

II CONGRESO DE LA MEDICINA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MALAGA



SESIÓN DE POSTERS

Contenido

P01. ¡CUIDADO CON LOS SINCOPE!	3	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	9
DESCRIPCIÓN DEL CASO	3	MATERIAL Y METODOS	9
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	3	CONCLUSIONES	9
JUICIO CLÍNICO	3	P08. CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL COMO CAUSA DE ICTUS CEREBELOSO ISQUÉMICO	10
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	3	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	10
COMENTARIO FINAL	3	MATERIAL Y METODOS	10
P02. ¿DEBO UTILIZAR BICARBONATO?	4	RESULTADOS	10
DESCRIPCIÓN DEL CASO	4	CONCLUSIONES	10
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	4	P09. DISRUPCIÓN DEL WIRSUNG EN RESOLUCIÓN TRAS COLOCACIÓN DE STENT PANCREÁTICO.	10
JUICIO CLÍNICO	4	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	10
COMENTARIO FINAL	4	MATERIAL Y MÉTODOS	10
P03. ACTUACIÓN EN LA SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA	5	CONCLUSIONES	11
P04.AMEBIASIS. MANIFESTACIÓN INTESTINAL Y EXTRAINTestinal SIMULTÁNEA: COLITIS DISENTÉRICA Y AMEBOMA HEPÁTICO COMPLICADO CON PERITONITIS.	6	P10. ECOCARDIOGRAMA CARDIOPULMONAR EN DOLOR TORÁCICO EN EL CONTEXTO DE URGENCIA	11
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	6	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	6	MATERIAL Y MÉTODOS.	12
RESULTADOS	6	P11. ENFERMEDAD ASOCIADA AL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	12
CONCLUSIONES	6	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	12
P05. CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	7	MATERIAL Y METODOS	13
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	7	RESULTADOS	13
MATERIAL Y METODOS	7	CONCLUSIONES	13
RESULTADOS	7	P12. ENTERITIS QUISTICA PROFUNDA, A PROPÓSITO DE UN CASO	13
CONCLUSIONES	7	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	13
P06. COHORTE EN VIDA REAL. CAMINO A LA ERRADICACIÓN DEL VHC.	8	MATERIAL Y MÉTODOS	14
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	8	CONCLUSIONES	14
MATERIAL Y METODOS	8	P13. ESTE DOLOR NO ES NORMAL	14
RESULTADOS	8	DESCRIPCIÓN DEL CASO	14
CONCLUSIONES	8	EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	15
		ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA	15
		TRATAMIENTO	15

COMENTARIO FINAL	15	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	22
P14. ESTIMACIÓN DEL GASTO CARDIACO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA	15	MATERIAL Y MÉTODOS	22
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	15	CONCLUSIONES	22
MATERIAL Y MÉTODOS:	16	P21. LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE VIH.	23
RESULTADO:	16	HISTORIA ACTUAL:	23
P15. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	17	EVOLUCIÓN:	23
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	17	CONCLUSIONES:	24
MATERIAL Y MÉTODOS	17	P22. LINFOMA DE TIPO B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES PRIMARIO DE COLON.	24
RESULTADOS	17	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	24
CONCLUSIONES	17	MATERIAL Y MÉTODOS	24
P16. EXPERIENCIA LOCAL DEL USO DE LA QUISTOSTOMÍA ENDOSCÓPICA MEDIANTE PRÓTESIS HOT-AXIOS PARA RESOLUCIÓN DE COLECCIONES PANCREÁTICAS	18	CONCLUSIONES	24
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	18	P23. MICROORGANISMOS Y SUSCEPTIBILIDAD EN UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS DESDE UN CENTRO DE SALUD	25
MATERIAL Y METODOS	18	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	25
RESULTADOS	18	MATERIAL Y METODOS	25
CONCLUSIONES	19	RESULTADOS	25
P17. FIEBRE EN PACIENTE PUÉRPERA EN URGENCIAS	19	CONCLUSIONES	25
PRESENTACIÓN DEL CASO:	19	P24. NO ES OTRA CERVICALGIA MÁS	26
CONCLUSIÓN:	20	DESCRIPCIÓN DEL CASO	26
P18. ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL	20	COMENTARIO FINAL	26
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	20	P25. PRURITO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN ADENOMIOMA DE AMPOLLA DE VATER	26
MATERIAL Y MÉTODOS	20	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	26
CONCLUSIONES	20	MATERIAL Y MÉTODOS	27
P19. IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA	21	CONCLUSIONES	27
MOTIVO DE CONSULTA:	21	P26. SERIE DE CASOS CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA	27
HISTORIA CLÍNICA:	21	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	27
CONCLUSIONES	22	MATERIAL Y MÉTODOS	27
P20. INFECCIÓN AGUDA POR VHC, UNA VÍA DE INOCULACIÓN INFRECUENTE	22	RESULTADOS	28
		CONCLUSIONES	28
		INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	28

RESULTADOS	28
CONCLUSIONES	29
P28. TIEMPO ES TEJIDO	29
DESCRIPCIÓN DEL CASO	29
P29. UN MAL CONCEPTO DE LA DIABETES	30
HISTORIA CLÍNICA:	30
CONCLUSIONES	31

P01. ¡CUIDADO CON LOS SINCOPES!

M. Rojas (CS Tiro Pichón, Málaga, mmrojasmartinez@gmail.com); A. Terrón (CS Teatinos, Málaga, terroncito90@gmail.com); E. Sanchez (CS Torcal, Málaga, streya29@hotmail.com).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años. Sin alergias conocidas. HTA, cardiopatía hipertensiva, plaquetopenia, AIT hemisférico izquierdo 2008. Fumadora de 1paq/diario.

Acude derivada por DCCU al ser encontrada por sus familiares tirada en el suelo de la cocina tras escuchar un golpe, hace menos de una hora, con bajo nivel de consciencia, pérdida de tono y relajación de esfínter, respiración taquipnéica, comenzando posteriormente a la llegada del equipo médico con agitación que ha precisado sedación. El marido niega ingesta de medicación, ni alcohol, no fiebre ni sintomatología infecciosa respiratoria, abdominal ni urinaria en días previos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general, estuporosa. Taquipnéica en reposo. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas. Pulsos conservados.

- Analítica: destaca plaquetas 34000, troponinas 0,136, Cr 2.3, GOT 105, LDH 240. Rx de tórax: ICT en límite alto de la normalidad, calcificación del botón aórtico. Sin derrames ni condensaciones EKG: RS a 76, eje izquierdo, PR normal, signos de HVI.

- TAC craneal: engrosamiento difuso de la cortical de ambos hemisferios (recomiendan ampliar estudio con RMN). Lesiones hipodensas en ambos talamos, caudado izquierdo ya presentes en estudio previo hace 6 meses, que podrían estar en relación con lesiones isquémicas antiguas siendo otra posibilidad lesiones metabólicas. Lesiones hipodensas sin efecto masa, en hemiprotuberancia derecha y cerebelosa derecha, sugestiva de infartos antiguos. Lesiones hipodensas en sustancia blanca subcortical profunda y periventricular, sin efecto masas, sugestivas de lesiones isquémico degenerativas.

JUICIO CLÍNICO

Diseción aórtica tipo A.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ICTUS hemorrágico. Deprivación alcohólica. Endocarditis infecciosa con émbolos sépticos. Purpura trombocitopénica trombótica.

COMENTARIO FINAL

La paciente desde su ingreso en área de observación, permanece estuporosa, comenzando con hipoperfusión central y periférica e ingurgitación yugular. Dadas las alteraciones analítica, incluimos en nuestro algoritmo diferencial enfermedades metabólicas, isquémicas...Se decide contactar con UCI y Cardiología, por sospecha de émbolos sépticos.

Durante la realización de ecocardiografía, donde se objetiva una importante hipertrofia del VI, así como un derrame moderado pericárdico. Aparece una imagen dudosa de un posible flapping a la salida de la raíz aórtica. Ante la sospecha de un diseción aórtica y dada la mala evolución de la paciente, se decide realizar Angio-TC, confirmando la sospecha clínica. Se contacta acto seguido con Cirugía Cardiovascular y la

paciente entra a quirófano del que salió cinco horas. Días después la paciente fallece, con datos de daño cerebral irreversible por encefalopatía anóxica y disfunción hepatocelular y renal por isquemia.

P02. ¿DEBO UTILIZAR BICARBONATO?

AUTORES: M. Rojas (CS Tiro Pichón, Málaga, mmrojasmartinez@gmail.com); E. Calatrava-Lopez (CS Delicias, Málaga, elenacalatravalr@gmail.com); E. Sanchez (CS Torcal, Málaga, streya29@hotmail.com).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años. Alérgica a la anestesia general. DM-1 desde los 16 años, con regular control metabólico en los últimos años, depresión, DL.

Acude derivada por DCCU por obnubilación de unas 12 horas de evolución en contexto de una posible cetoacidosis diabética. La familia refiere que es el primer episodio de estas características pese al mal control metabólico.

En la ambulancia han pautado 500ml de SSF en carga y 30UI de insulina iv, y unas perfusión a 8ml/h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general, obnubilada, con escasa colaboración. Disnéica en reposo. GLASGOW 11 (apertura ocular al sonido, lenguaje sonidos, movimientos de extremidades espontáneo).

Auscultación CR: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas. Pulsos conservados.

- Gasometría venosa: (avisan desde laboratorio) pH 6,89, pCO₂ 24.3, pO₂ 74.5, HCO₃ 5.3

JUICIO CLÍNICO

Cetoacidosis diabética

COMENTARIO FINAL

Estando en cuarto de críticos, se pauta 10UI insulina iv, se inicia perfusión a 10ml/h, y 1000ml de SSF en la primera hora. Tras recibir la llamada del laboratorio con los valores gasométricos, se decide añadir al tratamiento previo 100mEq de bicarbonato 1M. Tras el mismo, la nueva gasometría muestra pH 6.95 persistiendo situación basal de la paciente, por lo que se decide avisar a UCI, que termina ingresando a su cargo a la paciente.

La importancia de este caso, es que no hay que tenerle miedo a utilizar un tratamiento intensivo, 1000ml de SSF en la primera hora, 1000ml en la segunda hora, 2000ml de la tercera a la sexta hora (siempre que no exista fallo cardíaco). Iniciar precozmente la perfusión de insulina, con controles frecuentes de glucemia capilar hasta que descienda de 250, iniciando en Y un suero glucosado 5%, hasta la normalización del pH y cetonuria. Y en aquellos casos, como el de nuestra paciente, que tengamos un pH inferior a 6,9 añadir al tratamiento bicarbonato a dosis de 100meq 1M, con posterior control gasométrico en 1 hora y cálculo del déficit, no olvidando que debemos añadir potasio si este no se encontraba elevado.

P03. ACTUACIÓN EN LA SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA

Julia Rubio Merino. FEA Urgencias H. V. de la Victoria, Málaga

Paciente varón de 40 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por presentar episodio de amnesia de toda la noche anterior. Refiere que salió de fiesta solo, recordando como último dato de esa noche entrar en una discoteca donde pidió una bebida alcohólica. Tras esto lo siguiente que recuerda es encontrarse en un parque cercano de la zona con sensación de mal estar general, sin presentar ninguna sintomatología más. Acudió a comisaria por la mañana indicándole ante la sospecha de sumisión química acudir a área hospitalaria para valoración médica.

A su llegada al hospital el paciente presenta buen estado general con Tensión arterial 130/80, Frecuencia cardíaca 90lpm y afebril. MVC sin ruidos patológicos Tonos rítmicos sin soplos. Exploración testicular: Dolor a la palpación testicular bilateral, epidídimo derecho e hiperemia escrotal. Exploración anal: Ingurgitación hemorroidal, hiperemia de rafe medio y leve prolapso de mucosa anal. Tacto rectal muy doloroso, con próstata indurada y dolorosa. Dedil sin restos de sangre

Se activó protocolo de sospecha de sumisión química contactando con cirugía general y supervisión de enfermería. Se realizaron, tras firma de consentimiento por parte del paciente, toma de muestras de margen anal y zona rectal con medio de cultivo y si el, analítica de sangre general, serología, y analítica de orina. Los resultados de la

analítica sanguínea y de orina no presentaron hallazgos patológicos

Ante la exploración anterior se sospechó de abuso sexual asociado, por lo que se derivó al paciente a medicina preventiva y se inició tratamiento con quimioprofilaxis VIH con Raltegravir 400 1comp/12h, emtricitabina/tenofovir 200/245 1comp/12h y se realizó parte de lesiones correspondiente. El paciente fue dado de alta.

Al día siguiente acude por presentar dolor intenso a nivel lumbar e inflamación en zona gemelar derecha, sin asociar fiebre, ni otra sintomatología. A la exploración: Dolor a la palpación de musculatura dorsolumbar, sin lesiones en piel ni dolor a la palpación de apófisis espinosas. Puño percusión renal negativa bilateral. Se realizó radiografía lumbar sin alteraciones y se informó al paciente de los resultados de la serología (negativos). Fue dado de alta con analgésicos.

Tras este proceso el paciente vuelve a acudir a urgencias por presentar fiebre de hasta 40° en domicilio asociado a tos con expectoración blanquecina y escalofríos. Deposición diarreica única sin productos patológicos. A la exploración REG, COC, BHYP. TA 120/80, FC 100lpm, T°38.8°. ACP: Tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos Abdomen sin alteraciones a la exploración con PPRR negativa bilateral. No exudado uretral. Se realizó analítica sanguínea y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos, hemocultivo, urocultivo y coprocultivo. Al alta el paciente fue derivado a infecciosos.

Dos días después fue valorado en consulta de infeccioso indicando repetir serología en 4 semanas. En este momento el paciente no presentaba sintomatología alguna. El paciente fue informado vía telefónica de la

normalidad de todas las pruebas complementarias.

P04.AMEBIASIS. MANIFESTACIÓN INTESTINAL Y EXTRAIESTINAL SIMULTÁNEA: COLITIS DISENTÉRICA Y AMEBOMA HEPÁTICO COMPLICADO CON PERITONITIS.

Juan Pedro Toro Ortiz, Alberto Manuel García García, Julia Cobos Rodríbuez, Maria Dolores García Escaño, Raúl Andrade Bellido. H. Universitario Virgen de la Victoria

Palabras Clave: entamoeba, ameboma, peritonitis

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Entamoeba histolytica es un parásito cuyo hospedador y reservorio principal es el ser humano, pudiendo encontrarse también en otros animales. Su prevalencia es baja en países desarrollados y la transmisión es fecal-oral. Principalmente causa síndrome disentérico, aunque también puede producir amebiasis extraintestinal, cuya localización más frecuente es la hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 64 años que acude a urgencias de nuestro centro por epigastralgia, fiebre y tiritona de 4 días de evolución. Además, síndrome diarreico (5-6 deposiciones sanguinolentas/día) y pérdida de peso de 5 kg de un mes de evolución. A la exploración, destacaba dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Analíticamente,

leucocitosis con leve neutrofilia y PCR elevada. En el TC abdominal realizado de manera urgente, se objetivó una lesión en lóbulo hepático izquierdo de 41 x 60 x 62 mm, hipodensa, de bordes lobulados y con septos en su interior (Figura 1). Además, un engrosamiento de ampolla rectal inespecífico (Figura 2). Entre los diagnósticos diferenciales se planteó la posibilidad de proceso infeccioso o neoplásico colónico con metástasis hepáticas sobreinfectadas.

RESULTADOS

Durante su ingreso en planta, se realizó colonoscopia objetivándose signos de colitis infecciosa, (úlceras de bordes irregulares de 2 cm con tejido circundante sano) sin poder identificar microorganismo ni signos de malignidad en las muestras. De la misma manera, se realizó una biopsia guiada por TC de la lesión hepática siendo negativo el resultado para los patógenos más habituales. Igualmente, la serología, la detección antigénica en heces y la microscopía de ésta fueron negativas.

Debido a la mala evolución clínica y a la sospecha ecográfica de peritonitis amebiana (figuras 3 y 4), se decidió intervención quirúrgica urgente, evidenciándose mediante PCR de las muestras quirúrgicas, ADN de Entamoeba histolytica.

CONCLUSIONES

En países en desarrollo, la amebiasis es la causa de 100000 muertes anuales, siendo la tercera causa de mortalidad por parasitosis en el mundo. En el caso de la peritonitis amebiana, el porcentaje de éxitos aumenta al 50%.

La presentación clínica de colitis por ameba simultáneamente a ameboma hepático es infrecuente, ocurriendo en 1/3 de los infectados por ameba. Otra complicación

rara aunque grave, es la peritonitis por rotura del ameboma. En nuestro caso, la sospecha diagnóstica era baja debido a la negatividad de las técnicas y la ausencia de factor de exposición (viaje a zona endémica). Esto desembocó en un retraso diagnóstico y una cirugía no electiva.

P05. CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

María Pilar Mayorga Chamorro¹, Luis Antonio Calleja Carton² 1 Consultorio El Morche. Calle Santiago, 8, 29770 El Morche, Málaga. 2 CS Colmenar. Camino de Río gordo, 0S/N, 29170 Colmenar, Málaga

Palabras Clave: Procedimientos Quirúrgicos Menores. Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se entiende por cirugía menor la atención sanitaria de lesiones o patologías que requieren procedimientos quirúrgicos sencillos, que se realizan sobre tejidos superficiales, generalmente con anestesia local, y en las que los posibles riesgos o complicaciones postquirúrgicas son escasos. Nuestro objetivo ha sido analizar la actividad asistencial de cirugía menor en un centro de atención primaria y describir las características de los pacientes y de las patologías atendidas.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Centro de salud urbano de Portada Alta en Málaga.

Participantes: La población fueron los pacientes del centro de salud propuestos para cirugía menor en el año 2015. Mediciones principales: sexo, edad, diagnóstico clínico, localización, técnica quirúrgica, envío de muestras a anatomía patológica y resultados, concordancia clinicopatológica y complicaciones.

Datos recogidos del libro de cirugía menor y la historia clínica digital.

RESULTADOS

294 pacientes fueron citados de los que 237 se realizaron la cirugía. Las mujeres representaron el 58% de los pacientes. La edad media fue de 49,4 años, rango 9-94, desviación típica 17,8, varianza 318,8, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos. El diagnóstico clínico más frecuente fue el fibroma (34%). La localización más común el tronco (29,5%). La técnica quirúrgica más utilizada la electrocirugía (48%). Se mandaron para su estudio anatomopatológico el 5% de las lesiones, obteniéndose una concordancia clinicopatológica del 50%. No hubo complicaciones.

CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes atendidos correspondió a mujeres en la edad media de la vida. Las patologías más frecuentes fueron los fibromas y verrugas con localización en el tronco, y la técnica más ampliamente utilizada fue la electrocirugía. El número de muestras enviadas a anatomía patológica y la concordancia clinicopatológica fueron bajas.

P06. COHORTE EN VIDA REAL. CAMINO A LA ERRADICACIÓN DEL VHC.

A. García, J. Cobos, J. Pinazo, R. Andrade. 1Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: hepatitis C, antivirales acción directa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los dos últimos años la terapia antiviral en la Hepatitis Crónica C (HCC) ha revolucionado el campo de la Hepatología. Los resultados de las cohortes en vida real han mejorado los obtenidos en los ensayos de registro, aunque han puesto de manifiesto la aparición de efectos adversos (EAs) a medio plazo, como la reactivación del VHB y el hepatocarcinoma.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de eficacia y seguridad de estos tratamientos en práctica clínica real.

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron todos los pacientes con HCC tratados con AAD en nuestro Servicio, entre noviembre de 2014 y Enero de 2017, ambos inclusive; de los cuales se seleccionaron aquellos con datos analíticos en semana 12 post-tratamiento (12p). Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas.

RESULTADOS

Se incluyeron 344 pacientes. 57% varones, con edad media de 58 años. Predominaba genotipo 1b (54.3%), con carga viral basal media de 6,47 log. La distribución del grado de fibrosis fue: F0-F1 (7%), F2 (15%), F3 (25%), F4 (52%). El 54% de los pacientes eran naïve. Se realizó tratamiento a 12 semanas en 85% de los pacientes, con

asociación de ribavirina en 95 pacientes (28%).

Del total de pacientes, 334 completaron tratamiento. Los 10 restantes suspendieron por diversas razones (intolerancia (4), descompensación hepática (2), toxicodermia (1), suboclusión intestinal (1), error (1), éxitus (1)); de los cuales 5 alcanzaron RVS12 (50%). Entre los que finalizaron tratamiento, hubo 1 recidiva en paciente tratado con SOF-SIM y 1 reinfección. La RVS12 global fue del 98%.

Hubo un importante reporte de EAs relacionados con el tratamiento en su inmensa mayoría leves como astenia o cefalea. Hubo 5 éxitus, todos eran pacientes cirróticos (Child A (2), Child B (2) y Child C (1)) 2 de ellos con hepatocarcinoma. Cabe destacar una tasa de un 1.16% de infecciones virales durante tratamiento o en las 12p: herpes zóster (1), herpes simple (1), CMV (2). Con respecto al VHB, en los 4 pacientes coinfectados de la cohorte, dos de ellos presentaron reactivación, iniciándose Tenofovir.

CONCLUSIONES

Los resultados de la cohorte son similares a los publicados en la literatura, en cuanto a eficacia y efectos adversos. Cabe destacar el alto porcentaje de pacientes cirróticos, que comporta una mayor tasa de EAs y una peor tolerancia. En cuanto a la reactivación del VHB, en base a nuestros hallazgos y tras la reciente alerta sanitaria, deben vigilarse estrechamente estos pacientes en espera de recomendaciones sólidas al respecto.

P07. COLITIS INFECCIOSA POR CMV EN PACIENTE

CON MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTROM

Julia Cobos Carmona. H. Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Palabras Clave: CMV; Macroglobulinemia de Waldstrom; Colitis

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La colitis por citomegalovirus (CMV) es una entidad rara en adultos inmunocompetente siendo más frecuente en inmunodeprimidos o pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Presentamos un caso de un varón adulto con AP Macroglobulinemia de Waldstrom con una colitis por CMV con buena evolución tras tratamiento con Ganciclovir.

MATERIAL Y METODOS

Varón de 67 años diagnosticado de Macroglobulinemia de Waldstrom asintomática en abril de 2014 con progresión a MW sintomática por anemia en marzo de 2017. Inicia tratamiento de 1ª línea con Bendamustina el 17/4/17 y Benda-Rituximab el 12/5/17. Último ciclo de BR el 10/7/17.

Acude a urgencias por deposiciones diarreicas desde principios de julio asociando dolor en marco cólico izquierdo. En PPCC destaca analítica de sangre: leucocitos 3.100, K 3.10 y PCR 5. Coprocultivos para bacterias, parásitos y CI. Difícil negativo. PCR de CMV (31/7/17) 75857. TAC abdomen: hallazgos compatibles con colitis infecciosa-inflamatoria de predominio derecho. El paciente desde el inicio del tratamiento con Ganciclovir iv 900/12h notó mejoría del dolor y disminución progresiva del número de deposiciones. Durante su ingreso se realizó colonoscopia: en colon

Traverso y derecho se aprecia úlceras dispersas, fibrinadas de unos 10mm de diámetro. Se toman muestras para CMV (Microbiología) y AP. La PCR de CMV fueron disminuyendo: 670534 (18/8/17) y 619 (28/8/17).

Al resolverse la clínica, se desescaló tratamiento a Valganciclovir vo 450mg/12h. Fue dado de alta comunicándose telefónicamente el control de PCR a la semana siguiente, que al ser negativo disminuyó tratamiento a un comprimido.

CONCLUSIONES

La colitis por CMV afecta con más frecuencia a pacientes con algún tipo de inmunosupresión normalmente de forma secundaria a una reactivación del virus. La afectación digestiva es la segunda en frecuencia después de la retinitis. Los síntomas son inespecíficos, diarrea, fiebre, dolor abdominal y sangrado digestivo. Los hallazgos endoscópicos son diversos, desde mucosa normal hasta úlcera solitaria o varias úlceras distribuidas por el colon. El diagnóstico de la colitis por CMV se realiza fundamentalmente por criterios anatomopatológicos (que demuestren las inclusiones citomegálicas en "ojo de buho") pudiendo confirmarse por criterios serológicos o detección del CMV en sangre u orina. La complicación más temida es el megacolon tóxico. Disponemos de tres fármacos con actividad frente a CMV: Ganciclovir, Foscarnet y Cidofovir. En el caso de la colitis el tratamiento de elección es ganciclovir iv. Cuando la situación clínica del paciente lo permite, puede utilizarse como alternativa el valganciclovir oral

P08. CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL COMO CAUSA DE ICTUS CEREBELOSO ISQUÉMICO

Carolina Martínez de San Vicente Merino,
Jose Antonio Conejo Fernandez. Hospital Vithas Xanit Internacional Benalmadena 29630

Palabras Clave: Crioglobulinemia mixta esencial, sistema nervioso central

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La crioglobulinemia mixta esencial (CME) es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de proteínas, generalmente inmunoglobulinas, que precipitan a temperatura inferior a 37 °C, causando vasculitis sistémica de pequeño y mediano vaso y, en ocasiones, de grandes vasos. La afectación del sistema nervioso central es infrecuente, con escasos casos descritos en la literatura y sin haberse establecido de forma concluyente los mecanismos de lesión.

MATERIAL Y METODOS

Se presenta el caso de una mujer de 39 años que presentó de forma brusca vértigo, inestabilidad, mareos, vómitos y cefalea.

RESULTADOS

La resonancia magnética mostró una lesión isquémica aguda cerebelosa en el territorio de la arteria cerebelosa postero-anterior derecha con leve efecto masa sobre el cuarto ventrículo. La angiorresonancia cerebral arterial de troncos supraaórticos mostró la ausencia casi completa de la arteria vertebral ipsilateral. Se objetivaron crioglobulinas positivas policlonales IgG-IgM con criocrito del 5 %.

CONCLUSIONES

Sería recomendable considerar a la CME en el diagnóstico diferencial de la patología isquémica cerebrovascular en pacientes jóvenes sin otros factores de riesgo.

P09. DISRUPCIÓN DEL WIRSUNG EN RESOLUCIÓN TRAS COLOCACIÓN DE STENT PANCREÁTICO.

Julia Cobos rodríguez. H Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Palabras Clave: Wirsung, Stent pancreático, Fistula pancreática.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las fistulas pancreáticas se deben a la secreción pancreática que drena anormalmente hacia una cavidad interna o al exterior como consecuencia de la rotura parcial o completa del conducto pancreático causada por un traumatismo, cirugía, iatrogenia o complicación de una pancreatitis aguda severa.

La colocación transpapilar de prótesis pancreáticas se ha convertido en el método de elección, con un éxito de 55% a 100% y mejorando el resultado final en estos pacientes. La ERCP es la prueba de elección no solo para la detección de extravasación de contraste o presencia de colecciones sino también para la colocación de una prótesis. Las prótesis se retiran después de cuatro a seis semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 61 años sin antecedentes de interés, acude por dolor abdominal y vómitos. En analítica de sangre destaca amilasa 3254

y elevación de RFA. Se realiza TAC abdomen apreciando pancreatitis aguda necrotizante extensa con colecciones necróticas peripancreáticas. En un primer momento se realiza ERCP para esfinterotomía y colocación de prótesis pancreática de 5cm y 5F.

Se intentó drenaje transgástrico mediante prótesis AXIOs, que fue técnicamente imposible por lo que se realizó drenaje percutáneo por radiología vascular: se realiza acceso lumbar izquierdo en decúbito lateral derecho y se coloca catéter de 14F de doble luz para lavados en cuerpo pancreático mediante técnica de Seldinger.

En TAC de abdomen de control se aprecia catéter de drenaje con extremo distal en adecuada localización en el interior de la colección necrótica peripancreática, evidenciándose una moderada reducción de tamaño de la misma, pero, persiste de similar volumen la localizada alrededor de la cabeza de páncreas (29mm) Se revisa por ERCP y se comprueba que existe drenaje a través de la prótesis pancreática a duodeno, lo que sugiere disrupción del Wirsung. Ante la sospecha de ésta, se retira stents biliar colocado inicialmente y posicionando nueva prótesis de 7cm. Tras ésta, la colecciones disminuyen bastante, incluso no drenando nada evolucionando favorablemente el paciente.

CONCLUSIONES

En los últimos años, se están desarrollando cada vez más terapias endoscópicas para una gran variedad de patologías de la vía biliar incluyendo pancreatitis crónica, fístulas, rotura del conducto pancreático, drenaje de pseudoquistes y en la prevención de la pancreatitis post-CPR E.

El tratamiento mediante el establecimiento endoscópico de prótesis ha logrado disminuir

las intervenciones quirúrgicas y sus complicaciones así como acortar el tiempo de estancia hospitalaria

P10. ECOCARDIOGRAMA CARDIOPULMONAR EN DOLOR TORÁCICO EN EL CONTEXTO DE URGENCIA

R. Jimenez. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (España) (rjjimenez89@gmail.com), A. Sánchez. Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (España) Email: (anamsgar25@gmail.com) M: Buforn. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (España) (mbuforn84@hotmail.com). J. Rubio. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (España) (j_rubiomerino@hotmail.com)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Varón de 54 años, que acude al servicio de urgencias de nuestro centro derivado a través de equipo de emergencias extrahospitalario con dolor torácico centroopresivo a las 3 de la mañana que le despierta, con irradiación a cuello, cortejo vegetativo asociado, y sensación de disnea en reposo.

A su llegada a críticos presenta leve mejoría clínica con perfusión de nitroglicerina, persiste cortejo y dolor y la sensación de disnea, con saturaciones basales de 92%.

El objetivo de la ecografía clínica es ayudar junto con la exploración y pruebas complementarias a diagnóstico y tratamiento correcto con la mayor brevedad posible para

poder realizar una mejor orientación diagnóstica y terapéutica.

Historia Clínica y exploración:

Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, en estudio por aumento de PSA. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido, consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos, taquicárdico, sin soplos. No edemas de Miembros inferiores. Abdomen blando depresible sin masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No defensas ni signos de rebote abdominal. Saturación 92% sin soporte de oxígeno, Tensión arterial 130/95 mmHg.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tras iniciar tratamiento como síndrome coronario agudo, el paciente pasa a área de observación mientras obtenemos los resultados de la analítica de sangre.

Se le realiza ecogardiograma a pie de cama donde se visualiza dilatación de cavidades derechas, con signo de McConell asociado y no se aprecia hipocontractilidad. En la ecografía pulmonar el paciente no presentaba un patrón de aireación pulmonar normal. Tras esto se amplía analítica con Dímero D y se llama a radiodiagnóstico, donde se solicita Angio TAC de arterias pulmonares para descartar TEP como primera sospecha diagnóstica tras los hallazgos en el ecocardiograma.

RESULTADO:

El paciente presenta empeoramiento clínico, en el resultado del angioTAC se observa tromboembolismo pulmonar bilateral con LOEs pulmonares pequeñas en ambas bases pulmonares, modificando por completo el tratamiento del paciente. El paciente finalmente evoluciona

favorablemente y se ingresa a cargo de neumología, dándose de alta posteriormente.

CONCLUSIONES:

Debido a poder disponer de un ultrasonido en el servicio de urgencias y con una formación directa hacia estos profesionales, se puede obtener una mejor orientación clínica para el beneficio del paciente, acelerando el tiempo de diagnóstico cuando hay varios diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta que la ecografía clínica es una herramienta más para nuestro día a día.

BIBLIOGRAFÍA:

- Villen, T. Introducción a la ecografía en urgencias. 2011
García G. Ecografía cardiovascular. 2017
Oviedo, A. Utilidad de la ecografía en urgencias: el protocolo RUSH. Emergencias 2015;27:345-354

P11. ENFERMEDAD ASOCIADA AL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Alberto García García, Julia Cobos Rodríguez, Jose Pinazo Bandera, Raul Andrade Bellido. Hospital Virgen de la Victoria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección por Clostridium difficile (CD) es una causa importante de morbimortalidad, especialmente entre los pacientes hospitalizados. CD coloniza el tracto intestinal cuando existe una alteración de la

flora saprofita, generalmente asociada a la toma de antibióticos (ATBs).

MATERIAL Y METODOS

Análisis retrospectivo de todos los casos de toxina CD positiva en 2017 en el área sanitaria del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Se aplicó Inmunoquímica (GDH/Tox A/ Tox B) y, en casos dudosos (solo GDH+ o solo una toxina +), PCR GenXPert (Cepheid).

RESULTADOS

De un total de 272 solicitudes llegadas a microbiología se analizaron 258, resultando positivos el 10% (26/258). El 69% (18/26) de los casos fueron mujeres. La edad media fue 60,07 años. El 92% (24/26) precisaron ingreso o prolongación del mismo. El 61% (16/26) tomaba inhibidores de la bomba de protones (IBP) y en el 65% (17/26) de los casos se identificó toma previa de ATBs, Betaláctamicos en el 82% de los casos (14/17). Tres pacientes estaban diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal. El 61% (16/26) de las infecciones fueron nosocomiales. En el 92% (24/26) el diagnóstico se realizó mediante inmunoquímica, teniendo que determinar PCR en el 8%. Se realizó colonoscopia en el 23% (6/26) de los casos, siendo el hallazgo más frecuente una colitis inespecífica. El valor de PCR media fue 89,23 mg/L y el de neutrofilos absolutos $9454,4 \times 10^9/L$. El tratamiento instaurado fue: Vancomicina oral 53,8% (14/26), Metronidazol oral 34,6% (9/26), ambos en un caso, Fidaxomicina en dos pacientes con recidiva y no hubo constancia de tratamiento en 2 pacientes. La duración media del mismo fue 9,37 días. Hubo dos éxitos, ambos sin relación aparente con la infección. 5 pacientes presentaron recidiva clínica (una paciente presentó tres recidivas).

CONCLUSIONES

La enfermedad asociada a CD (EACD) supone un problema de salud importante, especialmente en el ámbito hospitalario. La prevalencia de toma de IBP (61%) fue superior a la de la población española (8.5%), lo cual apoya los estudios que indican un mayor riesgo de EACD. Los ATB más frecuentemente implicados en nuestro medio fueron los Betaláctamicos. El índice de recidivas fue importante, por lo que se debe estar alerta sobre la reaparición de síntomas en estos pacientes. Por último, se recomienda extremar las medidas de prevención como el aislamiento de contacto durante la hospitalización.

P12. ENTERITIS QUISTICA PROFUNDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Julia Cobos Carmona. FEA Urgencias, H. Virgen de la Victoria, Málaga. **Palabras Clave:** Enteritis quística profunda; polipos submucosos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enteritis quística profunda (EQP) es una entidad muy infrecuente que se caracteriza por presencia de múltiples quistes mucosos parcialmente revestidos por epitelio columnar o plano no neoplásico predominantemente en la submucosa del intestino y menos frecuentemente en muscular propia. Su etiología es desconocida y se han reportado varios casos asociados a enfermedad inflamatoria, Síndrome de Peutz Jeghers y procedimientos quirúrgicos previos (estomas gastroyeyunales y de colostomía) Hay tres patrones de la enfermedad: 1) Localización con una lesión polipoide: la lesión más frecuente es pólipo solitario

menor de 3cm en recto. 2) Difuso, con múltiples lesiones polipoides y 3) Difuso con confluencia de quistes. Os presentamos a continuación paciente con presencia de múltiples lesiones quísticas distribuidas por el tubo digestivo, principalmente por el tracto digestivo superior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 71 años acude por molestias abdominales, y saciedad precoz. En TAC de abdomen se aprecian múltiples quistes de localización submucosa, en fundus gástrico, curvatura mayor y menor, tercera porción duodenal y en colon ascendente. Hallazgos compatibles con enteritis quística profunda. Se solicita gastroscopia en la que se aprecia a nivel subcardial una lesión de aspecto submucoso de unos 3cm con mucosa normal donde se toman biopsias (pendientes). Mucosa gástrica edematizada y nodular, friable al roce, se toman biopsia de cuerpo y antro. Píloro edematizado, que dificulta, pero no impide el paso del gastroscopio. Hasta la 2ª porción duodenal normal.

Se realiza también colonoscopia llegando hasta fondo de saco cecal. A 40cm del margen anal se aprecia un pólipo sésil de 1cm que se extirpa con asa (biopsia pendiente). Resto de la mucosa normal. Asimismo también se realiza EGD donde se aprecia múltiples nodularidades bien definidas y asociadas a defectos de repleción en esófago y duodeno. Ante los hallazgos de lesiones radiológicas con características de benignidad se valora en sesión y se decide seguimiento

CONCLUSIONES

La EQP afecta a hombres y mujeres por igual. Los síntomas más comunes son sangrados de tubo digestivo, tenesmo, dolor

abdominal e incluso oclusión intestinal. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades: diverticulosis adquirida, pneumatosis cistoide intestinal y adenocarcinoma mucinoso. Para ésta última, el ultrasonido transrectal revela quistes hipoecoicos rodeados por submucosa intacta, a diferencia de cáncer invasivo y en cuyas biopsias no se observa atipia del epitelio. El aspecto más importante de la EQP es reconocerla como una enfermedad benigna sin confundirla con un carcinoma bien diferenciado.

P13. ESTE DOLOR NO ES NORMAL

Autores: F. Casas Galán (1), P. Ortiz Suárez (2), E. Torresano Porras (3). (1) Residente MFyC Centro de salud San Andrés- Torcal. (2) Residente MFyC Centro de salud Carranque. (3) Residente MFyC Centr de salud Delicias.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, dolor torácico

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 95 años con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con Bisoprolol y Valsartán y neumotórax (1960); independiente y vive sola. Acude a Urgencias acompañada por su nieta por haber sufrido un dolor centrotorácico irradiado a mandíbula que se inició a las 6 am mientras dormía. No presentó cortejo vegetativo durante el episodio ni otra clínica cardiorrespiratoria ni neurológica asociada. El dolor cedió tras administración de Nitroglicerina por 061 y, a su llegada a Urgencias, se encontraba completamente asintomática.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, adecuado nivel de conciencia, normohidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Tensión arterial: 168/76 mmHg; Frecuencia cardíaca 68 lpm. Saturación oxígeno 96%. Auscultación cardiorrespiratoria arrítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Neurológica: sin focalidad. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP

Ante la sospecha de SCA, se solicitan pruebas complementarias donde destaca:

- Analítica de sangre: Troponina I 0.12, CK-MB 3.4 con PCR negativa y Gasometría con niveles en rango.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia sin condensación ni derrame.
- ECG: fibrilación auricular a 70 lpm con imagen de bloqueo completo de rama izquierda en cara anterior.

Dada la sintomatología que había presentado la paciente y los resultados obtenidos en las pruebas complementarias, se decide realizar curva enzimática y observación estrecha de la paciente.

Resultados de curva enzimática:

- Troponina I: 0.12 → 26.64 → 21.82 → 12
- CK-MB: 3.4 → 123.9 → 130 → 108

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

SCACEST tipo IAM. Fibrilación auricular de data incierta.

TRATAMIENTO

Dado que la paciente permaneció asintomática durante su estancia hospitalaria no precisó medidas agresivas de carácter urgente. No obstante, se inició doble

antiagregación (AAS y Clopidogrel) así como anticoagulación y, posteriormente, se realizó cateterismo en el que se objetivó oclusión completa de la descendente anterior media que fue tratada durante la misma intervención mediante implantación de stents farmacoactivos.

COMENTARIO FINAL

El dolor torácico es un problema con una elevada demanda asistencial y, realizar una adecuada anamnesis para conocer con detalle las características del dolor nos puede orientar para el manejo del mismo. Además, las pruebas complementarias y los medios terapéuticos de los que hoy disponemos, nos obligan a un adecuado manejo del paciente con sospecha de síndrome coronario agudo desde el primer contacto con el enfermo.

P14. ESTIMACIÓN DEL GASTO CARDIACO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA

A. Sánchez. Intensiva, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. (anamsgar25@gmail.com). R. Jimenez. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga rjjimenez89@gmail.com. J. Rubio. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga j_rubiomerino@hotmail.com. M: Buforn. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga mbuforn84@hotmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Pretendemos estimar el gasto cardiaco mediante ecocardiografía transtorácica como

método no invasivo para el diagnóstico y monitorización del tratamiento en los diferentes tipos de shock.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entendemos como gasto cardíaco (GC) al volumen sanguíneo que expulsa el corazón en un minuto, pudiendo expresarlo como el resultado del producto del volumen sistólico (VS) por la frecuencia cardiaca (FC), siendo el gasto cardíaco considerado como dentro de la normalidad de 4-6.5 litros/minuto¹.

De forma tradicional, desde los años 70, se ha empleado el catéter de arteria pulmonar como método invasivo y dispositivo de referencia para la medición del gasto cardíaco mediante termodilución². En los últimos años estamos viviendo el auge de la utilización de la ecografía como método no invasivo y cómodo para el diagnóstico clínico en el servicio de urgencias, permitiendo asimismo la monitorización del tratamiento, si bien precisa el entrenamiento adecuado y una curva de aprendizaje para su correcta utilización. Existen diferentes métodos de calcular el Gasto Cardíaco mediante ecocardiografía, si bien el más utilizado se basa en la multiplicación de la frecuencia cardiaca por el volumen sistólico, calculándose este último como producto del diámetro al cuadrado del tracto de salida del VI, obtenido en el eje paraesternal eje largo y el flujo a dicho nivel, estimado mediante Doppler pulsado en el plano apical cinco cámaras¹.

$$GC = A \text{ (cm}^2\text{)} \times IVT \text{ (cm)} \times FC \text{ (min)}$$



Imagen paraesternal eje largo

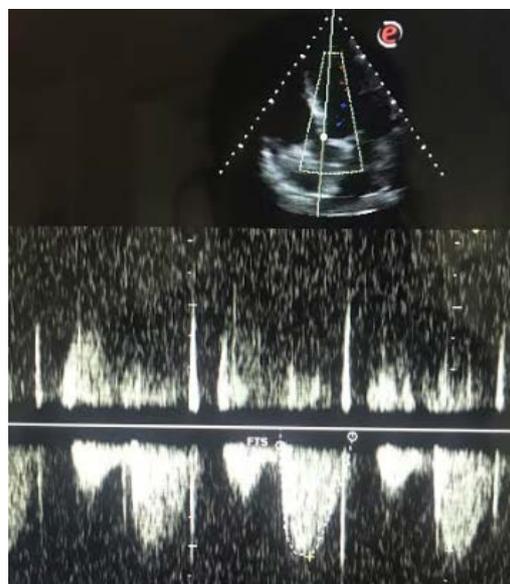


Imagen apical cinco cámaras

RESULTADO:

La ecocardiografía clínica es un método no invasivo útil para la estimación de valores hemodinámicos tales como el gasto cardíaco, correlacionándose de forma aceptable con métodos invasivos como el catéter de arteria pulmonar, pudiendo ayudarnos en el diagnóstico y en la monitorización del tratamiento, si bien requiere una curva de aprendizaje y es susceptible de la variabilidad entre

observadores y depende del grado de experiencia del operador.

Bibliografía:

García X, Mateu L, Mercadal J, Ochagavía A, Ferrandiz A. Estimación del gasto cardíaco. Utilidad en la práctica clínica. Monitorización disponible invasiva y no invasiva.. Med Intensiva. 2011; 35(9): 552---561

Ayuela JM, Clau FT, Ochagaviac A y Vicho RP. Papel de la ecocardiografía en la monitorización hemodinámica de los pacientes críticos.. Med Intensiva. 2012; 36(3):220---232

P15. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

María del Pilar Mayorga Chamorro¹, Luis Antonio Calleja Carton², Raquel Rodríguez Godoy³, María del Carmen Faz García⁴. 1 Consultorio El Morche. Calle Santiago, 8, 29770 El Morche, Málaga. 2 CS Colmenar. Camino de Ríogordo, 0S/N, 29170 Colmenar, Málaga. 3 CS Benamargosa. Av. Andalucía, 25D, 29718 Benamargosa, Málaga. 4 CS Masquefa. Ronda de les Escoles, 0, 08783 Masquefa, Barcelona

Palabras Clave: Tabaco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Según la OMS el tabaco constituye la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. Nuestro estudio tiene como objetivo describir las características sociodemográficas y hallazgos en la

exploración física de los pacientes admitidos en el programa de deshabituación tabáquica de nuestro Centro de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo.

Participantes: pacientes admitidos en una sesión grupal de deshabituación tabáquica que se realizó cada 2 semanas en el centro de salud entre febrero y mayo de 2017.

Los datos fueron analizados por SPSS 21.0.

RESULTADOS

Los participantes fueron un total de 28, de los cuales 11 (aproximadamente 39%) fueron mujeres y 17 (61%) fueron hombres. El rango de edad abarcó de los 14 a los 70 años (media 42 años), siendo un 7.14% (n=2) menores de 18 años. Un 64.28% (n=18) fumaba habitualmente entre 10 a 20 cigarrillos al día. Un 46'42% (n=13) padecía hipertensión arterial y un 53,57% (n=15) eran normotensos. El 32.14% (n=9) tenía un IMC normal (20-25), el 60.71% (n=17) tuvieron un IMC elevado (≥ 26), tan solo un 7.14% (n=2) tuvieron un IMC < 0.05).

CONCLUSIONES

La Encuesta Nacional de Salud de 2011-20121, en lo referente al hábito tabáquico evidencia una tendencia a un lento descenso en el número de fumadores y hacia un retraso en la edad media de inicio del hábito, que es menos acusado en las mujeres. Varias investigaciones^{2,3}, han puesto de manifiesto que la combinación de terapia cognitivo conductual junto al tratamiento farmacológico son las formas de tratamiento del tabaquismo en la EPOC más eficaces y con mejor relación coste-efectividad. Existe además evidencia sólida de la utilidad del consejo médico en el abandono del hábito tabáquico.

P16. EXPERIENCIA LOCAL DEL USO DE LA QUISTOSTOMÍA ENDOSCÓPICA MEDIANTE PRÓTESIS HOT-AXIOS PARA RESOLUCIÓN DE COLECCIONES PANCREÁTICAS

José María Pinazo Bandera, Alberto Manuel García García, Julia Cobos Rodríguez, Raúl Jesús Andrade Bellido.
Hospital Virgen de la Victoria, Malaga

Palabras Clave: quistogastrostomía endoscópica, prótesis hot-axios, colecciones pancreáticas

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pancreatitis, tanto aguda como crónica, es de las patologías más relevantes y prevalentes en la clínica habitual. Un porcentaje destacado se complican con colecciones. Éstas se dividen según temporalidad y presencia de necrosis en: pseudoquiste (> 4 semanas), colecciones agudas fluidas (< 4 semanas), colecciones agudas necróticas (CAN) (< 4 semanas) y Wall-of-necrosis (WON) (> 4 semanas), caracterizándose las dos últimas por existencia de necrosis.

A continuación presentamos nuestra experiencia en la realización de quistostomía con prótesis Hot-Axios como tratamiento de dichas complicaciones comparándola con la técnica clásica (pig-tail).

MATERIAL Y METODOS

Análisis retrospectivo de 16 casos de quistostomía endoscópica con prótesis Hot-

Axios realizadas desde 2016. Analizamos datos demográficos de los pacientes, etiología, indicación del proceso, tipo y localización de la lesión, aspectos técnicos, efectos secundarios y tasa de éxito clínico/técnico.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue 67.6 años, predominando el sexo masculino (11). La etiología más frecuente fue biliar (56%), seguida de la idiopática (19%) y post-ERCP (19%). La indicación más frecuente fue la presencia de datos de infección (50%) seguido de los síntomas compresivos (25%). En cuanto al tipo de lesión, 10 casos se trataron de WON, 2 de ellas fueron CAN y 4 pseudoquistes. La localización anatómica fue cuerpo-cola en un 82%. El tamaño medio fue de 115 mm de diámetro máximo. Quince casos se drenaron mediante quistogastrostomía y sólo uno mediante quistoduodenostomía. Utilizamos prótesis Hot-Axios 10 x 15 mm en el 100% de los casos. Hasta en un 21% de los casos se realizaron dilatación intraprocedimiento. Un 71% se sometieron a necrosectomías endoscópicas, con una media de 3.6 sesiones. La retirada media de la prótesis fue a los 61 días.

En cuanto a complicaciones fueron escasas: una migración protésica, una hemorragia post-quistogastrostomía, una perforación visceral, una prótesis enterrada y un único caso de éxitus (broncoaspiración durante la sedación).

Adquirimos una tasa de éxito técnico del 87%. El éxito clínico (resolución de la sintomatología del paciente) ascendió hasta un 81%. Únicamente en dos de los casos hubo que recurrir a la cirugía (uno por perforación y otro por falta de respuesta clínica).

CONCLUSIONES

Coincidiendo con la literatura, en nuestra serie el éxito clínico de la quistostomía endoscópica es mucho mayor que en los casos de drenaje por pig-tail (81% vs 30%). La necesidad de cirugía posterior es mucho más infrecuente en caso de colocación de prótesis Hot-Axios (12% vs 50%). Por tanto, concluimos que actualmente ésta es la técnica de elección en el drenaje de colecciones pancreáticas.

P17. FIEBRE EN PACIENTE PUÉRPERA EN URGENCIAS

M. Buforn Jiménez, J. Rubio Merino, A. Sánchez García, R. Jiménez López.
Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. mbuforn84@hotmail.com

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Acude a Urgencias paciente de 21 años, puérpera (parto eutócico 2 semanas antes), que refiere fiebre de 40°C de 4 días de evolución, así como molestias leves en hipogastrio. Fue valorada por su Médico de Familia 48 horas antes, prescribiendo amoxicilina, sin mejoría. La paciente vive en un ámbito rural y con animales domésticos variados. Durante la anamnesis por aparatos, no refiere otros síntomas. A la exploración, SNC, ACR y extremidades sin alteraciones. Orofaringe levemente hiperémica, sin hipertrofia amigdalар ni exudados. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, no defensa, no peritonismo, Blumberg y Murphy negativos. Leves molestias en hipogastrio. Puñopercusión renal negativa bilateral. Mamas congestivas, aunque con aumento de temperatura y leve rubor en cuadrantes

inferiores. Se solicita valoración por ORL, descartando origen ORL de la fiebre en el momento actual.

Pruebas complementarias: Analítica sangre: 22680 leucocitos, 90.1% PMN, 66.1%TPa, INR 1,22, bioquímica sin alteraciones, PCR 213,5, PCT 12,75. Orina: 250 leucocitos, 30 hematíes, nitratos negativos. La paciente nos refiere que hace varias horas que no procede a extracción de leche, por lo que remitimos a la paciente a Ginecología para exploración ginecológica, así como de las mamas, solicitando que le faciliten un sacaleches. Ginecología descarta complicación postparto como origen de la fiebre y remite de nuevo la paciente a Urgencias, donde se ingresa en Observación y se inicia antibioterapia empírica con amoxiclavulánico. Tras extracción de la leche por la paciente, se reexploran mamas, que se muestran algo menos congestivas, con leve rubor en cuadrantes inferiores, sin otras alteraciones. Se repite analítica a las 12h, evidenciándose disminución de leucocitos a 15760, con PCR 256. La paciente muestra mejoría clínica, con menor congestión y dolor mamario, controlándose la fiebre. Es valorada por Medicina Interna, que indica alta a domicilio continuando tratamiento iniciado y con solicitud de serología completa. Se revisa en Urgencias la paciente a las 48h del alta, con reevaluación por Medicina Interna, objetivándose en analítica: 9600 leucocitos y PCR 21,2. PCT negativa. Afebril y buen estado general.

Serología: - Positiva: IgG a VVZ, CMV y EBV.
- Negativo: micoplasma, leishmania, coxiella chlamoydophila pneumoniae, rickettsia conori, parvovirus B19, herpes I y II, coombs a brucella, rosa bengala, ac antisifilis total, VHA, VHB, VHC, VIH. Finalmente, se da alta a domicilio con diagnóstico de mastitis aguda

en paciente puérpera, con revisión por su Médico de Familia.

CONCLUSIÓN:

La paciente puérpera con fiebre requiere unas "consideraciones especiales" a la hora del diagnóstico diferencial en Urgencias. Es necesario realizar una exploración física minuciosa, que incluya revisión ginecológica. Dado que nuestra paciente daba lactancia, la mastitis no fue muy evidente, por lo que mantuvimos el antibiótico empírico hasta obtener resultados serológicos. En este sentido, estas pruebas también eran fundamentales dado el hábitat rural de la paciente y la convivencia con animales.

P18. ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Felix Fernández García, Julia Cobos Rodríguez, Jose María Pinazo Bandera, Alberto García García, Raúl Jesús Andrade Bellido. Hospital universitario virgen de la victoria

Palabras Clave: íleo biliar, vómitos, oclusión intestinal

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Íleo Biliar es una importante, aunque infrecuente, causa de oclusión intestinal. Originado normalmente por el paso de un cálculo biliar >2cm a través de una fístula bilio-entérica, la localización más frecuente es el íleon, pudiendo presentarse a otros niveles como la 1ª porción duodenal (Síndrome de Bouveret) o yeyuno. Con una presentación clínica típica de oclusión/pseudocclusión intestinal, dolor y vómitos, la intermitencia de los síntomas en función del paso de la litiasis por la luz

intestinal condiciona que el diagnóstico se retrase de media hasta 5 días desde el inicio de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 43 años con antecedentes de Ataxia de Friedrich y portadora de PEG, derivada a urgencias por epigastralgia acompañada de vómitos tras cada instilación de nutrición enteral por la sonda. Negaba dolor abdominal y fiebre. Estreñimiento de cinco días de evolución sin otra clínica asociada. A la exploración destacaba distensión abdominal con marcado timpanismo, sin dolor a la palpación profunda. Tacto rectal donde se palpaba gran fecaloma. La analítica de sangre mostró bilirrubina total 2.5 (0.8 directa) y PCR 26. Placa de abdomen (Figura 1) con gran litiasis en hipocondrio derecho y fecaloma rectal. La paciente pasó a área de observación, siendo desimpactado el fecaloma y recibiendo tratamiento antiemético. Reinició nutrición por PEG y fue dada de alta con recomendaciones dietéticas.

La paciente volvió al servicio de urgencias a las 48h por persistencia de la sintomatología, realizándose nueva placa de abdomen (Figura 2) que mostró gran litiasis en cuadrante inferior izquierdo del abdomen, con marcada dilatación de asas de delgado. Se amplió estudio con TAC de abdomen que mostró litiasis de 11mm en vesícula, con presencia de fístula bilio-entérica, aerobilia (Figura 3) y gran litiasis de 31mm en asas de íleon (Figuras 4 y 5), con dilatación retrógrada de las mismas.

Se contactó con servicio de Cirugía General y la paciente se intervino en

CONCLUSIONES

El Íleo biliar supone el 0.5% de las oclusiones mecánicas del intestino delgado,

presentando mayor incidencia en el sexo femenino y pacientes añosos. La presentación intermitente de los síntomas suele condicionar retrasos en el diagnóstico, por tanto una alta sospecha clínica es fundamental para asegurar un tratamiento quirúrgico precoz, evitando una elevada morbi-mortalidad en pacientes ancianos con múltiples patologías de base.

P19. IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA

Juan Manuel Ruano García¹, Rocío Carmona García², Consuelo Perpiñá Fortea¹, María José Pérez Montes¹. 1 CS Torre del Mar, 2 Hospital Universitario Puerto Real. Servicio de Neumología

Palabras Clave: Deep venous thrombosis. Acute arterial ischemia. Bad diagnosis

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 82 años remitido desde su Centro de Salud al Servicio de Urgencias Hospitalarias por sospecha de TVP en pierna derecha.

HISTORIA CLÍNICA:

AP: Alérgico a moxifloxacino. AP: HTA. DLP. ACV hace 12 años con hemiparesia residual de predominio braquial. FA permanente no anticoagulada. Tratamiento habitual: AAS, hemovás, quetiapina, omeprazol, sertralina, digoxina, zolpidem.

Anamnesis: Entrevistando al paciente nos cuenta que desde hace unos meses, presenta dolor difuso y leve en región dorsolumbar, no irradiado a miembros inferiores y catalogado como lumbalgia por su médico de Atención Primaria, tratándose con paracetamol. Como dato característico,

los familiares cuentan que desde ese tiempo, el paciente ha presentado coloración cianótica de 1º dedo de Miembro inferior derecho (MID), pero que tras la prescripción de hemovás mejoró considerablemente.

EA: En los últimos 4 días, ha comenzado con un dolor intenso en región lumbar derecha y poco a poco, ha notado cambios de coloración en el MID, haciéndose este cada vez más cianótico. Desde ayer presenta movilidad reducida de dicho miembro y disminución de la sensibilidad, motivo por el cual, fue valorado por el servicio de atención urgente en domicilio, donde se le diagnosticó de lumbo-ciática. Hoy, al no mejorar la clínica e incluso ir a peor, su médico de primaria lo deriva con sospecha de TVP a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias:

TA 135/68. FC: 86. Cyc normal. ACP normal. Abdomen normal. No dolor a la palpación de región lumbar. MID: Frialdad con pulso distal inapreciable. Signos de Insuficiencia venosa periférica, con dolor a la palpación de región pretibial. Signo de Homans dudoso. Escala de WELLS: 0. Analítica: leucos: 14.74; Neutrofilos: 11.36; Coagulación: normal. Dimero-D: 1560; BQ: normal.

Doppler Venoso de Miembro Inferior Derecho: Ausencia de flujo en arteria femoral externa derecha sin evidencia de flujo tampoco a nivel poplíteo, ni en arteria tibial anterior ni posterior a nivel de tobillo, en relación con oclusión total de las mismas. No se observan signos de TVP.

Angio TAC Miembros Inferiores: destaca MID: Se observa ausencia de flujo en arteria femoral común arteria femoral externa, arteria poplíteo, y tronco tibioperoneo. Femoral profunda permeable.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: TVP Vs Isquemia arterial aguda de MID.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso a cargo de Cirugía Cardiovascular con mal pronóstico y amputación posterior del miembro, debido al tiempo de evolución, la edad y comorbilidades del paciente.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico quiero resaltar la importancia de la semiología a la hora de la aproximación diagnóstica de cualquier patología, sobretodo, como es este caso, que se trata de una enfermedad con mal pronóstico. Quizá, si se hubiera realizado una buena exploración física inicial, se podría haber sospechada con más premura la clínica de Isquemia Arterial, o al menos, de un proceso circulatorio en el MID del paciente, en vez de catalogarlo de lumbalgia simple.

P20. INFECCIÓN AGUDA POR VHC, UNA VÍA DE INOCULACIÓN INFRECUENTE

Julia Cobos Carmona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El principal mecanismo de transmisión del virus de la hepatitis C (VHC) es la vía parenteral (uso de drogas endovenosas, transfusiones, hemodiálisis e inoculación accidental). La mayoría de los pacientes se enteran de que son portadores del VHC de manera casual ya que no presentan síntomas específicos que evidencien la enfermedad. Por tanto son potenciales vectores de infección y pueden de manera involuntaria transmitir el virus

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 56 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por prurito, ictericia e importante astenia. Se realiza analítica donde destacan: AST 2952/ALT 2788, GGT 689/FA 348 y Bilirrubina total 18 a expensas de fracción directa (13.5). A su vez se realiza una ecografía de abdomen que no muestra alteraciones. La paciente ingresa y se completa el estudio con autoinmunidad, ceruloplasma, alfa1antitripsina, perfil ferrocínico e inmunoglobulinas, siendo normal. La serología es negativa para VHA, VHB y VHE pero presenta anticuerpo-VHC positivo con una carga viral de 26.997.167 UI/mL. Como único factor de riesgo convive con su marido que padece una infección crónica por el VHC y al cual le realiza inyecciones de insulina, reconociendo haberse pinchado en alguna ocasión con sus agujas. La paciente presenta buena evolución clínica y analítica con descenso de transaminasas y bilirrubina por lo que se cita para seguimiento en consulta sin iniciar tratamiento antiviral específico. En primera revisión postingreso se constata importante descenso de CV a 1458 UI/mL

CONCLUSIONES

Gracias al cribado sistemático de la sangre en cuanto al VHC desde 1992, el número de infecciones postransfusionales es significativamente menor, habiéndose aumentado en los últimos años una nueva vía de transmisión parenteral: la relacionada con la realización inadecuada de instrumentos con agujas (piercings, tatuajes, agujas de insulina, lancetas para glucómetros, etc). El riesgo de infección tras sufrir un pinchazo accidental con material contaminado por el virus C es bajo, con tasas de seroconversión entre 0 y 1,9%. La probabilidad de transmisión depende de la

cantidad de sangre inoculada, la carga viral en suero y la profundidad de la inoculación. Este caso incide en la necesidad de extremar las precauciones al realizar este tipo de procedimientos y planteamos la necesidad de realizar screening de infección por VHC a los pacientes que serán manipulados de manera asidua por vía percutánea, como el caso de los diabéticos. En Atención Primaria debemos mejorar la comunicación interniveles y que todo paciente con infección crónica por VHC nos sea remitido para valorar indicación de tratamiento.

P21. LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE VIH.

Esperanza Torresano Porras. Centro de Salud Delicias, MIR R2. **Fuensanta Casas Galán.** Centro de salud Torcal, MIR R2. **Paula Ortiz Suarez.** Centro de salud Carranque. MIR R2.

HISTORIA ACTUAL:

Motivo de consulta: Fiebre y diarrea. - Antecedentes personales: Varón de 34 años, NAMC. Exfumador de un 13paq/ año. Sin enfermedades prevalentes, diagnosticado de VIH en octubre/ 2012 (nadir de CD4 301) en terapia antirretroviral desde diciembre/2012 hasta abril/2013, pierde seguimiento en ese momento (carga viral 211, CD4 467) se incorpora a consulta de infecciosos en noviembre/2018 iniciando terapia antirretroviral y profilaxis con septrin. No trabaja, vive con su padre, IABVD.

Anamnesis: Acude a Urgencias por cuadro de diarrea de 2 meses de evolución, con 6 o 7 deposiciones diarias, sin productos patológicos, dolor abdominal irradiado a

fosas renales, fiebre intermitente, actualmente a diario, hasta 40°C con escalofríos. En tratamiento con metronidazol durante una semana por Giardiasis, diagnosticada en coprocultivo. Asocia astenia, hiporexia y pérdida de peso, refiere tos, sin expectoración.

Exploración: BEG, COC, eupneico en reposo, BHYP. Cabeza y cuello: dermatitis seborreica, leve muguet, sin adenopatías, no ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: doloroso a la palpación profunda de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: 8540 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina 9,6, plaquetas 349.000. Coagulación: tiempo de protrombina 47%, INR 1,47. Glucosa 94, creatinina 1.12, FG 86, iones en rango, amilasa 72, LDH 442, bilirrubina 0,4, PCR 71, procalcitonina 0.23. - Radiografía de tórax: sin alteraciones. -TAC de tórax y abdomen: múltiples adenopatías torácicas y retroperitoneales. Coprocultivo: quistes de Giardia intestinalis. Estudio microbiológico de aspirado bronquial y sangre negativo.

EVOLUCIÓN:

Ingresa en Infecciosos con sospecha de evento oportunista asociado a infección por VIH. Se realiza estudio de adenopatía inguinal, compatible con infección tuberculosa. En la tinción se observan BAAR.

En resumen, tuberculosis diseminada en paciente con infección por VIH. Dada la estabilidad posterior y buen estado general se remite a domicilio con control ambulatorio. Se cambia terapia antirretroviral para evitar interacciones.

Juicio clínico: -Infección por VIH en grupo C3 de la CDC. -Tuberculosis diseminada. - Giardiasis.

Tratamiento: Rimstar 4 comprimidos diarios antes del desayuno. Seprin-forte, un comprimido, lunes, miércoles y viernes. - Descovy 25, un comprimido diario. - Tivicay 50, 1/12 horas.

Plan de actuación: Control en consulta de infeccioso para evolución.

CONCLUSIONES:

La importancia del conocimiento del paciente VIH, conocer las principales enfermedades oportunistas, los criterios de profilaxis primarias y secundarias, se puede suspender si se cumplen tres criterios:

- 1º Paciente en tratamiento con terapia antiretroviral.
- 2º Carga viral en descenso.
- 3º Recuento de CD4 sostenido > 200/mL.

P22. LINFOMA DE TIPO B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES PRIMARIO DE COLON.

Julia Cobos Carmona

Palabras Clave: Linfoma tipo B, Colon

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El linfoma colorrectal es una entidad clínica enormemente infrecuente, representando menos del 0,5% de las neoplasias colorrectales primarias. Suponen el 15–20% del total de los linfomas gastrointestinales, tras estómago e intestino delgado. La edad de presentación se sitúa entre los 50 y 70 años, siendo más frecuente en varones que en mujeres. Los síntomas son inespecíficos como dolor abdominal, pérdida de peso y sensación de masa abdominal, es por eso

por lo que en el momento del diagnóstico la enfermedad suele estar avanzada. Es necesario estudio histológico de las biopsias realizadas durante la colonoscopia para su diagnóstico. Los esquemas terapéuticos incluyen la cirugía y el tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Presentamos el caso de un linfoma no hodgkiniano tipo B de localización colorrectal tratado con esquema poli quimioterapéutico

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 76 años acude a urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de hematuria con coágulos y disuria. No refería pérdida de peso ni alteración del ritmo intestinal. En analítica de sangre destaca anemia (Hb: 10g/dl) normocítica, normocrónica y sin ferropenia, con perfil renal hepático y marcadores tumorales (CEA, AFP, Ca 19.9) normales. En Tac de abdomen: neoformación de sigma de gran tamaño con signos de invasión de vejiga y grasa perisigmoidea con múltiples adenopatías locorregionales y mesentéricas hasta nivel de bifurcación iliaca, sin lesiones en otros órganos. Se realiza estudio de extensión con Tac de tórax sin enfermedad a distancia y se realiza colonoscopia para toma de biopsia con resultado de Linfoma de células B grandes difuso, inmunofenotipo centrogerminal. Tras resultados se deriva a Oncología.

CONCLUSIONES

El tracto gastrointestinal es la localización extranodal más frecuentemente en el linfoma no hodgkiniano. La localización colorrectal más frecuente es el ciego (57%), el colon ascendente (18%), el colon transverso (10%), el colon descendente (5%) y el recto sigma (10%). Existen varios factores implicados en el desarrollo del LPC como la inmunosupresión, especialmente la infección

por VIH, la colitis ulcerosa, el VEB y el *Helicobacter pylori*.

El tratamiento suele ser combinado con quimioterapia y cirugía; sin embargo, el mejor tratamiento para esta patología no está claramente establecido. La cirugía puede resolver complicaciones como la hemorragia o la perforación intestinal. Actualmente se están desarrollando nuevas líneas de tratamiento basadas en la inmunoterapia en función de los subtipos celulares y patrones de expresión genética

P23. MICROORGANISMOS Y SUSCEPTIBILIDAD EN UROCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS DESDE UN CENTRO DE SALUD

María del pilar Mayorga chamorro¹, Luis Antonio calleja cartón², Raquel Rodríguez godoy³. 1 Consultorio El Morche. Calle Santiago, 8, 29770 El Morche, Málaga. 2 CS Colmenar. Camino de Ríogordo, 0S/N, 29170 Colmenar, Málaga. 3 CS Benamargosa. Av. Andalucía, 25D, 29718 Benamargosa, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Identificar aquellos organismos más comunes y la sensibilidad a los antibióticos en aquellos urocultivos que sean informados como positivos solicitados desde julio de 2015 a junio de 2018.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Centro de Salud Rural con cuatro consultorios.

Sujetos: Urocultivos positivos solicitados por el centro de salud y consultorios durante el período de Tres años (julio 2015-junio 2018).

Mediciones principales: Edad, género, tipo de microorganismo más frecuente y sensibilidad antibiótica.

RESULTADOS

Se incluyeron 1783 cultivos de orina positivos, con una edad promedio de 62.51 años (rango de edad 0-105 años) de los cuales el 74,4% eran mujeres y el 25,6% hombres. Se aislaron un total de 38 microorganismos diferentes; los más comunes fueron: *Escherichia coli* (55.4%), *Klebsiella pneumoniae*. (12.7%), *Enterococcus faecalis* (10.2%), *Proteus mirabilis* (4.6%), *Streptococcus agalactiae* (3,9%). *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis* tienen una sensibilidad mayor o igual a 90% frente a Amikacina, Cefoxitina, Cefepima, Cefuroxima acetilo, Amoxicilina-Clavulanato, Pieracilina-Tazobactam, Aztreonam, Ceftazidima, Cefotaxima, Imipenem, Meropenem y Ertapenem. El *Enterococcus faecalis* y *Streptococcus agalactiae* también muestran un aumento de la sensibilidad al 90% para Fosfomicina, Amoxicilina-Clavulanato. La fosfomicina es sensible a *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Streptococcus agalactiae*.

CONCLUSIONES

La *Escherichia Coli* es el organismo más común en general. Una primera elección como tratamiento antibiótico empírico puede ser la terapia con fosfomicina; y Cefuroxima y Amoxicilina-Clavulánico como buenas alternativas terapéuticas. El conocimiento de el microorganismo causante de la infección, así como las resistencias y sensibilidades asociadas a antibioterapia habitual puede reducir los fracasos del tratamiento.

P24. NO ES OTRA CERVICALGIA MÁS

M. Rojas (CS Tiro Pichón, Málaga, mmrojasmartinez@gmail.com); E. Calatrava-Lopez (CS Delicias, Málaga, elenacalatravalr@gmail.com); E. Sicilia (CS Torcal, Málaga, eva_sicilia@hotmail.com).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años. Sin alergias conocidas ni enfermedades de interés. Acude por dolor desde hace dos días en zona cervical irradiado a occipital, desencadenado al agacharse a coger un objeto del suelo. El mismo día consulto por el dolor siendo dada de alta como cervicalgia post esfuerzo, con diazepam y enantyum. Comenta que no ha mejorado con el tratamiento, aunque el dolor no le interfiere el descanso nocturno. Esta mañana refiere que el dolor está progresando hacia el resto de la columna. Niega fiebre, ni pérdida de sensibilidad ó fuerza.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupnéica en reposo y con el habla, tolera el decúbito. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiorespiratoria y abdomen: anodinos.

Neurológico: PICNR, lenguaje normal, pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. REM +++/++++. RCP flexor bilateral. Marcha normal. Rigidez de nuca y Bruzinsky +.

Analítica: sin alteraciones de interés. - TAC craneal: Hemorragia interventricular y subaranoidea con signos de hidrocefalia incipiente.

JUICIO CLÍNICO: Hemorragia interventricular y subaracnoidea con signos de hidrocefalia incipiente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Cervicalgia. Cefalea tensional.

COMENTARIO FINAL

La paciente ingresa en observación, donde tras contactar con Neurocirujano de guardia, se procede al traslado al HRU, por el riesgo de progresión de la hidrocefalia, y para estudio de la causa del sangrado, teniendo como primera sospecha la rotura de un aneurisma cerebral.

La importante de este caso radica en la importancia de una correcta exploración neurológica sistemática, ya que sin ella esta paciente podría haber sido dada de alta nuevamente como cervicalgia postesfuerzo con reajuste del tratamiento.

P25. PRURITO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN ADENOMIOMA DE AMPOLLA DE VATER

Julia Cobos Carmona. FEA Urgencias H. Virgen de la Victoria, Málaga

Palabras Clave: Prurito, Adenomioma, colestasis

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los adenomiomas de la vía biliar son tumores benignos poco frecuentes y de crecimiento lento. Suele presentarse con síntomas de colestiasis con dolor de tipo colico, aunque su entidad clínica varía desde ser completamente asintomática hasta sugerir una lesión maligna. Se localiza habitualmente en la vesícula biliar aunque también puede hacerlo en distintas partes de

la vía biliar extrahepática como en la ampolla de Vater como describiremos a continuación

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 68 años que acude por intenso prurito que no responde a tratamiento de un mes de evolución. En analítica de sangre se aprecia colestasis con valores de GGT/FA 600/220 y BT 1.66, BD 1.17, Ca 19.9 normal. Se somete a realización de pruebas de imágenes apreciándose vía biliar extrahepática dilatada, por lo que se realiza ecoendoscopia para toma de PAAF con estudio de extensión, hepático (Autoinmunidad y serología) y anatomopatológico negativo. Una semana después se le realiza una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica y pancreatogastrostomía con resultado de adenoma de la ampolla de vater.

CONCLUSIONES

Las lesiones tumorales benignas de la ampolla de Vater constituyen una parte considerable de las lesiones ampulares que se diagnostican en la actualidad. Por sus características celulares se consideran benignas, y su malignidad viene determinada por la localización y clínica que provocan. Suelen presentarse en personas de edad media con ictericia de meses de evolución.

En ocasiones, son descubiertos como un hallazgo incidental en pruebas de imágenes. La analítica no es específica y la radiología proporciona generalmente resultados inciertos, siendo difícil de descartar malignidad por lo que suele ser necesario un estudio anatomopatológico para poder decidir así la actitud terapéutica. Aunque se presenten de manera asintomática, lo correcto es el tratamiento quirúrgico según la localización del tumor, situación clínica del paciente y resultado de

la biopsia. Debido a su morbimortalidad, la duodenopancreatectomía cefálica debe reservarse, si es posible, para las lesiones malignas invasivas sin metástasis a distancia. Sin embargo, en la mayoría de los pocos casos publicados, este informe da un resultado incierto, lo que obliga a la realización de cirugía más o menos radical

P26. SERIE DE CASOS CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

José María Pinazo Bandera, Alberto García García, Julia Cobos Rodríguez, Raúl Jesús Andrade Bellido. Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: Colangitis esclerosante primaria, cep, enfermedad inflamatoria intestinal

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La colangitis Esclerosante Primaria (CEP) es una enfermedad colestásica, crónica, progresiva y de mal pronóstico que puede evolucionar a cirrosis hepática o colangiocarcinoma. Por lo tanto, es importante el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad. Es más frecuente en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). El tratamiento médico no ha tenido un resultado exitoso, siendo el trasplante hepático el único tratamiento curativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos de forma retrospectiva 14 casos de CEP valorados en nuestro centro, centrándonos en datos demográficos, clínico-analíticos, radiológicos y terapéuticos; así como el porcentaje de

complicaciones, cirrosis y trasplante hepático.

RESULTADOS

Apreciamos una distribución equitativa de hombres y mujeres (50%). La edad media al diagnóstico fue de 42.12 años. El 71% de los paciente (10) presentaban con una EII de base: 6 Colitis Ulcerosa, 2 Colitis Indeterminadas y 2 Enfermedades de Crohn. De los pacientes con EII, el 70% de los casos el diagnóstico de CEP fue posterior al de EII; en el 20% se diagnosticó la CEP previamente a la enfermedad luminal y en uno de los casos fue simultáneo. Analíticamente, hasta un 42% se relacionaron con p-ANCA +; las IgGs se mostraron elevadas en un 13%. En el momento del diagnóstico, hasta un 62% se mostraban asintomáticos y con un perfil colestásico patológico en la analítica; un 11% debutaron con ictericia, 11% con prurito y 11% con dolor abdominal. En el diagnóstico el 42% precisaron biopsia y un 85% tenían una colangioRM compatible. Hay un único caso de solapamiento con Hepatitis Autoinmune.

En la evolución de la enfermedad encontramos tres casos de aparición de estenosis dominantes que precisaron estudio. Dos de los pacientes experimentaron datos de cirrosis y uno fue trasplantado. Un 14% desarrollaron colangitis de repetición. Hasta la actualidad ninguno de los pacientes ha desarrollado colangiocarcinoma. Doce de los pacientes se encuentran en tratamiento con ácido ursodesoxicólico y tres con Azatioprina.

CONCLUSIONES

Se trata de una enfermedad poco frecuente por lo que debemos tener un elevado índice de sospecha para diagnosticarla. Destacar que hasta en un 62% de los casos se mostraban asintomáticos, detectándose por

alteración analítica y confirmándose el diagnóstico por resonancia en la mayoría de los casos. Ninguno ha desarrollado colangiocarcinoma hasta la fecha. Por último, reforzar la relación de la EII (70%) y los p-ANCAs (42%) con esta entidad.

P27. SÍNDROME DE CAROLI, UNA ENFERMEDAD CON UN AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO

Juan Pedro Toro Ortiz, Alberto Manuel García García, Julia Cobos Rodriguez, Alicia Judit Hernandez Albuja, Raúl Andrade Bellido Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Palabras Clave: Caroli. Pancreatitis, aneurisma

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Caroli es una patología hereditaria con una prevalencia baja (1 de cada 10000 nacidos) asociada a una alteración del gen PKHD1. Este gen se relaciona a su vez con la poliquistosis renal autosómica recesiva, presentándose en ocasiones ambas patologías concomitantemente. A nivel hepático, encontraremos dilatación no obstructiva de las vías biliares intrahepáticas, causando colangitis de repetición. Cuando la enfermedad se acompaña de fibrosis hepática congénita, se denomina Síndrome de Caroli.

RESULTADOS

Varón de 31 años que acude a consulta de hepatología por reciente diagnóstico de enfermedad de Caroli (hace un año en Polonia). Como antedecentes de interés presenta una poliquistosis hepato-renal diagnosticada a los 15 años sin seguimiento

posterior y 17 episodios de pancreatitis aguda (PA) de 2015 a 2017. Por este motivo se realiza CPRE en 2017 visualizando dilataciones quísticas de los conductos biliares intrahepáticos y tras realizar una esfinterotomía amplia ceden los episodios de pancreatitis.

Como problemas asociados presenta una cavernomatosis portal con hipertensión portal (esplenomegalia de 25cm y varices esofágicas medianas) probablemente secundaria a las pancreatitis recurrentes, varias lesiones ocupantes de espacio hepáticas con captación arterial sugestivas de nódulos de regeneración precisando la mayor de ellas biopsia con resultado de adenoma (Figura 1) y aneurismas múltiples arrosariados del tronco celiaco y de la arteria esplénica (de 5.5cm el mayor de ellos) (Figuras 2 y 3).

Se presenta en comité trasplantador no presentando criterios en este momento por lo que se decide control estrecho. Se comenta el caso con cirugía vascular y radiología vascular que consideran los aneurismas no tratables técnicamente, dada su complejidad.

CONCLUSIONES

Las colangitis repetidas y la ectasia biliar crónica producen la acumulación de cálculos intraquísticos en la vía biliar que pueden migrar al colédoco y provocar coledocolitiasis y pancreatitis aguda. La patogenia de los aneurismas arteriales no está del todo esclarecida pero se cree que podrían ser secundarios a la hipertensión portal y las pancreatitis agudas. Se estima que el riesgo de padecer colangiocarcinoma aumenta hasta un 7% con respecto a la población basal.

En cuanto al manejo terapéutico, el único tratamiento definitivo es el trasplante hepático. Nuestro paciente, pese al alto

riesgo de complicaciones (PA, colangitis, rotura de aneurismas, colangiocarcinoma, sangrado por varices esofágicas, etc), en el momento del alta no presenta una indicación clara para el mismo (MELD 12) por lo que el pronóstico a medio-largo plazo es muy pobre pese a su edad.

P28. TIEMPO ES TEJIDO

P. Ortiz Suárez, E. Torresano Porras, F. Casas Galán. Residentes MFyC Hospital Virgen de la Victoria, Málaga

Palabra clave: Sepsis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 71 años con antecedente de diabetes tipo II, dislipemia y obesidad; previamente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Sus familiares la acompañan a Urgencias dado que presenta un deterioro marcado en las últimas horas y la respiración alterada. Explican haberla notado un poco destemplada desde hace unas 24 horas. En la anamnesis se indaga sobre posible foco infeccioso y tan solo refieren olor fuerte de la orina en días previos. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, palidez mucocutánea. Taquipnea 26 rpm. FC 100 lpm. Hipotensión 90/65 mmHg. T^a 38°C. Glasgow 15. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones, abdomen anodino. Ante la sospecha de infección, se calcula la escala quick SOFA (Sequential Organ Failure Assessment Score): FR >22 rpm; Glasgow >15; PAS <100 mmHg. Presenta 2 criterios de qSOFA por lo que se activa Código Sepsis. Se extrae analítica de sangre que incluye lactato, PCR y PCT. Se cursan 2

Hemocultivos. Se realiza sondaje vesical y se solicita analítica de orina y urocultivo.

Orientación diagnóstica Sospecha Sepsis con sospecha de foco urinario.

Tratamiento Tras la sospecha se debe pautar la fluidoterapia con Cristaloides a 30mL/kg en 3 horas. Es indispensable iniciar sin demora la antibioterapia empírica de amplio espectro de forma combinada. Iniciamos dada la sospecha del foco urinario con Imipenem 1g/6h i.v. a dosis plena y posteriormente se ajustará a función renal y se desescalará según antibiograma. La monitorización se realiza con parámetros clínicos (TAM >65mmHg y diuresis >0.5 mL/k/h) y mediante reevaluación analítica con láctico y PCT. Si no respondiese a volumen se iniciarán Vasopresores con Noradrenalina.

COMENTARIO FINAL

La edad mayor de 65 años supone un factor de riesgo, siendo un predictor independiente de mortalidad. Otros factores de riesgo que presenta nuestra paciente son la obesidad y la diabetes. La infección de origen urinario y adquirida en la comunidad se asocia a mejor pronóstico. La sepsis forma parte de la triada de patologías tiempo-dependientes más importantes y en muchos casos no se detecta a tiempo. Sin embargo, en sepsis el tiempo es tejido y es primordial para mejorar el pronóstico el diagnóstico precoz para iniciar la sueroterapia y la antibioterapia.

P29. UN MAL CONCEPTO DE LA DIABETES

Juan Manuel Ruano García¹, Rocio Carmona García², Consuelo Perpiñá Fortea¹, María del Pilar Mayorga Chamorro⁴. 1 CS Torre del Mar. 2 Hospital

Universitario Puerto Real. Servicio de Neumología
4 CS Torrox. Consultorio Morche.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus. Poor glyceimic control. Insulin VS oral antidiabetic drugs.

Motivo de consulta:

Mujer de 62 años remitida desde Atención Primaria a la consulta de Medicina Interna para control de glucemias.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 62 años que había acudido a urgencias por crisis hiperglucémica 3 semanas antes. AP: No fumadora, HTA. DM diagnosticada a los 19 años.

Entrevistando a la paciente nos cuenta que ella es de un pueblo muy pequeño de la Sierra de Málaga, donde siempre ha vivido con su familia en el caserón de sus padres. El pueblo posee un consultorio médico que es visitado 3 veces al mes por un Médico de Atención Primaria, y carecen de servicio de urgencias. Su madre aún vive y ha sido diagnosticada de diabetes a la vejez y su padre igual. Hermanos sanos.

La paciente nos cuenta que el Médico del Pueblo, le detectó mediante un análisis de sangre que tenía el azúcar alto y que se trataba de Diabetes, por tanto comenzó a tratarla con una pastilla novedosa que acababa de salir al mercado el año anterior, (1972), metformina. Al año los niveles de glucosa en sangre no descendían por tanto su médico decidió empezar con insulina rápida en cada comida y tomar la pastilla a dosis de 850 mg 1/2 comprimido cada 12 horas. La paciente mantiene este tratamiento durante 20 años, realizándose prácticamente 2 controles en este tiempo. Hace 3 años consultó con el nuevo médico del pueblo que le indicó que debería comenzar tratamiento

con Insulina Lantus 30 UL, y la derivó a nefrología y a oftalmología. Tras los resultados de los especialistas: retinopatía diabética proliferativa con signos de alto riesgo y nefropatía diabética estadio III, se decide derivar a la paciente a Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: TA 170/60. C y C normal. ACP normal. Abdomen normal. Analítica: HbA1 8.5% Glucosa: 210mg/dl, Colesterol 152; Triglicéridos 102; Creatinina 1.9. Orina: microalbuminuria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial:
Diabetes Mellitus Tipo 1 VS Tipo 2

Tratamiento, planes de actuación: Dieta + ejercicio. Modificamos tratamiento suspendiendo metformina y añadiendo una pauta de insulina rápida con cada comida e Insulina Lantus 32UI cada día. Evolución: La paciente mejoró las cifras de HbA1 6.5% en un año. Actualmente presenta una Diabetes Controlada.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico se quiere resaltar la labor fundamental de los médicos de Atención Primaria rural como promotores y gestores de salud en su medio, pues son en muchas ocasiones el único referente médico que posee un paciente habitante de un pueblo aislado. Debido a esto, es fundamental el continuo reciclaje de los mismos en al menos las patologías más prevalentes en la población, y ayudar a incentivar el control y revisiones de los pacientes que presentan patologías crónicas