloga. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- Dra. Pilar Moreno del Castillo. Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.
- Dr. José Antonio Moreno Chulilla. Hematólogo. Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### ► Conferencia de Clausura.

#### ***Parto humanizado.***

- Dña. Pilar Tregón Martín. Matrona. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

## Índice de Comunicaciones Orales y Pósters

<i>¿Metástasis o primario? El difícil diagnóstico del adenocarcinoma de colon productor de alfa-fetoproteína .....</i>	10
<i>Efectividad analgésica de cloruro mórfico subcutáneo versus citrato de fentanilo sublingual, como tratamiento de rescate en el dolor agudo postintervención quirúrgica de prótesis total de rodilla .....</i>	11
<i>¿Son realmente dañinas las prótesis P.I.P? A propósito de dos casos .....</i>	12
<i>Enfermedad celiaca: Imagen endoscópica .....</i>	13
<i>Páncreas ectópico: Imagen endoscópica .....</i>	14
<i>Melanosis pustulosa transitoria del recién nacido .....</i>	15
<i>Implantación de un Plan de Comunicación dentro de un Programa de mejora de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos .....</i>	16
<i>Retraso ponderoestatural severo .....</i>	17
<i>Sepsis grave y shock séptico en España. Estudio ABISS – Edusepsis .....</i>	18
<i>Tuberculosis ganglionar .....</i>	19
<i>Estudio comparativo de la composición corporal por impedancia bioeléctrica entre varones con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y familiares sanos .....</i>	20
<i>Síndrome Antifosfolípido Primario y Anemia Hemolítica Autoinmune. ....</i>	21
<i>Endocarditis sobre anuloplastia tricuspídea y cable de marcapasos por S. Hominis .....</i>	22
<i>Tiroiditis de Quervain .....</i>	23
<i>Síndrome de Leri- Weill .....</i>	24
<i>Hepatitis granulomatosa: sarcoidosis .....</i>	25
<i>Estudio de las características de la infección S. Aureus. Diferencias entre atención primaria y hospitalización .....</i>	26
<i>Elastofibroma Dorsi. A propósito de un caso .....</i>	27
<i>Derrame Pericárdico Crónico de larga evolución en Urgencias .....</i>	28
<i>Aplicabilidad de los Criterios Recist 1.1 en las Neoplasias Pulmonares .....</i>	29
<i>Enfisema gástrico benigno. A propósito de un caso .....</i>	30

<i>Esofagitis Eosinofílica en nuestro medio.....</i>	<i>31</i>
<i>Cambios en el grado de satisfacción de los pacientes en la Endoscopia Digestiva tras la implementación de la Sedación.....</i>	<i>32</i>
<i>Nódulo y Cáncer Diferenciado de Tiroides.....</i>	<i>33</i>
<i>Prueba de Suero Autólogo para diagnóstico de Urticaria Crónica.....</i>	<i>34</i>
<i>Eritrodermia severa por alergia a Pseudoefedrina.....</i>	<i>35</i>
<i>RM de rodilla: correlación artroscópica en nuestro centro.....</i>	<i>36</i>
<i>Cardiopatía Hipertensiva en fase miopática.....</i>	<i>37</i>
<i>Adenomatosis hepática. A propósito de un caso.....</i>	<i>38</i>
<i>Diagnóstico por imagen del retinoblastoma: A propósito de un caso.....</i>	<i>39</i>
<i>Neuroblastoma retroperitoneal pediátrico. Correlación radio-patológica.....</i>	<i>40</i>
<i>Tratamiento Inmunosupresor en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en nuestro medio.....</i>	<i>41</i>
<i>Actinomiosis perineo-glútea Y Adenocarcinoma de Colon.....</i>	<i>42</i>
<i>Picadura de escorpión en Urgencias.....</i>	<i>43</i>
<i>Enfermedad o Síndrome de Mondor.....</i>	<i>44</i>
<i>Edema de Quincke, a propósito de un caso.....</i>	<i>45</i>
<i>Adenocarcinoma endometriode sincrónico de útero y ovario.....</i>	<i>46</i>
<i>¿Apendicitis aguda? No, Linfoma intestinal.....</i>	<i>47</i>
<i>Obstrucción aorto-iliáca o Síndrome de Leriche.....</i>	<i>48</i>
<i>Polineuropatía inflamatoria-Síndrome de Guillain Barré.....</i>	<i>49</i>
<i>Enfermedad de Crohn con debut apendicular.....</i>	<i>50</i>
<i>Tratamiento laparoscópico de quiste de meso-sigma.....</i>	<i>51</i>
<i>Tratamiento conservador del vólvulo de sigma.....</i>	<i>52</i>

<i>Terapia de presión negativa ambulatoria con sistema PICO® en pared abdominal.....</i>	<i>53</i>
<i>Gastritis Enfisematosa.....</i>	<i>54</i>
<i>Adaptación de la Guía Farmacoterapéutica de un Hospital sociosanitario a pacientes con disfagia.....</i>	<i>55</i>
<i>Taller de Mandalas en la UCE.....</i>	<i>56</i>
<i>Traumatismo cervical, importancia del diagnostico precoz. A propósito de un caso.....</i>	<i>57</i>
<i>Recuperadores hemáticos postoperatorios en artroplastia primaria de rodilla: eficacia y seguridad.....</i>	<i>58</i>
<i>Lesiones deportivas asociadas al esquí y snowboarding tratadas en el Servicio de Urgencias del Hospital de Teruel.....</i>	<i>59</i>
<i>Tratamiento quirúrgico de fractura de cuello radial con valgo postraumático.....</i>	<i>60</i>
<i>¡Vamos a sacar perricas!.....</i>	<i>61</i>
<i>Mononucleosis Infecciosa, a propósito de un caso.....</i>	<i>62</i>
<i>Psicosis lúpica vs psicosis corticoidea.....</i>	<i>63</i>
<i>Abscesos hepáticos amebianos autóctonos.....</i>	<i>64</i>
<i>Divertículo yeyunal perforado al espacio subperitoneal.....</i>	<i>65</i>
<i>Íleo obstructivo por vólvulo íleo-cecal.....</i>	<i>66</i>
<i>Revisión de los casos de Tuberculosis en el Servicio de Otorrinolaringología de Teruel.....</i>	<i>67</i>
<i>Tumores malignos de cavidad oral.....</i>	<i>68</i>
<i>Cavernoma y hemorragia intramedular.....</i>	<i>69</i>
<i>Trauma y Disociación.....</i>	<i>70</i>
<i>Quilotórax vs Pseudoquilotórax.....</i>	<i>71</i>
<i>Esclerosis Múltiple R-R.....</i>	<i>72</i>
<i>Seguridad clínica en el Servicio de Urgencias del H.O.P.....</i>	<i>73</i>
<i>Asimetría mamaria.....</i>	<i>74</i>



<i>Distorsión mamaria.....</i>	<i>75</i>
<i>Neumatosis Intestinal.....</i>	<i>76</i>
<i>Patología Infecciosa de glándulas salivares.....</i>	<i>77</i>
<i>Pénfigo Vulgar. A propósito de un caso.....</i>	<i>78</i>
<i>Experiencia clínica con Paricalcitol oral en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadio 3, 4 y 5.....</i>	<i>79</i>
<i>Hipertensión pulmonar y Linfagiomias en extremidad inferior. A propósito de un caso.....</i>	<i>80</i>
<i>Infraestructura para la higiene de manos en un Centro de Salud de reciente construcción: ¡Socorro! ¡Que me contamina!.....</i>	<i>81</i>
<i>Pacientes en tratamiento con Risperdal consta en consultas de Salud Mental de Teruel.....</i>	<i>82</i>
<i>Pacientes empalagosos, a propósito de un caso clínico.....</i>	<i>83</i>
<i>¡Cuidado, peligro, MIR novato a la vista! ¿Qué tipo de pacientes atiende un MIR de primer año de Familia en Urgencias?.....</i>	<i>84</i>
<i>Hernia Transomental Espontánea.....</i>	<i>85</i>
<i>Adicciones en pacientes psiquiátricos atendidos en las Urgencias de un Hospital general.....</i>	<i>86</i>

# ¿METÁSTASIS O PRIMARIO? EL DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DEL ADENOCARCINOMA DE COLON PRODUCTOR DE ALFA-FETOPROTEÍNA

Diana Escribano Pérez, Carlos José Yanez Benítez, Laura Isabel Comín Novella, Mónica Oset García, Consuelo Pastor Espuig, Ana Cristina Utrillas Martínez

*Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

## Introducción / Objetivos:

Describir las particularidades clínicas y patológicas de los tumores hepatoides, raras neoplasias extrahepáticas con características histológicas, bioquímicas y a veces incluso clínicas, muy similares al carcinoma hepatocelular y de las que sólo se tiene registro de pequeñas series de casos.

## Material y Métodos:

Exposición de un caso clínico representativo, destacando la forma de presentación y características histopatológicas y bioquímicas de estas neoplasias.

## Resultados:

Se trata de una mujer de 70 años, con antecedentes de hepatitis B crónica, apendicectomía, histerectomía y doble anexectomía por neoplasia de endometrio, que se encuentra en estudio por Medicina Interna por cuadro de estreñimiento, síndrome constitucional y dolor abdominal de meses de evolución que se acompaña de elevación de alfa-fetoproteína (318.7 ng/ml), siendo el resto de marcadores tumorales normales.

Acude a urgencias por síncope asociado a deposiciones diarreicas y cólicos. La analítica de urgencias es normal y es dada de alta con analgesia a la espera de completar estudio, acudiendo de nuevo 15 días después por dolor abdominal difuso irradiado a espalda que causa irritación peritoneal y mal estado general. La ecografía de abdomen evidencia abundante líquido libre y en la TAC se aprecian signos de sangrado agudo de predominio subhepático por lesión sólida en hilio hepático de 4,7 x 3,7 cm con efecto masa y abundante líquido libre. La paciente se encuentra estable hemodinámicamente, por lo que se traslada a unidad de cirugía hepática de hospital de referencia, donde se realiza hepatectomía S1 y siendo la evolución favorable. La anatomía patológica de la pieza informa de hepatocarcinoma poco diferenciado grado III de Edmonton.

Al mes, se registra un marcado aumento de la alfa-fetoproteína (900 ng/ml) y la paciente empieza a presentar rectorragias de escasa cuantía sin repercusión hemodinámica, motivo por el cual acude en dos ocasiones a urgencias y finalmente ingresa para estudio. En la colonoscopia se encuentra estenosis a nivel de sigma por neoformación infiltrativa con áreas de necrosis, de la que se toman biopsias que resultan en un carcinoma pobremente diferenciado.

Finalmente es programada para sigmoidectomía, que transcurre sin particularidad, y el estudio de la pieza pone de manifiesto un adenocarcinoma hepatoide pobremente diferenciado con áreas de diferenciación neuroendocrina en estadio IV (T3 Nx M1).

Posteriormente, aparecieron nuevas lesiones hepáticas y las cifras de alfa-fetoproteína alcanzaron valores máximos de 43.174 ng/ml. Presentó nuevos ingresos por ictericia y empeoramiento del estado general y finalmente se decidió traslado a hospital de crónicos para recibir cuidados paliativos.

## Conclusiones:

Considerando la rareza de este tipo de tumores es frecuente que sean diagnosticados tardíamente, especialmente en los casos asintomáticos o donde el único signo es la elevación de la alfa-fetoproteína, tal y como ocurría en nuestro caso clínico. Si además se asocian metástasis hepáticas, ya sea sincrónicas o metacrónicas, todavía se hace más complejo el diagnóstico diferencial puesto que resulta imposible diferenciar histopatológicamente las metástasis hepáticas de carcinomas hepatoides de los carcinomas hepatocelulares.

# EFFECTIVIDAD ANALGÉSICA DE CLORURO MÓRFICO SUBCUTÁNEO VERSUS CITRATO DE FENTANILO SUBLINGUAL, COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN EL DOLOR AGUDO POSTINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

M.P Muniesa Herrero, M.T Espallargas Doñate, C Martín Hernández, D. García Aguilera, JV Díaz Martínez, LJ Floría Arnal.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

## Introducción / Objetivos:

El dolor postoperatorio es un dolor agudo, principalmente nociceptivo, predecible en cuanto a duración (1 a 7 días) e intensidad (moderada e intensa), aunque la vivencia subjetiva del dolor y los factores multivariantes que actúan sobre él, pueden modificar la respuesta al mismo. En el grupo de dolor de moderado a intenso se encuentran los procedimientos quirúrgicos más agresivos, entre ellos la prótesis total de rodilla (PTR), por lo cual precisamos de pautas analgésicas potentes. La artroplastia de rodilla se asocia con un dolor postoperatorio moderado-severo, especialmente manifiesto en las primeras 24–48h. El control de éste es esencial para asegurar el bienestar del paciente, así como una rápida movilización de la articulación y, por tanto, una rehabilitación temprana.

El citrato de fentanilo oral transmucosa (CFOT) tiene una rápida absorción por la mucosa oral con farmacocinética comparable a la administración de opioides hidrofílicos por vía intravenosa. Sin embargo, dicho mecanismo de absorción, al ser transcelular (sustancia lipofílica, no ionizada), permite mayor absorción por esta vía que, por ejemplo, la morfina que es hidrofílica e ionizada.

## Material y Métodos:

Muestra formada por 30 pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla entre los meses de Enero, Febrero y Marzo en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realiza un estudio cuasiexperimental: Ensayo antes-después de eficacia analgésica tras administración de opioide de rescate, alternando un paciente con pauta de Cloruro mórfico subcutáneo (1 ampolla), otro con pauta de Citrato de fentanilo oral transmucosa (1 comprimido de 100ng). La equipotencia analgésica de 100ng de Citrato de fentanilo es equiparable a 12ng de cloruro mórfico (1 ampolla=10ng) de cloruro mórfico, aproximadamente. El grado de gonartrosis de todos pacientes era de IV, el 90% previo a la cirugía necesitaba una pauta analgésica de 2º escalón de la O.M.S, al 93% se les realizó anestesia raquídea y se siguió el nivel de dolor postoperatorio durante 48 horas, recogiendo nivel de dolor antes y después de administrar rescate con ambos opiáceos.

## Resultados:

El estudio registró existencia de diferencias significativas en cuanto a eficacia de control analgésico antes-después de administración del opioide de rescate a favor del citrato de fentanilo sublingual,  $p=0,010$  ( $p\leq 0,05$ ). La evaluación de efectos secundarios demostró buena tolerancia de ambos fármacos y el patrón de descanso nocturno (escala MOSS modificada) fue similar en ambos grupos.

## Conclusiones:

El CFOT puede utilizarse como analgésico de rescate por su rapidez y seguridad, para el tratamiento del dolor irruptivo asociado a intervenciones quirúrgicas. Presenta una fácil y cómoda administración, con gran aceptación por parte de los pacientes. Numerosos trabajos avalan su indicación para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico, sin embargo su uso aún no está suficientemente extendido en el entorno postoperatorio.

## ¿SON REALMENTE DAÑINAS LAS PRÓTESIS P.I.P? A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

C. Pastor Espuig, J. Giménez Climent\*, E. Sanabria\*\*\*, A. M. Bayon Lana\*, F. Llopis Martínez\*, R. Estevan Estevan\*

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Fundación de Investigación Oncológica de Valencia.\**

*Servicio de Radiodiagnóstico. Fundación de Investigación Oncológica de Valencia\*\*\**

### Introducción / Objetivos:

La problemática suscitada por las prótesis mamarias Poly Implant Pothese (P.I.P) ha dado lugar a la emisión de un documento de la comisión europea con la apertura de estudios sobre las posibles consecuencias para la salud derivadas de las mismas. Las pruebas realizadas por las autoridades francesas sobre la integridad física de las P.I.P demuestran una mayor debilidad de la cubierta del implante que da lugar a una menor durabilidad, cosa que no se evidencia en otros implantes disponibles en el mercado, con una vida media de 10 años. Otro de los problemas de estas prótesis deriva de las propiedades físicoquímicas de la silicona industrial empleada que no cumple las condiciones de garantía de la comisión europea. Como consecuencia de la debilidad de la cápsula de las P.I.P es razonable concluir que los componentes podrían filtrarse y migrar hacia el tejido circundante o incluso a zonas más distales. En estudios sobre la toxicidad los resultados fueron negativos para las pruebas de citotoxicidad y genotoxicidad dando positivas en las de irritación, con una implicación incierta haciendo necesaria más investigación al respecto.

### Material y Métodos:

Presentamos 2 pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento bilaterales retropectorales con prótesis P.I.P en 2001 y 2005 respectivamente. Acuden a consultas externas aquejadas de notarse nódulos axilares bilaterales con predominio derecho en un caso, y solo en axila izquierda en el otro caso.

### Resultados:

En el primer caso, la ecografía tuvo hallazgos compatibles con rotura de implantes mamarios y siliconomas axilares bilaterales. En la mamografía se observa signos de rotura y en la RMN se evidenció adenopatías infraclaviculares y axilares bilaterales con silicona en su interior y también en la cadena mamaria interna derecha. Se realizó biopsia guiada ecográficamente confirmando los siliconomas. Ante los hallazgos, se remitió a su cirujano plástico de referencia.

En el segundo caso, refería tumoración axilar izquierda de 2 años de evolución con crecimiento rápido en el último mes. A la exploración, adenopatías supraclaviculares izquierdas dudosas y sensación de ocupación en región pre-pectoral izquierda con adenopatía móvil de 5cm aproximadamente. Se solicita ecografía mamaria y axilar bilateral que se informa con implante derecho y axila derecha sin complicaciones, con signos de rotura implante izquierdo y siliconomas entre pectoral mayor y menor y numerosos en tres niveles: subclavios, supraclaviculares y en cadena mamaria interna izquierda. La mamografía presenta patrón bi-rads 2. Se realizó biopsia guiada ecográficamente confirmando los siliconomas. Descartada la patología tumoral, la paciente fue remitida a su cirujano plástico de referencia.

### Conclusiones:

Los escasos datos clínicos, junto con la ausencia de datos epidemiológicos sobre la silicona procedente de las P.I.P no aportan pruebas suficientes para justificar la conclusión de que las mujeres con P.I.P tienen un mayor riesgo para su salud que las mujeres con implantes de otros fabricantes. Hay un número razonable de estudios de buena calidad que demuestran la ausencia de incremento de ningún tipo de cáncer o enfermedad del tejido conectivo en mujeres con implantes mamarios de silicona estándar (incluidas las mujeres con rotura de los implantes). Sin embargo, en el caso de los implantes P.I.P, con la limitada información clínica disponible junto con los hallazgos de las pruebas de las propiedades físicoquímicas de la cubierta y la silicona, y de la prueba de irritación in vivo, muestran ciertas inquietudes acerca de la seguridad de los implantes P.I.P al no poder descartar la posibilidad de efectos sobre la salud.

## ENFERMEDAD CELIACA: IMAGEN ENDOSCÓPICA

Garza E., Botella MT., Thomson C., Gimeno-Hernández V., Cuervo G., Doñate B.

*Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

La enfermedad celiaca (EC) está infradiagnosticada en adultos ya que suele cursar de forma paucisintomática, de ahí la importancia que puede tener su sospecha ante una imagen endoscópica sugerente. La confirmación diagnóstica sigue siendo la biopsia endoscópica, debiendo obtener varias muestras de biopsias de duodeno distal.

### Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 68 años de edad, diagnosticado de EC 10 años antes, por lo que sigue una dieta exenta de gluten. Hábito intestinal con dos deposiciones al día. Analítica: Ac Antiendomiso 1/320, Ac Antireticulina 1/320, Ac Antigliadina IgA 150 mg/l. Locus DRB3\*, DQB1\*02.

### Resultados:

Se realiza gastro-duodenoscopia con finalidad de tomar muestras de biopsias duodenales, mostrando atrofia de pliegues duodenales de la segunda porción y de las válvulas conniventes, aspecto de la mucosa surcada por estrías que confiere una semejanza a mosaico. La A.P. muestra la mucosa duodenal con atrofia vellositaria subtotal –MARSH 3-.

### Conclusiones:

La imagen endoscópica del duodeno puede sugerir el diagnóstico de la EC, si bien debe de confirmarse en la A.P. Y ello en adultos que únicamente pueden presentar manifestaciones clínicas vagas, inespecíficas, como por ejemplo de una dispepsia funcional. Estos hallazgos endoscópicos pueden mostrar: festoneado, fisuras o aspecto en mosaico, delimitado por múltiples fisuras, hipotrofia o ausencia de pliegues duodenales. No obstante la mucosa muestra con frecuencia un aspecto macroscópico normal.

## **PÁNCREAS ECTÓPICO: IMAGEN ENDOSCÓPICA**

Garza E., Botella MT., Alcalá MJ., Pastor MJ., Gimeno-Hernández V., Pérez AI.

*Aparato Digestivo*

*Hospital Obispo Polanco. Facultad de Medicina Zaragoza*

### **Introducción / Objetivos:**

La localización más frecuente del tejido pancreático ectópico se da en estómago y duodeno, pero también puede darse en yeyuno e íleon. Suele encontrarse de forma casual en la endoscopia. La alteración en las proteínas "erizo", que son moléculas de transmisión de señales reguladoras de la proliferación celular, puede ocasionar anomalías pancreáticas con influencia genética, como en el páncreas anular, restos pancreáticos o en el páncreas divisum.

### **Material y Métodos:**

Se presenta el caso de un varón de 40 años que consulta por epigastralgias. Se realizó gastroscopia que demuestra una lesión submucosa a nivel de la curvatura mayor de antro, de tamaño aproximado de 1,2 cm. y umbilicada en su centro. Se repite la gastroscopia en años sucesivos, no mostrando variación alguna con respecto a la imagen observada inicialmente.

### **Resultados:**

Más recientemente se ha realizado una ecoendoscopia en nuestro hospital de referencia que confirma la lesión submucosa antral de 1,2cm., compatible con páncreas ectópico, con conducto de 6mm. en su interior. La A.P., en concordancia con la previa, mostraba una gastritis superficial no asociada a *Helicobacter pylori*. En la actualidad el paciente permanece asintomático.

### **Conclusiones:**

Por lo general no produce síntomas, infrecuentemente se trata de tejido de tipo funcionante. Lo habitual es encontrarlo de forma casual en la endoscopia, como en nuestro caso, siendo la imagen característica la de una lesión submucosa de pequeño tamaño con una umbilicación central.

## MELANOSIS PUSTULOSA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

C. Iannuzzelli Barroso, J. Astudillo Cobos, J. Caballero Castro, C. López Mas, V. Caballero Pérez, L. Gracia Torralba,

*Servicio de Pediatría  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La Melanosis Pustulosa del Neonato (MPN), más frecuente en recién nacidos (RN) de raza negra (5%), es una dermatosis transitoria, benigna, autolimitada y de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de 3 tipos de lesiones: a) pústulas superficiales evanescentes, b) pústulas rotas con un collarete de escamas finas, a veces con una mácula hiperpigmentada central y c) máculas hiperpigmentadas. Estas lesiones están presentes al nacer y las localizaciones más habituales son la zona anterior del cuello, frente y zona inferior de la espalda, aunque también se pueden ver en cuero cabelludo, tronco, extremidades, las palmas y las plantas. Los cultivos son estériles; el pus aspirado revela unos pocos neutrófilos, escasos eosinófilos y restos celulares. Las pústulas persisten entre 1 a 3 días mientras que las máculas hasta 3 meses. No precisa tratamiento.

### Material y Métodos:

RN de raza blanca, a término por parto eutócico y Apgar 9/10, sin riesgo infeccioso que en el momento del nacimiento presenta exantema vesiculopapuloso generalizado. Resto de exploración del RN normal.

### Resultados:

Se realiza estudio analítico con hemograma, coagulación, PCR e iones con resultados normales. A los 2 días evolución favorable, observándose pústulas aisladas y numerosas lesiones maculares hiperpigmentadas. No preciso tratamiento. En control al mes no se observan lesiones cutáneas.

### Conclusiones:

La MPN es una patología poco frecuente en raza blanca (0.3-1%), que exige realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial con enfermedades infecciosas, otro tipo de lesiones benignas (eritema tóxico, milia, etc.) y lesiones más complejas como la incontinencia pigmenti.

# IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN DENTRO DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.C. Valdovinos Mahave, J.M. Montón Dito, J.C. Torralba Allué, I. Garrido Ramírez de Arellano, M.J. Santed Andrés, J. Luz Gómez de Travededo

*Unidad de Cuidados Intensivos  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

## Introducción / Objetivos:

La adecuada comunicación entre los miembros de un equipo asistencial es fundamental para la seguridad del paciente.

Los objetivos de este estudio fueron implantar y evaluar un Plan de Comunicación que se basa en la cumplimentación de una Hoja de objetivos diarios y en la celebración de una reunión diaria de todo el equipo asistencial de la UCI, para mejorar la seguridad del paciente.

## Material y Métodos:

Realizamos un estudio prospectivo y observacional. Durante el período de un año (Enero 2011-Enero 2012) se implementaron: la cumplimentación de una Hoja de objetivos diarios y la celebración de una reunión matinal diaria en el pase de guardia con todo el equipo médico y de enfermería.

Elaboramos una Hoja de objetivos diarios que registra: la situación neurológica, cardiovascular, respiratoria y renal, el control de la sedación y la analgesia, la nutrición, la infección, la comunicación con la familia, tests diagnósticos, procedimientos, parámetros de seguridad y cambios de medicación.

Se planificaron reuniones diarias conjuntas con el equipo médico y de enfermería de la UCI para: discutir las condiciones del paciente y los acontecimientos ocurridos en las horas precedentes, compartir perspectivas, determinar objetivos específicos para el día y medidas de seguridad y se elabora un Plan de cuidado. El Plan de cuidado diario del paciente sirve como referencia para todo el equipo asistencial a lo largo del día.

Se desarrollaron unos indicadores de cumplimiento con las hojas de objetivos y las reuniones y se monitorizaron una serie de indicadores de calidad y seguridad como fueron: la incidencia de infección nosocomial y el porcentaje de eventos adversos. Se diseñó una encuesta para evaluar las percepciones del equipo asistencial de la UCI sobre la utilidad y efectividad del Plan de Comunicación.

## Resultados:

Se incluyeron un total de 300 pacientes y en todos ellos la Hoja de objetivos diarios estaba cumplimentada, se había elaborado un Plan de cuidados y se había celebrado una reunión del equipo asistencial. Analizamos los resultados de la encuesta y todos los miembros de la UCI respondieron que el Plan de comunicación resultaba útil para: estructurar la información compartida, mejorar la percepción de los objetivos diarios a seguir y cómo lograrlos, clarificar y estandarizar el plan diario de cuidados, reducir la variabilidad, promover la adherencia a las Guías de práctica clínica, reducir los eventos adversos y mejorar la satisfacción del equipo asistencial. Se objetivó una mejora significativa de los indicadores de calidad y seguridad monitorizados desde la implantación del Plan (disminución en la tasa de infecciones relacionadas con catéter, neumonías asociadas a ventilación mecánica, infecciones urinarias y porcentaje de eventos adversos).

## Conclusiones:

La implantación de un Plan de Comunicación ha mejorado el trabajo en equipo y ha promovido un cuidado del paciente más seguro en nuestra UCI.



## RETRASO PONDEROESTATURAL SEVERO

C. Iannuzzelli Barroso, B. Sanchis Yago, J. Caballero Castro, MP. Sanz de Miguel, V. Caballero Pérez, A. De Arriba Muñoz.

*Servicio de Pediatría.*

*Hospital Obispo Polanco de Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Entre las causas de retraso ponderoestatural severo, hay que contemplar las osteocondrodisplasias. El grupo 21 de la clasificación internacional de las enfermedades óseas constitucionales corresponde al Enanismo Osteodisplásico Primordial (EOP). El EOP es un trastorno caracterizado por retraso severo del crecimiento intrauterino y postnatal, microcefalia, cierre prematuro de fontanelas, nariz y ojos prominentes, dientes pequeños, lordosis lumbar, laxitud ligamentosa y vello escaso. El nacimiento suele ser prematuro y con peso inferior a 1.500 g. La maduración ósea es más lenta, y puede demorar de 2-5 años la edad real. La enfermedad es causada por mutaciones del gen PCNT y la herencia es autosómica recesiva.

### Material y Métodos:

Paciente de 5 años procedente de Marruecos que precisa ingreso por dolor abdominal. No hay antecedentes familiares de consanguinidad ni de baja talla. Embarazo controlado, parto pretérmino, eutócico, con peso al nacimiento de 1.700 gr y talla de 35 cm. Lactancia materna. Desarrollo psicomotor normal. En la exploración física se evidencia talla muy baja, de 82cm (-7.7 SDS), con proporciones corporales normales, peso de 8.700 gr (-3.97), panículo adiposo de 7/4 mm, IMC 12.69 (-1.97) e índice peso/talla de 76.8%. Microcefalia, cara ligeramente triangular con nariz prominente y orejas de implantación baja. Edad ósea correspondiente a 2 años y 3 meses.

### Resultados:

Se realizó estudio que incluyó hemograma, coagulación, bioquímica hemática ordinaria con perfil lipídico, inmunoglobulinas y función tiroidea, ecografía abdominal y cardíaca. Insulina y HbA1c normales. LH, FSH, Estradiol, Progesterona y Prolactina normales. Función suprarrenal normal. Test de hipoglucemia insulínica: pico máximo de GH 2.0 ng/ml. Test de clonidina con pico máximo de GH 4.85 ng/ml. IGF-I: 530 ng/ml e IGFBP-3: 4.27 mcg/ml.

Se inició tratamiento con hormona de crecimiento (GH), y en los siguientes años, mejoró la estatura consiguiendo situar la talla en -4.7 SDS, a los 10 años de edad. Posteriormente estuvo sin tratamiento hasta los 11 años y 6 meses, empeorando ligeramente la talla (-4.92 SDS) en ese periodo, continuando luego el tratamiento hasta alcanzar la talla definitiva.

La edad ósea (EO) que, inicialmente se encontraba muy atrasada (-2,9 años) fue aproximándose a la cronológica, cerrándose las epífisis de crecimiento a los 13 años. Talla definitiva: 127 cm (-7,6 SDS). En este momento no han aparecido caracteres sexuales secundarios. Tiene areolas mamarias pequeñas con pezón pequeño algo sobresaliente sin que se palpe botón mamario. Genitales externos femeninos con labios mayores hipoplásicos y discreta clitoromegalia. Vello púbico en estadio II\_III.

Test LHRH: LH basal 4.94 mUI/ml, a los 20': 10.32 mUI/ml, a los 30': 12.2mUI/ml, a los 60': 10 mUI/ml.

FSH basal 7.75 mUI/ml, a los 20': 8.24 mUI/ml, a los 30': 8.96 mUI/ml, a los 60': 9.01 mUI/ml.

Cariotipo: 46 XX inv (9). Cariotipo femenino con inversión pericéntrica del cromosoma 9.

Estudio radiológico hipoplasia de costilla 12 derecha, cráneo con leve prognatismo, pelvis con aparente basculamiento derecho que probablemente incida en acortamiento de extremidad izquierda.

Ecografía ginecológica: útero y ovarios de morfología normal pero de tamaño muy disminuido para su edad.

Ecografía mamaria: ausencia de tejido glandular mamario.

### Conclusiones:

El Enanismo Osteodisplásico Primordial es una causa rara de retraso ponderoestatural. Llegar al diagnóstico es complicado y requiere un diagnóstico diferencial muy amplio de otras causas de retraso en el crecimiento, como el Sr. De Russel Silver o el Sr. De Seckel.

## SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO EN ESPAÑA. ESTUDIO ABISS – EDUSEPSIS.

JC Torralba Allué, I. Garrido Ramírez de Arellano, C. Valdovinos Mahave, MJ Santed Andrés, JM Montón Dito.

*Unidad de Cuidados Intensivos  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

Evaluar la incidencia de la sepsis grave / shock séptico y el cumplimiento de las recomendaciones de la “Surviving Sepsis Campaign” de administrar tratamiento antibiótico de amplio espectro en las primeras 3 horas tras el diagnóstico, como medida para mejorar el pronóstico. El estudio se realizó en 100 UCIs de España, enmarcado en el Estudio ABIIS – Edusepsis (Antibiotic Intervention in Sever Sepsis); aquí se presentan los datos de este Hospital.

### Material y Métodos:

Se trata de un estudio observacional prospectivo en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por shock séptico durante 6 meses entre 2011 y 2012. Las variables evaluadas fueron demográficas, scores de gravedad, origen de la sepsis, retraso en el inicio de la antibioterapia de amplio espectro, si esta fue o no adecuada una vez conocidos los hallazgos microbiológicos y la mortalidad.

### Resultados:

En el periodo de estudio ingresaron 16 pacientes con diagnóstico de shock séptico de un total de 164 ingresos, un 9,75 %; la edad media fue de 68 años (40 – 88), el foco infeccioso fue, predominantemente, abdominal y respiratorio; los índices de gravedad iniciales fueron altos, APACHE II de 26 (18 –37), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) de 10 (7 –12); la estancia media fue de 7,4 días. El retraso medio de inicio del tratamiento antibiótico fue de 2,5 horas siendo el antibiótico inicial adecuado en todos los casos menos en uno (en 5 casos no se identificó el germen). Fallecieron 5 pacientes, un 31 %, todos por fallo multiorgánico. En 4 pacientes el retraso en el inicio de la antibioterapia fue mayor de 3 horas falleciendo 2 de ellos. Entre los 12 en los que el retraso fue menor de 3 horas fallecieron 3 pacientes.

### Conclusiones:

La sepsis grave / shock séptico es una patología con una mortalidad alta, mayor que la patología cardiovascular aguda, por ejemplo, cuyo pronóstico vital empeora, según numerosos estudios, con el retraso en el inicio de la antibioterapia de amplio espectro. En nuestro estudio se cumplió con las recomendaciones en el 75 % de los pacientes y la mortalidad fue del 31 %. Aún siendo cifras aceptables es fundamental la identificación y el tratamiento lo más precoz posible de estos pacientes para mejorarlas. Se ha propuesto por expertos y sociedades científicas las llamadas Unidades de Sepsis para conseguir este objetivo.

## TUBERCULOSIS GANGLIONAR

Astudillo Cobos. J, Iannuzzelli Barroso. C, Caballero Castro. J, Sanchis Yago. B, Bidabehere AM, Lerín Sánchez, FJ.

*Medicina Familiar y Comunitaria Sector Teruel, Medicina Interna  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La tuberculosis ganglionar es una enfermedad infecciosa transmisible causada por las especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas. Se debe valorar siempre la posibilidad de tuberculosis extra pulmonar en un paciente que presenta un síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso), fiebre, sudoración nocturna con signos y síntomas de afectación orgánica local y que presenta una alteración de la inmunidad o ha sufrido una tuberculosis pulmonar, generalmente es asintomático, e involucra predominantemente las cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares, se palpan de consistencia firme, no indurados, discretos y no dolorosos, suelen ser unilaterales, bilaterales. Es, junto a la tuberculosis pleural, la forma más común de *tísis*, en niños y adultos jóvenes. Diagnóstico por biopsia de ganglio comprometido para cultivo y tipificación. El tratamiento farmacológico con una pauta corta de seis meses de duración, en una fase inicial de dos meses con 4 drogas y una fase de mantenimiento de cuatro meses con 2. En los pacientes con persistencia del cultivo positivo al finalizar la fase inicial, es recomendable prolongar la duración del tratamiento hasta nueve meses.

### Material y Métodos:

Paciente varón de 31 años, natural de Marruecos, de profesión pastor, residente en España desde hace 7 años. En los últimos 5 meses compromiso del estado general progresivo, fiebre, tos, malestar general, pérdida de peso y fuerza. Valorado en urgencias en 2 ocasiones por dolor abdominal localizado hipocondrio derecho (HCD), malestar generalizado y febrícula. En una ecografía realizada en forma ambulatoria se evidencian adenopatías abdominales por lo cual es derivado para continuar estudio. Al examen físico: Tº 37.4, adenopatías latero cervicales izquierdas de menos de medio centímetro, adenopatía axilar derecha dolorosa de consistencia pétreo adherida a planos profundos de unos 4 cm, adenopatías axilares izquierdas pequeñas de 0.5 cm e inguinales izquierdas de pequeño tamaño, abdomen con dolor a la palpación en HCD con Murphy positivo, resto sin particularidades.

### Resultados:

Paciente que en el estudio analítico inicial presenta los siguientes datos: PCR: 32, hemoglobina: 11.2, hematocrito: 32.9, VSG: 61, con bioquímica y resto de analítica dentro de la normalidad. Posteriormente ante persistencia de síntomas se solicita Ecografía Abdominal: Múltiples adenopatías, hígado presenta imagen nodular, compatible con hemangioma hepático. Radiografía de tórax: Hilio derecho algo prominente y desdibujado. Ecografía Testicular: la cabeza del epidídimo izquierdo presenta dos lesiones anecóicas bien definidas, compatibles con quistes simples, de 3 y 5mm de diámetro. De forma complementaria se solicita TAC toracoabdominal: hallazgos sugestivos de enfermedad linfoproliferativa con afectación esplénica. Proteinograma y estudio de gammaglobulinas normal. Serología negativa, marcadores tumorales normales. Mantoux positivo (20 mm), PCR-MTB: positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Baciloscopia negativa. Cultivo de Lowenstein: Diagnóstico Anatomopatológico: adenopatías axilares (4) con signos de linfadenitis granulomatosa con necrosis de tipo caseoso, muy sugestivo de tuberculosis. Ante los resultados obtenidos el diagnóstico del paciente fue de Tuberculosis ganglionar.

### Conclusiones:

Los antecedentes epidemiológicos juegan un rol muy importante de cara a las probables etiologías de nuestro caso clínico. Es necesario plantear un diagnóstico diferencial oportuno entre las posibles causas de adenopatías, considerando la etiología infecciosa, inflamatoria y/o tumoral, de tal forma que podamos ofrecer mejores resultados clínicos a nuestros pacientes.

# ESTUDIO COMPARATIVO DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL POR IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA ENTRE VARONES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y FAMILIARES SANOS

Vicario Bermúdez, Juana M<sup>a</sup> (1); Mateo Lázaro, ML. (2); Caballero Castro, Julien (1); Berisa Santos, F. (3); Villanueva Gimeno, M.M. (1); Vidal Marín, Marta (1); Plaza Bayo, A. (2) ; Lerín Sánchez, Francisco Javier (1).

(1)Servicio de Medicina Interna (2) Servicio de Neumología (3) Servicio de Nefrología  
Obispo Polanco (Teruel)

## Introducción / Objetivos:

La desnutrición y especialmente, la pérdida de masa muscular se ha detectado en un porcentaje elevado de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), condicionando su calidad de vida y mortalidad. En nuestro medio esta incidencia es menor, al igual que en otras series españolas. La causa no está clara y podrían estar implicados desde factores genéticos a medioambientales. Nuestro objetivo sería comparar por Impedancia Bioeléctrica (IB) la composición corporal de varones con EPOC en un grupo control (GC) formado por familiares sanos.

## Material y Métodos:

El grupo con EPOC lo componen varones entre 45 y 75 años, con estabilidad clínica sin otras patologías que influyan en el estado nutricional y sin criterios de Síndrome de Apnea del Sueño. El grupo control son familiares que acompañan a las consultas a los pacientes, sin enfermedad reconocida, y que voluntariamente desean participar. Al grupo EPOC se realizan pruebas de función respiratoria según normativa SEPAR y se separan en grupos, G1: grado Leve-Moderado, G2: Grave o Muy Grave. En todos se analiza la composición corporal con IB valorando Índice de Masa Corporal (IMC), porcentaje de grasa (%G), Índice de Masa Libre de Grasa (IMLG), y para el G2 el Índice de Kyle (MLG/talla<sup>2</sup>) propuesto para EPOC graves. Consideramos desnutrición un IMC < 20 y déficit de masa muscular si el IMLG o IKyle < 16. La fuerza de la mano, como representación de la fuerza muscular periférica, se valora con dinamómetro, se toman valores absolutos y su porcentaje según tablas teóricas de nuestra población. Dado que la composición corporal varía con la edad, se separan en Grupo A (45-59 a) y Grupo B (60-75 a).

## Resultados:

El grupo EPOC lo forman 139 varones y 126 el GC. El IMC < 20 se encuentra en el 4,3% y 0% respectivamente. El IMLG < 16 lo presentan el 6,3% de los EPOC frente al 1,6% en GC. El G1 no muestran diferencias significativas con el GC en los dos grupos de edad. Para el G2 encontramos valores inferiores en el IMC ( $p=0,04$ ), IMLG ( $p=0,06$ ) y en el I de Kyle (0,000) pero no en la FM ni en %G.

## Conclusiones:

Se confirma la baja prevalencia de malnutrición en nuestra serie y, aunque superior a la población con igual nivel socioeconómico, solo alcanza significación en los grados más avanzados de la enfermedad en ambos grupos de edad.

## SINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO Y ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE.

Villanueva Gimeno M.M; Gracia Sánchez P; Sáez Comet L\*; Vidal Marín M; Garzarán Teijeiro A; Fonseca López Ch.

*Medicina Interna*

*H Obispo Polanco (Teruel) /H U \*Miguel Servet (Zaragoza).*

### Introducción / Objetivos:

El Síndrome Antifosfolípido (SAF) se caracteriza por trombosis de repetición (venosas, arteriales o de pequeño vaso), y/o morbilidad en los embarazos (abortos, pérdidas fetales recurrentes, prematuridad, eclampsia), asociados a la presencia de anticuerpos antifosfolípido (AAF): anticardiolipina (AAC) y anticoagulante lúpico (AL). La Anemia Hemolítica autoinmune (AHA) y las alteraciones valvulares cardíacas también se pueden presentar. Se considera SAF primario si no está asociado a otras patologías autoinmunes. Exponemos el cuadro clínico de una paciente con un SAF primario completo. El objetivo de este trabajo es recordar y revisar una patología poco frecuente cuya evolución y pronóstico se modifican significativamente con el tratamiento adecuado.

### Material y Métodos:

Situación clínica: Mujer, 26 años con: prolapso de la válvula mitral. Embarazo previo con pérdida fetal a las 24 semanas y determinación de AL, IgG e IgM Anticardiolipina + a títulos altos. G3A2P0 (1ª gestación IVE). No trombosis previas. Gestante de 18 semanas que presenta de modo brusco debilidad generalizada, disnea de mínimos esfuerzos y astenia los últimos 3-4 días. Mareo inespecífico. Exploración: TA 110/65 mmHg, Tª 36°C. FC 80 lpm. Peso: 64 kg. Talla: 163 cm. Regular estado general, palidez cutáneo-mucosa. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar normal. No edema en extremidades inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Latido cardíaco fetal presente.

### Resultados:

A/S inicial: Leucocitos 14200 (N: 81,7%), Hb 6,7mg/dl, Htc 18,6%, VCM 99 fl, LDH 560 IU/L. Coombs directo +, Reticulocitos 166, Pla. 137000. Serie roja con poiquilocitosis, algunos hematíes con punteado basófilo y policromasia. No esquistocitos. Evolución: Al ingreso presentó pérdida fetal y empeoramiento clínico. Alcanzó una hemoglobina mínima 5,3 mg/dl, precisando transfusión de concentrados de hematíes. Con el diagnóstico de AHA se inició Metilprednisolona 1 gr iv/24 horas/3 días siguiendo con Prednisona 1mg/kg/día, con descenso progresivo cada 10 días. También se inició Ácido Acetilsalicílico 100 mg/24h oral, Enoxaparina 40 mg/24h sc. La autopsia placentaria mostró hematomas intraplacentarios ocupando el 40% de los cotiledones, con membranas íntegras, libres, transparentes y un peso de 103 gr.

La paciente respondió bien al tratamiento, con recuperación progresiva de las cifras de Hemoglobina al mes: Hb 12,6 mg/dl, Htc 36,3% VCM 102,20. Leucocitos 13.500 (N: 65,1%). Clínicamente asintomática habiendo ganado 5kg de peso. A los 3 meses, se mantuvo tratamiento con prednisona 5 mg/día 3 meses y AAS 100 mg/día indefinidamente.

### Conclusiones:

Debemos mantener un elevado nivel de sospecha de SAF siempre que se haya producido alguna pérdida fetal realizando determinaciones de AL, IgG e IgM Anticardiolipina y Anti B2 glicoproteína para diagnosticar el SAF, y evitar problemas severos tanto en la madre como en el hijo.

El embarazo en SAF precisa seguimiento en consultas de alto riesgo.

El tratamiento recomendado es: AAS 75-100 mg/24h vo desde antes del embarazo hasta la semana 36 (idealmente hasta 7-10 días antes del parto) reiniciándola indefinidamente después del mismo y Heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas desde la 5ª-7ª semana de gestación hasta horas antes del parto continuando durante el puerperio. Si aún así fracasa el tratamiento, se podría añadir en el próximo embarazo dosis bajas de prednisona (10 mgr/día) desde la confirmación del mismo hasta la semana 14 o Inmunoglobulinas ev (400 mg/kg/día/5 días repetibles mensualmente durante todo el embarazo). –En esta paciente fue necesaria además la corticoterapia a dosis altas por la presencia de AHA.–Es frecuente la asociación de prolapso mitral en el SAF como presentaba nuestra paciente.

## ENDOCARDITIS SOBRE ANULOPLASTIA TRICUSPÍDEA Y CABLE DE MARCAPASOS POR S. HOMINIS

Vicario Bermúdez, Juana M<sup>a</sup> (1); Caballero Castro, Julien (1); Villanueva Gimeno, M.M. (1); Vidal Marín, Marta (1); Zabala López, Sergio (1); Lerín Sánchez, Francisco Javier (1); Calpe Gil, María José (1).

*Servicio de Medicina Interna (1)  
Hospital Obispo Polanco (Teruel)*

### Introducción / Objetivos:

La endocarditis infecciosa es una infección microbiana endovascular que afecta a estructuras intracardíacas en contacto con la sangre, y que incluye la infección de los grandes vasos intratorácicos y cuerpos extraños intracardíacos. La proliferación bacteriana, con la subsiguiente formación de verrugas, se produce típicamente sobre acumulaciones previas de plaquetas y fibrina que asientan sobre zonas dañadas del endotelio, pero en ocasiones bacterias muy agresivas, como *Staphylococcus Aureus*, pueden producir endocarditis sobre un endotelio previamente sano.

### Material y Métodos:

Paciente mujer de 75 años con valvulopatía mitral reumática y comisurotomía mitral cerrada en 1978. Recambio valvular mitral por doble lesión mitral y anuloplastia tricúspide con hipertensión pulmonar moderada. ACxFA crónica. Portadora de marcapasos por bloqueo AV avanzado desde 1991. Desde 2009 múltiples ingresos por insuficiencia cardíaca. Insuficiencia renal crónica por nefroangioesclerosis. Insuficiencia venosa crónica de extremidades inferiores.

Ingresa actualmente por cuadro de 1 semana de evolución aproximadamente de fiebre de hasta 39,5°C acompañada de escalofrío y tiritona (episodios de hasta 40 minutos de duración que ceden parcialmente con antitérmicos). No descompensación actual de su insuficiencia cardíaca por valvulopatía. A su llegada se presenta con TA 140/80 mmHg FC 91 lpm T<sup>a</sup> 36,1°C. ACP: RsCsAs con IY positiva. Hipoventilación bibasal sin ruidos respiratorios añadidos. En extremidades inferiores edema con fóvea positiva hasta mitad de ambas piernas con importantes signos de insuficiencia venosa crónica.

En el primer ecocardiograma transtorácico realizado no se objetivan vegetaciones valvulares ni sobre cable de marcapasos. Válvula mitral con prótesis normofuncionante. Válvula Ao con esclerocalcificación sigmoidea. Válvula tricúspide con 2 electrocatéteres a su través, con insuficiencia tricúspide ligera y una HTP de 45 mmHg. Dilatación cavidades derechas y aurícula izquierda.

En el segundo ecocardiograma transtorácico realizado a los 6 días presenta mayor ecodensidad a nivel de 1 de los 2 electrocatéteres que atraviesan la válvula tricúspide. Persiste insuficiencia tricúspide ligera a moderada, con una HTP calculada de 65 mmHg. Se objetiva masa móvil de 10x12 mm que pasa de AD a VD, con base de sustentación en cara septal del anillo tricúspide sugestivo de Endocarditis Tricúspide.

Hemocultivos desde su ingreso negativos. El día previo a su traslado al Servicio de Cirugía Cardíaca en HUMS se aísla *S. Hominis* y ajustamos tratamiento según antibiograma (Cloxacilina, Ampicilina y Linezolid ajustado a función renal).

### Resultados:

Se realiza traslado de la paciente al Servicio de Cirugía Cardíaca de nuestro hospital de referencia siendo sometida a nueva intervención quirúrgica con utilización de circulación extracorpórea. Se procede a la extracción de ambos cables de marcapasos y anuloplastia tricúspide. Posteriormente en el curso postquirúrgico se produce el éxitus de la paciente por fracaso multiorgánico.

### Conclusiones:

Importancia por una parte de la variabilidad clínica según la localización de la lesión (afectación cavidades derechas o izquierdas), la naturaleza de la válvula (nativa o protésica) y la agresividad del microorganismo (*S. Aureus* u otro); así como la correcta interpretación de los hemocultivos en el contexto clínico del paciente.

## TIROIDITIS DE QUERVAIN

Vicario Bermúdez, Juana M<sup>a</sup> (1); Caballero Castro, Julien (1); Villanueva Gimeno, M.M. (1); Vidal Marín, Marta (1); Gracia Sánchez, M<sup>a</sup> Pilar (1); Lerín Sánchez, Francisco Javier (1); Estopiñán, Vicente (2).

*(1) Servicio de Medicina Interna (2) Servicio de Endocrinología  
Hospital Obispo Polanco (Teruel)*

### Introducción / Objetivos:

La podemos definir como un proceso autoinmune autolimitado que constituye la primera causa de dolor tiroideo. Se asocia a procesos infecciosos de vías respiratorias, por lo que se supone un origen vírico que cursa con mialgias, fiebre, disfagia y dolor cervical intenso a nivel de dicha glándula. Presenta analíticamente elevación VSG y PCR. Un 50% pueden presentar hipertiroidismo durante semanas con posterior fase de hipotiroidismo que puede durar meses, aunque la tendencia habitual es a la resolución.

### Material y Métodos:

Paciente mujer de 50 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Refiere desde hace aproximadamente un mes síndrome febril de predominio vespertino de hasta 38,5°C acompañado de escalofrío y tiritona, junto con dolor intermitente (sin dolor a la palpación tiroidea) e inflamación laterocervical izquierda. A la exploración física se presenta con TA 130/80 mmHg FC 65 lpm T<sup>a</sup> 38°C. Eupneica en reposo. Palidez mucocutánea y normohidratada. Estado general conservado. Bien perfundida. No se palpan adenopatías en ambas cadenas laterocervicales ni en otra localización. No bocio ni alteraciones tiroideas a la palpación. AC: RsCsRs. No soplos ni extrasístoles. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos respiratorios añadidos. Abdomen y extremidades inferiores sin hallazgos. En analítica general destaca TSH 0, T3L 0.56 ng/dl, T4Total 11,92 ng/dl, T4libre 2,27 ng/dl. Autoanticuerpos negativos. VSG 120 mm<sup>1</sup><sup>a</sup>/Hora. Factor Reumatoide 94,1 UI/ml. Como pruebas de imagen realizamos ecografía tiroidea, ecografía abdominal, radiografía torácica, TAC Tóraco-Abdominal y ecocardiograma que resultan negativos así como hemocultivos, urocultivos y serologías.

### Resultados:

Se inicia tratamiento con corticoides orales en pauta descendente durante un período aproximado de dos meses realizando un seguimiento periódico de la paciente en consultas de Medicina Interna mediante controles analíticos. La glándula tiroidea se mantiene totalmente indemne a la exploración física desde el inicio del estudio.

Analíticamente se produce una normalización del estado hipertiroides de la paciente desde las dos semanas de inicio del tratamiento esteroideo, manteniéndose afebril y sin dolor laterocervical izquierdo, con mejoría objetiva y subjetiva del estado general.

### Conclusiones:

Su diagnóstico se basa principalmente en una correcta anamnesis, los hallazgos derivados del examen físico (palpación), así como la valoración morfológica (La ecografía tiroidea es la prueba de imagen más sensible para su detección, junto con la gammagrafía tiroidea). Su tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos, y en casos graves los esteroideos (prednisona a razón de 40 mg al día). En las distintas fases de la tiroiditis, y dependiendo de la función tiroidea, se deben emplear betabloqueantes o levotiroxina (raramente indicada).

## SINDROME DE LERI- WEILL

I. Sirbu, C. Iannuzzelli Barroso, J. Astudillo Cobos, B. Sanchis Yago, MP. Muniesa Herrero, V. Caballero Pérez.

*Servicio de Pediatría y Servicio de Traumatología.  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La discondrosteosis de Léri-Weill, también llamada Síndrome de Léri-Weill, es una displasia esquelética de herencia autosómica dominante. Es más frecuente y grave en el sexo femenino, debido a los diferentes niveles de estrógenos entre ambos sexos. Se caracteriza por estatura corta, mesomelia, deformidad de Madelung en las muñecas (anomalía de la muñeca caracterizada por acortamiento y arqueamiento de radio y cúbito, que conlleva una dislocación dorsal del cúbito distal y una movilidad limitada de muñeca y codo), cubitus valgus, paladar ojival y escoliosis. La base genético molecular es la haploinsuficiencia del gen *SHOX*, existiendo una asociación directa entre el número de copias activas del gen y la altura. La radiografía de mano y muñeca es el principal instrumento en el diagnóstico inicial.

### Material y Métodos:

Paciente de 10 años y 8 meses, procedente de Bronchales, Teruel. Tercera hija de tres. Embarazo controlado, parto a término, eutócico, con peso al nacimiento de 3.460 gr y talla de 48 cm. Lactancia artificial. Desarrollo psicomotor normal. Ha crecido de forma regular por debajo del percentil 3 No hay antecedentes familiares de consanguinidad. Varios miembros de la familia del padre, presentan deformidades en los antebrazos con muñecas anchas. El padre presenta acortamiento de antebrazos con deformidad en las muñecas evidente. Su hermana mayor también presenta deformidad de muñecas aunque menos significativa. En la exploración física se evidencia talla baja, de 130.6 cm, con proporciones corporales normales, peso de 29.700 gr, IMC 17.6. Deformidad de Madelung en antebrazos. Escoliosis dorsal de concavidad izquierda.

### Resultados:

Paciente controlada en CCEE de Endocrinología Pediátrica por baja talla. Se realizó estudio que incluyó Hemograma, Coagulación, Bioquímica, Perfil celiaco, Hormonas tiroideas y Eje gonadal hipofisario dentro de la normalidad, con los siguientes valores: IGF-I de 281 ng/ml, IGF-BP-3 5.81 µg/mL, GH 1.61 ng/ml, testosterona libre 0.21 pg/ml. En la radiografía de mano destaca edad ósea de aproximadamente 13 años, deformidad de los extremos distales del cúbito y radio con metáfisis ensanchadas. Cúbito de mayor longitud que el radio, con núcleo epifisario en disposición oblicua y cuyo extremo distal se apoya sobre la metáfisis del radio. En el estudio del Gen *SHOX* se identifica la mutación A170D, confirmándose el diagnóstico del Síndrome de Leri-Weill en el padre y la hermana. A los 11 años, con Talla de 132.6 cm y peso de 29.400 gr, se inicia tratamiento con Hormona de Crecimiento (GH) con buena respuesta. Desarrollo puberal normal con menarquia a los 13 años y 7 meses. Se interrumpe el tratamiento con GH a los 14 años y 3 meses, alcanzando una talla definitiva de 146 cm y peso 41.500 Kg. Su talla genética o diana sería: 150cm.

### Conclusiones:

El Síndrome de Leri-Weill es una patología poco frecuente en nuestro medio, cuya característica principal es la talla baja. El diagnóstico frecuentemente se realiza de forma casual al detectar la deformidad de Madelung en la radiografía de mano, al determinar la edad ósea. El diagnóstico diferencial debe incluir el Síndrome de Turner, ya que presenta la deformidad de Madelung en un 7% de los pacientes. La eventual identificación positiva debe seguirse del cariotipo e investigación molecular del gen *SHOX* en el paciente y sus familiares directos.



## HEPATITIS GRANULOMATOSA: SARCOIDOSIS

B. Sanchis Yago, C.Iannuzzelli Barroso, J.Caballero Castro, JR. Astudillo Cobos, ED.García López, JM. Vicario Bermúdez.

*Atención Primaria Sector Teruel  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La sarcoidosis es una enfermedad crónica multisistémica de causa desconocida, caracterizada por la acumulación de linfocitos T y mononucleares en los órganos afectados, con granulomas epiteloideos no caseificantes y alteración de la estructura normal del tejido. La localización más frecuente es la pulmonar, junto con la piel, los ojos y los ganglios linfáticos. La clínica viene dada dependiendo del órgano afectado, generalmente asociada a síntomas generales como fiebre, astenia y pérdida de peso. Analíticamente, puede haber linfopenia, eosinofilia, hiperglobulinemia y elevación de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), además de las relacionadas con el órgano dañado. La sarcoidosis responde al tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

### Material y Métodos:

Mujer de 45 años, con antecedentes de apendicetomía, fumadora de 40 cigarros/día, no bebedora, sin transfusiones previas ni hábitos tóxicos. Desde Diciembre de 2003 presenta alteración en las pruebas de función hepática, con transaminasas altas y gran elevación de fosfatasa alcalina, anorexia, pérdida de 15Kg de peso en el último año, discreto prurito y epigastralgia. En la exploración física, presenta buen estado general, eupnéica, delgadez (peso de 45,8 kg), normohidratada. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, hepatomegalia de 5 traveses de dedo, dura, homogénea y no dolorosa, sin signos de ascitis. En la extremidad inferior derecha presenta erupción papular de color rosáceo. No evidencia de adenopatías. La paciente es ingresada en el servicio de Digestivo para estudio.

### Resultados:

Se realiza estudio que incluye: analítica de sangre en la que destaca GOT 76, GPT 77, GGT 282, **FA 1198**, VSG 25. Resto de bioquímica, hormonas tiroideas, hemograma, coagulación y orina normal. Estudio de inmunoglobulinas,  $\alpha$ -1-antitripsina y marcadores tumorales normales. Serología de hepatitis: negativa. Serología para borrelia y brucellas: negativos. Ceruloplasmina y cobre: negativas. Ac antimicrosomales, Ac antimitocondriales y ANAs normales. Mantoux negativo, p-ANCA 8, ECA elevada (160 UI/L). Radiografía de tórax normal. Gastroscopia normal. Ecografía de abdomen: Hepatomegalia con leve alteración de la ecoestructura hepática y signos moderados de hipertensión portal, esplenomegalia homogénea. TC de abdomen: hepatoesplenomegalia con densidad parenquimatosa homogénea, bandas hipodensas perivesicular y periportales de aspecto inflamatorio y varias imágenes ganglionares agrandadas en región celiaca e hilio hepático, compatible con hepatopatía crónica sin especificidad. TC de tórax: ganglios mediastínicos ligeramente agrandados, patrón radiológico de engrosamiento perilinfático micronudular regular que sugiere sarcoidosis. Ante los resultados analíticos y de imagen, compatibles con alteración hepática, se realiza biopsia hepática con resultado de Hepatitis Granulomatosa, sugestiva de sarcoidosis. Biopsia de lesión cutánea: dermatitis granulomatosa.

### Conclusiones:

La sarcoidosis es una de las causas frecuentes de hepatitis granulomatosa, debiendo considerar entre otras, la Cirrosis Biliar Primaria y la tuberculosis en el diagnóstico diferencial. La descripción anatomopatológica es la prueba complementaria más importante.

# ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN *S. AUREUS*. DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALIZACIÓN.

Ramos, F.J.; Chocarro, M.P., Cosculluela, A.

*Análisis Clínicos (Microbiología). Atención Primaria  
Hospital Obispo Polanco. Atención Primaria Teruel*

## Introducción / Objetivos:

Estudiamos las características de los aislamientos de *S. aureus* de atención primaria (AP) en comparación con los aislamientos intrahospitalarios en nuestro hospital.

## Material y Métodos:

Entre octubre de 2011 y octubre de 2012 hemos recogido 304 aislamientos (132 de AP y 172 hospitalarios) que corresponden a 195 pacientes (95 de AP y 100 hospitalizados)

## Resultados:

Los aislamientos de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) son el 43,42% del total (38,64% en AP y 47,09% en pacientes hospitalizados) Por sexo los aislamientos SARM son más frecuentes en varones en AP (48,72% frente a 23,21% en mujeres) pero en pacientes ingresados son ligeramente más frecuentes en mujeres (46,67% frente a 40% en hombres) Por edades los aislamientos de *S. aureus* son más frecuentes en la primera década de la vida y posteriormente a partir de la sexta en pacientes ingresados y de la séptima en AP. Los aislamientos SARM son más frecuentes a partir de la octava década de la vida, tanto en pacientes hospitalizados como en AP.

Los servicios hospitalarios donde los porcentajes de aislamientos SARM son más altos son UCI, traumatología, nefrología y medicina interna, todos ellos con porcentajes superiores al 50%. Estos servicios también acumulan el mayor número de aislamientos totales de *S. aureus*. En atención primaria los centros de salud de Teruel Ensanche, Teruel, Utrillas, Albarracín y Calamocha acumulan la mayoría de aislamientos de *S. aureus*. Los porcentajes de SARM varían entre el 23% de Utrillas y el 90% de Albarracín.

En AP la mayoría aislamientos de *S. aureus* proceden de exudados, lesiones de piel, orina y frotis óticos. En pacientes hospitalizados proceden de exudados, hemocultivos, frotis nasales y esputos. Los mayores porcentajes de aislamientos SARM en primaria se producen en muestras de orina (92,86%) exudados y lesiones de piel. En pacientes hospitalizados el mayor porcentaje procede de esputos (82,35%), frotis nasal, exudados y hemocultivos.

El estudio de las sensibilidades de las cepas muestra un marcado incremento en los aislamientos SARM de los porcentajes de resistencia en eritromicina, levofloxacino y tobramicina (más de un 30% de diferencia) tanto en aislamientos de AP como de pacientes hospitalizados. Los aislamientos resistentes a eritromicina son ligeramente más frecuentes en AP que en pacientes hospitalizados.

## Conclusiones:

Los datos recogidos en este estudio demuestran la importancia de los aislamientos SARM en nuestro entorno, tanto en pacientes hospitalizados como en AP y, aunque los aislamientos siguen siendo más frecuentes en pacientes hospitalizados, los procedentes de AP han registrado un marcado incremento desde el año 2002: en aquel momento los aislamientos SARM de AP fueron el 21,45%, incrementándose al 38,64% en la actualidad. En pacientes hospitalizados las cifras se mantienen más estables: 45,18% en 2002 y 47,09% en la actualidad. La edad avanzada es un factor de riesgo para la infección por SARM en todo tipo de pacientes, el sexo masculino es un claro factor de riesgo en pacientes en AP, lo que no ocurre en pacientes hospitalizados, en los que las infecciones son ligeramente más frecuentes en mujeres. El estudio de las sensibilidades (a falta de otros estudios más complejos) no demuestra diferencias entre las cepas hospitalarias y extrahospitalarias, lo que nos lleva a pensar en su origen común.

## ELASTOFIBROMA DORSI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Santa Eulalia Mainegra E, Martínez Sanz G, Fernández-Bedoya I, Fatahi Bandpey ML, Lenghel FO, Jara Díaz M,

*Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

### Introducción / Objetivos:

El elastofibroma dorsi es un tumor benigno raro de tejido fibroblástico y crecimiento lento que presenta una prevalencia de un 2%. Se han publicado hasta la fecha no más de 300 casos, el primero en 1961. Es más frecuente en el sexo femenino (2:1) y edades comprendidas entre los 49 y los 71 años. Suele presentarse como una tumoración palpable en situación periescapular, asintomática o con dolor a la movilización del hombro. Localización más frecuente en el ángulo inferior de la escápula, en relación con los músculos dorsal ancho (*latissimus dorsi*) y serrato mayor. Presenta ligera preferencia por el lado derecho aunque puede ser bilateral en el 10-60% de los casos. De etiopatogenia desconocida, se postulan varias hipótesis entre las cuales destacan los microtraumatismos repetidos y la actividad manual reiterativa. Existe historia familiar en 1/3 de los pacientes. En la ecografía presentan un patrón alternante de tipo fasciculado o laminar, de líneas hipo e hiperecogénicas paralelas a la pared torácica, Doppler negativa. En TC se comportan como una masa de forma lenticular que presenta convexidad hacia la escápula y el músculo dorsal ancho, con densidad similar al músculo esquelético mientras que en estudios por resonancia magnética suelen mostrar isointensidad de señal con el músculo esquelético en todas las secuencias. El diagnóstico suele realizarse con los datos clínicos y una ecografía con hallazgos característicos, reservándose la TC y la RM para los casos dudosos; si bien en los pacientes con alta sospecha clínica y estudios de imágenes dudosos está indicada la realización de biopsia. La histología suele mostrar una mezcla de fibras colágenas hipereosinófilas con fibras elásticas y fibroblastos aislados, pequeñas cantidades de material mucoide e islotes de adipocitos maduros, hallazgos característicos de esta entidad. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del tema dada su escasa frecuencia en la literatura médica, enfatizando en sus hallazgos radiológicos más relevantes a través de la presentación de un caso.

### Material y Métodos:

Se presenta una paciente de 44 años que acude a consulta de MAP por notarse tres meses antes de la consulta una masa en la espalda, en región periescapular derecha, indolora y sin otros síntomas acompañantes. A la palpación se describe una masa móvil no dolorosa, no adherida a planos profundos, de consistencia elástica. Se realiza ecografía de la región, que muestra signos ecográficos sugestivos de elastofibroma dorsi y se completa el estudio con TC, RM y biopsia de la lesión.

### Resultados:

En la ecografía se observa una masa ecogénica con bandas rectas y curvilíneas hipoecógenas en su interior, sin señal Doppler aumentada. En el TC realizado se comprobó la existencia de una lesión expansiva de partes blandas en la pared torácica posterolateral derecha, en relación con el músculo dorsal ancho y el ángulo inferior de la escápula, presentando realce tras la administración de contraste intravenoso similar a las estructuras musculares de la zona. En el estudio de RM se comportó en todas las secuencias realizadas isointensa con los grupos musculares adyacentes. Se realiza biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía donde se observa en la tinción con Hematoxilina-eosina abundantes adipocitos y bandas de colágeno de distribución irregular mientras que en el estudio con orceína se objetiva tejido fibroso con fibras elásticas degeneradas y discreto componente adiposo; hallazgos compatibles con elastofibroma.

### Conclusiones:

Se presenta un caso de elastofibroma dorsi por ser un tumor benigno muy poco frecuente, que se presenta en mujeres mayores de 50 años y tiene una localización y patrón ecográfico característicos. Se realiza TC y RM así como biopsia de la lesión para completar el estudio. No necesitó tratamiento quirúrgico.

## DERRAME PERICÁRDICO CRÓNICO DE LARGA EVOLUCIÓN EN URGENCIAS

B. Sanchis Yago, C. Iannuzzelli Barroso, J.Caballero Castro, JR. Astudillo Cobos, I. Sirbu, MJ Borrueal Aguilar.

*Servicio de Urgencias  
Hospital Obispo Polanco de Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

El derrame pericárdico crónico se define como la existencia de un exceso de líquido (> 50 ml) en la cavidad pericárdica, durante un periodo de tiempo superior a 3 meses. Se produce como resultado de una alteración en la producción y/o drenaje del líquido, pudiendo ser debido a una exudación inflamatoria, sangrado, retención sistémica de líquidos, presencia de gas o pus, o por combinación de las anteriores. La mayoría de los pacientes con derrame pericárdico se encuentran asintomáticos, siendo frecuente el hallazgo casual de cardiomegalia en la radiografía de tórax. La técnica de elección para el diagnóstico es el ecocardiograma. El manejo de estos pacientes, dependerá de la etiología subyacente y el estado hemodinámico, requiriendo evacuación del líquido en caso de taponamiento cardíaco y sospecha de pericarditis purulenta.

### Material y Métodos:

Mujer de 63 años, que a su ingreso en urgencias refiere como antecedentes hipertensión arterial no controlada ni tratada y rinitis crónica. Intervenido de polipectomía uterina y legrado. La paciente es remitida a urgencias por presentar, en una toma de tensión arterial (TA) casual cifras de 240/120 mmHg, encontrándose en ese momento asintomática. A la exploración en urgencias, TA 229/114 mmHg, FC 83 latidos por minuto, saturación de oxígeno 93%, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal, sin focalidad neurológica evidente, sin signos de ingurgitación yugular ni edemas en extremidades, abdomen anodino. En la radiografía de tórax se objetiva importante cardiomegalia. Al revisar la historia previa de la paciente se objetiva episodio de derrame pericárdico en 1996, momento en el que rechazó la realización de pericardiocentesis. Tras instaurar tratamiento antihipertensivo con escasa mejoría de cifras tensionales, se decide ingreso para estudio.

### Resultados:

Se realizó estudio que incluyó: Bioquímica de sangre con estudio lipídico, función renal y hepática, perfil férrico y hormonas tiroideas con resultado normal. Enzimas cardíacas con elevación de troponina I en 3 determinaciones con valores de 1.51ng/ml, 0.18ng/ml y 0.16ng/ml; mioglobina (82.1ng/ml) y LDH (664 IU/L). Estudio inmunológico de autoanticuerpos negativo. Hemograma y coagulación normal. Orina normal. Electrocardiografía: aplanamiento difuso de la onda T, más significativo en V5 y V6. En la radiografía de tórax se objetivó un aumento global del tamaño de la silueta cardíaca, con parénquima y vascularización pulmonar normal. Ecografía de abdomen sin hallazgos significativos. Ecocardiograma: derrame pericárdico pósterio-anterior de grado severo (distancia entre las hojas pericárdicas de 30 mm en diástole y 32 mm en sístole). Colapso del ventrículo y aurícula derecha. Ventrículo izquierdo no dilatado, de paredes no hipertróficas, con buena contractilidad global y sin alteraciones en la contractilidad segmentaria. Función sistólica conservada. Patrón diastólico de mala relajación. Sin valvulopatías orgánicas significativas. Mantoux negativo. Informe de cardiología: sin cambios respecto a su derrame pericárdico, planteando a la paciente pericardiocentesis, que nuevamente rechaza. Tras instaurar tratamiento antihipertensivo, mejoría de las cifras tensionales y alta hospitalaria.

### Conclusiones:

La actitud en un servicio de urgencias ante la presencia de cardiomegalia importante en una placa de tórax y la sospecha de derrame pericárdico vendrá determinada por la situación hemodinámica del paciente y la clínica que presente. La inestabilidad obligará a una actuación inmediata mientras que la estabilidad permite la revisión de la historia y una aproximación etiológica más pausada.

# APLICABILIDAD DE LOS CRITERIOS RECIST 1.1 EN LAS NEOPLASIAS PULMONARES

Maria Luiza Fatahi Bandpey, María Dolores Yago Escusa, Pedro José Santos Sánchez, Florin Olimpiu Lenghel, Erick Santa Eulalia Mainegra, Ana Margot Jara Díaz

*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco, Teruel*

## Introducción / Objetivos:

Actualmente para la estandarización en la valoración de la respuesta tumoral se utiliza la versión 1.1 de los criterios RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors), publicada en 2009 en European Journal of Cancer. Dada la gran relevancia del cáncer de pulmón (el más frecuente del mundo, con unos 1.400.000 nuevos casos al año), y las continuas mejoras en su diagnóstico y tratamiento, lo hemos elegido para nuestro estudio. El objetivo principal ha sido comprobar la utilidad en el trabajo diario de un servicio de radiología de los nuevos criterios RECIST 1.1, analizar la variabilidad interobservador e identificar las posibles decisiones conflictivas que puedan surgir. Los objetivos secundarios han sido la difusión de los criterios RECIST en nuestro servicio y la elaboración e implementación de un modelo de informe radiológico estructurado, para mejorar la clasificación de los pacientes, hacer más eficiente el trabajo del radiólogo en los estudios de seguimiento y lograr una mejor comunicación con los médicos que solicitan los estudios.

## Material y Métodos:

Estudio descriptivo transversal de los estudios por tomografía computarizada (TC) toracoabdominal de los pacientes con el diagnóstico anatomopatológico de neoplasia broncopulmonar controlados radiológicamente en nuestro servicio durante un año (enero - diciembre de 2011). Criterio de exclusión: que los pacientes solamente dispusieran de un estudio de TC. Variables a estudiar: selección del mismo órgano diana, de la misma lesión diana, de las mismas lesiones no medibles, de las mismas lesiones medibles no diana y mismas nuevas lesiones. En cada paciente se analizaron estas variables en dos estudios, la TC basal (primer estudio realizado para el diagnóstico), y la TC del primer control tras tratamiento. Cada radiólogo debía cumplimentar una ficha por cada estudio TC, con apartados para los criterios RECIST 1.1. La valoración de cada radiólogo fue independiente, sin conocer los resultados del otro ni el informe radiológico original.

## Resultados:

Existió un 75% de coincidencia en clasificar el paciente dentro de la misma categoría de respuesta al tratamiento, sin diferencias significativas según el tipo histológico tumoral. La selección del mismo órgano diana tuvo lugar en el 78% de los casos, y la selección de la misma lesión diana en el 66%. Hubo discrepancia en el 41% de los casos en la selección de la misma lesión no diana medible, y en el 47% para la misma lesión no medible. Problemas encontrados: falta de hábito en el uso de los conceptos introducidos, elección de la lesión diana (las lesiones de mayor tamaño no deben elegirse sistemáticamente como diana, ya que se suelen formar por coalescencia de varias, contactan con estructuras adyacentes o tienen un límite más irregular), y la variabilidad en la selección de lesiones reproducibles, sobre todo en pacientes con enfermedad avanzada. Hemos observado una tendencia a la coincidencia en clasificar el tipo de respuesta con la elección del mismo órgano diana y lesión diana, que apoya la gran importancia otorgada en los criterios RECIST a la elección y selección de lesiones diana. Hemos encontrado una tendencia a evolución discordante entre las lesiones diana y el resto de lesiones seleccionadas, por lo cual todas ellas deben ser valoradas en conjunto para clasificar la respuesta al tratamiento.

## Conclusiones:

Las discrepancias interobservador encontradas ponen de manifiesto la dificultad en la aplicación de los criterios RECIST en la práctica. A pesar de su aparente sencillez, su manejo en casos concretos resulta conflictivo. Por los resultados obtenidos, no consideramos oportuna la elaboración de un informe radiológico estructurado según los criterios RECIST, aunque sí la incorporación de su idea fundamental: conocer qué lesiones medir y cómo medirlas, dentro de una estimación global de todas ellas. Sin embargo, creemos que resulta imprescindible seguir la línea abierta por este tipo de estudios basados en el intento de estandarizar la evaluación de la respuesta al tratamiento en el paciente oncológico.

## ENFISEMA GÁSTRICO BENIGNO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Santa Eulalia Mainegra E, Roig Salgado C, Fatahi Bandpey ML, Lenghel FO, Jara Díaz AM.

*Radiodiagnóstico.*

*Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

El enfisema gástrico benigno es una patología poco frecuente cuyo principal signo es la presencia de aire en la pared del estómago de evolución benigna, producto de la disrupción de la mucosa y disección de la pared por el aire. Es más frecuente en niños y adultos con patologías crónicas o caquéticos. Generalmente presentan distensión gástrica y vómitos o accesos de tos severa sin otros síntomas asociados y suelen tener una resolución espontánea. El aire puede entrar a la pared gástrica desde la luz, la superficie peritoneal, la conexión esofágica o duodenal, esto es debido a un aumento de la presión intraluminal, acompañado por una interrupción de la mucosa gástrica. Puede además ingresar a través de vainas vasculares y canales perilinfáticos. Las causas más frecuentes incluyen: obstrucción pilórica o intestinal de múltiples etiologías, los vómitos severos y la ruptura de una bulla al mediastino que produce una disección de aire hacia la pared del estómago. Se han publicado casos de traumatismo mural con enfisema secundario debido a laceración por sonda nasogástrica. El hallazgo radiológico más importante consiste en bandas lineales delgadas de aire que corren paralelas al borde del estómago, generalmente distendidas, y que no se modifican con los cambios de posición del paciente. La TC con o sin contraste oral muestra el aire y su distribución lineal en el interior de la pared, la mucosa no suele estar engrosada (menor de 3mm). Permite además evaluar neumoperitoneo, detectar gas portomesentérico y ver el engrosamiento de los pliegues mucosos. En el diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta principalmente la gastritis enfisematosa, entidad que ocurre cuando la fuente del gas parietal es de causa estrictamente infecciosa. Esta diferencia es importante ya que la gastritis enfisematosa tiene una elevada mortalidad. Por lo general tienen como antecedentes la presencia de patología gastrointestinal acompañante como ingestión de sustancias corrosivas o cáusticas, alcohol, isquemia o infarto, cirugía gástrica previa y gastroenteritis y se presentan con signos de severidad, dolor abdominal, sangramiento digestivo o sepsis aguda.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del tema dada su escasa frecuencia en la literatura médica, enfatizando en sus hallazgos radiológicos más relevantes a través de la presentación de un caso.

### Material y Métodos:

Se presenta un paciente de 82 años de edad y antecedentes de diabetes mellitus y esquizofrenia paranoide que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal y vómitos acompañantes de veinticuatro horas de evolución, sin fiebre ni alteración del tránsito intestinal. Se realiza radiografía de abdomen sugestiva de neumoperitoneo y se decide en el servicio de radiodiagnóstico completar el estudio con tomografía computarizada.

### Resultados:

En la radiografía simple de abdomen se observa una línea radiolúcida paralela a las paredes gástricas sin otros signos sugestivos de aire intraluminal. En la tomografía realizada se observa la presencia de sonda nasogástrica y se identifica una línea de gas disecando la pared gástrica. También existen láminas y pequeñas burbujas de aire extraluminal que contactan con el polo inferior del bazo, la vena cava inferior y la pared posterior de la segunda porción duodenal. Hallazgos sugestivos de enfisema gástrico y retroneumoperitoneo por probable perforación duodenal.

### Conclusiones:

El enfisema gástrico benigno, a pesar de ser una entidad poco frecuente, debe tenerse presente en aquellos pacientes con cuadros de distensión gástrica y vómitos sin otra sintomatología. La tomografía computarizada de abdomen con o sin contraste oral es el método de elección para su estudio. El paciente presentado en nuestro trabajo no necesitó tratamiento específico, evolucionando satisfactoriamente en una semana de evolución.

## ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NUESTRO MEDIO

MJ Alcalá Escriche; MT Botella Esteban; <sup>1</sup> F Villas Martínez; <sup>1</sup> MP Muñoz Pamplona; C Thomson LListerri; <sup>2</sup> ML Remón Garijo

*Unidad de Aparato Digestivo. <sup>1</sup> Servicio de Alergología. <sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica Hospital Obispo Polanco. Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad esofágica crónica inmunológicamente mediada por alérgenos. Se caracteriza, clínicamente por síntomas de disfunción esofágica e histológicamente por predominio de eosinófilos. Es frecuente que pacientes con EoE tengan antecedente de atopia y una alta tasa de sensibilización a alimentos y/o aeroalérgenos.

El objetivo de nuestro trabajo fue describir las características clínicas, los hallazgos endoscópicos y la valoración alérgica de los pacientes con EoE en nuestro medio.

### Material y Métodos:

Revisión de las historias clínicas de pacientes con EoE diagnosticados en nuestro hospital por biopsia esofágica ( $\geq 15$  eosinófilos/campo de gran aumento (cga)) y clínica sugestiva, desde febrero de 2010 a febrero de 2012. Se recogen los datos epidemiológicos, clínica al diagnóstico, hallazgos endoscópicos, historia alérgica y estudio alérgico.

### Resultados:

Fueron valorados 7 pacientes, 6 hombres y una mujer, con edades comprendidas entre 16 y 38 años. Todos ellos presentaban disfagia intermitente, 2 casos asociaban dolor retroesternal y 1 caso pirosis. En 4 casos se produjo impactación alimentaria de los que 3 requirieron endoscopia para su extracción que mostró mucosa normal en 1 paciente, leve edema con anillo esofágico distal en 2 y erosión fina distal y restos hemáticos en el cuarto paciente. La endoscopia diagnóstica realizada en los otros 3 pacientes evidenció en dos de ellos múltiples anillos esofágicos asociados en un caso a una estenosis concéntrica que impedía la progresión del endoscopio con laceración mucosa. En las biopsias de esófago de todos los pacientes destacaba la presencia de infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos en número superior a 15/cga. En 2 casos se asociaba una moderada acantosis e hiperplasia basal. En 1 caso se detectó la presencia de abscesos eosinófilos. En un paciente se realizó TC torácica que confirmó perforación esofágica distal. Fueron valorados en el Servicio de Alergia 6 pacientes. En el estudio alérgico el 100% muestra alergia a un neuroalérgeno, el 66,66% alergia a algún alimento y el 66,66% a ambos. Sólo 2 pacientes presentaron eosinofilia periférica en la analítica y en el 100% la IgE elevada. El 50% tienen historia previa de alergias en la infancia.

### Conclusiones:

Debemos considerar la EoE en paciente joven, varón, atópico, con clínica de disfagia o impactación esofágica. Dada la elevada frecuencia de la enfermedad alérgica, se hace necesaria una valoración alérgica

## CAMBIOS EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SEDACIÓN

MT Botella Esteban; MJ Alcalá Escriche; C Thomson Ilisterrri; B Doñate Borao; M Martínez Morales; E Garza Trasobares

*Unidad de Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La satisfacción de los pacientes se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de la calidad en los hospitales. Nuestro objetivo ha sido comparar los resultados obtenidos en 2007 tras una encuesta de satisfacción con la endoscopia digestiva cuando se realizaban sin sedación, con una nueva revisión realizada en 2012 en que ya está instaurada la sedación consciente.

### Material y Métodos:

En ambas ocasiones se les entregó a los pacientes que acudían a la Unidad de Endoscopias Digestivas entre los meses de abril a junio un cuestionario sobre satisfacción, de fácil cumplimentación, que utilizaba una escala ordinal de 5 ítems (malo=0, regular=1, bueno=2, muy bueno=3, excelente=4), recomendado por la Sociedad Americana de Endoscopia y validado en su versión al castellano, con algunas modificaciones adaptadas a nuestro medio. Incluía la valoración de 6 aspectos (espera para la cita, espera el mismo día, cortesía del médico, cortesía de la enfermera, explicaciones, molestias) y una última pregunta de puntuación global. A partir del cuestionario se calcularon tres indicadores: la media de puntuación en todas las preguntas, el porcentaje de problemas percibidos por los pacientes (número total de preguntas respondidas malo/regular dividido por el número total de preguntas contestadas) y el porcentaje de pacientes insatisfechos en la puntuación global. Finalmente se compararon los resultados de ambos años

### Resultados:

En 2007 un total de 194 pacientes (50,5% de mujeres, edad media 59,9+/-16,6 años) respondieron a la encuesta. En 2012 fueron 206 pacientes (55,8% de mujeres, edad media 56,1+/-15,4 años)

Pregunta	Media 2007	Media 2012	% insatisfacción (% malo-regular) 2007	% insatisfacción (% malo-regular) 2012
Demora en la cita	2,78	2,57	4,7%	9,5%
Demora el día de la prueba	2,88	2,93	8,8%	9,9%
Cortesía del endoscopista	3,44	3,56	2,1%	1%
Cortesía enfermería	3,56	3,56	1%	0
Explicaciones del médico solicitante	2,83	2,91	7,3%	3,4%
Explicaciones del endoscopista	2,94	3,13	6,2%	2,4%
Molestias durante la prueba	1,74	2,28	44,8%	24,2%
Gastroskopias	1,66	2,39	50,7%	26,1%
Colonoscopias	1,80	2,18	40%	22,8%
Molestias con la preparación del colon	1,60	2,22	50%	25%
PUNTUACIÓN GLOBAL	2,79	2,99	7,9%	3%

### Conclusiones:

Observamos, en primer lugar, un claro descenso en el porcentaje de pacientes insatisfechos en relación a la cortesía, amabilidad y explicaciones del personal médico y de enfermería. Además, y en relación probablemente al uso en la actualidad de sedación consciente, se detecta una disminución a la mitad de pacientes con molestias importantes durante las exploraciones. Las nuevas preparaciones del colon han favorecido que también las molestias con su toma sean bastante inferiores. En cambio, el tiempo de demora en la cita va deteriorándose seguramente en relación al aumento de la demanda de las pruebas endoscópicas. Pese a ello, el porcentaje global de pacientes insatisfechos es muy escaso



## NÓDULO Y CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Astudillo Cobos. J, Iannuzzelli Barroso. C, Caballero Castro. J, Sanchis Yago. B, López Mas C. Sirbu I.

*Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

En la última década se ha observado un incremento en la frecuencia diagnóstica del nódulo tiroideo, la gran mayoría son asintomáticos, se estima que sólo un 1% de ellos causa hipertiroidismo, un 74% aumento de volumen en cara anterior del cuello, un 69% síntomas de disfunción tiroidea tales como: sensación de masa cervical, disfagia, disnea o disfonía (por compresión del nervio laríngeo recurrente). Algunos pueden presentarse por dolor agudo, explicado por el brusco sangrado intranodular, el predominio es en el sexo femenino, los factores de riesgo son: mayor edad, déficit de yodo en la dieta, Historia de irradiación de cabeza y cuello. El diagnóstico debe estar encaminado en primer lugar a la exclusión de un carcinoma tiroideo, ya que un 5% a 15% de los nódulos tiroideos son malignos. En segundo lugar, al diagnóstico del estado funcional del nódulo detectado, más del 80% de los casos de cáncer de tiroides tienen muy buen pronóstico y la sobreactuación sobre los mismos generaría más riesgos que beneficios. La disponibilidad de instrumentos muy válidos para el diagnóstico y seguimiento, así la ecografía de tiroides de alta definición, la citología tras (PAAF), tiroglobulina (Tg) y el empleo de TSH humana recombinante (TSHhr) han modificado el panorama previo de hace tan sólo unos años.

### Material y Métodos:

Paciente de 45 años, de sexo femenino, de profesión Celadora. Antecedentes Personales Menarquía a los 12 años irregulares, Rinitis persistente Intrínseco, Hipertricosis línea media, Fumadora. Motivo de Consulta desde hace algunos meses nota sensación de cuerpo extraño en cara anterior de cuello no disfagia ni disfonía. Examen Físico Cuello a la palpación nódulo tiroideo izquierdo de 1.5cc x 1.5cc. No adenopatías, resto de la exploración normal. Los nódulos mayores de 1cm. siempre deben ser evaluados por lo que es remitida al servicio de endocrinología para completar el estudio, y descartar la existencia de indicios clínicos o complementarios de disfunción hormonal o de malignidad en el nódulo.

### Resultados:

Estudios complementarios: Hemograma, Coagulación y Bioquímica normal CT: 244, Fosforo: 2.1, TSH: 2.34, T4L: 1.26, Anticuerpo anti tiroideo: 18, peroxidasa < 5 Anticuerpo anti tiroglobulina 5,3, tiroglobulina suero: 14,9. Ecografía: PAAF Anatomía patológica: 2 microcarcinomas papilares de 2- 3 mm en lóbulo derecho, carcinoma papilar de tiroides en lóbulo izdo. de 2.5cc de diámetro. Gammagrafía tiroidea nódulo frío. Diagnóstico. Carcinoma papilar de tiroides. Tratamiento: Tiroidectomía total, posteriormente se le realiza: Tratamiento con I131 previa estimulación con hormona liberadora de tirotrópina e inicio de terapia supresora con levotiroxina. La evolución de la paciente ha sido favorable y sigue control en la consulta de endocrinología

### Conclusiones:

En los nódulos benignos, la elección del tratamiento dependerá Tamaño, la sintomatología, expectativas del paciente. Hasta 35% de estas lesiones disminuyen su tamaño o desaparecen. Nódulos de reciente aparición, < 2.5cm. y en cuyas citologías predomine coloide, se justifica la terapia supresiva. El riesgo de recurrencia y enfermedad metastásica aumenta en aquellos individuos sometidos a cirugías más limitadas (Hemi tiroidectomías o lobectomía). La experiencia acumulada en los últimos años apoya la propuesta de que a todos los pacientes se les debe realizar tiroidectomía total, o casi total con disección ganglionar del compartimiento central, la disección profiláctica del compartimiento central y lateral ganglionar se discute y su utilidad no está clara aún.

## **PRUEBA DE SUERO AUTÓLOGO PARA DIAGNÓSTICO DE URTICARIA CRÓNICA.**

D. Fernández Viñado, M. Brusel Escusa, J. Teruel Rubira, L. Gómez Castellote\* , MP Muñoz Pamplona, F. Villas Martínez.

*Unidad de Alergia.\* Servicio de Análisis Clínicos  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

La urticaria crónica se caracteriza por episodios de lesiones eritemato-habonosas pruriginosas de más de 6 semanas de duración. La causa y el mecanismo etiopatogénico de esta patología es desconocido.

En los últimos años se ha demostrado que un 50% de estos pacientes parecen tener origen autoinmunitario. No hay diferencias clínicas que nos permitan diferenciar al grupo de pacientes con mecanismo autoinmunitario del idiopático. Se ha propuesto como prueba diagnóstica el test cutáneo con suero autólogo, que consiste en la aplicación intradérmica de suero del propio paciente.

Valoramos la positividad en las pruebas cutáneas con suero autólogo de los pacientes diagnosticados de urticaria crónica en nuestra consulta en los últimos 5 años.

### **Material y Métodos:**

Se seleccionaron 57 pacientes ( 42 mujeres y 15 hombres ) diagnosticados de urticaria crónica. Se les realizó estudio según protocolo que incluye: pruebas cutáneas, sistemático de sangre y bioquímica completos, estudio tiroideo, perfil de inmunoglobulinas: IgG, IgA, IgM, IgE total y específica a parásitos, estudio de complemento, y serología para equinococo.

Se realiza extracción de sangre venosa a primera hora de la mañana, se separa el suero por centrifugación en el laboratorio , y esa misma mañana se realiza la prueba cutánea con suero autólogo que consiste en inyectar por vía intradérmica 50 microlitros del suero del propio paciente, utilizando suero salino como control . Se hacen lecturas a los 30, 60 minutos, 6 h y 24 horas.

Se considera positiva cuando produce una reacción papuloeritematosa mayor de 2mm que la producida por el control negativo.

### **Resultados:**

Obtuvimos positividad en las pruebas cutáneas en 31 pacientes (54,38 %), ( 27 mujeres y 5 hombres ), con media de edad 41,2 años. En 3 casos la prueba fue positiva únicamente en las lecturas tardías de 6 y 24 horas.

### **Conclusiones:**

El test de suero autólogo es muy útil para el diagnóstico de urticaria crónica de etiología autoinmune. En nuestra unidad, hemos diagnosticados de autoinmune al 55,3% de los pacientes con urticaria crónica. Es una prueba sencilla, bien tolerada y permite explicar al paciente la causa de su patología, que es el propio organismo mediante anticuerpos el que activa las células de la piel para liberar histamina. Es importante llegar a este diagnóstico porque son urticarias crónicas más graves y de más larga evolución.

## ERITRODERMIA SEVERA POR ALERGIA A PSEUDOEFEDRINA

F. Villas Martínez, MP Muñoz Pamplona, C. Fonseca López\*, ML Casanova Rituerto\*\*, A. Garde Urzáiz\*\*

*Unidad de Alergia. \* Servicio de Medicina Interna. \*\* Unidad de Dermatología.  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

La pseudoefedrina es un fármaco simpaticomimético, muy usado en preparados orales para aliviar la congestión nasal y casi siempre asociado a antihistamínicos. Las reacciones alérgicas descritas por pseudoefedrina son muy raras a pesar de su amplio uso.

### Material y Métodos:

Presentamos el caso de una paciente de 51 años de edad con antecedentes personales de "Síndrome de Steven- Johnson por Amoxiclavulánico. Alergia tardía tipo IV por Antibióticos Betalactámicos "que presentó un exantema micropapular generalizado pruriginoso, 24 h después de la 3ª dosis de Stop-Cold® (Cetirizina + Pseudoefedrina). Las lesiones fueron aumentando de intensidad los días posteriores ( a pesar de la retirada del fármaco) por lo que acudió a urgencias. Se le observó eritrodermia generalizada y lesiones de vasculitis en miembros inferiores. Dada la intensa afectación cutánea requirió ingreso hospitalario durante 7 días. Se le trató con corticoides IV a altas dosis y antihistamínicos para la resolución del cuadro.

En la planta se le realizó estudio analítico: sistemático, bioquímica, complemento, proteinograma, anticuerpos antitiroideos, estudio de autoinmunidad (ANA, ENA, ANCA, Inmunoglobulinas) y serologías a Toxoplasma, Herpes virus, varicela zoster, Epstein Barr.

A los 2 meses del alta hospitalaria se realizó estudio alérgico: Pruebas cutáneas con lectura inmediata y tardía y epicutáneas con pseudoefedrina + cetirizina y otros agentes simpaticomiméticos relacionados estructuralmente como fenilefrina.

### Resultados:

En el estudio analítico: con pruebas de autoinmunidad y serologías, todos valores normales.

Pruebas cutáneas con pseudoefedrina + cetirizina y pseudoefedrina + ebastina : positivas en la lectura tardía a las 48h ( se mantienen positivos durante 15 d ).

Pruebas epicutáneas (parches) con pseudoefedrina + cetirizina y pseudoefedrina + ebastina: muy positivos en la lectura a las 48 h y se mantienen positivos 15 días.

Parches con fenilefrina: positivas en a las 48 y 96 h (se mantiene positivo 7 d.).

Provocación con cetirizina hasta 10 mg: buena tolerancia.

### Conclusiones:

Presentamos un caso de eritrodermia severa por pseudoefedrina debido a un mecanismo de hipersensibilidad tardía tipo IV (mediada por linfocitos T), demostrado por pruebas cutáneas tardías y epicutáneas.

Es excepcional que este fármaco provoque una reacción alérgica tan severa, parece influir cierta susceptibilidad genética de la paciente con los medicamentos (también tuvo reacción grave con antibióticos betalactámicos, y se demostró alergia tipo IV).

Además se ha demostrado reactividad cruzada con otro fármaco simpaticomimético como la fenilefrina, del mismo grupo químico.

## RM DE RODILLA: CORRELACIÓN ARTROSCÓPICA EN NUESTRO CENTRO

Maria Luiza Fatahi Bandpey, Julio Torres Nuez, David García Aguilera, Florin Olimpiu Lenghel, Erick Santa Eulalia Mainegra, Ana Margot Jara Díaz.

*Radiodiagnóstico*

*Hospital Obispo Polanco, Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La resonancia magnética (RM) es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de las lesiones de rodilla. Los objetivos de nuestro estudio han sido: valorar la eficacia diagnóstica de los estudios por RM de rodilla en un equipo abierto de bajo campo (0,35T), realizando una correlación entre los informes radiológicos y los hallazgos de la intervención artroscópica; comprobar las posibles diferencias en la precisión diagnóstica en función del elemento anatómico intraarticular analizado (meniscos interno (MI) y externo (ME), ligamento cruzado anterior (LCA), y cartílago hialino de los compartimentos femoropatelar, femorotibial medial y femorotibial lateral); y analizar en las imágenes las causas que más frecuentemente han generado discordancia radiológico-quirúrgica, con vistas a mejorar la eficacia diagnóstica.

### Material y Métodos:

Estudio retrospectivo, partiendo de las artroscopias de rodilla practicadas en nuestro hospital durante 5 meses y revisando las RM previas. De las 137 artroscopias realizadas se revisaron en las estaciones de trabajo 83 estudios (los demás habían sido realizadas en otros centros, no contaban con datos artroscópicos precisos o habían sido realizados cuando las imágenes no quedaban ligadas al historial radiológico del paciente). Se compararon las conclusiones de los informes originales con los datos de las artroscopias, valorando como verdadero (V) o falso (F) cada hallazgo según su correlación con la cirugía. Se valoraron tres niveles en el análisis de la utilidad diagnóstica de la prueba: la correlación global por pacientes (para calcularla sumamos el valor V o F de los hallazgos en los meniscos y el LCA - considerados por separado por su mayor transcendencia terapéutica -, y en el cartílago en los tres compartimentos en conjunto), el rendimiento diagnóstico (porcentaje de aciertos por estructuras), y la eficacia o precisión diagnóstica (para los meniscos y LCA).

### Resultados:

La correlación global de la prueba fue completa en un 55,4% de los pacientes, nula en 16,9%, y parcial en un 27,7%, considerándose ésta última si existía acierto en al menos la mitad de los hallazgos informados.

No hubo diferencias significativas en este aspecto en función del intervalo entre la realización de la RM y la intervención quirúrgica, muy variable (1 a 15 meses, con una media de 5). En cuanto al rendimiento diagnóstico, el mayor porcentaje de hallazgos informados y confirmados por la artroscopia (71,4%), y también de hallazgos informados en general, corresponde al MI. El menor porcentaje de correlación corresponde al cartílago rotuliano (52,2%), y al cartílago femorotibial lateral (53,8%). Por este motivo, calculamos la exactitud diagnóstica sólo para los meniscos y el LCA. La técnica resulta en general precisa para roturas meniscales, sobre todo en el MI (S = 79,6%, VPP = 88,6%). Las cifras fueron menores en el ME (S = 64,3%, VPP=69,2%), donde no se identificaron 5 roturas de un total de 14. El bajo VPP para la rotura de LCA nativo (45,4%) fue debido a 5 casos informados como 'rotura parcial', que no se confirmaron en la artroscopia. La eficacia diagnóstica absoluta para la rotura de la plastia del LCA (100%) está condicionada por el pequeño número de pacientes (3) con reconstrucción del LCA incluidos en la serie. Nuestras cifras resultaron parecidas a las encontradas en la bibliografía.

### Conclusiones:

En nuestro estudio existen limitaciones metodológicas destacables (intervalo RM-artroscopia, diversidad de experiencia previa y de estilo de los informes radiológicos, grado de detalle del informe artroscópico, selección de pacientes, y uso de la artroscopia como prueba de referencia), que podrían evitarse en parte mediante un diseño prospectivo para confirmar los resultados.

La RM de bajo campo (0,35 T) se ha mostrado en nuestro estudio como una herramienta útil para el diagnóstico de lesiones del menisco interno y LCA, y, en menor medida, del menisco externo, con una eficacia que puede todavía mejorarse optimizando la aplicación de los criterios de lesión. Resulta en cambio poco precisa para la valoración del cartílago hialino, excepto en condropatías avanzadas.

## CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA EN FASE MIOPÁTICA

C. López Mas, C. Iannuzzelli Barroso, JR. Astudillo Cobos, B. Sanchís Yago, F. Rodero Álvarez

*Urgencias*

*Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La miocardiopatía dilatada (MD) causa aproximadamente el 33% de los casos de insuficiencia cardiaca congestiva. Se trata de una miocardiopatía clasificada dentro de las llamadas secundarias, ya que es consecuencia de diversos factores que producen lesión miocárdica: agentes tóxicos, infecciosos, metabólicos, trastornos generales o cardiacos, como puede ser la hipertensión arterial severa.

La función de bomba sistólica del ventrículo izquierdo, ventrículo derecho o ambos se deteriora, provocando crecimiento e hipertrofia progresiva del corazón, proceso llamado remodelamiento. La evolución de esta patología, tras meses o años, lleva a la aparición de síntomas de insuficiencia cardiaca.

El tratamiento varía en función de la etiología y de los síntomas de insuficiencia cardiaca cuando estos aparecen.

### Material y Métodos:

Varón de 40 años con antecedentes de HTA esencial no controlada desde los 29 años, esteatosis hepática con elevación de transaminasas, hipercolesterolemia, obesidad y trastorno obsesivo compulsivo en tratamiento con escitalopram y alprazolam. Acude a urgencias por sensación de plenitud gástrica sin ingesta, disnea clase funcional II sin ortopnea y cansancio. Exploración física: TA 193/133 mmHg, FC 109, Sat O<sub>2</sub> 95% basal. Dificultad para palpar pulsos periféricos bilaterales. Resto de la exploración normal.

### Resultados:

Se realiza estudio con ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm. Signos de hipertrófia ventricular izquierda, alteraciones difusas de la repolarización ventricular. Crecimiento de la aurícula izquierda.

Radiografía de tórax: cardiomegalia global grado III. Redistribución vascular. Elongación aórtica.

Analítica: hemograma y coagulación normales. Bioquímica: colesterol total 154, hierro 41, proteínas 5.5, GOT 39, GPT 47, LDH 635, PCR 14, resto normal. Hormonas tiroideas normales. Marcadores tumorales negativos. Serología negativa. Serología para virus cardiotropos negativa.

Ecocardiograma: ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con hipertrofia severa de predominio septal y función sistólica deprimida (FEVI 33%). Patrón de alteración en la distensibilidad pasiva. Aurícula izquierda dilatada. Cavidades derechas ligeramente dilatadas. Insuficiencia mitral ligera. Insuficiencia tricuspídea ligera. Con PAPs 46 mmHg.

ECG-Holter: normal.

Evolución clínica favorable a lo largo del ingreso, permaneciendo asintomático, con buena tolerancia a la deambulación progresiva. Hipertenso inicialmente de difícil control, con cifras diastólicas de 120-130 mmHg, y valores de TA controlados al alta con el tratamiento médico instaurado.

### Conclusiones:

La hipertensión arterial severa no controlada ha llevado a este paciente a desarrollar una miocardiopatía dilatada con función sistólica severamente deprimida e hipertensión pulmonar moderada.

La MD hipertensiva es una forma no reversible de miocardiopatía. Por tanto si el tratamiento médico no detiene la evolución, el único tratamiento alternativo sería el trasplante cardiaco. El pronóstico de estos pacientes es muy grave, con una supervivencia media de tres años.

## ADENOMATOSIS HEPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lenghel FO, Muro Velilla MD \*, Fatahi Bandpey ML, Santa Eulalia E, Jara Díaz AM, Vilar Bonacasa E

*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel*

*\*Servicio de Radiología Infantil, Hospital Universitario La Fe, Valencia*

### Introducción / Objetivos:

Los adenomas hepáticos son tumores primarios benignos, normalmente asociados con enfermedades metabólicas de base o con la toma de esteroides anabolizantes o de anticonceptivos orales. La adenomatosis hepática es una rara enfermedad, diferente de los adenomas hepatocelulares (aunque comparten las mismas características histológicas), que requiere para su diagnóstico la presencia de múltiples adenomas en el seno de un parénquima hepático sano y en ausencia de enfermedades de depósito hepático o terapia esteroidea previa. Ocurre con la misma frecuencia en ambos sexos y se asocia a la mutación HNF1alfa y a diabetes mellitus en edad temprana tipo MODY-3. Únicamente hay 70 casos descritos en la bibliografía y sólo 8 corresponden a adolescentes y niños. Deben ser considerados como adenomatosis los pacientes con 4 o más lesiones.

Los adenomas son bien delimitados y pueden tener una cápsula parcial o total. La complicación más frecuente es la hemorragia intraperitoneal o intratumoral (62 %); esta última causa secundariamente la rotura del tumor y un dolor abdominal, además del hemoperitoneo. Otra complicación posible es la degeneración maligna.

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de una paciente con múltiples nódulos hepáticos, en la cual se realizó Ecografía y RM abdominales, la última siendo la prueba de imagen diagnóstica de esta entidad.

### Material y Métodos:

Se presenta un caso de una paciente de 14 años de edad, remitida al Hospital La Fe de Valencia desde el Hospital de Alicante, por la presencia de múltiples lesiones nodulares en el hígado.

Las pruebas de imagen recomendadas son la ecografía, TC y la RM. La apariencia radiológica depende del tamaño de las lesiones y de la existencia o no de sangrado. En la ecografía las lesiones pequeñas son homogéneamente ecogénicas, simulando hemangiomas; las lesiones más grandes, especialmente si han sangrado, son heterogéneas. En la TC los adenomas son hipodensos con un realce en anillo si se administra contraste. Si hay sangrado intratumoral lo veremos hiperdenso en la TC sin contraste y también pueden verse calcificaciones por sangrados previos. La apariencia en la RM depende de la presencia y el estadio de la hemorragia, del contenido graso y del tamaño de las lesiones. En las imágenes potenciadas en T1 las lesiones se ven hiperintensas respecto al parénquima hepático (77% de los casos), hipointensas (17%) e isointensas en el 6%. En las imágenes potenciadas en T2 son hiperintensas, hipointensas e isointensas. Tras la administración de gadolinio presentan realce precoz, siendo isointensas o hipointensas en fases tardías.

Cuando nos encontremos con tumores hepáticos múltiples y las pruebas de imagen dinámicas multifase sean consistentes con hemangiomas atípicos o descarten los hemangiomas, el diagnóstico diferencial incluirá: hepatocarcinoma multifocal, hepatocarcinoma fibrolamelar, metástasis, abscesos, hiperplasia nodular multifocal y adenomatosis hepática.

### Resultados:

La ecografía revelaba marcada hepatomegalia y múltiples lesiones hipoecogénicas homogéneas y otras heterogéneas distribuidas de modo difuso en ambos lóbulos hepáticos, entre parénquima sano respetado.

No se encontraron signos de hipertensión portal. En RM se identificaron múltiples lesiones isointensas en T1, T2, con caída de señal en secuencias fuera de fase. Las lesiones eran hipervasculares en fase arterial con un lavado rápido, hallazgos sugestivos de adenomatosis hepática.

### Conclusiones:

La adenomatosis hepática y los adenomas hepatocelulares comparten las mismas características histopatológicas, pero se consideran entidades distintas. La adenomatosis hepática es un diagnóstico muy poco frecuente, por lo que ante el hallazgo de múltiples lesiones hepáticas en un niño, primero debemos realizar el diagnóstico diferencial con el resto de lesiones ocupantes de espacio.

## DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL RETINOBLASTOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lenghel FO, Sanguesa Nebot CS \*, Fatahi Bandpey ML, Santa Eulalia E, Jara Díaz AM, Martínez Sanz G

*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel*

*\*Servicio de Radiología Infantil, Hospital Universitario La Fe, Valencia*

### Introducción / Objetivos:

El retinoblastoma y el rhabdomioma son los tumores malignos oculares más frecuentes. Otras neoplasias primarias son el melanoma uveal, el fibrosarcoma y el medulloepitelioma.

Los tumores que afectan secundariamente a la órbita en el niño de forma más común son las leucemias y los linfomas, el neuroblastoma y el sarcoma.

El retinoblastoma es un tumor maligno raro, congénito, que se origina de los fotorreceptores primitivos de la retina, perteneciendo a los tumores neuroectodérmicos primitivos.

La edad media al diagnóstico son 13 meses y prácticamente todos los casos se detectan en edad pediátrica. El rango etario varía entre 5 meses y 6 años, no registrándose en personas mayores. Los tumores bilaterales se dan en 25%-33% de los casos. Tiene un origen en los retinoblastos inmaduros, 6% son hereditarios y 1/3 de los casos son bilaterales.

Las manifestaciones más habituales son leucocoria (60%), estrabismo, neovascularización del iris, hipema, glaucoma de ángulo cerrado y ptosis bulbi. La localización más habitual es posterior al ecuador y la forma de crecimiento más común es lenticular o en placa.

El tamaño y la forma tumoral son los factores que más se relacionan con el riesgo de infiltración del nervio óptico, concretamente los tumores exofíticos de gran tamaño. La invasión coroidea se consideraba un dato de mal pronóstico, aunque hoy se discute su relación con las metástasis a distancia. El pronóstico es mejor si el tumor es limitado, alcanzando una mortalidad del 100% cuando hay metástasis a distancia.

Representa el 53% de las causas de leucocoria y es la causa del 1% de las muertes pediátricas.

Alrededor del 90% tienen calcificación característica en la cara posterior del globo ocular.

### Material y Métodos:

Se presenta un caso de un paciente varón de 2 años de edad, que acude a consulta de Oftalmología infantil por leucocoria izquierda. Se remite el paciente al servicio de Radiología infantil donde se le realiza una ecografía ocular bilateral, seguido de RM orbitaria.

En la TC, se reconoce como una masa de densidad alta, con áreas conglomeradas de calcificaciones (presentes en más del 90% de los tumores) que afectan a la retina. Luego de la administración de contraste i.v., se visualiza un ligero realce. Las calcificaciones del retinoblastoma pueden presentar cualquier morfología y distribución.

En la RM, la apariencia del retinoblastoma es característica, siendo levemente hipointenso en secuencias potenciadas en T1 y muy hipointenso en secuencias potenciadas en T2, en comparación con el humor vítreo.

Las punciones con aguja fina representan un alto riesgo de siembra a través del sitio de punción, por lo que este tipo de tumor el tratamiento se efectúa sin confirmación histológica previa.

En el caso de que se demuestre patología en el estudio ecográfico, se realiza RM, preferiblemente con RM de 1,5 T. Para aquellos casos que asocien lesiones óseas o calcificaciones se realiza TC de órbitas con cortes de 2 mm. La porción no calcificada es habitualmente hiperdensa, asociando desprendimiento de retina con fluido subretiniano.

### Resultados:

En la ecografía se visualizó una tumoración del lado nasal del ojo izquierdo, heterogénea, con pequeños focos de calcificación. La RM confirmó los hallazgos ecográficos, descartándose la extensión intraocular y del nervio óptico y a nivel intracraneal/meningeo.

### Conclusiones:

El retinoblastoma es un tumor potencialmente curable, con una mortalidad centrada en tres causas: presencia de metástasis, asociación a pinealoblastoma y aparición de segundas neoplasias extraoculares.

# NEUROBLASTOMA RETROPERITONEAL PEDIÁTRICO. CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA.

Lenghel FO, Gómez Montesinos J\*, Fatahi Bandpey ML, Santa Eulalia E, Jara Díaz AM, Sánchez Santos PJ

*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel*

*\*Servicio de Radiología Infantil, Hospital Universitario La Fe, Valencia*

## Introducción / Objetivos:

El neuroblastoma es la cuarta neoplasia maligna más frecuente en la infancia.

80 % de los casos aparecen en los primeros 4 años de vida, con un pico de incidencia a los 2 años de edad. Tiene un origen en la cresta neural. Las metástasis son la primera manifestación en 60 % de los pacientes. Puede asociarse a agangliosis intestinal o anomalías cardíacas congénitas.

El tumor puede localizarse en cualquier lugar de la cadena ganglionar simpática: médula adrenal, retroperitoneo, mediastino posterior, pelvis, cuello y SNC.

Las metástasis a distancia se localizan en los huesos, ganglios linfáticos, órbita, hígado.

La clínica depende de la localización del tumor: masa abdominal palpable, dolor + fiebre, ataxia cerebelosa.

Los objetivos de este trabajo son presentar los hallazgos radiológicos encontrados en un caso de neuroblastoma retroperitoneal, con énfasis en la correlación patológica y resaltar la importancia de la Ecografía y RM abdominal en el diagnóstico y en el estadiaje de esta neoplasia.

## Material y Métodos:

Hemos revisado retrospectivamente la historia clínica y los estudios radiológicos iniciales (ecografía y RM abdominal) de una paciente de 1 mes de vida que acude a Urgencias por hipotonía progresiva hasta paresia en los miembros inferiores.

La Ecografía es el método de elección para la evaluación inicial en pacientes con sospecha de masa intraabdominal, mostrando una alta sensibilidad para la evaluación de la glándula suprarrenal normal, es capaz de detectar lesiones mayores de 1 cm en todos los grupos de edad, permite diferenciar las lesiones sólidas de quísticas, no utiliza radiaciones y no requiere sedación.

En nuestro caso, se confirmó la presencia de una masa retroperitoneal, con extensión hepática e invasión del canal medular, como hallazgos de extensión secundaria.

La RM abdominal es una técnica útil para evaluar la extensión local y a distancia, siendo superior a la TC para observar el grado de infiltración de la médula ósea y ver la extensión intraespinal. Por lo tanto, la RM se considera la técnica de imagen de elección en el estadiaje del neuroblastoma. A posteriori, se realizó estudio de Medicina nuclear para evaluar la captación de MIBG y valorar la extensión tumoral.

## Resultados:

Se describen los hallazgos ecográficos, de la RM abdominal, tomando en conjunto las lesiones encontradas para la estadificación del tumor.

El diagnóstico definitivo fue anatomo-patológico mediante biopsia tumoral.

## Conclusiones:

El neuroblastoma es una neoplasia frecuente en niños menores de 1 año y debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de las masas abdominales en recién nacidos.

La ecografía abdominal es el primer método imagístico para el diagnóstico.

La TC y la RM son métodos eficaces para el estadiaje de la enfermedad.



## TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NUESTRO MEDIO

Alcalá Escriche MJ, Botella Esteban MT, Thomson Llisterri C, Doñate Borao B, Pérez Gimeno S, \*Rilova Fernández I.

*Unidad de Digestivo. Hospital de Día  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada (CI). En la actualidad disponemos, para su tratamiento, de diversas alternativas terapéuticas. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar las características epidemiológicas de los pacientes con EII controlados en las consultas de Digestivo y evaluar los tratamientos inmunosupresores que reciben

### Material y Métodos:

La muestra se recoge de la base de datos de la Consulta Monográfica de EII en la que se incluyen casos diagnosticados hasta septiembre de 2012. Se analizan características epidemiológicas de los pacientes, el tratamiento inmunosupresor que están recibiendo en el momento del estudio, la necesidad de pautar tratamiento biológico en algún momento de la enfermedad y si éste ha tenido que ser modificado durante la evolución.

### Resultados:

Se han analizado 150 pacientes (68 mujeres y 82 hombres) diagnosticados de EII, 90 pacientes con Colitis ulcerosa (60%), 53 pacientes con enfermedad de Crohn (35,3%) y 7 pacientes colitis indeterminada (4,7%)

Recibían tratamiento inmunosupresor en el momento del estudio 55 pacientes (36,6% del total): 19 casos de CU, 35 casos de EC y 1 caso CI. Se trataba de Azatioprina o 6 mercaptopurina en 35 pacientes (23,3% del total): 15 casos de CU, 19 casos de EC y el caso de CI. Llevaban tratamiento con biológicos 17 pacientes (11,3 % del total): 3 casos de CU y 14 casos de EC. En 5 pacientes el tratamiento con biológicos se asociaba a Azatioprina. Restaban otros 3 pacientes en tratamiento con corticoides.

Habían recibido Infliximab como primer tratamiento un total de 14 pacientes (3 casos de CU y 11 casos de EC), con una duración media de 28,1 meses. Continuaban con el mismo fármaco 6 pacientes (2 casos de CU y 4 casos de EC). Hubo que suspenderlo en 8 pacientes (57,1%) por diferentes motivos. En cinco casos se realizó un cambio a Adalimumab (4 casos por falta o pérdida de respuesta y 1 caso por efectos secundarios de HTA y vértigo). Los otros 3 pacientes en los que se suspendió Infliximab fueron por enfermedad inactiva a los 12 meses de iniciado, por haberse indicado como tratamiento de inducción y en el último caso por precisar tratamiento quirúrgico.

Habían recibido en cambio Adalimumab como primer tratamiento 7 pacientes (1 caso de CU y 6 casos de EC) con una duración media de 11,8 meses. Continuaban con el mismo fármaco 6 pacientes. El cambio a Infliximab se produjo en un paciente con EC que había abandonado el tratamiento por dolor en punto de punción y que posteriormente hubo que suspenderlo por precisar tratamiento quirúrgico.

### Conclusiones:

La mayor parte de los pacientes con EII en nuestro medio son hombres (54,7%) y tiene casi doble prevalencia la CU (60%) sobre la EC (35,3%).

El 36,6% del global de los pacientes están en tratamiento inmunosupresor, la mayor parte de ellos diagnosticados de EC. El 11,3% reciben tratamiento biológico. El Infliximab se ha utilizado como primer tratamiento en el 70,8% de los pacientes a los que se les indica un biológico. La mayor parte de las veces se suspende por pérdida de respuesta ante el paso de los meses (28,1 meses de media de tratamiento) para cambiar a Adalimumab. El uso de este otro biológico de inicio ha sido menos frecuente (29,2%) como también ha sido menor la necesidad de suspenderlo en relación a la duración media de tratamiento que es claramente inferior (11,8 meses) a fecha de la realización del estudio.

## **ACTINOMIOSIS PERINEO-GLUTEA Y ADENOCARCINOMA DE COLON.**

Moreno Muzas, Celia; Utrillas Martínez, Ana; Yáñez Benítez, Carlos; González Pérez, Marta; Escribano Pérez, Diana; Remon Garijo, M<sup>a</sup>Loto (a)

*Servicio de Cirugía General y Ap Digestivo. Servicio de Anatomía Patológica (a).  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

La Actinomicosis es una infección bacteriana supurativa, granulomatosa crónica, de lenta progresión y muy poco común en la clínica, de difícil diagnóstico preoperatorio.

La enfermedad anorrectal puede ser en forma de estenosis rectal, fístulas recurrentes y abscesos peri o isquiorrectales que se caracterizan por la intensa fibrosis de los tejidos, llegando a desarrollar masas de paredes fibrosas que se fijan al tejido subyacente que son descritas como de “madera” y suelen confundirse con un proceso neoplásico, lo que obliga a realizar un diagnóstico diferencial. Los focos purulentos rodeados de densa fibrosis tienden a extenderse lentamente por contigüidad, disecando los tejidos y destruyéndolos, convirtiendo zonas ricamente vascularizadas en regiones con tejido granulomatoso poco irrigado, favoreciendo el ambiente anaerobio y el crecimiento del Actinomicosis. Produce un daño tisular severo y extenso.

El objetivo es aportar un nuevo caso de actinomicosis perianal y glútea coincidente en el tiempo con un adenocarcinoma in situ de ángulo esplénico, y la importancia de la toma de muestras para su diagnóstico.

### **Material y Métodos:**

Mujer de 72 años con Esquizofrenia Catatónica e insuficiencia renal crónica, que presenta tumoración indurada en región perianal izquierda de 7x8 cm, no dolorosa. El TC de pelvis con contraste muestra la presencia de tejido denso, de morfología irregular, rodeando el canal anal, área perianal e introito vaginal, con extensión a ambos lados de la línea media, hacia los tejidos grasos isquiorrectales y la grasa subcutánea de la región glútea, y engrosamiento de la pared del recto inferior. La PAAF informa de proceso inflamatorio granulomatoso y purulento con células gigantes a cuerpo extraño. En la Colonoscopia se encuentra un pólipo sésil mayor de 2cm en colon izquierdo que se biopsia (adenocarcinoma). La tumoración perianal evoluciona produciendo necrosis cutánea con empastamiento y celulitis de la región perianal y glútea. Se interviene de urgencia con la sospecha de absceso perianal. Durante la necrosectomía y evacuación de escaso líquido, se encuentra una cavidad anfractuosa, irregular, de tejido muy fibroso que se extiende hacia espacio isquiorrectal. Se toman varias muestras para biopsia y cultivo.

### **Resultados:**

El diagnóstico definitivo, no esperado en nuestro caso, viene dado por el resultado histológico (tejido necrótico-inflamatorio y de granulación con colonias de actinomicosis). El cultivo es positivo a E coli. Se instauro tratamiento iv con penicilina G a dosis millonarias y posteriormente por vía oral a largo plazo. Tras un mes de tratamiento y confirmando mediante TC la desaparición de las lesiones, se somete a colectomía izquierda programada (adenocarcinoma intramucoso sobre adenoma villotubular).

### **Conclusiones:**

La actinomicosis perianal es un proceso muy poco frecuente y de difícil sospecha preoperatoria, por lo que ante masas no filiadas, abscesos y fístulas recurrentes en esta localización habría que pensar en su existencia, sobretudo ante masas de paredes muy fibrosas, fijas al tejido subyacente y que asemejan tejido tumoral.

La cirugía se requiere para drenar las colecciones, desbridar y eliminar el tejido necrótico circundante a la infección, junto con la toma de muestras para estudio histológico, lo que confirma el diagnóstico.

Con la combinación de un tratamiento quirúrgico y antibiótico óptimos (el actinomicosis posee una extraordinaria sensibilidad a la Penicilina) se resuelve el proceso en más de 90% de los casos.

## PICADURA DE ESCORPIÓN EN URGENCIAS.

O.Myronenko, I.Sirbu, M.J. Borrueal Aguilar ,B.Sanchis Yago, L.J.Floría Arnal, C.Iannuzzelli Barroso

*Servicio de Urgencias  
Hospital Obispo Polanco.*

### Introducción / Objetivos:

Las especies de escorpión más frecuentes en España son: alacrán o *Buthus occitnaus* (reside en las zonas rocosas), *Euscorpium flavicaudius* (zonas de frondosa vegetación) y pseudoescorpiones domésticos *Chelifer Cancroides* (viven en casas) que, a diferencia de los anteriores, tienen glándulas venenosas en las pinzas, pero no tienen agujón y no son peligrosos. La picadura de escorpión produce reacción local debida a la liberación de serotonina. Posteriormente puede aparecer acción neurotóxica sobre hipotálamo (irritabilidad, fiebre, sudoración) y los centros autonómicos. La gravedad de picadura depende de la especie del escorpión y de la edad, talla y peso del paciente. Los más frecuentes en nuestro país son cuadros clínicos leves con síntomas locales e inquietud. Las picaduras de escorpión son poco frecuentes en la práctica clínica habitual por lo que generan dificultad en el clínico poco habituado en este tipo de patología.

### Material y Métodos:

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Mediante un listado de codificación obtenido en el Servicio de Urgencias se seleccionan los pacientes que fueron atendidos por picadura de escorpión en el periodo de 3 años, comprendido entre octubre 2009 y octubre 2012. Mediante la revisión de historias clínicas se recogen las siguientes variables: edad, sexo, localización de picaduras, clínica (grado de dolor, desbridamiento quirúrgico, presencia de alteraciones neurológicas), realización de analítica de sangre, vacunación antitetánica, tiempo de observación en Urgencias, administración de analgesia, corticoides y antihistamínicos, ingresos y readmisión.

### Resultados:

En el estudio están incluidos 6 pacientes; 3 varones y 3 mujeres. La edad varía de 24 meses a 82 años. Carecen de datos de localidad de suceso. La clínica habitual es eritema local con dolor irradiado leve-moderado. Ningún caso preciso desbridamiento quirúrgico. Un caso de una niña de 24 meses (1.66%) requirió reevaluación en 24 horas por irritabilidad, inquietud y llanto (acción tóxica sobre SNC). La analítica de sangre se realizó en 3 casos (50%) sin alteración alguna. Valoración de vacunación antitetánica en 100% de casos, con administración de la misma en un caso por desconocimiento del estado de vacunación de los pacientes. Ningún caso precisó ingreso hospitalario. Todos los pacientes permanecieron durante 4 horas en observación con evolución favorable. Cuatro pacientes (66.6%) precisaron administración de analgesia y cuatro (66.6%) corticoides y antihistamínicos. La localización de la lesión: miembros inferiores en 4 ocasiones (66.6%) y 2 en miembros superiores.

### Conclusiones:

Las picaduras de escorpión en la provincia de Teruel no son frecuentes. Se presentan con reacción cutánea local y dolor leve-moderado que responde a tratamiento analgésico y no precisa tratamiento quirúrgico ni ingreso hospitalario. Más grave en niños y con localización más frecuente en miembros inferiores. No precisa administración de suero antiescorpionico.

## ENFERMEDAD O SÍNDROME DE MONDOR

ED. García López, B. Sanchis Yago, J. Caballero Castro, JR. Astudillo Cobos, C. Iannuzzelli Barroso, A. Martínez Oviedo

*Servicio de Urgencias  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

La enfermedad de Mondor es una patología poco frecuente, debida a un proceso de tromboflebitis superficial de la pared torácica anterior. El curso es benigno y se manifiesta por la presencia de un cordón subcutáneo palpable y doloroso. Anatómicamente, las venas afectadas incluyen la torácica lateral, la toracoepigástrica y la epigástrica superior, aunque puede tener otras localizaciones. El 75% de los casos se presenta en mujeres entre la 2º y 5º década de la vida. La etiología no ha sido definida completamente, pudiendo ser idiopática, infecciosa, traumática, mamas grandes y péndulas, uso de ropa ajustada, etc. El diagnóstico es básicamente clínico y las pruebas de imagen más rentables son la mamografía y el ultrasonido Doppler. El tratamiento es conservador con analgésicos y antiinflamatorios. El uso de antibiótico y anticoagulación no están indicados.

### Material y Métodos:

Mujer de 37 años de edad, fumadora de un paquete al día, sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes patológicos, intervenida quirúrgicamente por peritonitis. Acude a urgencias por presentar dolor en parrilla costal derecha de dos semanas de evolución, que ha ido progresivamente en aumento. Refiere además palpase un cordón a nivel submamario. La paciente no refiere traumatismos previos, procesos infecciosos o quirúrgicos recientes en el momento de la consulta. A la exploración destaca una estructura lineal fibrosada y dolorosa a la palpación en sentido descendente en hemitórax derecho. El resto de la exploración fue normal.

### Resultados:

Se realizaron estudios de hemograma, bioquímica y coagulación, resultando todos ellos dentro de los parámetros de la normalidad. Dímero D 558. Radiografía de tórax, sin ningún hallazgo patológico. Se solicitó ecografía de partes blandas: sin alteraciones en la morfología y ecoestructura de la zona estudiada. Los 2 cordones palpables en la pared anterior derecha del tórax no tuvieron traducción ecográfica en ese momento por dicho método. La paciente fue dada de alta con el diagnóstico de probable "Síndrome de Mondor" y tratamiento antiinflamatorio pautado.

### Conclusiones:

La enfermedad de Mondor, es una enfermedad poco frecuente, cuya incidencia es de 0.5 a 0.8%. El diagnóstico es básicamente clínico, con un ordenado interrogatorio y una adecuada exploración física. Entre el diagnóstico diferencial cabe considerar la contractura muscular, pliegues formados por la presencia de implantes mamarios o áreas inespecíficas de hipersensibilidad. Generalmente es una patología infradiagnosticada, ya que es poco conocida la existencia de esta entidad.

## EDEMA DE QUINCKE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

(1) M<sup>a</sup> Nereida Tarazón Alcocer, (2) Irmina Tarazón Alcocer, (3) Carmen Gallardo Ganuza.

(1) PAC Paiporta, (2) CS L'Alcudia, (3) CS Teruel Ensanche.

(1) Consorcio Hospital General-Valencia. (2) Hospital La Ribera-Alzira. (3) H. Obispo Polanco, Teruel.

### Introducción / Objetivos:

El Dr Graves describió por primera vez el cuadro (1843). Heinrich Quincke documentó algunos casos de edema agudo, circunscrito, que afectaba a dos generaciones de una misma familia y lo llamó edema angioneurótico (1882). La enfermedad fue definida bioquímicamente (Donaldson y Evans, 1963) como una ausencia del inhibidor sérico del primer componente del complemento.

El Edema de Quincke o angioedema se caracteriza por la rápida tumefacción de la piel, mucosas y tejidos submucosos. Aparte de su forma común inducida por alergia, se ha registrado como efecto 2º de algunos medicamentos, en especial IECAs. Existe una forma hereditaria: angioedema hereditario (AEH) debido a una deficiencia del inhibidor de la esterasa C1.

Clínica: inflamación de piel alrededor de boca, mucosa de boca o garganta, y la lengua, durante minutos u horas. A veces aparece tras exposición a alérgenos (cacahuetes) con urticaria, pero en muchas ocasiones la causa es idiopática. Puede acompañarse de prurito. En casos graves: estridor en vías respiratorias, con inspiración dificultosa y niveles decrecientes de O<sub>2</sub>. En el AEH no existe causa directa identificable. No suele asociarse a prurito o urticaria pues no se trata de una respuesta alérgica. Pueden padecer episodios recurrentes de tumefacción interna con graves dolores abdominales acompañado de vómito, debilidad, diarrea acuosa y un exantema sin prurito. Estos episodios estomacales pueden prolongarse 1-5 días y puede ser necesario hospitalizar al paciente para recibir un tratamiento adecuado contra dolores agresivos e hidratación. Diagnóstico: por la clínica. Los niveles del inhibidor C1 y los niveles reducidos de factores 2 y 4, pueden ser indicio de AEH. Fisiopatología: Parece que la causa última del desarrollo del angioedema, radica en la activación de la bradiquinina: potente vasodilatador endotelio dependiente, aumenta la permeabilidad vascular y provoca rápida acumulación de líquidos en el intersticio. Los mecanismos que interfieren en la producción o degradación de la bradiquinina pueden desencadenar un angioedema. Los IECA bloquean la función de la cininasa II (enzima encargada de la degradación de bradiquinina).

Tratamiento: en el angioedema alérgico: evitar el contacto con alérgenos y emplear antihistamínicos (cetiricina). En el caso de tratamiento con IECAs, debe interrumpirse la medicación. En casos graves tratamiento rápido con adrenalina y antihistamínicos, incluso intubación. Los casos crónicos deben recibir tratamiento con esteroides.

### Material y Métodos:

Se describe el caso de un varón de 57 años, que acude a Urgencias Atención Continuada por edema en labio superior y en párpado derecho. En la anamnesis se detecta que el único tratamiento que lleva es enalapril, pautado cuatro días antes.

### Resultados:

El paciente fué citado en Médico de Atención Primaria para triple toma de PA seriada, obteniéndose cifras elevadas de PA en todas las visitas. 1ª Visita: PA=155/95, 2ª visita (a los 4 días)=165/100, 3ª visita (5 días después)=168/100. Se le pauta un IECA: enalapril a dosis inicial de 10mg/día, y a los dos días se aumenta a 20mg/día. A los cuatro días de inicio del tratamiento, acude a Punto de Atención Continuada por edema en labio superior y en párpado derecho, donde se trata con metilprednisolona IM, y antihistamínico IM con notable mejoría clínica. Se remite a MAP: retira el IECA y pauta un ARA II. Se realiza un seguimiento durante 3 meses, obteniéndose cifras de PA normales y ningún episodio de angioedema, se decide continuar con este antihipertensivo.

### Conclusiones:

Es fundamental la anamnesis, a la hora de diagnosticar un angioedema. La administración de IECAs puede aumentar la probabilidad de un episodio en algunos pacientes. Como primer tratamiento de urgencia, suele ser suficiente un corticoide y un antihistamínico. En los casos en los que se produce obstrucción de vías respiratorias un tratamiento rápido con adrenalina, puede salvar vidas.

## ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE SINCRÓNICO DE ÚTERO Y OVARIO.

Ana Margot Jara Díaz, Gloria Martínez Sanz, María Luiza Fatahi Bandpey, Florin-Olimpiu Lenghel, Erick Santa Eulalia Mainegra, José Miguel Lázaro Maisanava (\*).

*Servicios de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica (\*).  
Hospital General Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Neoplasias sincrónicas son aquellas que se presentan simultáneamente en el mismo tracto con diferencias histopatológicas que permiten identificarlas como dos o más neoplasias primarias, o bien con histología similar aunque sin conexión demostrable entre ellas que indique metástasis.

Las neoplasias ginecológicas sincrónicas son raras, ya que solo suponen del 1 al 2 % de los cánceres ginecológicos. La coincidencia entre endometriosis y cáncer de ovario está bien documentada, e incluso se ha sugerido la progresión de endometriosis a carcinoma de ovario (carcinoma endometrioide y de células claras). Presentamos un caso en nuestro medio.

### Material y Métodos:

Se trata de una paciente de 53 años que acude a Urgencias por distensión y plenitud abdominal, sin vómitos ni otra sintomatología asociada. Destacan como antecedentes: HTA, hipotiroidismo, hiperglucemia, nuliparidad y aumento del volumen abdominal durante 3 años. La FUR es también de hace 3 años, sin revisiones ginecológicas previas. Es hospitalizada con PA: 140/90 mmHg, FC:110 lat/min, afebril y normoventilando. Presenta leucocitosis de 11500, hiperglucemia de 136 mg/dl y PCR de 24.

En la ecografía pélvica no se puede visualizar con claridad el aparato genital interno.

La TC muestra una voluminosa lesión expansiva de 40 x 30 x 23 cm. que ocupa prácticamente toda la cavidad abdominal, bien delimitada y con predominio del componente quístico, multitabicada y con áreas sólidas de morfología más irregular. La lesión desplaza al resto de estructuras abdominales y se extiende asimétricamente en la pelvis hacia los recesos parauterinos y fondo de saco de Douglas, en estrecho contacto con el parametrio izquierdo y desplazando lateralmente la vejiga. El útero se identifica con un tamaño normal. En la vesícula biliar, comprimida por la tumoración, se visualizan dos imágenes litíasicas, y no se observan lesiones focales hepáticas excepto una calcificación de 14 mm. en el lóbulo izquierdo. Existe también ectasia pielocalicial y ureteral proximal derecha grado II, que parece justificada por una imagen litíásica intraureteral de 6 mm., ya que la tumoración no parece comprimir directamente al uréter.

### Resultados:

Se realiza de forma programada histerectomía con doble anexectomía, omentectomía y apendicectomía. El anejo derecho es una gran tumoración quística de 40 cm. de diámetro mayor. Tras requerir transfusión sanguínea de tres unidades, el postoperatorio es satisfactorio, con notable pérdida de peso.

En la Anatomía Patológica se encuentra tumor en ovario y útero, pero no en el epiplon. El útero es de tamaño normal con una formación nodular intramural de 1 cm. visible externamente en la cara posterior del cuerpo, de aspecto miomatoso. La histología confirma este hallazgo (leiomioma uterino intramural sin atipia), y añade el de adenocarcinoma de endometrio de tipo endometrioide bien diferenciado con diferenciación escamosa extensa e infiltración del miometrio que no rebasa la mitad interna (Estadio Ib).

La tumoración sólido-quística ovárica derecha es de 40 cm. está constituida por una neoplasia maligna correspondiente a adenocarcinoma endometrioide bien diferenciado de ovario, que infiltra el estroma en las áreas sólidas y no invade la capsula ovárica. Esta parte sólida tiene 8 x 6 cms. de diámetro. Algunos quistes muestran un contenido líquido a tensión, amarillento y de aspecto mucoide, y otros contienen líquido hemorrágico. La trompa aparece distendida. El anejo izquierdo es de las mismas características que el derecho pero más pequeño (14 cm), y destacan en él múltiples focos de endometriosis. El estudio inmunohistoquímico muestra: receptores estrógenos y progesterona (+++), p53 (+), c-erb B2(+), Ki67 (+).

### Conclusiones:

El adenocarcinoma endometrioide sincrónico es poco frecuente pero no extraño, y su detección temprana es importante para un tratamiento curativo. Una paciente nulípara con antecedente de endometriosis y distensión abdominal progresiva requiere un estudio para descartar esta neoplasia. La presencia de focos de endometriosis sugiere la progresión a adenocarcinoma endometrioide de ovario y endometrio en nuestro caso, dando lugar a dos tumores primarios sincrónicos del mismo tipo histológico.

## ¿APENDICITIS AGUDA? NO, LINFOMA INTESTINAL

Ana Margot Jara Díaz, Julio Pablo Torres Nuez, María Luiza Fatahi Bandpey, Florin-Olimpiu Lenghel, Erick Santa Eulalia Mainegra, José Ángel Muniesa Soriano (\*).

*Servicio de Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica (\*)  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

La patología del intestino delgado es poco frecuente, y poco estudiada por lo difícil de su exploración. Sin embargo, en estudios recientes se ha demostrado que los linfomas se encuentran entre las causas más frecuentes de enfermedad de intestino delgado. Los linfomas no-Hodgkin gastrointestinales son los linfomas extranodales más frecuentes, siendo el de fenotipo B de peor pronóstico. El LNH tipo B existe en las formas endémica (africana) y se presenta generalmente en jóvenes.

### Material y Métodos:

Se presenta un caso de un varón de 34 años, natural de Marruecos sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por cólicos y dolor abdominal difuso de una semana de evolución, un vómito y estreñimiento de tres días, en las últimas 24 horas se intensifica en zona periumbilical e irradia a la fosa iliaca derecha.

En el examen físico: T°:37.5 °C febrícula, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, FID y flanco izquierdo, con sensación de masa central y sin defensa.

En la ecografía se visualiza una colección en el flanco abdominal y FID, de 12 x 4,5 cm, y ecoestructura heterogénea que incluye áreas de mayor ecogenidad irregulares, no pudiendo identificar el posible origen ni su relación con las asas intestinales. Además, múltiples asas de intestino delgado, distendidas y con abundante líquido en su interior, por lo que se realiza posteriormente estudio con TC. Las imágenes radioopacas densas apreciadas en la RX simple de abdomen se corresponden con adenopatías mesentéricas calcificadas.

TC: Distensión de asas de intestino delgado, principalmente ileon, de hasta 4 cm, con abundante contenido líquido y ligero realce parietal, apreciándose un cambio en el calibre a la altura de la FID, donde se identifica un proceso expansivo sólido de 8,5 x 6cm, bien delimitado y con contornos lobulados, que engloba parcialmente un segmento del íleon distal, produciendo una marcada dilatación localizada de la luz intestinal. La tumoración presenta un ligero realce tras la administración de contraste y contacta de forma amplia y sin plano de separación en algún corte con el músculo recto anterior derecho, sin aparente infiltración. No se aprecia afectación de la grasa abdominal adyacente. Imágenes ganglionares múltiples de pequeño tamaño en el mesenterio y retroperitoneo, alrededor de los grandes vasos, no mayores de 1 cm y adenopatías mesentéricas calcificadas, la mayor de ellas de 2,3 cm.

Los hallazgos sugieren proceso neoplásico de intestino delgado, por sus características como primera posibilidad linfoma, siendo menos probables otras entidades como leiomioma ó adenocarcinoma.

### Resultados:

El paciente ingresa en Cirugía, se realiza laparotomía exploradora evidenciándose una tumoración móvil en el ileon, de 5-6 cm de diámetro, responsable de cuadro oclusivo, que se reseca con un divertículo de Meckel en la zona reseca. En la revisión de la cavidad, se encuentran adherencias en el hipocondrio derecho y adenopatías mesentéricas calcificadas izquierdas, sin aspecto de malignidad. La evolución es favorable, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato.

En la Anatomía Patológica macroscópica es una tumoración excrecente de aspecto carnoso y color blanquecino, consistencia blanda elástica al corte, con un diámetro mayor de 8 cm. Al microscopio se observa una infiltración difusa y panmural por un proceso linfoproliferativo atípico correspondiente por su estudio inmunohistoquímico a LINFOMA NO HODGKIN, EXTRANODAL, DIFUSO, DE CÉLULAS GRANDES B DE INMUNOFENOTIPO POST-CENTROGERMINAL. El tumor afecta a toda la pared del intestino y se extiende al mesenterio adyacente, sin infiltración neoplásica en un ganglio linfático peritoneal.

### Conclusiones:

El linfoma intestinal, aun siendo poco frecuente, debe considerarse ante un cuadro clínico de abdomen agudo, para obtener un diagnóstico precoz y un tratamiento curativo. La epidemiología también nos sirve de apoyo para acercarnos al diagnóstico correcto al ser una patología endémica de África en este caso.

## OBSTRUCCIÓN AORTO-ILIÁCA O SÍNDROME DE LERICHE.

Nadir Hamza. Fernando Rodero. Behrouz Fatahi. Emilio Lopez. Beatriz Sanchis. Ernesto Garcia

*Servicio de Urgencias  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

Dentro de las enfermedades de la aorta (aneurisma, disección, aortitis, hematomas,...) se encuentran las producidas por "oclusión" de la misma. Así conocemos la enfermedad oclusiva crónica por aterosclerosis o Síndrome de Leriche, y las enfermedades oclusivas agudas de la aorta distal como consecuencia de tromboembolia originada en el corazón. La aterosclerosis crónica oclusiva suele afectar a la aorta abdominal distal, la mayoría de las veces por debajo de las arterias renales. Se produce claudicación que afecta a la región inferior de la espalda, nalgas y muslos. Los signos físicos que se encuentran serán ausencia de pulsos distales y femorales y posibles soplos abdominales y en ocasiones se puede comprobar frialdad en extremidades inferiores y palidez al levantar las piernas.

### Material y Métodos:

Se presenta el caso clínico de un varón de 47 años que presentó de forma súbita dolor lumbar de gran intensidad, irradiado a todo el MID. Sin episodios previos, traumatismos ni esfuerzos físicos recientes.

AP: Fumador de 20 cigarrillos diarios, úlcus péptico, no sigue ningún tratamiento.

Exploración física: constantes normales, normocoloreado, da la impresión de sufrir un dolor importante, AC rítmica sin ruidos, AP mvc sin ruidos, abdomen blando depresible no doloroso, sin visceromegalias.

Dolor importante con la palpación en columna lumbar (a nivel L3-L5). Extremidades: sin edemas, pulsos pedios presentes y simétricos, fuerza conservada en las 4 extremidades.

El hemograma, el estudio de coagulación y la bioquímica básica son normales.

Se pensó inicialmente en estas posibilidades diagnósticas: Dolor lumbar mecánico o hernia discal con compresión medular o cólico nefrítico (menos probable).

Se puso analgesia a dosis elevadas y reevaluó al paciente en media hora, el dolor no había mejorado ni siquiera parcialmente y en la exploración destacaba palidez de MII (que antes no presentaba), con frialdad y desaparición de pulso pedio y tibiales. Ante la sospecha de un Síndrome aórtico agudo SAA, como una aneurisma, disección de aorta, se realizó TAC abdominal urgente.

### Resultados:

TAC abdominal: calcificaciones en la íntima de la aorta en su zona distal, con ocupación de la luz que afecta también a ambas ilíacas, obliterando completamente la del lado izquierdo hasta la división de la ilíaca en sus dos ramas, donde se recanalizan de nuevo.

Ante los hallazgos de la TAC se estableció contacto con el servicio de cirugía vascular para remitir al paciente donde se comenzó tratamiento con heparina sódica previo al traslado. Se realizó arteriografía donde se objetivó trombosis de aorta abdominal realizándose fibrinólisis local con uroquinasa y heparina sódica y además se comprobó la existencia de oclusión en ambas subclavias y axilares. La evolución fue favorable.

### Conclusiones:

El cuadro clínico parece más agudo con el establecimiento de un dolor brusco en la zona lumbar que se irradiaba al miembro inferior con ausencia objetivable de pulsos y frialdad. En el acoso de la oclusión aguda de la aorta abdominal distal, se convierte en una urgencia médica que hay que solucionar inmediatamente, de ahí lo importante de su sospecha y confirmación diagnóstica rápida.

En raras ocasiones se origina por una trombosis in situ en un área estenosada de la aorta abdominal distal o por rotura y hemorragia de una placa a ese nivel. Por ello se produce característicamente un cuadro de dolor intenso con frialdad y palidez en las extremidades inferiores, donde no se palpan pulsos distales.



## POLINEUROPATÍA INFLAMATORIA-SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Nadir Hamza. Behrouz Fatahi. Carmen Ros. M<sup>a</sup> Luiza Fatahi. Irina Sirbu. Miriam Mirallas.

*Servicio de Urgencias  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

El diagnóstico diferencial de cualquier paciente que acude al servicio de urgencias con síntomas o hallazgos físicos compatibles con afectación sensitiva, motora o sensitivomotora, particularmente cuando se localizan en las extremidades, debe incluir una neuropatía periférica. Entre estas, de carácter agudo-subagudo, se encuentra el conocido como Síndrome de Guillain Barré (SGB).

El SGB es un trastorno heterogéneo e impredecible con una marcada variación en la latencia entre la infección antecedente y el inicio de los síntomas. Antecedentes como infección, cirugía, inmunización reciente, traumatismo, linfoma, LES, todas estas situaciones (factores de riesgo) se deberán investigar en urgencias ante la posibilidad de una poliradiculopatía aguda.

### Material y Métodos:

Se presentó el caso clínico de una mujer de 70 años que acude a urgencias por disestesias y pérdida de fuerza en piernas y manos de 5 días de evolución, acompañada de fiebre de 39° los 3 primeros días. Con deposiciones diarreicas sin productos patológicos.

AP: HTA, prótesis rodilla, artrosis generalizada, insuficiencia venosa MI, obesidad, no DM2 no DLP. En tratamiento con hidrosaloretíl.

Exploración física: constantes dentro de la normalidad, AC normal, AP normal, abdomen anodino, pupilas isocóricas normoreactivas, no hay nistagmo, pérdida de fuerza a la rotación de la cabeza bilateral, posible afectación del XI par craneal 2/5. Extremidades: pulsos palpables sin edemas, sin signos TVP, pérdida parcial de fuerza en MMII 3/5 de forma simétrica, sensibilidad superficial en MMII y en abdomen muy disminuidos aunque sin llegar a la anestesia, no signos meníngeos, el resto de la exploración neurológica es normal.

Hemograma, coagulación, bioquímica, sistemática de orina, ECG, RX tórax, RX abdomen normal.

TAC craneal: atrofia cortical difusa sin hallazgos de interés.

Punción lumbar: Glucorquia 61, proteínas LCR 51, leucocitos ninguno.

### Resultados:

Se plantearon las posibilidades causas de debilidad muscular aguda.

-Autoinmunes. Enfermedades desmielinizantes (Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, Síndrome Guillain Barré), Miastenia gravis.

-Tóxicos. Botulismo, neuropatía por ingestión de toxinas...

-Metabólica -Infecciosas, Poliomiелitis, Difteria...

Tras comprobar la ausencia de hallazgos en la TAC, la disociación entre proteínas y células en el LCR y la historia clínica de la paciente se propuso el diagnóstico de polineuropatía inflamatoria, probable síndrome Guillain Barré, instaurándose tratamiento con Ig humana e ingresando en el servicio de Neurología.

Durante el ingreso presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda por fracaso de la musculatura torácica y además se objetivó un pico febril, por lo que se enviaron muestras a microbiología informándose en BAS positivo a Haemophilus influenzae, habiéndose iniciado cobertura antibiótica adecuada. Cuando se encontraba estable apareció una sobreinfección del tracto urinario por proteus mirabilis.

De forma progresiva fue recuperando fuerza muscular.

### Conclusiones:

El SGB puede afectar a cualquier persona, pudiendo atacar al paciente a cualquier edad, y ambos sexos son igualmente propensos al trastorno. SGB se trata de una poliradiculopatía aguda desmielinizante inflamatoria, de patología inmune. Puede haber antecedentes de infección respiratoria o intestinal en semanas previas, vacunaciones, linfomas de Hodgking, LES o Tiroiditis autoinmune.

Su complicación más frecuente es la debilidad de la musculatura respiratoria.

## ENFERMEDAD DE CROHN CON DEBUT APENDICULAR

C. Pastor Espuig, M. Oset García, L. Comín Novella, A Utrillas Martínez, D. Fernandez Rosado, C. Yáñez Benítez.

*Hospital Obispo Polanco  
Cirugía General y del Aparato Digestivo*

### Introducción / Objetivos:

La enfermedad de Crohn afecta al apéndice en un 25% de pacientes con Crohn ileal, pero rara vez la afección apendicular es la primera manifestación de la enfermedad, con sólo unos pocos casos descritos en la bibliografía. Esta enfermedad afecta generalmente a pacientes entre la segunda y la tercera décadas de la vida y predomina en los varones en una relación de 2:1. Clínicamente se asemeja a un cuadro de apendicitis aguda con evolución más insidiosa e incluso recurrente. En el 25% de los pacientes se observa una masa palpable. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

### Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 21 años sin antecedentes de interés, ya valorado el día anterior en urgencias, acude de nuevo por persistencia de la fiebre y empeoramiento del dolor abdominal en FID de 4 días de evolución con clínica miccional y tratamiento antibiótico. Se ingresa para intervención quirúrgica urgente al sospechar apendicitis aguda, siendo una apendicectomía dificultosa por una disección laboriosa y gran tamaño e inflamación de la apéndice. Presenta un postoperatorio tórpido con picos febriles, por lo que se solicita a las 48h una ecografía abdominal con el hallazgo de absceso pelviano. Se realiza lavado y drenaje quirúrgico urgente dejando drenaje tipo Blake del núm 19. La evolución es satisfactoria permaneciendo afebril, tolerando ingesta y con débito del drenaje aún algo purulento. Se realiza nueva ecografía abdominal de control sin hallazgos patológicos significativos. Ante la mejoría clínica y drenaje seropurulento mínimo, se decide el alta del paciente con seguimiento los siguientes días del drenaje y control ambulatorio por parte del servicio de digestivo.

### Resultados:

La anatomía patológica es informada como apéndice ileocecal con cambios histológicos muy sugestivos de enfermedad de Crohn activa, con marcada inflamación aguda abscesificada periapendicular.

### Conclusiones:

Histológicamente la enfermedad se caracteriza por fenómenos inflamatorios transmurales con engrosamiento de la pared, granulomas epitelioides no necrosantes, agregados de linfocitos y ulceraciones de la mucosa. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades granulomatosas del apéndice: Causas no infecciosas (casos raros de diverticulitis, reacciones a cuerpo extraño, tumores mucinosos, sarcoidosis y apendicitis granulomatosa idiopática) y infecciosas (*Yersinia*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Blastomyces*, *Schistosoma*, *Actinomyces*, *Campylobacter*, *Histoplasma capsulatum* y algunos parásitos).

Los granulomas de la enfermedad de Crohn apendicular se describen en la bibliografía como *sarcoid-like*, por semejanza a los que aparecen en la sarcoidosis. La afección intestinal de esta enfermedad es excepcional y nunca se ha descrito en la bibliografía. El test de Kveim, positivo en el 80% de los pacientes con sarcoidosis, no es útil para descartar enfermedad de Crohn, ya que el 50% son falsos positivos.

La recurrencia postoperatoria varía entre el 3 y el 16%, valores muy inferiores a los obtenidos tras resección primaria en enfermedad de Crohn de otras localizaciones. La baja tasa de recurrencia hace pensar que la apendicular es una variedad más benigna de esta enfermedad.

Tras el diagnóstico de enfermedad de Crohn apendicular se deben realizar estudios postoperatorios de intestino delgado y colon para descartar otra localización de la enfermedad, además de un seguimiento mínimo de 3 años; se puede considerar que un paciente está curado al cabo de 10 años.

## TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE QUISTE DE MESO-SIGMA

Yáñez Benítez C, Vázquez Fernández J \*, Fernández Rosado D, Utrillas Martínez A, Escribano Pérez D, González Pérez M

*Cirugía General y del Aparato Digestivo / \*MAC CS Barbastro  
Obispo Polanco, Teruel*

### Introducción / Objetivos:

Describir la técnica laparoscópica de exéresis de un quiste mesentérico sigmoideo con clínica de pseudo-oclusión intestinal baja.

### Material y Métodos:

Mediante la exposición de un caso clínico se describe la técnica de estudio, la exploración laparoscópica de la cavidad abdominal y la exéresis previa enucleación y punción controlada de quiste mesentérico responsable del cuadro oclusivo intestinal bajo. Paciente mujer de 67 años sin antecedentes de interés que consultó por dolor abdominal hipogástrico asociado a cambio en el hábito intestinal. Se practicó ecografía abdominal y TAC abdominopélvico evidenciándose un quiste mesentérico de 5 cm en meso-sigma. La colonoscopia mostró una compresión extrínseca a 17 cm del margen anal debido una lesión extramucosa que ocluía la luz intestinal. Los marcadores tumorales ACE, CA 19-9 y AFP eran normales.

### Resultados:

Se procedió a realizar la enucleación del quiste y punción controlada a visión directa, se practicó mediante un abordaje totalmente laparoscópico de 4 trócares, dos de 5 mm y dos de 11 mm con óptica de 0°. La anatomía patológica de la pared del quiste y su contenido fue informada como un quiste seroso de 4,2 x 5 x 2,2 cm sin particularidades microscópicas. Los quistes mesentéricos causan síntomas o complicaciones de tipo obstructivo, no es infrecuente que sean hallados de forma incidental durante exploraciones ecográficas o tomográficas de la cavidad abdominal o pélvica. Su localización más frecuente es a nivel del mesenterio del intestino delgado pero también están descritos en el meso de colon y recto. Su etiología es principalmente congénita aunque también se asocian a cirugía pélvica previa, trauma, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis y neoplasias. Los quistes mesentéricos deben ser tratados cuando provocan síntomas o cuando causan complicaciones como ruptura, hemorragia, torsión o como en este caso oclusión intestinal. La técnica laparoscópica de exéresis de quistes mesentéricos sintomáticos resulta muy conveniente ya que aporta ventajas con respecto a técnicas abiertas o convencionales. Tiene mejor tolerancia por el paciente, acorta la estancia hospitalaria y los resultados cosméticos de la cirugía. Nuestra paciente tuvo una buena evolución post operatoria tolerando líquidos a las 6 horas de la intervención. Fue dada de alta hospitalaria al día siguiente del procedimiento sin complicaciones y con analgesia oral.

### Conclusiones:

Los quistes mesentéricos deben ser tratados cuando provocan síntomas o cuando causan complicaciones como ruptura, hemorragia, torsión o como en este caso oclusión intestinal. El abordaje laparoscópico con cistectomía, previo punción controlada, es una técnica adecuada y sencilla para la exéresis de quistes serosos sintomáticos del mesosigma.

## TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL VOLVULO DE SIGMA

Yáñez Benítez C, Vázquez Fernández J \*, Pastor Espuig C, Escribano Pérez D, González Pérez M, Del Val Gil JM

*Cirugía General y del Aparato Digestivo / MAC CS Barbastro  
Obispo Polanco, Teruel*

### Introducción / Objetivos:

El abordaje diagnóstico y la estrategia terapéutica de la oclusión intestinal baja en los pacientes seniles, en el cual se sospecha de un vólvulo de colon sigmoideo continúa siendo un tema controvertido. Los vólvulos sigmoideos son una verdadera emergencia que requieren de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para evitar complicaciones como la isquemia mural sigmoidea o la perforación.

### Material y Métodos:

A continuación exponemos el caso de una paciente femenina de 83 años con antecedentes de HTA y DM II, que fue intervenida de osteosíntesis de cadera. Durante el postoperatorio mediato presentó dolor abdominal difuso con distensión y ausencia de deposiciones. En la exploración abdominal se evidenció un abdomen globuloso y timpanizado sin irritación peritoneal o tumoraciones palpables. Entre los diagnósticos diferenciales se consideró la enfermedad diverticular y la patología neoplásica colónica. Se practicó radiografía abdominal simple donde se apreció una gran distensión del marco cólico con predominio del sigma y la imagen característica en grano de café diagnóstica de vólvulo sigmoideo.

### Resultados:

La paciente en cuestión precisó resolución mediante sondaje rectal intermitente para resolver con urgencia la oclusión secundaria al vólvulo y posterior desvolvulación endoscópica programada. La evolución fue favorable y no precisó de intervención quirúrgica. El vólvulo de sigma es una entidad frecuente en pacientes ancianos especialmente en el contexto de un hábito intestinal estreñido y uso frecuente de laxantes. Constituye la tercera causa de oclusión intestinal colónica en países occidentales y la clínica se caracteriza por dolor abdominal, distensión y ausencia de deposiciones. En la mayoría de los casos el diagnóstico se puede hacer mediante una radiología abdominal simple en bipedestación, donde se aprecia distensión colónica y el signo de "grano de café". La descompresión mediante colocación de una sonda rectal puede ser terapéutico en hasta un 90% de los pacientes, otra alternativa es la descompresión y desvolvulación colonoscópica. Aunque en paciente seniles la descompresión es sencilla y de bajo riesgo en la mitad de los casos puede producirse una recurrencia.

### Conclusiones:

Los vólvulos sigmoideos requieren de un diagnóstico precoz y de un tratamiento oportuno para evitar isquemia sigmoidea. En la mayoría de los casos el diagnóstico se puede hacer mediante una radiología abdominal simple en bipedestación. La descompresión con sonda rectal o la desvolvulación colonoscópica son opciones de tratamiento conservador.

## TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA AMBULATORIA CON SISTEMA PICO® EN PARED ABDOMINAL

Yáñez Benítez C, Escribano Pérez D, Vázquez Fernández J\*, Comín Novella L, Moreno Muzas C, González Pérez M

*Cirugía General y del Aparato Digestivo / \* MAC CS Barbastro  
Obispo Polanco, Teruel*

### Introducción / Objetivos:

Los sistemas de terapia con presión negativa en heridas con defectos cutáneos importantes o heridas de cicatrización difícil han mostrado en los últimos 15 años sobrados beneficios. Aunque inicialmente los sistemas eran de uso exclusivamente hospitalario actualmente se dispone de sistemas portátiles y desechables aptos para el uso domiciliario.

### Material y Métodos:

Descripción de un caso clínico de paciente femenina de 78 años con antecedentes de HTA, laparotomía por ADC de colon y eventroplastia con malla de polipropileno. En el postoperatorio mediato de la eventroplastia presentó infección de herida quirúrgica con supuración crónica. La exploración del abdomen mostraba un cavidad de 3 cm de diámetro con fondo limpio y supuración no fétida. Entre los diagnósticos diferenciales se consideró la posibilidad de absceso de pared abdominal, fístula enterocutánea y rechazo de malla. Se practicó radiografía abdominal simple y TAC donde se constató cavidad superficial en pared y se descartó colecciones intra-abdominales o trayectos fistulosos. Se le colocó un sistema de presión negativa intrahospitalario hasta lograr reducir el déficit de la cavidad y acelerar la cicatrización, posteriormente se le reemplazó el sistema por uno portátil desechable que permitió el tratamiento ambulatorio.

### Resultados:

La evolución fue favorable y se logró la cicatrización completa de la pared abdominal mediante tratamiento ambulatorio con sistema cerrado de presión negativa. Los sistemas de terapia de presión negativa de un solo uso PICO® consisten en una pequeña bomba portátil que proporciona una presión negativa sobre la superficie de la herida. Esto hace apropiado su uso en heridas agudas, heridas crónicas, colgajos y úlceras. Es cierto que en relación con los sistemas tradicionales de tratamiento de heridas crónicas los sistemas de vacío pueden parecer mas costosos, varios estudios han documentado las ventajas clínicas y económicas de este tipo de terapia.

### Conclusiones:

Estos sistemas portátiles pueden suministrar terapia negativa hasta siete días continuos y son adecuados para su uso tanto en hospitales como en el domicilio. La utilización de la presión negativa sobre heridas húmedas favorece la eliminación del exceso de fluidos estimulando la angiogénesis y el tejido de granulación.

## **GASTRITIS ENFISEMATOSA**

Utrillas Martínez AC, Escribano Pérez D, Pastor Espuig C, González Pérez M, Sánchez Santos P, Fernández Bedoya I.

*Cirugía General Y Aparato Digestivo. Servicio De Radiodiagnóstico  
Obispo Polanco. Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

La neumatosis gástrica, es decir, la presencia de gas dentro de la pared gástrica engloba dos procesos con etiología, manifestaciones clínicas y pronósticos muy diferentes.

Llevamos a cabo una revisión bibliográfica de dicha patología infrecuente.

### **Material y métodos:**

Presentamos un caso clínico de gastritis enfisematosa recientemente atendido en nuestro Servicio y tratado satisfactoriamente con actitud conservadora.

### **Resultados:**

Varón de 83 años hipertenso, diabético, broncópata, diagnosticado de esquizofrenia paranoide y de adenocarcinoma de próstata en tratamiento hormonal. Lo remiten a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 24h de evolución, sin fiebre ni alteraciones del ritmo deposicional. A la exploración se comprueba el buen estado del paciente, que presenta abdomen globuloso y distendido, doloroso a la palpación de forma difusa pero sin signos de irritación peritoneal, con peristaltismo disminuido. El tacto rectal demuestra el dedil manchado de heces de coloración normal. En la analítica de urgencias destacaba neutrofilia, glucemia de 203 mg/dl y PCR de 15. En la RX de abdomen se comprueba distensión gástrica con aire extraluminal que dibuja el contorno de la pared del estómago y posible neumoperitoneo. Se solicita TC abdominopélvico urgente que describe gastritis enfisematosa con retroneumoperitoneo que diseca bazo, vasos retroperitoneales hasta la segunda porción duodenal en su cara posterior e importante distensión gástrica. Se toma cultivo del contenido gástrico positivo para E. coli. Dada la escasa repercusión clínica del cuadro, se decide actitud conservadora mediante sueroterapia, reposo intestinal, SNG y antibioterapia de amplio espectro mediante Metronidazol y Gentamicina durante 8 días. El paciente permanece en todo momento afebril, sin dolor y estable hemodinámicamente. Es dado de alta a los 8 días del ingreso y se realiza Gastroscoopia ambulatoria que muestra mucosa del fundus y cuerpo con pliegues engrosados y mucosa eritematosa de manera difusa; hallazgos compatibles con gastritis aguda.

### **Conclusiones:**

La neumatosis gástrica engloba dos procesos: El enfisema gástrico, generalmente asintomático y derivado de una causa mecánica que produce un aumento de la presión intraluminal gástrica y la Gastritis enfisematosa, que resulta de la infección de la pared gástrica por organismos formadores de gas. En ambos casos se observan burbujas o imágenes lineales de aire que disecan la pared gástrica. Los factores que pueden predisponer a la aparición de una gastritis enfisematosa son la ingestión de cáusticos, ingestión excesiva de alcohol, diabetes, isquemia gástrica, cirugía gastrointestinal, gastroenteritis y parasitosis. Entre los gérmenes relacionados se han encontrado: C. welchii, C. perfringens, E. coli, S. aureus...El tratamiento de ambos cuadros difiere. En el caso del enfisema gástrico la evolución suele ser buena, no siendo necesario tratamiento; sin embargo los que padecen gastritis enfisematosa requieren tratamiento temprano con antibióticos de amplio espectro, sueroterapia y aspiración gástrica. La necesidad de cirugía en la fase aguda debe ser individualizada.

## ADAPTACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN HOSPITAL SOCIOSSANITARIO A PACIENTES CON DISFAGIA

Hernández Martín J, Correa Ballester M, Solsona Fernández S, Quílez Salas N, Forcano García M, Gómez Navarro R.

*Hospital San José (Teruel)*

### Introducción / Objetivos:

Entre el 15 y 40% de la población adulta ingresada en centros sociosanitarios manifiestan dificultades en la ingesta de cápsulas y comprimidos. El objetivo de nuestro trabajo es modificar la guía farmacoterapéutica del hospital para adaptarla a pacientes con disfagia y utilizarla durante la prescripción y validación farmacéutica proponiendo los cambios oportunos en caso necesario.

### Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de guías práctica clínica y revisiones sistemáticas en Pubmed y Embase utilizando los términos “Deglutition disorders” y “Drug administration routes”, así como en Uptodate, para elaborar las recomendaciones generales de administración de medicamentos. Se comprobó, para cada principio activo, si existían comercializadas otras formas farmacéuticas más recomendables para pacientes con disfagia (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), así como la posibilidad de triturar comprimidos y mezclar con alimentos (fichas técnicas, guía de administración de medicamentos por sonda).

### Resultados:

Se desarrolló un algoritmo de decisión general con el fin de ayudar en la selección de la mejor forma farmacéutica y su método de administración en pacientes con disfagia. Se incluyó, para cada principio activo, un apartado de recomendaciones de administración para pacientes con disfagia, haciendo referencia a la existencia de una forma farmacéutica bucodispersable o líquida, la posibilidad de triturar los comprimidos, la compatibilidad con alimentos o las alternativas en caso de no poder triturarse. La búsqueda supuso la inclusión de 9 formas bucodispersables y 24 formas líquidas (sobres, jarabes y/o gotas).

### Conclusiones:

La revisión de la guía ha supuesto la incorporación de formas farmacéuticas que podrán evitar errores de medicación y mejorar el cumplimiento terapéutico de pacientes con disfagia, siendo una herramienta útil para la prescripción, validación y administración de medicamentos en estos pacientes.

## TALLER DE MANDALAS EN LA UCE

Lorena Pereyra Grustán, M<sup>a</sup> José García Rubio, Andrea Marín- Back Gómez, M<sup>a</sup> Dolores Serrano Torres, Juana M<sup>a</sup> Resano Tobajas, Ana Cristina Navarro Martínez.

*UCE Psiquiatría  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

#### **Introducción:**

El término mandala tiene su origen a la cultura oriental. Muestra figuras organizadas alrededor de un punto central e inscritas en un perímetro definido.

Entre los posibles efectos beneficiosos de la técnica en los pacientes, se encuentra el fomento del respeto por el trabajo con otros pacientes, la capacidad de percibir estímulos visuales y conectar con las emociones a través de la creatividad.

Con este trabajo nos planteamos la realización de mandalas como actividad lúdica que es capaz de mejorar la introspección, la concentración y disminuir la ansiedad.

#### **Objetivos:**

- Analizar el bienestar de los pacientes tras la actividad.
- Evaluar la reducción de la ansiedad en el paciente.
- Evaluar los cambios en la concentración y memoria inmediata de los pacientes.

### Material y Métodos:

Estudio descriptivo de los pacientes que participan en el taller de mandalas durante el periodo del 1 de Agosto al 30 de Septiembre.

**Población a estudio:** 14 pacientes.

#### **Instrumentos de recogida de información:**

- Documento de taller de mandalas.
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).
- Sub-test del WAIS III (dígitos).

### Resultados:

Tras la ejecución del taller de mandalas en el grupo de pacientes estudiado se ha observado una mejoría significativa en la percepción subjetiva de bienestar.

Asimismo refieren mejorías un número significativo de pacientes en diferentes aspectos relacionados con la ansiedad: resolución de la angustia, satisfacción personal y menor irritación.

Finalmente también se observa una mejoría de la ejecución de los pacientes en la prueba de dígitos tras la actividad.

### Conclusiones:

A la vista de los resultados obtenidos, la realización del taller de mandalas se relaciona con una mejoría significativa de los aspectos evaluados: bienestar, ansiedad y capacidad de concentración y memoria.



## **TRAUMATISMO CERVICAL, IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Díaz Martínez, Jose Vte; Blanco LLorca, Jose A.; Ballestr Jiménez, J.J; García Aguilera, David; Muniesa Herrero, M<sup>a</sup> Pilar; Bas Hermida, Paloma

*Cirugía Ortopédica Y Traumatología*

### **Introducción / Objetivos:**

Las lesiones de columna cervical son de gran importancia, por su gravedad y por las implicaciones neurológicas que conllevan. El 20% de las fracturas de columna cervical pasan desapercibidas en el servicio de urgencias

### **Material y Métodos:**

Mujer 73 años de edad sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Refiere caída por la escalera en su domicilio. Traslada inicialmente a su hospital de zona donde no se objetivan lesiones óseas, tras realizar estudio radiológico simple cervical. Se da de alta a su domicilio con collarín cervical diagnosticándola de esguince cervical. Dos días después la paciente inicia cuadro de paresia progresiva en miembros superiores e inferiores. A los 5 días de la lesión consulta de nuevo en su hospital de zona donde se realiza TAC evidenciándose subluxación C6 - C7 y hundimiento del platillo superior de C7.

### **Resultados:**

En hospital de referencia ingresa en reanimación colocándose un halo de tracción transcraneal con el objetivo de lo mayor posible la fractura y a su vez preparar a la paciente para el tratamiento definitivo. Dado que la paciente presentaba un moderado potencial de recuperación la unidad decide tratamiento quirúrgico. Practicando una reducción y osteosíntesis por vía anterior. Actualmente la paciente se encuentra recuperándose en la unidad de lesiones medulares de nuestro hospital con una gran mejoría de su estado general y sustancial recuperación de la lesión neurológica

### **Conclusiones:**

Las lesiones de columna cervical son de gran importancia, por su gravedad y por las implicaciones neurológicas que conllevan. El 20% de las fracturas de columna cervical pasan desapercibidas. Estas lesiones neurológicas provocan graves limitaciones e invalidez. Es importante tener en cuenta que de los traumatismos cervicales que no presentan daño neurológico en el momento inmediato, un 10% lo presenta con posterioridad (2), por lo que todos los traumatismos cervicales se deben considerar como potenciales traumatismos raquímedulares, hasta que la evolución demuestre que no hay daño medular o radicular de forma definitiva.

## RECUPERADORES HEMÁTICOS POSTOPERATORIOS EN ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA: EFICACIA Y SEGURIDAD

García Aguilera, D. Muniesa Herrero MP. Floria Arnal LJ. Díaz Martínez JV, Fuertes Vallcorba A. Martín Hernández C.

*Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Rodilla.  
Hospital Obispo Polanco, Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La artroplastia total de rodilla es una cirugía mayor con un alto potencial de pérdida sanguínea. Diversos estudios muestran que el uso de fármacos antifibrinolíticos reduce el sangrado y la necesidad de transfusión de sangre en el postoperatorio. Existen otras estrategias de ahorro de sangre, los recuperadores hemáticos postoperatorios. En el servicio de Cirugía ortopédica y traumatología (Unidad de Rodilla), se ha iniciado su uso junto con unos criterios restrictivos de trasfusión sanguínea con la finalidad de reducir la necesidad de ésta, disminución de morbimortalidad, evitar posibles reacciones inmune, aumentar la supervivencia y reducir costes.

Objetivo: Valorar la eficacia de los recuperadores hemáticos postoperatorios y sus posible complicaciones.

### Material y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de 50 pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla entre el 1 de enero de 2011 y junio de 2012. Se evaluó la hemoglobina y hematocrito pre y postquirúrgico a las 48 horas de la intervención, necesidad de trasfusión y posibles complicaciones postoperatorias.

### Resultados:

50 pacientes: 56% hombres (28), 44% mujeres (22). Lado derecho 58,3%, izquierdo 41,7%. Edad media 75 años. Estancia media del ingreso 5,1 días. Hemograma: Prequirúrgico Hb 14,46 g7dl, Hto 42%, Postquirúrgico a las 48h: Hb 10,27, Hto 30,24%. Cantidad media obtenida y reinfundida con recuperador hemático 654cc. Necesidad de transfusión en 41,7% (21 pacientes) Complicaciones: Fallo del sistema de recuperación 12% (6), Febrícula 12% (6), elevación de transaminasas 2% (1), TEP 2% (1) El número total de complicaciones postoperatorias fueron 14. Excepto la elevación de transaminasas el resto son posibles complicaciones en una cirugía mayor. Según nuestra experiencia clínica y los datos obtenidos se demuestra que los recuperadores presentan una seguridad clínica.

El coste de los recuperadores es de 97€ muy inferior al del proceso transfusional ya que este requiere extracción, análisis, almacenamiento, conservación, distribución y donantes.

### Conclusiones:

El uso de recuperadores hemáticos postoperatorios junto con estrategias restrictivas de transfusión son medidas de ahorro de sangre que en la actualidad están presentando gran eficacia ya que disminuye la tasa de transfusión y el aumento de riesgo de infección reduciendo el coste efectivo y proporcionando un incremento de la seguridad clínica.

# LESIONES DEPORTIVAS ASOCIADAS AL ESQUÍ Y SNOWBOARDING TRATADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE TERUEL

García Aguilera D\*, Lenghel FO, Torres Nuez JP, Martínez Sanz G, Fatahi Bandpey ML, Santa Eulalia E

*Servicio de Radiodiagnóstico, \*Servicio de Cirugía ortopédica y traumatología  
Hospital Obispo Polanco, Teruel*

## Introducción / Objetivos:

El esquí y el snowboarding son deportes de invierno cuya popularidad ha ido aumentando en los últimos años. Son deportes de riesgo que presentan una tasa de lesión entorno del 3 por 1000 esquiadores. Nuestro hospital es centro de referencia de las Estaciones de esquí de Javalambre y Valdelinares (ARAMON) presentando en los últimos años un aumento en el número de lesiones deportivas asociadas a esquí y snowboarding tratadas en el servicio de Urgencias.

Las nuevas fijaciones generan grandes fuerzas que actúan a través de articulaciones específicas, resultando patrones únicos de lesión. La alta velocidad y la energía están implicadas en las fracturas y en las luxaciones de las extremidades superiores. Las lesiones de rodilla son las más frecuentes en los esquiadores. Las lesiones de la médula se relacionan con maniobras aéreas, son raras pero representan las lesiones más graves.

Objetivo: revisión de las lesiones deportivas tratadas en el servicio de Urgencias asociadas con la práctica del esquí y del snowboarding, realizando una explicación sobre el posible mecanismo de producción de las mismas y su correlación radio-ortopédica.

## Material y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel en el período Diciembre de 2010 - Abril de 2011 realizando una búsqueda en los informes de alta con las siguientes palabras: "esquí", "snowboarding", "estación de esquí" "esquiando" "nieve". Se recopila datos de la exploración física e imágenes de las pruebas complementarias. Se realiza una distribución de las lesiones en función del lugar anatómico.

## Resultados:

Encontramos un total de 131 lesiones: Extremidad superior (47): hombro 17, codo 4, muñeca 17, carpo 9. Extremidad inferior (54): Cadera 7, Rodilla 29, Tobillo 15, Pie 3. Columna vertebral 6 y la pared torácica (9). En 15 casos sufrieron otros tipos de lesiones (TCE, contusión ocular, traumatismo renal con hematoma).

Extremidad superior: 30 fracturas, 9 luxaciones, 1 fractura-luxación y 7 contusiones. Extremidad inferior: 19 fracturas, 2 luxaciones, 33 contusiones.

El tipo de lesión más frecuentemente encontrada fue la contusión de rodilla (21,3 % del total de los casos), con la mención que son menos graves en los practicantes de snowboard. Estas lesiones están causadas por los nuevos sistemas de fijación, rotación externa y valgo forzado, "boot" inducida por cajón anterior o flexo-rotación interna.

La extremidad superior se lesiona casi el doble en el snowboarding que en el esquí. Los posibles mecanismos son: caídas con golpe directo, carga axial de un brazo extendido, contracción muscular excéntrica con abducción resistida por la pendiente, colisiones con esquiadores, árboles, obstáculos.

Los traumatismos de la muñeca, en particular las fracturas, son las lesiones más comunes en el snowboarding.

## Conclusiones:

El esquí junto con el snowboard por su popularidad, son un motivo frecuente de urgencias en nuestro medio durante la temporada de invierno.

Con el aumento de la popularidad de los deportes asociados con la nieve (esquí y snowboarding), cada vez más nos encontramos con un mayor número de practicantes y con el consiguiente aumento de los casos que presentan lesiones asociadas a esta práctica de deporte.

Es importante comprender el mecanismo de producción de los diferentes tipos de lesiones, de cara a la actitud diagnóstica inmediata y el tratamiento correspondiente.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURA DE CUELLO RADIAL CON VALGO POSTRAUMÁTICO

García Aguilera, D. Muniesa Herrero, MP. Floria Arnal, LJ. Lenghel, FO\*, Fatahi Bandpey ML\*. Martín Hernández, C

*Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. \*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital General Obispo Polanco De Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Las fracturas de cuello de radio en el adulto son frecuentes representando el 20-30% de las fracturas que afectan al codo. Las tipo II de Mason suponen un reto para el traumatólogo debido a las características anatómicas (cabeza radial intraarticular y participación en movimientos de flexo-extensión del codo) y a los resultados no siempre satisfactorios de la cirugía del codo.

El tratamiento dependerá del número de fragmentos, desplazamiento, localización y la presencia de lesiones asociadas (ligamentosas, fractura de coronoides, olécranon).

Objetivo: Evaluación del tratamiento quirúrgico y resultado final, a propósito de un caso clínico, en paciente con fractura no diagnosticada de cuello radial con valgo postraumático.

### Material y Métodos:

Caso clínico de mujer de 42 años que es remitida al servicio de urgencias por persistencia de dolor en codo izquierdo tras sufrir caída casual 5 semanas antes, diagnosticándose inicialmente de contusión de codo FIG 1.a, siendo tratado con vendaje compresivo. Como antecedente médico presentaba hemocromatosis crónica. A la exploración física presentaba codo izquierdo: Valgo 35°. Flexión 40°. Extensión 20°. Pronosupinación dolorosa. Dolor palpación cabeza radial. En las pruebas complementarias Rx simple de codo: Fractura de cuello radial izquierdo en evolución con valgo residual de 35°. Angulación cuello radial de 69°. Fig 1.b. Se diagnostica de fractura cuello radial izquierda (mason II)(fase consolidación) y valgo postraumático.

Se realiza intervención quirúrgica programada: osteotomía varizante de cabeza radial con cuña externa, y osteosíntesis con placa e injerto procedente de metáfisis proximal de cúbito. FIG2a

### Resultados:

Buena evolución clínica tras intervención quirúrgica iniciando rehabilitación en el postoperatorio inmediato presentando Pronación completa, Supinación 45°, Flexión 90° y Extensión 30°. Sin complicaciones neurovasculares. Se realizan 16 sesiones de fisioterapia y electroterapia presentando limitación moderada y dolor severo, por lo que se solicita estudio TC sin hallazgos significativos exceptuando la osteosíntesis realizada. Ante el dolor severo-moderado se solicita colaboración por Unidad de Dolor que prescribe opiodes mayores orales (hidromorfona 4mg/24h y fentanilo oral transmucoso 200µg) previos a las sesiones

Ante la leve mejoría y la limitación que presentaba se solicita colaboración al Servicio de Anestesia para movilización de codo bajo anestesia regional tras bloqueo infraclavicular. Se suspende analgesia por catéter a causa de la extravasación del mismo.

En la radiografía control a los 6 meses se observa resorción parcial del injerto.

A los 15 de meses de la intervención quirúrgica, tratamiento oral con opioides mayores previos a las sesiones intensiva y diaria de fisioterapia se obtiene un balance articular Flexión 138°, Extensión -16°, Supinación -10°, Pronación completa.

### Conclusiones:

Las fracturas de cabeza radial son frecuentes, requieren un diagnóstico tras exploración física. Para evitar cometer errores diagnóstico siempre que tengamos una posible fractura de cabeza o cuello radial deberemos prestar gran atención a una serie de signos radiológicos básicos FIG4. Tras la cirugía y una intensa rehabilitación el balance articular es limitado pero aceptable.

## ¡VAMOS A SACAR PERRICAS!

J.D. Saa Sendra, A. Reboreda Amoedo, L. Francés Soriano, L. Andrés Camba, B.Gómez Chagoyen,

*Psiquiatría.*

*Unidad de Salud Mental de Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

Las manifestaciones clínicas del trastorno bipolar II son las de un trastorno de un trastorno depresivo mayor combinado con un episodio de hipomanía. Algunos estudios indican que el trastorno bipolar II se asocia a una mayor problemática conyugal y al inicio en una edad más temprana que el trastorno bipolar I (que suele iniciarse antes de los 50 años).

### **Material y Métodos:**

Paciente de 74 años que acude derivada por MAP a nuestro servicio (USM) por supuesto cuadro confusional.

Antecedentes médicos de cuadro confusional 2º a infección respiratoria, bronquitis aguda, dislipemia, conjuntivitis y blefaritis.

Antecedentes psiquiátricos de trastorno depresivo desde 2007 con varias recaídas y en tratamiento con mirtzapina y quetiapina en el momento de la visita. Antecedentes psiquiátricos familiares: familiar de primer grado con trastorno depresivo.

Convive con su marido con quien mantiene una relación disarmónica

Presenta agitación psicomotriz, insomnio mixto de 3 semanas de evolución (3 horas de sueño/noche), verborrea, discurso tangencial, en ocasiones saltatorio llegando a la incongruencia, hiperfagia, hipertimia, taquipsiquia, despilfarro económico. En todo momento se mantiene orientada en las 3 esferas. No existen ideas de muerte. Juicio de realidad mermado.

No refiere consumo de tóxicos.

### **Resultados:**

El cuadro requiere de ingreso en UCE de psiquiatría solicitando analítica de sangre y orina sin encontrarse patología orgánica aguda acompañante.

Tiene TAC del mes anterior donde se observa lesión poroencefálica parietal derecha alta, asociada a atrofia cortical. Ventriculomegalia supratentorial simétrica sin signos de hidrocefalia, en relación a atrofia cerebral cortico-subcortical.

Se realiza MOCA test indicándonos alteración en lenguaje con anomia, y dificultad para repetir frases largas por afectación de la memoria inmediata así como la de trabajo.

Se inicia tratamiento con olanzapina 15 mg /día con clara mejoría en 2-3 semanas.

### **Conclusiones:**

Un episodio hipomaníaco debe diferenciarse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o de un trastorno del ánimo inducido por sustancias. El diagnóstico apropiado en caso de causa médica es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración de estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing).

## MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

(1) M<sup>a</sup> Nereida Tarazón Alcocer, (2) Irmina Tarazón Alcocer, (3) Carmen Gallardo Ganuza.

(1) PAC Paiporta, (2) CS L'Alcudia, (3) CS Teruel Ensanche.

(1) Consorcio Hospital General-Valencia. (2) Hospital La Ribera-Alzira. (3) H. Obispo Polanco-Teruel.

### Introducción / Objetivos:

El término mononucleosis infecciosa fue introducido por Emil Pfeiffer (1920) cuando se describió un síndrome caracterizado por fiebre, linfadenomegalias, cansancio y linfocitosis. Pero Henle (1968) demostró que el Virus Epstein Barr era el agente etiológico de los síndromes mononucleósidos asociados con la presencia de anticuerpos heterófilos. **Transmisión:** por el intercambio de saliva: besos, beber del mismo vaso, compartir comida o bebida con otras personas. La causa más común es el Virus Epstein Barr. Datos epidemiológicos y serológicos sugieren la asociación entre VEB y enfermedad de Hodgkin, aunque la exacta contribución del virus al desarrollo de este tumor no es conocida. Con mucha menos frecuencia puede ser producida por Citomegalovirus y en 1% de casos por Toxoplasma gondii.

**Síntomas:** Fiebre; ganglios linfáticos inflamados, haciéndose accesibles a la palpación en todos los territorios con predominio de los cervicales. Las adenomegalias carótideas son las de mayor tamaño, las cervicales posteriores son las más características. Suelen ser simétricas, libres, elásticas, sensibles a la palpación. Puede haber adenomegalias profundas. En la mitad de casos se acompaña de esplenomegalia, y en el 10% de hepatomegalia. La faringitis es variable (eritematosa, pultácea, úlceroembranosa). El síndrome dérmico se caracteriza por erupción exantemática. Otros síntomas: escalofrío, diaforesis, cefalea, artromialgias, astenia, cansancio, anorexia, fatiga extrema, nauseas, vómitos. A nivel hematológico destaca la linfocitosis con linfocitos atípicos. El Monospot o las pruebas de Ac heterófilos, confirman el diagnóstico.

**Tratamiento:** reposo, ingesta abundante de líquidos, ibuprofeno para disminuir la fiebre. El virus se elimina espontáneamente y los síntomas desaparecen en el plazo de 4 semanas.

### Material y Métodos:

Se describe el caso de un varón de 15 años que acude a consulta con su madre porque "se toca un ganglio en el cuello", que lo tiene desde hace 2-3 meses, pero no lo ha dicho hasta ahora. Por esas fechas, tuvo un episodio de dolor de garganta y fiebre, que su madre trató con ibuprofeno 600 mg, y no consultó al médico porque la fiebre cedió con el antitérmico. También por esas fechas llegaba de clase muy cansado; un día se acostó por la tarde hasta la mañana siguiente. Dice que no ha besado a ninguna chica, pero alguna vez ha bebido del mismo vaso de un amigo.

### Resultados:

En la 1<sup>a</sup> visita, se palpa un ganglio cervical superficial superior derecho aumentado de tamaño, y dos ganglios cervicales superficiales inferiores izquierdos inflamados, aunque de menor tamaño que el derecho. Se solicita analítica: hemograma, bioquímica, serología (citomegalovirus, VEB); y Ecografía Cervical.

Se cita para resultados. En la 2<sup>a</sup> visita aporta analítica: Hemograma: serie roja normal; Serie blanca: destacan neutropenia, linfocitosis, eosinofilia; Serie plaquetar normal; VSG normal. Bioquímica: normal. Serología: Ac Anti Citomegalovirus IgG e IgM negativos; Ac Anti Epstein-Barr IgG positivo pero IgM negativo: indica infección reciente pero no actual. Aporta Ecografía Cervical: se identifican múltiples adenopatías en cadenas yugulares y submandibulares aumentadas de tamaño, que presentan morfología y ecoestructura normal con conservación de la forma ovalada y del hilio graso. Las de mayor tamaño están en región submandibular de 10 y 11 mm de diámetro; en cadenas yugulares las más grandes son de 5 y 6 mm de diámetro. Parótidas y submaxilares con parénquima homogéneo sin evidencia de lesiones focales.

### Conclusiones:

Una mononucleosis infecciosa puede confundirse con una faringitis si no se tiene en cuenta otros síntomas (cansancio, astenia, cefalea, fatiga extrema) además de fiebre y odinofagia.

Se debe realizar exploración cervical.

Es una enfermedad benigna que solo en casos rarísimos se asocia con complicaciones: las más frecuentes son las derivadas de la deficiencia inmunológica de carácter transitorio que acompaña a la enfermedad.

El aislamiento es innecesario.

## PSICOSIS LÚPICA VS PSICOSIS CORTICOIDEA

L. Francés Soriano, C. Abad Bouzán, B. Granados Martínez, D. Saá Sendra, B. Gómez Chagoyen, S. Jiménez Motilla

*Unidad de Psiquiatría de Enlace y Psicósomática (UPPE).  
HCU "Lozano Blesa", Zaragoza*

### Introducción / Objetivos:

En enfermedades sistémicas, es importante determinar el origen de las alteraciones psiquiátricas, en este caso valorar si la causa es orgánica (por la propia evolución de la enfermedad) o farmacológica (por la toma de corticoides que podrían inducir una psicosis).

### Material y Métodos:

Nos solicitan colaboración por paciente mujer de 60 años diagnosticada de LES con afectación cerebral y que requiere ingreso de forma programada en servicio de MI por aumento de sintomatología psiquiátrica de 2 meses de evolución, en la que la paciente se encuentra hipomaníaca con ideas paranoides con respecto a su entorno familiar. No antecedentes psiquiátricos previos. Episodio que coincide con el abandono de tratamiento inmunosupresor.

**Al examen mental:** Consciente, alerta, desorientada en tiempo y espacio. Aspecto cuidado, maquillada. Actitud desinhibida, fuerte en ocasiones. Contacto visual efectivo, sonriente, risas inmotivadas. Colaboradora en la entrevista aunque con ciertas reticencias. Habla en ritmo acelerado y tono normal, en respuesta a preguntas. Discurso coherente, empobrecido. Ánimo expansivo, hipertimia. No ansiedad. Hiperorexia, normosomnía. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. Ideación delirante de perjuicio focalizada en su hermana y posible ideación megalomaníaca. Deterioro cognitivo existente. Nulo insight. Juicio de realidad mermado.

MEC: 16/35. Sus dos anteriores brotes coincidieron con un marcado deterioro cognitivo (que se recuperó con tratamiento inmunosupresor) y que actualmente le imposibilita para las ABVD.

### Resultados:

Paciente de 60 años, que presentó déficit neurológico progresivo a múltiples niveles consistente en: nistagmus izquierdo, disartria, hiperreflexia en hemicuerpo izquierdo con hipotonía en hemicuerpo derecho y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho 3/5, temblor postural generalizado, pérdida de memoria reciente y de rememoración. Pérdida de control de movimientos voluntarios, latero pulsión y temblor de extremidades izquierdas, con lo que se concluye una afectación tanto del sistema piramidal como extrapiramidal. En estudio de RNM cerebral se detectó un marcado aumento de la intensidad de señal de la sustancia blanca periventricular y de ambos centros semiovoides. Los déficits referidos han supuesto una merma muy importante en las actividades de su vida diaria, con dependencia total en muchas dichas tareas. En el año 2003, fue enviada a consultas de MI por detectar títulos muy elevados de anticuerpos antinucleares, con posterior determinación de anticuerpos extraíbles del núcleo compatibles con Lupus sistémico.

Con el diagnóstico de vasculitis cerebral por LES se inició tratamiento con bolos intravenosos de ciclofosfamida en 12 tandas en 2003 con importante mejoría de los déficits señalados, pero de nuevo en 2008 a 2009 de nuevo presentó empeoramiento, volviendo a ser dependiente para muchas actividades de la vida diaria por lo que se administraron 10 ciclos de CFM, esta vez sin resultado significativo por lo que se propuso tratamiento con Rituximab, tras despistaje de TBC, que resultó negativo.

### Conclusiones:

El deterioro cognitivo existente, la vasculitis cerebral, y la no coincidencia con cambio de dosis de tratamiento, se inclinan más por el origen orgánico del cuadro, de mal pronóstico.

## ABSCESOS HEPÁTICOS AMEBIANOS AUTÓCTONOS

Primo Romaguera, Vicent; Rueda Alcárcel, Camilo; Chiralt Carrera, Alicia; García Santosjuanes, Loreto; Catalá Llosá, Jesús; López Bañeres, Manuel; Asencio Arana, Francisco.

*Cirugía general y del aparato digestivo  
Arnau de Vilanova de València.*

### Introducción / Objetivos:

La Entamoeba Histolytica es un protozoo de distribución mundial y endémico de zonas tropicales. Su mecanismo de transmisión es fecal-oral. Se estima que el 10% de la población mundial está infectada, y de estos el 90% son asintomáticos. En nuestro medio ha crecido el número de casos por el tránsito mundial de viajeros, pero los casos de amebiasis autóctona y AHA (abscesos hepáticos amebianos) autóctonos son aún una entidad poco frecuente

La forma más común de presentación es la intestinal, con distintos grados de severidad, la afectación extraintestinal más frecuente es el AHA, por diseminación portal.

Es un cuadro tres veces más común en varones.

La mortalidad es del 1-34%, a expensas de complicaciones, como rotura a árbol bronquial, pleura o peritoneo.

### Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente de 49 años sin antecedentes destacables, ni viajes a zonas tropicales documentados, que es ingresado en el servicio de neumología de nuestro hospital por un cuadro de fiebre de 20 días de evolución, asociado a molestias en hemitórax e hipocondrio derecho. A la exploración física presenta molestias a la palpación en HD. Derrame pleural en la radiografía y 17100 leucocitos con neutrofilia. Inicialmente se instaura tratamiento con levofloxacino, sin presentar mejoría clínica. La ecografía y TC muestra múltiples nódulos de ecogenicidad mixta 2 de ellos > 8cm, planteando el diagnóstico diferencial entre abscesos piogénicos y amebianos.

### Resultados:

Iniciamos tratamiento con Metronidazol + Ceftriaxona + drenaje percutáneo. La punción hepática resulta negativa para aerobios, anaerobios y antígeno de E.Histolytica.

Colonoscopia, gastroscopia, cultivo de líquido pleural, biopsia hepática y determinación de parásitos en heces y detección de VHB, VHC y VIH resultan negativas. La serología para E. Histolytica IgG 1/2560.

El paciente es dado de alta tras 45 días de ingreso, asintomático y con regresión de las lesiones en pruebas de imagen.

### Conclusiones:

Los abscesos hepáticos amebianos deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial de LOEs hepáticas, más aún si el paciente presenta signos clínicos de sepsis. Su diagnóstico se basa en las pruebas de imagen y la serología positiva para el parásito, ya que la existencia del parásito en heces es negativa en 50% de los casos.

El tratamiento de elección es el uso de Metronidazol, y se puede asociar a fármacos que destruyan las formas quísticas intestinales.

El drenaje percutáneo está indicado ante la falta de respuesta al tratamiento médico, sobreinfección o riesgo de rotura (>5-10cm y en LHI). El tratamiento quirúrgico debe reservarse cuando los tratamientos previos no son satisfactorios y existe gran riesgo de rotura intraperitoneal.



## DIVERTÍCULO YEYUNAL PERFORADO AL ESPACIO SUBPERITONEAL

Vilar Bonacasa E.Y., Oset García M., Fernández Bedoya I.U, Fatahi Bandpey M.L, Lengel F.O., Santa Eulalia Mainegra E.

*Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

La incidencia de los divertículos adquiridos del intestino delgado, varía entre el 0,5% y el 2,3%. Se localizan en el borde mesentérico, disminuyen en tamaño y número, cuanto más alejados se encuentran del ligamento de Treitz. En el 60 % de los casos son asintomáticos. Cuando dan síntomas, suelen ser leves, como dolor abdominal o dispepsia, pero en un 6-13% de los casos, pueden presentar complicaciones, por orden decreciente, como: diverticulitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, hemorragia y anemia.

El mesenterio del intestino delgado, está formado por las reflexiones del peritoneo visceral sobre las asas de yeyuno e íleon. Su raíz, de 15 cm, se extiende desde el ligamento de Treitz, en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, hasta la válvula ileocecal en el cuadrante inferior derecho y sostiene unos 6-7m de asas yeyunales e ileales. Contiene vasos, nervios y ganglios que discurren por el espacio que queda entre las hojas de peritoneo visceral, denominado espacio subperitoneal.

### Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente de 82 años con antecedente de adenocarcinoma de recto intervenido en 2001, que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 12 h de evolución, sin fiebre, vómitos ni alteraciones del tránsito intestinal.

En la radiografía simple de abdomen se evidencia distensión de asas de delgado, con aumento de calibre y presencia de niveles hidroaéreos, ausencia de distensión en colon, sin evidencia de neumoperitoneo. Cuadro sugestivo de íleo obstructivo de intestino delgado.

En el estudio con TC se evidencia líquido libre intrabdominal, dilatación de asas de intestino delgado hasta íleon, a la altura de una eventración en la pared anterior del abdomen, con asas distales de calibre normal. También presentaba gas extraluminal alrededor de un asa de yeyuno, que se extiende por el espacio subperitoneal del mesenterio del intestino delgado.

No se apreciaron en el estudio cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente al asa perforada ni gas libre en la cavidad abdominal.

Los hallazgos sugirieron oclusión de intestino delgado probablemente por adherencias, complicada con perforación de un asa de yeyuno.

### Resultados:

El paciente fue intervenido de manera urgente, practicándose resección segmentaria de yeyuno con anastomosis primaria. En la intervención, se apreciaron dos divertículos muy próximos en yeyuno proximal, uno de ellos necrosado y perforado, peritonitis aguda y oclusión de delgado por adherencias en íleon. Se puso de manifiesto la presencia de gas en el espacio subperitoneal.

### Conclusiones:

En este caso, el aumento de la presión intraluminal por la obstrucción del intestino delgado, fue lo que propició la perforación del divertículo yeyunal. No presentaba signos de inflamación alrededor del divertículo que sugirieran diverticulitis aguda.

Al ser un divertículo adquirido, su pared está formada por la mucosa y submucosa herniadas a través de los orificios de entrada de los vasos, en el borde mesentérico. La perforación dio lugar a la salida de gas al espacio subperitoneal, lo que justifica la ausencia de neumoperitoneo ante perforación de víscera hueca. El aire contenido en este espacio, se identifica en la TC por disecar los vasos mesentéricos en un trayecto más o menos extenso. El volumen del gas debe de ser cuantioso para poderse apreciar en las radiografías.

La diverticulitis de yeyuno se suele presentar con una imagen de colección de líquido y gas adyacente a un asa de intestino delgado con engrosamiento mural homogéneo y cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente.

La perforación de una víscera hueca da lugar a la salida de gas desde su interior, habitualmente en forma de neumoperitoneo, en ocasiones voluminoso, apreciable en las radiografías y otras veces escaso, incluso pequeñas burbujas aéreas que, únicamente se identifican mediante TC. Sin embargo en los casos de divertículos, por su localización en el borde mesentérico del asa, el gas puede difundir al espacio subperitoneal, fallando entonces un signo radiológico de urgencia quirúrgica el neumoperitoneo.

## ÍLEO OBSTRUCTIVO POR VÓLVULO ÍLEO-CECAL

Vilar Bonacasa E.Y., Santa Eulalia Mainegra E, Oset García M, Fernández Bedoya IU, Moreno Mouzas C, Fatahi Bandpey ML.

*Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

El vólvulo de ciego, supone un 25-40% de todos los vólvulos de colon. Representa hasta un 2% de los casos de obstrucción intestinal y 11% de los casos de vólvulo intestinal. El vólvulo cecal, al contrario que el de sigma, ocurre en pacientes más jóvenes (30-60 años de edad) que suelen tener un mesenterio cecal excesivamente largo, lo que permite gran movilidad del colon derecho, o una alteración congénita por fusión incompleta del mesenterio del colon derecho con el retroperitoneo. La mayoría de los pacientes presentan un inicio gradual de dolor agudo calambres, distensión, estreñimiento y vómitos, síntomas similares a los de obstrucción del intestino delgado. Puede complicarse con isquemia intestinal y perforación, por lo que es una emergencia quirúrgica.

En la radiografía abdominal, se aprecia un segmento de asa dilatada, localizada casi en cualquier lugar en el abdomen. El vólvulo cecal puede ser confundido con la distensión gástrica, obstrucción del intestino delgado o vólvulo sigmoideo. La TC puede ser útil en el diagnóstico diferencial del vólvulo cecal, en la determinación de su ubicación, evaluación de variantes anatómicas asociadas, y la identificación de complicaciones mortales como la isquemia y perforación.

### Material y Métodos:

Presentamos un caso de obstrucción de intestino delgado por vólvulo ileocecal. Se trata de una mujer de 47 años con cuadro de oclusión intestinal y nivel hidroaéreo de gran tamaño en epigastrio.

En las radiografías de abdomen se hallan signos de obstrucción intestinal (asas de intestino delgado dilatadas, niveles hidroaéreos, el signo del collar de perlas, ausencia de gas distal y nivel hidroaéreo en el cuadrante superior izquierdo del abdomen). En TC abdominopélvico simple y con contraste IV y administración de contraste diluido a través de la sonda nasogástrica. El colon está colapsado, a unos 4 cm del lugar teórico del ciego, cruza por debajo de asa igualmente colapsada, asciende por el flanco izquierdo, donde adquiere un diámetro de entre 8 y 10 cm., llegando prácticamente hasta el diafragma. La válvula ileocecal se encuentra en el vértice del segmento dilatado, y el íleon terminal desciende por delante del ciego, con un calibre de hasta 2.7cm. con engrosamiento mural circunferencial de 5mm en un segmento corto, que podría indicar sufrimiento del asa. Esta porción descendente cruza por encima del colon derecho colapsado y se coloca prevertebral (un segmento corto), para continuar con el resto del asa ileal, que presenta un calibre de 4cm. El punto de torsión se identifica a una altura aproximada del ombligo. Las asas proximales hasta la porción inicial de yeyuno presentan aumento de calibre, de hasta 3,6cm, con presencia de niveles hidroaéreos y signo de collar, todo ello sugestivo de obstrucción intestinal. Se aprecia mínima cantidad de líquido interasas, en pelvis y periesplénico.

### Resultados:

La paciente fue intervenida de manera urgente, practicándose resección segmentaria de colon e íleon proximal con anastomosis primaria. En la intervención, se apreció un dolicocolon con vólvulo ileocecal tipo bucle, localizado en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. No se apreciaron signos de isquemia ni perforación.

### Conclusiones:

En este caso, el diagnóstico de vólvulo no se realizó con la radiografía simple, por no presentar los hallazgos típicos como: asa distendida de gran calibre con imagen en grano de café. Esto se debió a que el segmento volvulado afectaba a un segmento largo de íleon, que no adquiere el calibre del ciego. Si se diagnosticó el íleo obstructivo.

Con la TC se identificó el punto de torsión, aunque debido a la ausencia de distensión del resto del colon y la gran distensión del delgado se pensó en una hernia interna transmesentérica como causa de la obstrucción. Esta posibilidad diagnóstica tiene signos similares a las del vólvulo, como el signo del remolino y suele causar obstrucción del intestino delgado.

El signo que debería de haber orientado al diagnóstico de vólvulo, era la presencia del segmento dilatado con un calibre de 11 cm. en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, si bien, esta posibilidad no parecía probable por haberse objetivado esta imagen, en la radiografía de hacía un año. Probablemente el vólvulo estaba presente hacía un año, pero sin obstaculizar el tránsito intestinal.

## REVISIÓN DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE TERUEL

L. Ortiz Domínguez, M.A. Mirallas Mezquita, A. M. Bidabehere, P. Minguez Sorio, M.T Lahoz Zamarro.

*Servicio de Otorrinolaringología y Medicina Familiar y Comunitaria.  
Hospital Obispo Polanco y Centro de Salud Teruel Ensanche.*

### Introducción / Objetivos:

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* ha acompañado al hombre a lo largo de mucho tiempo. En los últimos años, con la puesta en marcha de programas de control y tratamiento, hemos logrado disminuir las tasas de infección a los niveles actuales.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar las características de la tuberculosis en el área de Otorrinolaringología de nuestro hospital.

### Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de los pacientes atendidos durante los últimos 10 años en el servicio de Otorrinolaringología de nuestro hospital.

De los registros del servicio de Anatomía Patológica, obtuvimos todos los informes de punciones o biopsias compatibles con Tuberculosis. Analizamos cada una de las historias clínicas con el fin de concretar el sexo y edad de cada paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, la sintomatología clínica, la afectación pulmonar o no, el diagnóstico y tratamiento.

Destacaremos especialmente uno de los casos por su interés, consiste en un mal de Pott que detallaremos de forma específica.

### Resultados:

Se investigaron 20 pacientes de los que 15 presentaban compromiso ganglionar, 3 de ellos de laringe, 1 de cavum y 1 de oído.

Uno de los casos presentó afectación a nivel intestinal, además de la localización otorrinolaringológica y pulmonar.

Los rasgos de cada una de las presentaciones se describen y analizan de forma minuciosa.

Dentro del grupo de las adenitis, que estudiamos con más detalle por ser el grupo más numeroso, un 26% presentó dolor, un 33% afectación del estado general y fiebre y un 13% disminución de peso como sintomatología clínica. Además en un 20% el PPD fue positivo, la baciloscopia en el 40%, el cultivo en el 13% y en un 13% se detectó afectación pulmonar por medio de la radiografía de tórax.

De todos los casos de los que disponemos, destacaremos como interesante el mal de Pott, del que describiremos varias imágenes tanto del aumento del volumen ganglionar por el que consultó la paciente como de las pruebas realizadas (RMN y TC).

### Conclusiones:

Actualmente, y debido a la inmigración y a patologías como la infección por VIH, debemos tener en cuenta esta entidad clínica a la hora de realizar un diagnóstico diferencial.

## TUMORES MALIGNOS DE CAVIDAD ORAL.

L. Ortiz Domínguez, M.A. Mirallas Mezquita, P. Minguez Sorio, A.M. Bidabehere, M.T. Lahoz Zamarro.

*Servicio de Otorrinolaringología y Medicina Familiar y Comunitaria.  
Hospital Obispo Polanco Teruel y Centro de Salud Teruel Ensanche..*

### **Introducción / Objetivos:**

Los tumores de cavidad oral se caracterizan por presentar escasa sintomatología clínica, hecho que retrasa el diagnóstico de los mismos produciéndose en estadios muy avanzados de la enfermedad. Existe alta incidencia de metástasis ganglionares y a distancia en el momento del diagnóstico, siendo éste el factor pronóstico más importante en este tipo de tumores.

El objetivo de nuestro trabajo es que se conozcan las características y la forma de presentación de los mismos para intentar diagnosticarlos de una forma más temprana.

### **Material y Métodos:**

Se presentan las imágenes de cinco tumores de cavidad oral, describiendo algunas generalidades importantes como los factores predisponentes..., la forma de presentación clínica, aspecto, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada uno de ellos.

### **Resultados:**

Entre las imágenes que presentamos se encuentran:

- Un carcinoma en cara ventral de lengua, localización muy poco frecuente y difícil de explorar.
- Carcinoma en hemilengua y suelo de boca, la localización más frecuente y por lo tanto importante conocerla y tenerla en cuenta para realizar el diagnóstico en una fase temprana.
- Linfoma de amígdala y carcinoma de amígdala, conocerlos y observar las diferencias entre cada uno de ellos.
- Carcinoma en región anterolateral de lengua.

### **Conclusiones:**

Nos centramos en las imágenes con el fin de que cuando veamos una lesión similar podamos pensar rápidamente en un diagnóstico de este tipo.

## CAVERNOMA Y HEMORRAGIA INTRAMEDULAR

Vidal Marín, Marta; Gracia Sánchez, María Pilar; Vicario Bermúdez, Juana María; Caballero Castro, Julien Paola; Villanueva Gimeno, María del Mar; Lerín Sánchez, Francisco Javier; Garzarán Tejeiro, Ana.

*Medicina Interna*  
*Obispo Polanco (Teruel)*

### Introducción / Objetivos:

Los cavernomas son hamartomas vasculares benignos presentes en el 0.1 al 4% de la patología general. De los cuatro tipos de las manifestaciones vasculares del Sistema Nervioso Central, representan entre el 8 y el 15%. La prevalencia real es difícil de estimar dada su sobreposición y coexistencia con otros tipos de malformaciones vasculares. Anatómicamente se localizan dentro del tejido nervioso, bien circunscritas, lobuladas, de pequeño tamaño. Histológicamente aparecen como una masa de vasos irregularmente dilatados, conteniendo sangre en espacios limitados por el endotelio vascular, sin las capas elástica ni muscular. La presencia de microhemorragias y cicatrización fibrosa es un hallazgo constante en los cavernomas, así como grados variables de gliosis en su periferia y calcificaciones. El lóbulo más afectado es el frontal (24%), seguido por el temporal (16%) y el parietal (9%), siendo la ubicación en la fosa posterior relativamente rara (14%). Los síntomas más frecuentes son crisis convulsivas, ictus secundarios a hematomas y déficits neurológicos focales.

### Material y Métodos:

Paciente varón de 22 años que tras caída con traumatismo lumbo-sacro desde una altura de 2 metros inicia cuadro de parestesias en dedos de ambos pies y zona glútea, más localizados en pie derecho, así como en cara lateral de muslo y zona gemelar derecha que han ido incrementándose. Refiere ligera disminución de la fuerza sobre todo en extremidad inferior derecha, con ligera dificultad para la deambulación. A la semana comienza con dolor intenso a nivel lumbar bajo que irradia por la zona externa de la pierna derecha y zona gemelar ipsilateral, con importante dolor a la presión a nivel de L5-S1-S2 con Lasegué derecho y Bragardt positivos. ROT rotulianos bilaterales disminuidos junto con disminución de la sensibilidad superficial en extremidad inferior derecha hasta raíz de muslo, incluyendo afectación hipoestésica en zona perianal y genital. A las 12 horas comienza con importante disminución de la sensibilidad hasta zona periumbilical, sobre todo en el lado izquierdo, presentando imposibilidad para la deambulación. Afectación esfinteriana con retención aguda de orina. Se traslada a HUMiguel Servet y se realiza RMN objetivándose sangrado a nivel D11-D12 con cavidad quística asociada y que es compatible con cavernoma. Es valorado por Neurocirugía y ante empeoramiento clínico de la paraparesia. Se decide intervención quirúrgicamente evacuándose el hematoma y se reseca la lesión vascular compatible con cavernoma con gran sangrado y gliosis en lecho (Laminectomía con apertura de meninges y mielotomía con evacuación de hematoma).

### Resultados:

Tras la intervención quirúrgica se observa mejoría progresiva de sus secuelas previas a la intervención quirúrgica. Se procede a la retirada del sondaje vesical tras vejiga neurógena secundaria al proceso de compresión medular por el hematoma. Al alta presenta un adecuado balance muscular en extremidad inferior derecha de 5/5, salvo 4/5 en dorsiflexión del tobillo; y en la izquierda un flexor cadera 5/5 y dorsiflexión tobillo 3/5, extensor largo primer dedo 3/2 y flexor plantar tobillo 4/5. La sensibilidad táctil y algésica se mantiene igual con respecto a la exploración inicial. La sensibilidad artrocinética está conservada, y la sensibilidad vibratoria está disminuida en rodillas. Los ROT se mantienen exactamente igual que en la exploración inicial. Tono muscular normal, ausencia de espasmos y sin limitaciones articulares en extremidades.

### Conclusiones:

Tener en cuenta la importancia de una correcta exploración física según la clínica inicial de cada paciente, realizando una correcta anamnesis e historia clínica. Valorar evolutivamente los cambios en la exploración física del paciente.

## TRAUMA Y DISOCIACIÓN

S.Jiménez Motilla, A. Gonzalez Uriarte, J.D. Saá Sendra, L. Francés Soriano, B. Gómez Chagoyen, O. Lafuente Casanova.

*Psiquiatría  
Hospital Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

Muchos estudios han puesto de relieve una relación entre sucesos traumáticos, especialmente abusos sexuales o físicos durante la infancia y el desarrollo de síntomas disociativos. La principal característica de los trastornos disociativos es la pérdida del estado unitario de la conciencia, está perturbada la integración de pensamientos, sentimientos y acciones dentro de una única personalidad, los pacientes pueden exhibirlo en distintos grados de disociación, de lo normal a lo patológico. La disociación aparece como defensa contra un trauma. En la disociación están alteradas la memoria y la conciencia.

### Material y Métodos:

Mujer de 49 años brasileña casada y residente en Teruel desde 2004 acude como segunda demanda a nuestra USM en Mayo 2012 por sintomatología de características depresivas. Acudió por primera vez a esta Unidad en 2005 y realizó seguimiento con cierta irregularidad hasta 2009 en que dejó de acudir.

Refiere como antecedentes personales oscilaciones anímicas alternando episodios depresivos con otros de euforia, irritabilidad e hiperactividad desde su juventud temprana.

Como enfermedad actual la paciente refiere persistencia de sintomatología depresiva durante los últimos años que se ha agravado en los 5 últimos meses. Refiere tristeza, llanto frecuente, apatía insomnio, clinofilia, ideas obsesivas de muerte que refiere presentar con mayor o menor intensidad desde su juventud. No ideación autolítica actual. No ideación psicótica.

Refieren tanto ella como la familia episodios de "descontrol conductual" con pérdida del control de los impulsos y angustia, durante los episodios siente ganas de matar a los hombres y teme hacerlo alguna vez ya que siente como si se transformara en otra persona. Impresiona de episodios disociativos.

Durante la entrevista la paciente narra que con la edad de 9-10 años sufrió un abuso que se mantuvo en el tiempo y que ella ocultó por temor ante las amenazas sufridas por el agresor

La paciente se queja de cefaleas importantes continuas, holocraneales que no ceden con analgesia y requiere reposo absoluto. Además se queja de pérdida memoria que le preocupan e impresiona de déficits de atención,

### Resultados:

Se solicita analíticas Hg,BQ, Hormonas Tiroideas

Se trata con Venlafaxina 150R, Quetiapina 200, y se mantiene Carbamacepina y Clonazepam que llevaba de mantenimiento y se cita en una semana.

Se descartó patología orgánica que explicara las cefaleas.

Se realizó Escala de experiencias disociativas (DES II) con resultado 67%

Durante los 4 meses de seguimiento la paciente ha mejorado ligeramente el estado del ánimo con disminución de la tristeza de la apatía y de la anhedonia pero continua con las cefaleas ocasionalmente y las quejas sobre las pérdidas de memoria reciente. Presenta situación de conflicto familiar que ha provocado un par de episodios disociativos en situación de estrés agudo.

### Conclusiones:

La disociación es una respuesta al trauma. El abordaje de los Trastornos disociativos implicará el trabajo con el trauma pero no implica que se deba empezar por el trauma en sí, sino dedicar tiempo a establecer una relación terapéutica adecuada y a fortalecer y estabilizar al paciente.

## QUILOTÓRAX vs PSEUDOQUILOTÓRAX

Caballero Castro, J.; Villanueva Gimeno, M.M; Sanchis Yago, B.; Iannuzzelli Barroso, C.; Astudillo Cobos, J.; García López, E.

*Medicina Interna*

*Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

El Quilotórax (QL) y Pseudoquilotórax (PQ) o llamado también efusión de colesterol tienen la misma apariencia lechosa u opalescente, sin embargo difieren en cuanto a la etiología y pauta de tratamiento, por lo cual se debe hacer una distinción entre ambos, el QL es el más frecuente y contiene una alta concentración de triglicéridos en forma de quilomicrones, se produce cuando el fluido linfático del conducto torácico u otros canales linfáticos se acumula en el espacio pleural debido a una disrupción u obstrucción del paso. El PQ menos frecuente contiene una alta concentración de colesterol, estas efusiones ocurren típicamente en pacientes con superficies pleurales engrosadas o calcificadas en el contexto de inflamación pleural crónica ( $\geq 5$  años), como en la tuberculosis, pleuresía reumatoide o como complicación de una infección por helmintos. El PQ queda demostrado por la presencia en líquido pleural de concentraciones elevadas de colesterol  $> 200$  mg/dl y triglicéridos  $< 110$  mg/dl, en contraste el QL se caracteriza por la concentración de triglicéridos mayor a dicho nivel, el primer paso es el tratamiento de la causa subyacente, en pacientes con disnea de reposo o intolerancia al ejercicio se plantea el uso de toracocentesis evacuadora, también se puede efectuar la decorticación en pacientes que a pesar de las medidas anteriores no se consiga resolución de los síntomas.

### Material y Métodos:

Presentamos dos casos: el primer caso es una mujer de 67 años con antecedente de intervención reciente con recambio valvular por Cardiopatía valvular reumática (doble lesión aórtica y mitral) y resección de quiste pericárdico, (hallazgo casual en TAC torácico), acude por presentar disnea progresiva hasta hacerse de reposo, ortopnea, intolerancia al decúbito, al examen físico se evidencia arritmia completa con semiología de derrame pleural derecho, resto sin particularidades, motivos por los cuales ingresa para estudio. El segundo caso es un varón de 33 años con antecedente de parálisis cerebral infantil, epilepsia, artrodesis de columna dorsolumbar por escoliosis, sus familiares lo traen a urgencias porque desde hace una semana presenta fiebre de  $40^{\circ}\text{C}$  con deterioro del estado general, tos productiva con expectoración blanquecina y disnea progresiva, durante las primeras 24 horas de ingreso presenta hipotensión mantenida, oligoanuria y empeoramiento de su disnea, se le realiza radiografía de tórax urgente con evidencia de derrame pleural derecho a tensión, ingresa en UCI, al examen taquipnea, palidez marcada, caquexia importante, abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho, hepatomegalia dolorosa, atrofia muscular importante y resto sin particularidades.

### Resultados:

En el primer caso se realiza analítica con hemograma y bioquímica dentro de la normalidad, cuenta con ECG que evidencia Fibrilación auricular con respuesta ventricular media a 111 lpm, ecocardiografía con presencia de prótesis mecánicas valvulares normofuncionantes, radiografía de tórax con evidencia de derrame pleural derecho masivo por lo cual se realiza toracocentesis obteniendo 1500 ml de líquido lechoso con evidencia de triglicéridos  $>1170$  y colesterol=65, con dichos datos y el antecedente quirúrgico se hace el diagnóstico de QL, se instaura tratamiento específico y se deriva a paciente para ligadura de conducto torácico. El segundo caso cuenta con hemograma sugestivo de anemia crónica, bioquímica con perfil férrico, proteínas totales y albúmina bajos, radiografía de tórax con velamiento completo de hemitórax derecho con desplazamiento mediastínico, se estabiliza a nivel hemodinámico a paciente y se procede a la colocación de un drenaje torácico obteniendo 6 litros de líquido de aspecto purulento que analíticamente presentaba elevado recuento leucocitario a predominio polimorfonuclear, triglicéridos=2215, colesterol=1044, cultivo de líquido pleural positivo para *Streptococcus viridans*, se complementa estudio con TAC torácico negativo para adenopatías, con los datos anteriores se hace el diagnóstico de PQ en el contexto de un probable empiema crónico, se inicia antibioterapia y se deriva a cirugía torácica para decorticación, con drenaje torácico no se consigue evacuar de forma completa derrame.

### Conclusiones:

Si bien los dos pacientes presentan antecedentes muy sugestivos y un derrame pleural masivo con evidencia de líquido pleural lechoso, es preciso hacer la distinción bioquímica cuantificando los niveles de triglicéridos y colesterol en dicho líquido para así poder concluir entre QL y PQ, ya que la conducta terapéutica final es diferente para cada caso.

## ESCLEROSIS MULTIPLE R-R

Caballero Castro, J.; Vicario Bermúdez, J.M.; Sanchis Yago, B.; Iannuzzelli Barroso, C.; Astudillo Cobos, J.; García López, E.

*Medicina Interna*  
*Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica de aparición sucesiva, en cualquier lugar de la sustancia blanca con focos de inflamación autolimitados que pueden desmielinizar esa zona en forma definitiva, es más frecuente en adultos jóvenes, sobre todo en mujeres 2:1. En cuanto a la etiología, se desconoce la diana, existiendo diferentes proteínas asociadas tales como proteína básica de la mielina, proteína proteolípídica entre otras. Existe cuatro tipos clínicos que se basan en la progresión de los síntomas y su remisión, los cuales son: remitente-recidivante (RR), progresiva primaria (PP), progresiva secundaria (PS) y progresiva recaída (PR). El cuadro clínico se da por la presencia de lesiones desmielinizantes y de degeneración axonal a nivel del SNC, siendo los más representativos el trastorno sensitivo, neuritis óptica, trastorno motor, disfunción del tronco cerebral, alteración cerebelosa y otros síntomas más inespecífico como dolor, fatiga, depresión, euforia, etc. El diagnóstico precisa de pruebas específicas como son RNM cerebral, anticuerpos, serologías, potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales, isoelectroenfoque de LCR para detección de bandas oligoclonales. El tratamiento se hace en función de la situación clínica, en el brote se dan corticoides a dosis altas y para modificar el curso de la enfermedad se usan inmunomoduladores como el interferon.

### Material y Métodos:

Paciente mujer de 31 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés salvo hipotiroidismo durante el embarazo, parto eutócico hace tres meses, refiere que hace 4 años presenta en forma brusca disminución de la fuerza muscular a nivel de EID, se le realiza RNM donde se identifica cavidad siringomiélica en cono medular, se le da tratamiento con AINEs con lo cual ceden sus molestias y remiten en 15 días, sin repetición de esos síntomas hasta la fecha, desde hace 20 días presenta disminución de la fuerza muscular a nivel de EEII en forma progresiva, parestesias por debajo de región umbilical, inestabilidad a la marcha y mareo al cambio postural, visión borrosa, tenesmo y pujo vesical y anal. Vista por neurología en forma particular realizan RNM medular con focos de alteración de la señal en cono medular en relación a probables focos de desmielinización por lo cual la remiten para estudio a nuestro hospital. Al examen físico destaca la exploración neurológica con nistagmus horizonto-rotatorio no agotable, disminución de la fuerza muscular a nivel de EEII a predominio derecho con balance motor a nivel de EEII 2-3/5, parestesias con nivel sensitivo en dermatoma D10, hiperreflexia, babinsky bilateral, aumento de la base de sustentación de la marcha con necesidad de apoyo, resto del examen dentro de la normalidad.

### Resultados:

Se realiza estudio analítico con hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad, ante el compromiso neurológico evidente se solicita TAC craneal de urgencia sin hallazgos radiológicos significativos, ante dicha negatividad se solicita de forma complementaria un estudio de RNM cerebral y de columna cervical y dorsal cuya conclusión es una afectación difusa bulbar, pontina, cerebelosa, peduncular, talámica, mesencefálica, capsular, periventricular y cervicodorsal hasta el cono medular con extensos focos de desmielinización en forma parcheada, se completa estudio con pruebas inmunológicas y para trombofilias dentro de la normalidad, se realiza también punción lumbar con estudio bioquímico en rango normal, ante la alta sospecha de enfermedad desmielinizante se solicitan pruebas específicas como son los potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales resultando positivos y se envían muestras para detección de bandas oligoclonales en LCR las cuales también son positivas, ante dichos hallazgos se concluye en el diagnóstico de Esclerosis múltiple de tipo R-R y se inicia tratamiento con corticoides a altas dosis para el brote actual y se plantea el tratamiento a largo plazo con Inmunomoduladores.

### Conclusiones:

Los antecedentes patológicos juegan un rol muy importante en la sospecha diagnóstica inicial de esta paciente; si bien las pruebas de imagen son muy útiles a la hora de identificar lesiones de tipo desmielinizante, el gold estándar lo constituyen la pruebas de potenciales evocados y la presencia de bandas oligoclonales en LCR. La paciente esta en tratamiento con inmunomoduladores, viene evolucionando favorablemente, no ha vuelto a presentar brotes de la enfermedad.



## SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H.O.P

A. Martín Escobedo, P. Del Valle Lapedra, R. Pascual Gómez

*Servicio de Urgencias  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### Introducción / Objetivos:

La seguridad clínica es importante porque es necesario reducir a un nivel aceptable el riesgo de que el paciente sufra un daño, ya que al menos el 12% de los pacientes atendidos en servicios de urgencias pueden tener algún tipo de incidente (con o sin daño).

Conocer la percepción que tienen los profesionales, en cuanto a los errores más frecuentes, en el servicio de urgencias del Hospital Obispo Polanco sobre la administración de medicación, conocimiento de alergias/intolerancias, comunicación interprofesional e identificación de pacientes.

### Material y Métodos:

Estudio observacional de tipo transversal para buscar causalidad.

Se ha utilizado una encuesta de 11 preguntas agrupadas en cinco áreas:

- Identificación de pacientes.
- Conocimiento de alergias/intolerancias.
- Comunicación interprofesional.
- Pauta y administración de medicación.
- Notificación de errores, Protocolos y Formación continuada.

Realizada a Médicos, Dues y Tcaes del servicio de urgencias del H.O.P. durante 20 días, de forma anónima, para conocer su percepción en cuanto a la seguridad clínica en el servicio.

### Resultados:

- Un 45,8% de los pacientes están bien identificados. Un 83,4% de los pacientes están bien ubicados aunque en un 68,8% de los casos se pierde la ubicación exacta del paciente en algún punto del proceso asistencial.
- A pesar de que se puede acceder fácilmente a la historia clínica del paciente solo un 33,3% del personal tiene conocimiento de las alergias/intolerancias y un 31,25% tiene que consultarlas.
- El 85,4% de los encuestados considera que el mejor método de comunicación interprofesional es el verbal combinado con el escrito en soporte informático.
- En cuanto a la pauta de medicación, el 45,9% del personal conoce la forma correcta de pautarlo, mientras que un 52% duda en algún momento. Respecto a la administración de medicación, el 68,75% conoce como debe administrarse, mientras que un 31,25% duda en algún momento.
- Un 60,5% de los encuestados no sabe si existen en el servicio documentos para la notificación de errores.
- El 41,65% considera que no se imparten suficientes cursos de formación continuada acerca de la administración de medicación.

\* Estos resultados representan la opinión que tiene el personal del servicio.

### Conclusiones:

- Insistir en la identificación de todos los pacientes y actualizar su ubicación durante todo el proceso asistencial.
- Consultar las alergias/intolerancias antes de pautar y administrar cualquier tratamiento.
- Fomentar la concienciación de los profesionales en cuanto a la notificación de errores.
- Es necesario aumentar la oferta formativa en cuanto a administración de medicación, conocimiento de fármacos más utilizados en urgencias...consiguiendo de este modo aumentar la seguridad del paciente en el momento de pautar y administrar la medicación.

## ASIMETRÍA MAMARIA

Roig Salgado Cristina, García Mur M Carmen, Vilar Bonacasa Eva, Santa Eulalia Mainegra Erick, Fatahi Bandpey Luiza, Florin Olimpiu Lenghel

*Radiología*  
*Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

Las mamas presentan una arquitectura y densidad simétrica, sin embargo aproximadamente el 3% de las mamografías son asimétricas. Normalmente el tejido mamario asimétrico es benigno y solo en algunas ocasiones puede indicar el desarrollo de un cáncer de mama subyacente.

Con esta comunicación se busca unificar el léxico en base a la 4ªed del sistema BI-RADS aclarando conceptos básicos y orientar su manejo.

### Material y Métodos:

Se enumeran y describen los distintos tipos de asimetría mamaria utilizando esquemas pictográficos e ilustrándolos con casos reales.

### Resultados:

Todas las asimetrías representan áreas de tejido fibroglandular denso que es más extenso en una mama que en la contralateral. La asimetría global representa un volumen de tejido fibroglandular que es significativamente mayor en una porción de una mama en relación con la contralateral y cupa al menos un cuadrante sin asociar masa, distorsión arquitectural ni microcalcificaciones sospechosas. La asimetría focal es visible al menos en dos proyecciones, ocupa menos de un cuadrante y no cumple criterios de masa. La asimetría en desarrollo es una asimetría focal, de nueva aparición o que ha aumentado en extensión o densidad en relación con estudios previos.

### Conclusiones:

Las asimetrías son hallazgos frecuentes en mamografía por lo que su correcta clasificación, así como un manejo adecuado resultan imprescindibles para la detección precoz del cáncer de mama.

## **DISTORSIÓN MAMARIA**

Roig Salgado Cristina, Vilar Bonacasa Eva, Garcia Mur M. Carmen, Fatahi Bandpey Luiza, Florin Olimpiu Lenghel, Santa Eulalia Mainegra Erick

*Radiología*  
*Obispo Polanco*

### **Introducción / Objetivos:**

La distorsión de la arquitectura de la mama es un hallazgo que consiste en una radiación espiculada desde un punto y retracción focal o desestructuración del parénquima adyacente. Puede estar asociada con cáncer o deberse a otras causas de etiología benigna como la cicatriz postquirúrgica, traumatismo, necrosis grasa o cicatriz radial, por lo que es muy importante la historia clínica y la comparación de estudios previos.

Con esta comunicación se busca unificar el léxico en base a la 4ªed del sistema BI-RADS aclarando conceptos básicos y establecer su manejo.

### **Material y Métodos:**

Se describen los hallazgos imagenológicos de la distorsión arquitectural y se realiza el diagnóstico diferencial detallando las causas benignas y malignas, basándose en casos reales.

### **Resultados:**

Radiológicamente la distorsión de la arquitectura se identifica como una alteración de la arquitectura central de la mama sin observar nódulos, que incluye finas líneas o espiculaciones que se irradian desde un punto y retracción focal o desestructuración del parénquima adyacente. Toda distorsión una vez confirmada que es real y que no se debe a superposición de estructuras normales ni es secundaria a cirugía, traumatismo o infección, se debe considerar como categoría BI-RADS 4 (probablemente maligna) y debe ser biopsiada.

### **Conclusiones:**

Las distorsiones son hallazgos frecuentes en mamografía y aunque pueden deberse a causas benignas, resulta imprescindible su adecuada caracterización anatomopatológica para un manejo adecuado y una detección precoz del cáncer de mama.

## NEUMATOSIS INTESTINAL

C Rueda Alcarcel, V Primo, A Chiralt, L García, J Catala, M López.

*Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Arnau de Vilanova de Valencia*

### Introducción / Objetivos:

La neumatosis quística intestinal (NQI) es una enfermedad rara, que se caracteriza por la presencia de quistes subserosos o submucosos llenos de gas en la pared intestinal. Su localización más frecuente es el colon y el intestino delgado, aunque pueden estar localizados en todo el tracto digestivo. La localización extra-intestinal es poco común.

En el 15% de los casos, la causa es desconocida o primaria, en el 85% se asocia a enfermedades sistémicas como isquemia mesentérica, obstrucción y pseudo-obstrucción intestinal, diverticulosis, inflamación o infección intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, enterocolitis necrosante, etc), enfermedad pulmonar (asma, EPOC, fibrosis quística), colagenopatías, etc. También está relacionada con la toma de fármacos (corticoides, inmunodepresores) y con traumatismos (cirugía reciente, postendoscopia).

### Material y Métodos:

Paciente de 79 años quien ingresa al servicio de urgencias por dolor abdominal y diarrea. Como antecedentes de importancia, el paciente tiene muy buena calidad de vida previa al ingreso, padece de EPOC controlado médicamente, diabetes mellitus, HTA y ex tabaquismo desde hace 5 años. Se realiza Rx abdominal al ingreso que muestra neumatosis intestinal franca con sospecha de isquemia mesentérica. APACHE 15

### Resultados:

Se realiza laparotomía exploratoria encontrando múltiples adherencias y zonas de intestino delgado con neumatosis que no se resecan, intestino viable en su totalidad y ausencia de líquido libre. El postoperatorio se ve complicado por descompensación severa del EPOC que requiere ingreso en UCI con recuperación completa a los pocos días así como el tránsito intestinal y normalización de la analítica sanguínea. Se da alta a los 19 días del ingreso. Asintomático en los controles en consulta externa.

### Conclusiones:

La neumatosis intestinal es una patología rara generalmente asociada a enfermedades sistémicas o relacionada con la toma de fármacos o traumatismos.

La clínica es inespecífica y las imágenes radiológicas no son del todo sensibles ni específicas. La TC por sí sola no diferencia entre una real isquemia o necrosis intestinal versus una neumatosis benigna. El hallazgo de neumatosis en la TC no siempre indica un infarto transmural del intestino.

En cuanto al tratamiento conservador se describe: descompresión nasogástrica, oxígeno hiperbárico, antibióticos (metronidazol y ampicilina) y escleroterapia. Se indica cirugía si hay mala evolución con tratamiento conservador, aparición de complicaciones, alta sospecha de isquemia mesentérica verdadera (aire en porta) y deterioro importante del estado clínico (escala de APACHE).

Los valores de laboratorio ayudan en la toma de decisiones pero no deberían ser usados aisladamente para guiar la terapia. Los puntajes de APACHE II son predictivos de mortalidad en los pacientes con NI y pueden guiar el manejo.

## PATOLOGÍA INFECCIOSA DE GLÁNDULAS SALIVARES

Mirallas Mezquita, Miriam A\*; Ortiz Domínguez, Laura\*; Mínguez Sorio, Pilar\*; Lahoz Zamarro, Mt\*\*

*Medicina Familiar y Comunitaria\*. Servicio de ORL\*\*. Hospital Obispo Polanco Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Las infecciones de glándulas salivares son relativamente frecuentes en atención primaria. Los agentes patógenos más frecuentes asociados a infecciones agudas son el estreptococo, el estafilococo aureus y las bacterias anaerobias. La mayoría responden al tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, pero algunas se complican y evolucionan hacia la abscesificación.

### Material y Métodos:

Presentamos varios casos de sialolitiasis y sialoadenitis aguda que evolucionaron a abscesos parotídeos y submaxilares. Cada uno de los casos posee diferente origen y evolución. Al fracasar el tratamiento médico requirieron de tratamiento quirúrgico. En dichos casos podemos observar la clínica habitual. En la submaxilar predominan las sialolitiasis, con dolor y tumefacción tras la ingesta, que mejoran por desobstrucción con aparición de sialorrea. En la parótida predominan las sialoadenitis agudas, dolor parotídeo con otalgia refleja, fiebre, celulitis de la piel circundante y trismus. Como consecuencia de litiasis recidivantes, sobre todo intraglandulares en la parótida, puede alterarse la funcionalidad de la glándula y transformarse en una sialoadenitis crónica recidivante y calcinosis salivales, con episodios subagudos de retención salival.

### Resultados:

En condiciones normales la saliva es estéril en los acinis y conductos eferentes glandulares. La infección del parénquima salivar podría ser ascendente, de origen bucal, hematógena o bacteriana, o bien ser el resultado de la extensión de una infección de vecindad. Entre los factores favorecedores encontramos la obstrucción ductal, la hiposialia, producida por algunos medicamentos o por deshidratación y la inmunodepresión propia de las personas de edad avanzada.

### Conclusiones:

Las infecciones de las glándulas salivales son algo comunes, se ven con relativa frecuencia en la atención primaria y pueden reaparecer en algunas personas.

## **PÉNFIGO VULGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Mirallas Mezquita, Miriam A\*;Ortiz Domínguez, Laura\*;Mínguez Sorio, Pilar\*; Caballero Castro, Julien\*\*\*; Hamza, Nadir\*; Lahoz Zamarro, Mt\*\*

*Medicina Familiar y Comunitaria\*. Servicio de ORL\*\*.Servicio de Medicina Interna\* \*\*  
Hospital Obispo Polanco Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Enfermedad autoinmune, caracterizada clínicamente por vesículoampollas y erosiones localizadas en la piel y/o mucosas.

Se presenta como una erupción de vesículas y ampollas flácidas, que se rompen fácilmente. Suelen iniciarse en mucosa oral, luego aparecen en cuero cabelludo y cara y progresan hacia cuello y parte superior de tronco.

### **Material y Métodos:**

Se presenta un caso clínico. Mujer de 34 años que presentaba lesiones ulceradas en lengua, paladar y mucosa de cavidad oral, acompañadas de odinofagia y disfagia intensas, con pequeñas epistaxis. Fue ingresada y tratada con fluidoterapia, corticoides, omeprazol, aciclovir, mycostatin, colchicina y ciclosporina. Dada de alta al cabo de un mes con mejoría con ciclosporina oral.

### **Resultados:**

A los 20 días la paciente acudió nuevamente con empeoramiento de sus lesiones en cavidad oral con intensa odinofagia y disfagia. Refería asimismo la aparición de lesiones cutáneas en tórax, abdomen, ingles y cuero cabelludo. No estaba tomando ningún tratamiento.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Rinoscopia anterior: erosiones nasales a nivel de tabique y periorificiales. Analítica normal. Biopsia de mucosa oral: infiltrado inflamatorio con ampollas y acantolisis. Inmunofluorescencia positiva.

Llegando al diagnóstico de pénfigo vulgar y recibiendo tratamiento con corticoides y azatioprina oral en pauta descendente durante un año con remisión completa de las lesiones.

### **Conclusiones:**

El pénfigo vulgar se presenta clínicamente como una erupción vesículoampollosa muy característica y reconocible visualmente que junto con una inmunofluorescencia positiva se llega al diagnóstico de certeza. Con un adecuado tratamiento se consigue una remisión completa de las lesiones.

## EXPERIENCIA CLINICA CON PARICALCITOL ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESTADIO 3, 4 Y 5.

Antonio Gascón Mariño

*Nefrología*  
*Obispo Polanco*

### Introducción / Objetivos:

Las alteraciones bioquímicas, esqueléticas y las calcificaciones extraesqueléticas que ocurren por las alteraciones del metabolismo mineral en la enfermedad renal crónica (ERC) conforman una entidad sistémica. En la ERC se produce una pérdida de masa renal con menor disponibilidad de la 1-alfa hidroxilasa y descenso precoz del calcitriol (1,25 OH D3) que conduce al hiperparatiroidismo 2°. Recientemente se ha descrito por primera vez en la literatura que el hiperparatiroidismo 2° se asocia con mayor mortalidad en pacientes con ERC en estadios 3 a 5 no en diálisis (Kidney Int, 2008). La disponibilidad de paricalcitol para tratamiento via oral en los últimos años nos ha permitido activar de forma selectiva el receptor de la vitamina D facilitando el control de la alteración óseo-mineral asociada a la ERC.

### Material y Métodos:

Estudio observacional. Análisis retrospectivo. Establecer efectividad y seguridad de paricalcitol oral en seguimiento igual o superior a 6 meses en pacientes con ERC no en diálisis. Se analizan datos de 32 pacientes con ERC en estadios 3,4 y 5 controlados en consulta de Nefrología desde noviembre de 2008 a abril de 2012. Criterios de inclusión: hiperparatiroidismo 2° con valores de parathormona intacta (PTHi) en progresión. Pacientes excluidos si calcio sérico corregido proteínas > 10.3 mg/dl. La dosis de paricalcitol inicial osciló entre 1 ug diario ó 1 ug a días alternos. En las sucesivas visitas se fue modificando la dosis según la respuesta de la PTHi y el nivel de calcio sérico. Valorar reducción de PTHi respecto a cifras basales. Seguimiento de valores de calcio corregido proteínas para detectar presencia de hipercalcemia (> 10.5 mg/dl). Además, control de niveles de fósforo sérico, hemoglobina, creatinina y proteinuria.

### Resultados:

Seguimiento de 32 pacientes, 17 mujeres y 15 hombres. Edad media 69 años. En estadio 3 ( 8 casos), estadio 4 ( 20 casos), estadio 5 (4 casos). Etiología de la ERC: Vasculares (12 casos), Diabética ( 7 casos), Glomerulonefritis (7 casos), Poliquística (2 casos), Uropatía Obstructiva (2 casos), Intersticial (1 caso), No filiada (1 caso). La PTHi basal era de 223 pg/ml y desde el primer mes se aprecia un descenso significativo con valor de 152 pg/ml, a los seis meses de 134 pg/ml y a los 12 meses de 118 pg/ml ( $p < 0.0001$ ). Porcentaje de reducción de PTHi en el primer mes 66% y en 6° mes 64%. En el primer mes un 90% de los pacientes lograron una reducción >50% y en el 6° mes un 78% de los pacientes. La dosis de paricalcitol semanal al inicio del tratamiento era 3.93 ug y se incrementó a 4.13 ug a los 6 meses y 4.98 ug a los 12 meses. Los niveles séricos de calcio corregido proteínas basales eran de 9.26 mg/dl y se incrementaron a 9.43 mg/dl en el primer mes, a 9.48 mg/dl en el sexto mes y 9.60 mg/dl a los 12 meses ( $p < 0.0005$ ).

### Conclusiones:

Se confirma la eficacia del paricalcitol oral en el control del hiperparatiroidismo secundario en pacientes con ERC en estadio 3, 4 y 5. Se observa una baja incidencia de hipercalcemia e hiperfosforemia. Estabilidad de la función renal y efecto positivo sobre el control de la proteinuria.

## HIPERTENSIÓN PULMONAR Y LINFAGIOMAS EN EXTREMIDAD INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gracia Sánchez M<sup>a</sup> P., Fonseca López Ch., Vicario Bermúdez J.M., Garzarán Teijeiro A., Villanueva Gimeno M<sup>a</sup> M., Caballero Castro J.P.

*S. Medicina Interna.*

*Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Los linfangiomas son restos embriológicos de capilares linfáticos primitivos en los que no se ha completado la conexión con el sistema venoso. Histológicamente están constituidos por vasos linfáticos bien diferenciados, rodeados por tejido conectivo, formando quistes llenos de linfa. En el pulmón producen imágenes quísticas características. Es una enfermedad rara que afecta a mujeres a partir de la 2<sup>a</sup> década de la vida y cursa con Hipertensión pulmonar.

Comunicamos el caso clínico de una paciente con esta patología por su escasa frecuencia de presentación.

### Material y Métodos:

Estudio y presentación del caso clínico

### Resultados:

Paciente de 36 años. Desde la juventud presenta una tumoración, de consistencia elástica, en pierna Izda en ocasiones dolorosa y edematosa. En 2000 en RNM se aprecia: Tumoración muy heterogénea que se extiende desde la región glútea hasta el borde peroneo-tibial siguiendo y afectando los grupos musculares isquiotibiales y los gastrocnemios. Ocupa el espacio graso del paquete vasculo nervioso de la extremidad. Aspecto quístico, tabicado y multilobulado con dilatación del sistema venoso profundo y venas tortuosas. Se observa permeabilidad de femorales superficiales y profundas de ambas poplíteas y troncos distales a ambas poplíteas, evidenciándose en fases tardías relleno de múltiples vasos de características varicosas. Sugestivo de linfangio-hemangioma intra y extra muscular. PAAF: se obtienen 3 cc de líquido amarillento constituido por microfragmentos de tejido adiposo e histiocitos espumosos.

En agosto de 2007 presenta disnea progresiva que llega a ser de reposo y episodios presincoales ingresando en situación clínica de Insuficiencia cardiaca derecha que se resuelve con tratamiento que incluyó anticoagulación. Se realizaron los siguientes estudios: +Ecocardiograma: PPs de 110 mmHg. VD dilatado. VI hipocontractil. Aneurisma del SIA. SIVB integro. +TC tórax: Cardiomegalia con vasculatura pulmonar prominente, engrosamiento, engrosamiento peribronco vascular e infiltrado en vidrio deslustrado perihiliar bilateral. El estudio fue completado en otro centro con Unidad de trasplante pulmonar destacando: +Ausencia de las mutaciones más frecuentes de trombofilia familiar (Factor V, Resistencia a proteína C activada...), excepto ser homocigoto para C677T. +Cateterismo derecho: PAP: 80/30 con PAP media de 54 mmHg. gasto cardiaco mediante termodilución de 3.2 l/1000, gradiente transpulmonar 46 mmHg. Resistencias pulmonares totales 14.37 UW, presión de VD sistólica de 79 mmHg y presión arterial media de AD de 8 mmHg. No engrosamiento arterial severo. +Gammagrafía pulmonar: Defectos de perfusión segmentarios y subsegmentarios bilaterales. Estudio de función respiratoria: FVC: 4010 (105%). FEV1: 2940 (97%). FEV1/FVC: 73. FEF 25-75: 2240 (70%). TLC 4280 (81%) RV: 0,27 (16%). Gasometría arterial con FiO2 al 21%: pH: 7,41. pO2: 63 mmHg. pCO2: 34 mmHg. CO3H: 21.6. Sat O2: 92%.

Al tratamiento oxigenoterápico y anticoagulante se asoció Bosentán y posteriormente Sildenafil no siendo tolerado este último por cefalea. En la actualidad no nuevos episodios presincoales ni de Insuficiencia cardiaca aunque mantiene una situación funcional grado III con test de los 6 minutos de 423 m. de recorrido (previo 400) sin desaturación y con respuesta de TA en meseta. Ecocardiograma: VD dilatado (38mm) e hipertrófico (7mm.) con disfunción severa y PSP de 63 mmHg. Sat O2: 91-93%.

### Conclusiones:

Nuestra paciente destaca por la extensión de los linfangiomas, en los que aunque no se han objetivado trombosis venosas son la causa de su hipertensión pulmonar severa por TEP de repetición.

La TC pulmonar descarta la linfangiomatosis pulmonar. Ha presentado buena respuesta clínica al tratamiento oxigenoterápico, anticoagulante y Bosentán con disminución moderada de la presión pulmonar: de 110 mmHg a 63 mmHg.



## **INFRAESTRUCTURA PARA LA HIGIENE DE MANOS EN UN CENTRO DE SALUD DE RECIENTE CONSTRUCCIÓN: ¡SOCORRO! ¡QUE ME CONTAMINO!**

López – Barrachina R, Lafuente O, Vicaría G, Abadía A, López – Más C y Villanueva M.

*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria y Unidad de Salud Mental del Sector Teruel y Servicio de Medicina Interna del Hospital “Obispo Polanco” de Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Para una adecuada adhesión de los profesionales sanitarios a la higiene de manos, no sólo es necesario que el personal esté instruido sobre los “Cinco Momentos para la higiene de manos” promovidos por la OMS, si no que también las instalaciones de trabajo deben contar con los medios adecuados para ello. Con el objeto de comprobar si en un centro de salud de reciente construcción se contaba con la infraestructura necesaria para garantizar la higiene de manos, se realizó una inspección visual, acompañada de reportaje fotográfico, de los consultorios de médicos y enfermeras y de los baños del Centro de Salud del Ensanche de Teruel Capital.

### **Material y Métodos:**

Inspección visual de los consultorios de médicos y enfermeras, tanto de Teruel Rural como de Teruel Urbano y del área de Urgencias, comprobando existencia de producto para la higiene de manos, sea jabón o solución alcohólica, dispensador de papel de mecha o de zig – zag, grifos monomando y papeleras de pedal.

### **Resultados:**

Todos los consultorios y baños revisados poseían un dispensador de jabón de manos rellenable. Algunos de ellos estaban averiados y se había colocado un bote de jabón al lado del lavabo para la higiene. Los dispensadores, en la inmensa mayoría de los casos, se encontraban a un tercio de su capacidad, y no era raro encontrar dispositivos de este tipo con el jabón coagulado. También todos los consultorios y baños revisados disponían de dispensadores de papel de mecha o de zig – zag. La inmensa mayoría de los lavabos tenían grifos monomando y, por lo general, las papeleras eran de pedal, aunque algunas estaban estropeadas y había que levantar la tapa con la mano. Tan sólo en una consulta se encontró información en forma de póster de cómo realizar la higiene de manos. Sólo en dos consultas se encontró como producto alternativo para la higiene de manos solución alcohólica en formato de petaca. Por lo general, alrededor de todos los lavabos, se encontraban botes de alcohol u otros desinfectantes, así como envases pequeños de suero con la tapa abierta o perforada.

### **Conclusiones:**

- Está totalmente contraindicado la existencia de dispensadores de jabón rellenables para realizar la higiene de manos en los entornos sanitarios, porque el jabón se contamina. Deberían haberse colocado dispensadores con bolsas o cartuchos de jabón desechables.
- El que los dispensadores se encontrasen a un tercio de su capacidad y que muchos estuvieran con el jabón coagulado, demuestra su poco uso y que no se higienizan frecuentemente.
- Los dispensadores de papel de mecha o de zig – zag garantizan un secado adecuado de las manos sin contaminaciones producidas por toallas de tela o por artefactos con pulsador.
- Los grifos monomando de los lavabos permiten realizar la higiene sin salpicaduras molestas.
- Las papeleras de pedal también contribuyen a que se pueda desechar la toallita de papel del secado sin contaminación posterior de las manos.
- Es conveniente poner cerca de los lavabos información de cómo debe realizarse una correcta higiene de manos.
- Además de jabón, se debe de ofrecer a los profesionales la posibilidad de higienizarse las manos con solución alcohólica, en forma de botella dispensadora o frasco con bolsa o cartucho desechable.
- Todos los desinfectantes y otros productos médicos, deben estar correctamente tapados para no evaporarse o contaminarse.

## PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERDAL CONSTA EN CONSULTAS DE SALUD MENTAL DE TERUEL.

Lafuente O, López–Barrachina R, Blasco M, Reboreda S, Esteban E, Francés L.

*Unidad de Salud Mental y Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector Teruel*

### Introducción / Objetivos:

Los esquizofrénicos se caracterizan por falta de conciencia de la enfermedad. Las consecuencias son elevada carga socioeconómica, cronicidad y hospitalizaciones. El coste de la Esquizofrenia en Europa es de 33.000 millones de euros. El coste en fármacos representa un 10% de la enfermedad. La atención hospitalaria supone el mayor gasto (80%). Dos importantes problemas son el incumplimiento del tratamiento farmacológico y las recaídas.

Risperdal Consta fue el primer atípico inyectable con liberación mantenida de Risperidona (antipsicótico atípico). Está indicado en el tratamiento de mantenimiento de la Esquizofrenia. Las hospitalizaciones son un 11% con Risperdal Consta y un 35% con antipsicóticos previos. Su administración es intramuscular cada 2 semanas. Existen 3 dosis: 25, 37,5 y 50 mg. El efecto tarda 3 semanas y es máximo al mes.

**Objetivos:** **1.** Calcular el coste del tratamiento con Risperdal Consta. **2.** Determinar la mejoría clínica de los pacientes. **3.** Demostrar la disminución de hospitalizaciones con este tratamiento.

### Material y Métodos:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en CSM de Teruel. El diseño del estudio es de coste-prevalencia. La muestra es de 15 pacientes, el 47% con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y con 11 años de seguimiento. Los pacientes llevaban 3 años en tratamiento con Consta con dosis de 50 mg.

### Resultados:

Un 80% habían tenido ingresos antes del Consta y un 20% tras llevar el depot. La estancia media en los ingresos era de 17 días con un coste diario de 300 euros. El coste total en ingresos fue de 140.000 euros antes de llevar R. Consta y 9000 euros de coste por paciente. Las 399 dosis de 25 mg costaron 57300 €, las 235 de 37,5 supusieron 40500 € y las 588 de 50 mg 118.000 €. En total se administraron 1222 dosis, con una dosis media de 81,5 mg. El importe total fue de 216.000 euros. 12 pacientes habían tenido 27 ingresos antes del Consta, costando 133000 €. Tras el fármaco, sólo 3 pacientes ingresaron 1 vez, costando 15000 euros. El precio anual por paciente con Consta fue de 5000 euros.

### Conclusiones:

- Este tratamiento se asocia con menos hospitalizaciones en esquizofrénicos al compararlos con otros antipsicóticos.
- 2. Los pacientes tratados con el tratamiento inyectable lo toleran bien, presentando pocos abandonos y mejoría clínica con menores tasas de recaída.
- El tratamiento con Risperdal Consta es más económico que el monto total a todas las hospitalizaciones que podía haber necesitado el paciente cada año.

## PACIENTES EMPALAGOSOS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

López – Barrachina R, Lafuente O, Vicaría G, Abadía A y López – Más C y Fonseca Ch.

*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria y Unidad de Salud Mental del Sector Teruel y Servicio de Medicina Interna del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

La cetoacidosis diabética es la complicación aguda típica de la diabetes tipo I, que en ocasiones también aparece en diabéticos tipo II. La mortalidad oscila entre el 5 – 10% y en edades superiores a 60 años puede alcanzar el 20%, por lo que los médicos de Urgencias deben tener especial cuidado con el diagnóstico y el manejo de este cuadro.

### Material y Métodos:

Se describe el caso de un paciente varón de 81 años, sin diagnóstico previo de diabetes, que es atendido en Urgencias por malestar general sin especificar.

### Resultados:

El paciente presentaba varios factores de riesgo mal controlados (HTA, Dislipemia Mixta, anemia) porque se negaba a tomar el tratamiento debido a los efectos secundarios que le producían. Presentaba una arritmia cardiaca, una artritis reumatoide y una paniculitis lobular sin vasculitis. Desconocía que era diabético, a pesar de que se encontraron analíticas del año anterior con cifras de glucosa cercanas a 200 y una de 15 días antes, revisada por un especialista en las consultas externas del hospital con una glucemia de 451 mg/dl. Había perdido 14 kgs de peso en los últimos 3 meses y los síntomas que relataba correspondían a la tríada clásica de sed, poliuria y polidipsia, acompañada de hiporexia, debilidad, náuseas y vómitos. El nivel de consciencia estaba conservado, aunque con tendencia a la somnolencia. Se podía apreciar que estaba deshidratado. Al ingreso la glucemia era > de 700 mg/dl, la Creatinina era de 1,8 mg/dl, el sodio estaba en 127 mEq/l, el potasio en 5,6 mEq/l, el bicarbonato en 18,4 mmol/l y el lactato 4,9 mmol/l. Por otra parte, la bioquímica de orina reveló presencia de glucosa y sangre de +++++, cuerpos cetónicos, proteínas y leucocitos ++. En un primer momento, hasta tener los resultados del laboratorio, y ante la determinación de glucosa errónea por parte del glucómetro, se decide inyectar 7 unidades de insulina rápida subcutánea dado que pesaba 64 kgs e iniciar sueroterapia con 1,500 cc de suero fisiológico en perfusión intravenosa continua. Posteriormente, se coloca bomba de insulina a 30 ml/h. Dos horas después, al no descender las cifras de glucosa, se eleva a 50 ml/h. Los iones sodio y potasio, el bicarbonato y el lactato, empezaron a normalizarse antes que la glucosa. Unas cuatro horas después se logró bajar la glucemia a 509 mg/dl, momento en el cual se consulta con el internista de guardia el momento más idóneo para ser ingresado el paciente en su servicio. Se llega al consenso de que cuando la glucemia baje de 300 mg/dl, porque por la noche hay más personal disponible en el Servicio de Urgencias para vigilar al paciente que en la planta de Medicina Interna. Seis horas después de iniciado el tratamiento la glucemia se encuentra en 289 mg/dl y seis horas y media después baja a 233 mg/dl, momento en el cual se retira la bomba de insulina y se ingresa al paciente en Medicina Interna. Las determinaciones de los iones sodio y potasio estaban en 140 y 4 mEq/l respectivamente, la creatinina en 1,3 mg/dl, el bicarbonato en 24,3 mmol/l y el lactato en 3,2 mmol/l. Una vez terminada la sueroterapia inicial, se prescribieron 2,500 cc más de suero fisiológico a infundir en 4 horas. Para las náuseas, se administró una ampolla de metoclopramida. Una vez en planta la evolución ha sido satisfactoria y se ha ajustado el tratamiento de los distintos factores de riesgo del paciente además de iniciarse la investigación de la hematuria que también estaba presente.

### Conclusiones:

- No resulta habitual que el debut de una diabetes tipo II en el anciano sea con una cetoacidosis diabética, lo cual revela un seguimiento inadecuado de este paciente, tanto en Atención Primaria como en las consultas externas del hospital.
- Algunos de los factores de riesgo asociados a mal pronóstico y relacionados con la mortalidad del cuadro, como edad > 80 años, pH < 7,30 y glucemia > 700, aunque estaban presentes en este paciente, no repercutieron en una mayor morbimortalidad, quizá porque la atención recibida en Urgencias fue rápida y eficaz.

## ¡CUIDADO, PELIGRO, MIR NOVATO A LA VISTA! ¿QUÉ TIPO DE PACIENTES ATIENDE UN MIR DE PRIMER AÑO DE FAMILIA EN URGENCIAS?

López – Barrachina R, Lafuente O, Villanueva MM, Vicaría G, Abadía A y López – Más C.

*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria y Unidad de Salud Mental del Sector Teruel y Servicio de Medicina Interna del Hospital “Obispo Polanco” de Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Con el objeto de conocer las características de los pacientes que son atendidos en el Servicio de Urgencias por un médico residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria y las connotaciones que se puedan derivar para calificar su nivel de competencia, se plantea un estudio transversal con la información obtenida de las primeras guardias realizadas en el periodo de tiempo que va desde el 3 de junio al 18 de octubre de 2012.

### Material y Métodos:

Se recogen 179 casos que corresponden al 90% de los pacientes atendidos durante 19 guardias acontecidas durante el periodo analizado. El análisis se realiza con el programa estadístico SPSS®.

### Resultados:

La distribución por sexos era de prácticamente del 50%. El 21.8% de la muestra tenía una edad entre 1 y 18 años, el 19% entre los 19 y 35, el 31.8% entre 36 y 65, el 20.1% entre 66 y 80 y el 7.3% tenía 80 años o más. El 73.7% de los pacientes había acudido a urgencias de “motu proprio” y el 22.4% habían sido enviados desde Atención Primaria: el 12.3% directamente por su médico de cabecera y el 10.1% desde las Urgencias del Centro de Salud. Los motivos de la atención en Urgencias agrupando las patologías fueron: dolor de cualquier tipo un 17.3%, contusiones, traumatismos, fracturas y esguinces 16.2% y por diarreas el 3.9%. Por patologías concretas destacan con un 5% el dolor abdominal, cólicos y espasmos abdominales difusos, vómitos aislados con un 4.5%, dolor neuromuscular sin especificar y traumatismos de rodilla/pierna/tobillo/pie, ambos con el 3.9% y fiebre sin foco, inestabilidad/mareo, malestar general y síncope, todos con un 2.8%. El nivel de triage era el siguiente: II con el 3.4%, III con el 41.9%, IV con el 46.9% y V con el 7.8%. El 16.8% de los pacientes presentaba alergias medicamentosas de algún tipo, sobre todo relacionadas con las penicilinas en el 56.6% de los casos. Más de la mitad de los pacientes (52%) no tenían factores de riesgo como HTA, dislipemia, diabetes, osteoporosis...El 26.8% tenía un factor de riesgo asociado, el 12.3% dos, el 7.3% tres y el 1.7% cuatro o más. Prácticamente el 56% no presentaba una enfermedad crónica, el 21.2% tenía una, el 11.7% dos, el 6.1% tres y el 5% cuatro o más. El 20.1% de los pacientes estaba polimedicado, tomando de media 2 fármacos, con un rango entre 1 y 17 medicamentos. En el 68.7% de los casos se realizaron pruebas diagnósticas, siendo las más frecuentes: bioquímicas y hemogramas en el 34.6% de los casos, coagulación en el 30.7%, Radiografías de extremidades superiores e inferiores en el 19%, ECG en el 15.6%, bioquímica de orina en el 15%, gasometría venosa en el 9.5%, radiografía de tórax en el 10%, radiografía de abdomen en el 7.8%, enzimas cardíacas en el 3.9% y fluorescéina en el 2.8%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: gastroenteritis aguda de posible origen infeccioso e infección del tracto urinario (5%), ansiedad (4.5%), estreñimiento, dolor abdominal inespecífico, fiebre sin foco aparente (2.8%) y hematuria y traumatismo craneal (2.2%). Sólo el 2.8% de los pacientes fueron ingresados temporalmente en la sala de observación. Se solicitaron un 15.1% de interconsultas, fundamentalmente a Traumatología (27.3%), Cirugía (18.2%) y Pediatría (22.7%). Se prescribió tratamiento al 77.1% de las ocasiones, siendo los analgésicos/antiinflamatorios los más recetados (43%), seguidos a mucha distancia de los antibióticos (13.4%) y los protectores gástricos (12.8%). El 36.9% de los pacientes recibieron medidas higiénico – dietéticas, pero tan sólo el 2.2% recomendaciones al alta. El 15.6% de las atenciones fueron derivadas al especialista, sobre todo a traumatólogos (25%), Cardiólogos (17.9%) y Oftalmólogos y Neurólogos (10.7%). El 91.1% de los pacientes atendidos fueron a su domicilio al alta y el 8.9% ingresaron en el hospital. Tan sólo hubo un 1.2% de reingresos en Urgencias antes de las 72 horas post – atención.

### Conclusiones:

- Un MIR de primer año en sus primeros meses de guardia atiende en Urgencias casi a la misma proporción de pacientes clasificados en el Triage como nivel III ó IV, lo que revela un óptimo nivel de competencia. Lo cual es corroborado por la bajísima tasa de reingresos antes de las 72 horas post – atención en Urgencias y por el número de interconsultas realizadas, que no fue elevado.
- Se demuestra un uso racional de las pruebas complementarias para realizar los diagnósticos por parte de los MIR, ya que en casi un tercio de los casos no se solicitó ninguna.
- El dolor es el problema que más se consulta en las Urgencias hospitalarias siendo, por tanto, muy elevada la prescripción de analgésicos/antiinflamatorios.

## HERNIA TRANSOMENTAL ESPONTÁNEA

Utrillas Martínez AC, Moreno Muzas C, Torres Nuez J, Oset García M, Yáñez Benítez C, Del Val Gil JM

*Cirugía General Y Aparato Digestivo. Servicio De Radiodiagnóstico  
Obispo Polanco. Teruel*

### Introducción / Objetivos:

Las hernias internas representan el 1-4% de los casos de obstrucción intestinal. Se tratan, por tanto, de una entidad rara que precisa un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico urgente debido al alto riesgo de estrangulación.

### Material y métodos:

Presentamos un caso de hernia interna espontánea secundaria a un ojal en el epiplón.

### Resultados:

Mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal de 3 días de evolución, vómitos y ausencia de deposición en las últimas 48 horas. Presenta afectación del estado general, abdomen distendido, blando y depresible, doloroso en epigastrio sin defensa, timpánico y con peristaltismo metálico. No tiene hernias y el tacto rectal es normal; al igual que el hemograma. En la analítica destaca PCR 65 mg/L y Lactato 2,5 mMol/L. La Rx abdominal muestra dilatación de asas de delgado dispuestas en espiral y niveles hidroaéreos. Se realiza TAC abdominal urgente que informa de marcada distensión de asas yeyunales compatible con obstrucción de intestino delgado medio, ligera incurvación de trayectos venosos en la región paraduodenal izquierda, líquido peritoneal libre en pequeño volumen en el flanco derecho y mesentérico entre asas, así como en el fondo de Douglas. Se instaura tratamiento antibiótico con Ertapenem, sueroterapia y se coloca SNG obteniéndose contenido fecaloideo. La paciente refiere mejoría importante, por lo que se mantiene observación durante 24 horas. Al día siguiente se aprecia abundante contenido biliar por la SNG, persistiendo ausencia de emisión de gases así como la imagen descrita en la RX abdominal, por lo que se decide intervención quirúrgica: se objetiva asa yeyunal encarcerada, congestiva y edematosa, a través de un foramen en el epiplon, con dilatación intestinal proximal y escasa cantidad de líquido en Douglas. Se secciona el ojal omental y el asa herniada se reduce, con total recuperación de la misma. A los tres días la paciente inicia tolerancia oral, con buena evolución, siendo dada de alta a los 6 días de la intervención.

### Conclusiones:

La hernia interna constituye una rara causa de obstrucción intestinal, siendo la hernia transomental la menos frecuente de ellas (1-4% de ellas). Es, por tanto, muy importante tener un alto índice de sospecha, principalmente en ausencia de intervención quirúrgica previa o hernia externa, pues con frecuencia cursan con estrangulación y mal pronóstico. En nuestro caso la TC demostró la existencia de una obstrucción intestinal de alto grado y su nivel, y resultó orientativa sobre su etiología, aunque no concluyente. En caso de no poder realizar el TC o sus hallazgos no sean aclaratorios, debería llevarse a cabo tratamiento quirúrgico, consistente en reducción del contenido herniario, descompresión intestinal, cierre del orificio o sección del epiplon y resección del asa en caso de necrosis.

## ADICCIONES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS EN LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

Lafuente O, López–Barrachina R, Blasco M, Pereyra L, Esteban E, Saa D.

*Unidad de Salud Mental y Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

La patología dual, existencia de patología psiquiátrica y drogodependencia en una misma persona, tiene una elevada gravedad psicopatológica, médica y social. Los dispositivos de atención de urgencias psiquiátricas dentro de las urgencias generales, atienden a una gran proporción de pacientes con esta patología. Esta demanda es importante para la asignación de recursos humanos en el diseño de urgencias y de la hospitalización psiquiátrica.

**Objetivos:** 1. Calcular la frecuencia de patología dual en un servicio de urgencias hospitalario. 2. Determinar el sexo, la edad y los diagnósticos de los pacientes con comorbilidad. 3. Calcular los pacientes con patología dual derivados a la Unidad de Psiquiatría desde Urgencias.

### Material y Métodos:

Se realiza un estudio de tipo transversal desde el 1 de noviembre 2011 hasta el 30 de enero de 2012. Los casos fueron extraídos del “libro de guardia”, documento de registro clínico en donde se anotan diariamente todos los casos atendidos en las urgencias psiquiátricas. Se consideró patología dual a aquellos pacientes con el diagnóstico conjunto de trastorno relacionado con sustancias junto con patología psiquiátrica, según la DSM – IV – TR. Se calcularon las frecuencias de las variables seleccionadas.

### Resultados:

En el intervalo de tiempo estudiado fueron atendidos en urgencias 110 pacientes psiquiátricos, de los cuales el 28,2% (n=31) presentaban patología dual. Distribución por sexo: 58% varones y 42% mujeres. El grupo de edad con más prevalencia de patología dual fue entre 30 y 40 años (45,2%), seguidos de los mayores de 40 años (30%). La patología asociada más frecuente fue las alteraciones de conducta con agitación (35%), seguida de los trastornos de personalidad (25%) y la depresión (23%). El 58% de los diagnosticados de patología dual fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

### Conclusiones:

1. El Servicio de Urgencias de nuestro hospital atiende habitualmente a un porcentaje muy alto de pacientes con patología dual. 2. Una gran proporción acaban ingresando en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. 3. Los varones jóvenes son el grupo más afectado. 4. Las patologías psiquiátricas comórbidas se centran principalmente en 3 diagnósticos.