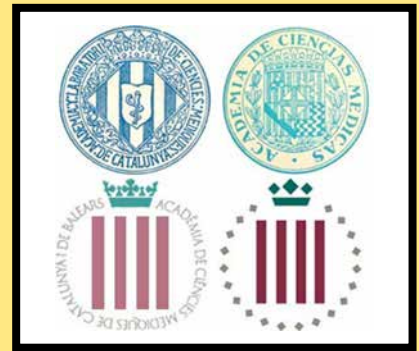


# Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2013.  
Volum 20, Número 2. Publicació trimestral

Editorial .....	55
Programa .....	57
Comitè científic.....	62
Comitè organitzador .....	62
Presentació Àlvar Net Castel .....	63
Presentació Dr. Alfons López Soto.....	64
Presentació Dra. Cristina Carod Pérez .....	65
Ponències .....	66
Comunicacions orals I.....	73
Comunicacions orals II .....	81



# Consell editorial

Annals del Sagrat Cor, fundats el 1993 pel Dr. Josep Maria Puigdollers Colás

## L'Acadèmia dels Annals

Cayetano Alegre de Miquel, reumatologia  
Joan Barceló, radiodiagnòstic  
Eduardo Basilio, cirurgia  
Pau Umbert, dermatologia  
Gonzalo Vidal, cirurgia toràcica

## Coordinació

M<sup>a</sup> José Sánchez

## Director

Jordi Delás

## Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

## Consell de Redacció

Miquel Balcells  
Jordi Delás  
Enric Gil de Bernabé  
Eduardo Irache  
Lucía Mata  
Núria Miserachs  
M<sup>a</sup> José Sánchez

## Disseny

Sònia Poch

## Maquetació

Sònia Poch

## Consell Editorial:

Margarita Aguas, farmàcia  
Jamil Ajram, pediatria  
Rosa Antón, cirurgia  
José Vicente Aragón, digestiu  
Adrià Arboix, neurologia  
Jordi Argimón, medicina interna  
Isabel Arias, anestèsia  
Joan Ballesta, cirurgia plàstica

Santi Barba, cirurgia  
Núria Barrera, medicina de família  
Siraj Bechich, medicina interna  
Xavier Beltrán, cirurgia vascular  
Antoni Bosch, cirurgia  
Jesús Broto, cirurgia pediàtrica  
Joaquim Camarasa, cirurgia  
Eleuterio Cánovas, otorrinolaringol  
Rosa Carrasco, endocrinologia  
José Luis Casaubon, medicina intensiva  
Margarita Centelles, oncologia  
Rosa Coll, medicina interna  
María José Conde, radiologia  
Emili Comes, neurologia  
Frederic Dachs, traumatologia  
Vicente De Sanctis, anestèsia  
Begoña Eguileor, farmàcia  
Francesc Fernández, medicina interna  
Juanjo Fibla, cirurgia toràcica  
Javier Foncillas, cirurgia  
Caterina Fornós, medicina interna  
Rosa García-Penche, infermeria  
Marta Grau, neuropsicologia  
Luis Hernández, neurocirurgia  
Maribel Iglesias, dermatologia  
Albert Isidro, traumatologia  
Joan Carles Jordà, infermeria urgències  
Fani Labori, anestèsia  
Ana Lozano, medicina interna  
Juan Martín Zárate, digestiu  
Joan Massons, neurologia  
Manuel Mateo, anestèsia  
Eduard Maurí, radiologia  
Ignasi Machengs, oncologia  
Juan Carlos Martín, cirurgia pediàtrica  
Mario A. Martínez, otorrino  
Luis Medina, medicina interna  
Carles Miquel, cirurgia vascular  
Laure Molins, cirurgia toràcica  
Sebastià Monzó, hematologia  
César Morcillo, medicina interna  
Montserrat Oliveres, neurologia  
Olga Parra, pneumologia  
Antoni Pelegrí, nefrologia  
Luis Manuel Pérez Varela, neurocirurgia  
Nuria Pinilla, infermera  
Carles Pons, cardiologia  
Montserrat Pons, farmàcia

Carme Prat, traumatologia  
Núria Queralt, infermera  
Vicenç Querol, radiologia  
Núria Roca, medicina interna  
Assumpta Ros, otorrinolaringologia  
Vicenç Ros, cirurgia plàstica  
Germán Rosales, traumatologia  
Jesus Sacristán, urologia  
Rosario Salas, medicina interna  
Montse Salleras, dermatologia  
Elisabeth Sánchez, medicina interna  
Manuel Sánchez Regaña, dermatologia  
Antonio Segade, cirurgia  
Joan Seguí, psiquiatria  
Agustí Segura, cirurgia  
Ricard Solans, medicina intensiva  
Juanjo Sopeña, pneumologia  
Dolors Sort, medicina interna  
Marisa Surroca, endocrinologia  
Cecilia Targa, neurologia  
Pere Torras, medicina interna  
Ignasi Valls, ginecologia

## Correspondència:

Biblioteca.  
Hospital Universitari Sagrat Cor  
c / Viladomat 288 - 08029 Barcelona  
Telèfon: 933.221.111  
e-mail: [bihhsc@hscor.com](mailto:bihhsc@hscor.com)  
<http://www.annalsdelsagratcor.org>

# Editorial

## 30 Anys de congressos de la Societat CatalanoBalear de Medicina Interna

Aquesta publicació, *Annals del Sagrat Cor* es va originar, l'any 1993 de la ma d'un gran internista, el Dr. Josep Maria Puigdollers Colàs. Va aparèixer tímidament amb limitats recursos i de manera artesana, basada en les fotocòpies del propi servei de reprografia de l'Hospital del Sagrat Cor.

És una gran satisfacció que hagi arribat als 20 volums i anys d'existència amb l'oportunitat de poder presentar en aquestes pàgines les comunicacions del XV Congrés de la Societat CatalanoBalear de Medicina Interna, de la qual tant el mateix Dr. Puigdollers, com un altre gran membre del mateix servei de Medicina Interna, el Dr. Eudald Gri Espinagosa, varen ser presidents.

Aquests i altres companys varen deixar un desitjat aprecí per la medicina científica, la docència i les tasques acadèmiques que han fet que, alguns anys endarrere, els internistes del Sagrat Cor i els *Annals* s'hagin posat a disposició del XV Congrés.

El 12 de maig de 1983 s'inaugurava el 1er Congrés CatalanoBalear de Medicina Interna. El llavors President de l'Acadèmia, Dr. Oriol Casassas plasmava en la seva presentació la voluntat que el Primer Congrés fos l'inici d'una successió amb prou continuïtat i amb prou rendiment per a constituir-se en un argument més a favor de la justificació de la voluntat d'ésser d'una cultura. Com així ha estat.

En la mateixa línia el Dr. Joan Costa, President de la Societat de Medicina Interna, explicava l'interés existent en que aparegués un Congrés de Medicina Interna a Catalunya.

Ha passat 30 anys des de llavors. Òbviament s'han produït enormes canvis. No solament en el terreny científic i del coneixement, sinó també socials, econòmics i en les formes de treball. Però s'ha mantingut intacta la voluntat de servei de la Societat i dels seus Congressos, per la difusió d'avenços, l'intercanvi d'idees i la voluntat de fer una bona medicina al servei de la població.

Un gran honor pels *Annals del Sagrat Cor* vehiculitzar aquests desitjos, 30 anys després.



# Programa

25 D'OCTUBRE DE 2013

**08:00 Registre y recollida de la documentació**

**08:30 Sessió de Comunicacions Orals I**

**09:30 Inauguració**

• *Àlvar Net Castel*

President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

• *Alfons López Soto*

President de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

• *Cristina Carod Pérez*

Directora mèdica de l'Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

**10:45 Sessió Plenària: Infeccions**

Moderadors

• *Àngels Masabeu Urrutia*

Hospital de Palamós, Girona

• *Rosa Coll Colell*

Idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

**09:45 Infecció nosocomial**

• *Francesc Gudiol Munté*

Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet

**10:15 Vacunes i VIH**

• *Josep Maria Gatell Artigas*

Hospital Clínic, Barcelona

**10:45 Preguntes a la taula**

**11:15 Descans-Cafè**

**13:00 Sessió Plenària: Malalties Autoimmunes**

Moderadors

• *Francesc d'Asís Fernández Monràs*

Idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

• *Gerard Espinosa Garriga*

Hospital Clínic, Barcelona

**13:30 Marcadors i diagnòstic en malaltia autoimmune**

• *Lucio Pallarés Ferreres*

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca

**12:00 Tractament en malaltia autoimmune**

• *Roser Solans Laque*

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

**12:30 Preguntes a la taula**

**14:20 Avenços en Dermatologia i Medicina Interna**

**14:20 Presentació** *Rosario Salas Campos*

Idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor

• *Gemma Martín Ezquerria*

Hospital del Mar-Par de Salut Mar, Barcelona

**13:30 Preguntes a la taula**

**14:20 Dinar de treball**

**15:20 Sessió de Comunicacions Orals II**

**17:45 Pacient crònic complex (Patrocinat per Novartis)**

Moderadors

• *Antoni Castro Salomé*

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

• *Caterina Fornós Astó*

Idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

**16:30 Pacient crònic complex**

• *Alfons López Soto*

Hospital Clínic, Barcelona

**16:50 Insuficiència cardíaca**

• *Jordi Casademont i Pou*

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

**17:10 Diabetis**

• *Ana Maria Lucas Martín*

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

**17:30 Preguntes a la taula**

**18:00 Resum de les presentacions**

• *Esther Dorca*

Hospital de Sant Celoni

• *Gerard Espinosa Garriga*

Hospital Clínic, Barcelona

• *Ana Lozano Miñana*

Idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

**19:30 Què preocupa Els internistes catalans ?**

Moderadors

- *César Morcillo Serra*

Hospital CIMA. Sanitas Hospitales

- *Jordi Delás Amat*

Idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Ponents

- *Miquel Vilardell Tarrés*

Catedràtic de Medicina. President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

- *Vicente Ortún Rubio*

Economista de la salut. Degà de la Universitat Pompeu Fabra

- *Ana Macpherson*

Periodista de La Vanguardia



# Programa

## COMUNICACIONS ORALS I .....

xx

- Leishmania a les terres de l'Ebre. *N. Bellaubi Pallares, A. Pascual Diago, M. Cardona Ribera, M. Allali, M. Hoyos Valladares, J. Martínez Senmarti. Hospital Tortosa Verge de la Cinta*
- Sondatges vesicals en els serveis d'àrees mèdiques de l'HVCT. *M. Allali, A. Pascual, N. Bellaubi Pallarés, M. Hoyos Valladares, J. Martínez Senmarti, E. Chamarro Martí. Hospital Tortosa Verge de la Cinta*
- Bacteriemia en la població geriàtrica de la comarca de osona. Catalunya. *C. Azuaje, J Tomás Leganés de Novas, T Méndez-Silinto, J. Díez de los Ríos, A. Vilamala, N. Molist, G. Lucchetti. Consorci Hospitalari de Vic*
- Estudio de utilización de piperacilina/tazobactam y carbapenems en un hospital universitario. *M. Pons Busom, G. García Segarra, G. Morlà Clavero, G. Ballesteros Cabañas, M. Aguas Compaired. Idc Salud Hospital Universitari Sagrat Cor.*
- Porfiria aguda intermitente y vih: una relación ¿causal o casual? *J. Márquez Gómez, M. Mas Puig, L. Tikhomirova, D. Taveras Montero, E. Rosa Coronado, S. Ruiz Ruiz, C. Creus Gras, O. Araújo Loperena, R. Ramírez Montesinos, E. Pedrol Clotet. Xarxa sanitària i social de Santa Tecla. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona).*
- Eficàcia i seguretat del canvi de tenofovir df + emtricitabina (Truvada©) per abacavir + lamivudina (Kivexa©). *M. Mas Puig, J. Márquez Gómez, L. Tikhomirova, M. Tasiach Pitarch, O. Araújo Loperena, S. Ruiz Ruiz, A. Delegido Sánchez-Migallón, E. Pedrol Clotet. Xarxa sanitària i social de Santa Tecla. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona).*
- Sarcoidosi a les terres de l'Ebre. *A. Pascual Diago, N. Bellaubi Pallares, Meriem Allali, J. Martínez Senmarti, N. Sanz Arevalillo, P. Ferràs Carceller. Hospital Tortosa Verge de la Cinta*
- Trasplantament pulmonar en esclerosi sistèmica: experiència d'Un centre de referència. *A. Fernández Codina; M. Guadalupe Silveira, I. Pinal Fernández, C. Berastegui García, R. Solans Laquè; CP Simeón Aznar, V. Fonollosa Plà, A. Román Broto, M. Vilardell Tarrés. Hospital Universitari Vall d'Hebron.*
- Un nou cas de lipodistròfia generalitzada adquirida associada a malalties autoimmunes. *G. Melé Ninot, M.J. Aldunce Soto; M. Sánchez Regaña, M. Salleras Redonnet. Idc Salud Hospital Universitari Sagrat Cor.*



## COMUNICACIONES ORALS II.....

- Angiosarcoma d'aurícula dreta amb metàstasi pulmonar. *F. Artigues, A. Marqueno, R. Salas, C. Morcillo, C. Fornós, D. Sort, A. Lozano, G. García, A. Cárdenas, M. Sanjaume, J. Delás. Idc Salut Hospital Universitari Sagrat Cor.*
- Perfil clínico y terapéutico del síndrome coronario agudo en el paciente anciano. ¿Existen diferencias respecto al paciente no anciano? *S. Yun Viladomat, S. Ibars Campaña, S. Valdivielso Moré, M. Nadal Barangé, F. Padilla Marchán. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*
- ¿Son útiles las escalas de riesgo del síndrome coronario agudo en el manejo y valoración de pacientes ancianos? *S. Yun Viladomat, S. Ibars Campaña, S. Valdivielso Moré, FJ. Escudero Villar, F. Padilla Marchán. Hospital Universitari Mútua de Terrassa*
- Angor de esfuerzo e isquemia persistente ECG en precordiales. ¿Sólo cardiopatía isquémica? *JF. Baldoví Marín, S. Ibars Campaña, F. Padilla Marchán, C. Esteve Martí, S. Yun Viladomat. Hospital Universitari Mútua Terrassa*
- ¿Es posible identificar factores pronósticos de reingreso en la insuficiencia cardíaca aguda? *FJ Castro, F. López, Mireia Junyent, Alain Vicente Martínez, Laritza Amador, Mireia Albuixech. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.*
- Pronóstico de la arteriosclerosis coronaria asintomática detectada por tomografía computarizada. *Y. López-Perna, S. Bechich, C. Vericat, C. Morcillo. Hospital CIMA, Sanitas Hospitales*
- Estatinas i Insuficiència cardíaca. *R. Ramírez-Montesinos, M. Mas Puig, L. Tikhomirova, J. Márquez Gómez, P. Villavicencio Luján, A. Martínez Sureda, E. Rosa Coronado, D. Taveras Montero, O. Araújo Loperena, E. Pedrol Clotet. Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla.*
- Estudio comparativo entre la utilización de la escala móvil de Insulina rápida y un protocolo que incluye análogos de la insulina. *M. Pons Busom, R. Morínigo Maldonado, J. Delás Amat, R. Salas Campo, MD Sort Granja, F. Fernández Monrás, M. Aguas Compaired. Idc Salut Hospital Universitari Sagrat Cor.*
- Ictus en territorios posteriores: Dos casos clínicos representativos. *R. Rouco, R. Salas, A. Arboix. Idc Salut Hospital Universitari Sagrat Cor.*
- Tumor hepàtic primari sobre fetge sa. *F. Artigues Serra, V. Querol, S. Llaverías, K. Villadiego, JV Aragó, Cb Villasenín, J. Delás, F. Fernández Monrás. Idc Salut Hospital Universitari Sagrat Cor.*
- Conciliación al ingreso y al alta en medicina interna. *E. Ramió Montero, M. Aguas Compaired, G. Ballesteros Cabañas, N. Pi Sala, M. de Temple Pla, F. Fernández Monrás. Idc Salut Hospital Universitari Sagrat Cor.*

– Importància de l'ús de la Monitorització Ambulatòria de la Pressió Arterial (MAPA) a un Hospital de Segon Nivell. *O. Aguado Lorenzo, R. Camps Salat, E. Montori, I. Palacin, I. Carrasco Miserachs. Hospital Plató*



#### COMITÈ CIENTÍFIC

Alfons López Soto  
Ferran Nonell Gregori  
Ester Dorca Badia  
Enric Pedrol Clotet  
Anna Pardo Pelegrín  
Rosario Salas Campos  
Leonor Ballester Joya  
Jordi Casademont i Pou  
Roser Solans Laque  
Lucio Pallarés Ferreras  
José Manuel Villasenín

#### COMITÈ ORGANITZADOR

Francesc Fernández Monràs  
Jordi Delàs Amat  
Dolors Sort Granja  
Ana Lozano Miñana  
Galdina Valls Borruel  
Caterina Fornós Astó  
Gloria García  
César Morcillo Serra  
Gerard Martí  
Antonio Pelegrí Santos  
Jordi Argimón Font

 **idesalud**  
Hospital Universitari Sagrat Cor

# Presentació

## BENVOLGUTS ACADÈMICS,

No cal que es remarqui la importància de l'activitat de la Societat Catalanoblear de Medicina Interna i el seu paper cabdal en el context de la sanitat i la salut del nostre país.

És per això que la celebració del congrés anual de la Societat és una bona ocasió per aquilotar la feina feta i reflexionar sobre el paper que té i ha de tenir en relació amb la nostra comunitat. El fet innegable que la Societat acumula tot el coneixement de la nostra especialitat ha de donar com a conseqüència que ha de ser el referent únic per al nostre país no sols per a la nostra comunitat sinó també per a l'administració sanitària. És per aquest motiu que trobo especialment encertat el plantejament de les darreres conferències dedicades a la preocupació dels internistes catalans i balears sobre la seva especialitat, amb el desig que estiguin presents en la reflexió els criteris que ja fa anys va adoptar l'Acadèmia i que li donen potencialitat com són els de la multidisciplinarietat, la multiprofessionalitat i el treball en xarxa. D'aquesta manera la Societat esdevindrà cada cop més útil i eficaç al servei dels seus associats i dels malalts sota la responsabilitat dels internistes.

Permeteu-me que finalment us felicitï vivament per la feina que feu i també que us encoratgi en el camí de l'excel·lència que heu adoptat en benefici del nostre país.

Salutacions cordials i bon congrés!

Àlvar Net Castel  
*President*

**Acadèmia de Ciències Mèdiques  
i de la Salut de Catalunya i de Balears**



# Presentació

**BENVOLGUTS COMPANYS /  
BENVOLGUDES COMPANYYES,**

**E**nguany, el 25 d'octubre té lloc el **XV Congrés de la Societat Catalanobalear de Medicina Interna**. Hem cregut necessari fer un congrés adaptat a les circumstàncies actuals, caracteritzades per una enorme càrrega assistencial i recursos força limitats.

Al respecte, pensem que el fet que es desenvolupi en un sol dia i tingui lloc a la seu de la Societat -l'Auditori de l'Acadèmia- contribueix a la necessària austeritat de temps i mitjans.

Voldríem que el congrés respongués a diferents objectius. Òbviament ser un lloc d'intercanvi de coneixement mitjançant les ponències a temes d'interès pels internistes, a càrrec d'autèntiques autoritats en la matèria. Però també que el congrés permeti mostrar què és el què estan fent els grups de treball i els serveis de medicina interna dels hospitals catalans, mitjançant les comunicacions que es presentaran en dos sessions a l'inici del programa del matí i de la tarda.

Aquesta reunió ha de servir perquè ens coneguem una mica més. Confiam en retrobar-nos el 25 d'octubre, on la Junta Directiva de la nostra Societat i els Comitès Científic i Organitzador estarem a la vostra disposició perquè aquest acte sigui el més útil possible.

En nom de tots nosaltres, rebeu una ben cordial salutació,

  
Alfons López Soto  
President  
Societat Catalano-Balear de Medicina Interna



# Presentació

Volem que serveixin aquestes línies per agrair en primer lloc a la Societat CatalanoBalear de Medicina Interna l'oportunitat que ens va brindar de poder ajudar en l'organització del Congrés, així com als diferents membres del servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Sagrat Cor, l'esforç i la feina que han fet per poder arribar al dia d'avui.

En els temps actuals de dificultats, és molt important la unió de les persones en una mateixa direcció, i jornades com la d'avui ens permet als internistes fer una aturada en el nostre, sempre atrafegat dia a dia, i poder pensar en nosaltres com a col·lectiu, imprescindible i eficient, en els nostres hospitals i dintre del model sanitari català .

Gaudiu del XV Congrés CatalanoBalear de Medicina Interna.  
Gràcies

Dra. Cristina Carod  
*Directora*  
Hospital Universitari del Sagrat Cor



# Ponències

## PONÈNCIES

### Avenços en Dermatologia i Medicina Interna

#### ACTUALITZACIÓ EN DERMATOLOGIA PER A MEDICINA INTERNA

Gemma Martín i Ezquerria.

Servei de Dermatologia de l'Hospital del Mar

gmartin@hospitaldelmar.cat

#### A) ACTUALITZACIÓ EN MALALTIES DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són un important problema de salut pública, tant per la morbiditat com per les complicacions i seqüeles (infertilitat, càncer, i fins i tot la mort) que comporten, si no es realitza un diagnòstic i un tractament precoç.

Des de finals dels anys 90, a l'Estat espanyol i a la resta d'Europa, s'observa un increment de les notificacions de la infecció per gonococ, sífilis, limfogranuloma veneri (LGV) i de la infecció pel VIH. En diferents ciutats europees s'ha descrit un increment dels brots de sífilis, hepatitis A i shigel·losi, especialment en homes que tenen sexe amb homes (HSH). Aquest fet ha augmentat la rellevància d'aquestes patologies, ja que aquestes infeccions es consideren bons indicadors dels canvis en les conductes sexuals de risc. En aquest sentit, diversos estudis han posat de manifest l'augment de les practiques sexuals de risc, el que té un impacte directe en la epidemiologia de la infecció pel VIH, ja que les persones infectades amb una ITS tenen més risc d'adquirir i de transmetre el VIH.

#### LIMFOGRANULOMA VENERI

El limfogranuloma veneri és una infecció emergent de transmissió sexual a Europa i Amèrica del Nord. Des del primer brot succeït als Països Baixos el 2003, s'han informat nous casos regularment en diversos països europeus. Des de 2010, el Regne Unit ha informat la presència de més de 550 casos de LGV, la majoria d'ells a Londres. Els Països Baixos van informar 66 casos el 2010.

Després de dues dècades sense notificacions LGV a Catalunya, el primer cas fou declarat a Barcelona el 2004. Es tractava d'un pacient home homosexual que fou parella sexual d'un cas diagnosticat a Amsterdam. Fins el 2007 no es van detectar nous casos. Dels 70 casos d'LGV que es van declarar l'any 2011 a Barcelona, tots eren homes que tenien relacions sexuals amb homes (HSH), almenys 66 estaven coinfectats pel VIH. En quatre casos, el diagnòs-

tic del VIH es va produir en el moment del diagnòstic del LGV, i 22 dels casos havien estat diagnosticats amb una altra ITS en els 12 mesos anteriors.

Les manifestacions clíniques varien des de casos asintomàtics, a pacients amb exudat mucopurulent rectal, amb la femta o espontani, tenseme rectal, erosions perianals i diarrea. La presència d'adenopaties no és evident a la palpació, i l'antecedent d'úlceres genital sol passar desapercbut.

El retràs diagnòstic en el cas del LGV sembla ser habitual. Molts pacients se'ls sotmet a maniobres diagnòstiques que no emeten cap conclusió, com coprocultius, colonoscòpies i biòpsies cutànies. El mètode diagnòstic d'elecció és la detecció de *Chlamydia trachomatis* per PCR sobre exudat rectal, tècnica d'alta sensibilitat i especificitat.

Cal realitzar sempre l'estudi en pacients amb la simptomatologia descrita, especialment en pacients amb antecedents de MTS. En l'actualitat, la recomanació inclou el seu criatge en pacients VIH que tenen sexe amb homes i factors de risc per MTS (almenys de forma anual).

El tractament dels pacients afectes i les seves parelles sexuals s'efectua amb doxiciclina 100 mg/12h durant 21 dies.

#### Bibliografia:

- Vargas-Leguas H, Garcia de Olalla P, et al. *Lymphogranuloma venereum: a hidden emerging problem, Barcelona, 2011. Euro Surveill 2012;17(2):pii=20057. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20057>*

#### INFECCIÓ GONOCÒCICA

L'aparició i propagació de la resistència als antimicrobians de *N. gonorrhoeae* és una greu amenaça per al tractament i control de la gonorrea. Els agents terapèutics recomanats actualment a Europa inclouen les cefalosporines d'espectre extès, les quals es troben entre els últims agents que es mantenen efectius a la pràctica.

La disminució de la susceptibilitat a les cefalosporines va ser reconeguda per primera vegada el 2001 al Japó i la

propagació de les soques que mostren aquesta disminució de la sensibilitat a tot Europa ha estat ràpida. Com no hi ha noves bones opcions alternatives de tractament disponibles, la pèrdua de les cefalosporines per al tractament de la gonorrea implicarien un important problema de salut pública, en particular a la llum dels fracassos del tractament documentats al Japó i més recentment a Noruega, Suècia i el Regne Unit.

El 2009, s'implementa un programa de vigilància antimicrobiana europea per a la gonocòccica (Euro-GASP) en 17 països de la UE. Les principals troballes van ser:

1. El cinc per cent dels aïllaments de *N. gonorrhoeae* demostren una susceptibilitat reduïda a la cefixima, utilitzant un punt de tall de  $\geq 0,25$  mg / L. A Espanya, les taxes de resistència a cefixima superen el 10% de les soques aïllades
2. La ceftriaxona segueix sent una opció adequada per al tractament de la gonocòccica, però es detecta una tendència a l'alça en el MIC per a ceftriaxona.
3. Les taxes de resistència a ciprofloxacina i azitromicina van ser molt altes a Europa (63% i 13%, respectivament), pel que no es recomana el seu ús de forma empírica si no es disposa d'antibiograma.
4. La concentració inhibidòria mínima de gentamicina fa pensar que podria ser utilitzat en el futur com a tractament alternatiu si falla la ceftriaxona.
5. L'espectinomicina segueix essent una alternativa per la seva alta sensibilitat, per bé que s'ha deixat de testar en la majoria de laboratoris.

#### Bibliografia:

- *European Centre for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe – 2010. Stockholm: ECDC; 2012.*

## B) ACTUALITZACIÓ EN INFECCIONS DE LA PELL I ANNEXES

### INFECCIONS CUTÀNIES PER SARM

L'aparició de soques de *S. aureus* resistents a la meticil·lina (SARM) i el desenvolupament d'infeccions cutànies per aquests gèrmens constitueix un problema d'observació cada vegada més freqüent en la pràctica clínica. Originalment foren descrits casos a Estats Units, en forma de brots d'infeccions cutànies especialment agressives, en grups d'esportistes joves sans (jugadors de futbol americà i rugby). De forma paulatina, les mateixes infeccions afectaven a grups diversos, entre els que s'inclouïen presos, personal de guarderies, esportistes, immigrants, persones que viuen al carrer, usuaris de drogues; establínt-se com a principal factor de risc per aquesta infecció l'hacinament.

En l'actualitat suposa una problemàtica creixent al continent americà, on constitueix l'aïllament més freqüent en

les infeccions supuratives de la comunitat. A Europa, però, les xifres són molt més modestes per bé que probablement existeix una infravaloració de la problemàtica pel fet que moltes infeccions cutànies no es cultiven de forma rutinària i no existeixen estudis multicèntrics. A l'Hospital del Mar de Barcelona, l'any 2006, el 22% de soques aïllades intrahospitalàries de *S. aureus* presentaven resistència a la oxacilina mentre que només un 3% de les soques corresponien a SARM aïllats en la comunitat.

Les manifestacions clíniques de la infecció per SARM en la comunitat són fonamentalment de pell i annexes. Típicament ocasionen lesions purulentes amb necrosi dels teixits. Són excepcionals els casos descrits de cel·lulitis, impetigen o fascitis necrotitzant. En edats infantils, s'han descrit casos de pneumònia necrotitzant.

Es tracta d'una bactèria que posseeix més agressivitat que la seva homòloga hospitalària per la presència del gen de Panton-Valentine que és capaç de sintetitzar una toxina del mateix nom que té capacitat de degranulació de polimorfonuclears i produir necrosi del teixit. Genèticament també posseeix diferències a nivell de resistències antibiòtiques amb el SARM hospitalari: mentre que aquest últim presenta múltiples resistències, el SARM comunitari posseeix un *cassette* genètic més petit, de manera que, de moment, a part de les resistències a penicil·lina i oxacilina, sol romandre sensible a cotrimoxazol, tetraciclina i clindamicina.

Les infeccions cutànies per SARM ocasionen problemes de maneig terapèutic. Davant d'infeccions purulentes o infeccions greus, el drenatge quirúrgic és fonamental. L'elecció de l'antibiòtic es realitzarà segons l'antibiograma, podent utilitzar pautes de tractament oral amb cotrimoxazol, minociclina o linezolid, o endovenoses amb teicoplanina o vancomicina. Amb l'objectiu de cobrir aquelles infeccions per MRSA resistents a la vancomicina, s'han desenvolupat nous antibiòtics (p. ex daptomicina) amb diferents mecanismes d'acció als fàrmacs convencionals.

#### Bibliografia:

- *Kazakova SV, Hageman JC, Matava M, Srinivasan A, Phelan L, Garfinkel B, et al. A clone of Methicillin-resistant staphylococcus aureus among professional football players. N Engl J Med 2005;352:468–75.*
- *Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, Fosheim GE, McDougal LK, Carey RB, et al. Methicillin-Resistant Saureus infections among patients in the emergency department. N Engl J Med 2006;355:666–74.*
- *Moellering RC, Abbott GF, Ferraro MJ. Case 2-2011: a 30-year-old woman with shock after treatment of a furuncle. N Engl J Med 2011;364:266–75.*
- *DeLeo FR, Otto M, Kreiswirth BN, Chambers HF. Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Lancet 2010;375:1557–68.*
- *Nathwani D, Morgan M, Masterton RG, Dryden M, Cookson BD, French G, et al. Guidelines for UK practice for the diagnosis and management of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infections presenting in the community. J Antimicrob Chemother 2008;61:976–94.*



## C) MALALTIES INFLAMATÒRIES

### SÍNDROME METABÒLICA I PSORIASI. LA PSORIASI COM A MALALTIA SISTÈMICA.

La psoriasi és una malaltia crònica, inflamatòria que afecta aproximadament el 2% de la població general. Durant els últims 10 anys, els estudis de població han trobat que els pacients amb psoriasi presenten un clar augment de la prevalença de factors de risc cardiovascular i un risc elevat de desenvolupar events adversos cardiovasculars. Existeixen estudis més recents que relacionen aquest risc amb la relació de la psoriasi i la síndrome metabòlica i que relacionen la severitat de la psoriasi amb la severitat dels factors de risc associats a síndrome metabòlica.

L'estudi de Kimball i col (2011) inclou una sèrie de més de 2500 pacients amb psoriasi greu, la majoria dels quals presentaven almenys dos factors de risc cardiovascular (58,6%) i gairebé una cinquena part dels pacients amb psoriasi es trobaven en risc alt d'esdeveniments cardiovasculars basats en les qualificacions de risc de Framingham. Només una petita proporció dels pacients havien estat diagnosticats d'aquestes condicions i se'ls havia aconsellat en conseqüència.

La síndrome metabòlica afecta aproximadament del 15% al 25% de la població general; específicament, es tracta d'una combinació de trastorns que, quan ocorren junts, confereixen un risc significativament elevat per al desenvolupament de malaltia cardiovascular, el risc de la qual és major que el risc atribuïble de cadascun dels factors de risc individualment analitzats.

Diversos mecanismes biològics poden ajudar a explicar l'associació epidemiològica entre la psoriasi i la síndrome metabòlica. En la psoriasi es detecten nivells crònicament elevats d'àcids grassos lliures, que són els que condueixen a la disfunció de l'adipòcit detectada en la síndrome metabòlica. Dins de les conseqüències d'aquesta elevació, s'ha implicat la inhibició de la secreció d'insulina, la resistència perifèrica a la insulina, l'augment de glucogènesi hepàtica, la disminució de la captació de glucosa pel múscul i l'apoptosi de les cèl·lules B dels illots pancreàtics.

Recentment, s'han descrit també associacions genètiques comunes que podrien explicar la confluència en la patogènia d'ambdues entitats: CDKAL1 està associat amb la psoriasi i la diabetis tipus II, 34,35 PTPN22 s'associa amb la psoriasi i la diabetis tipus 1, entre d'altres malalties.

En resum, els malalts amb psoriasi han de ser avaluats de forma periòdica pels factors de risc cardiovascular. El control dels mateixos pot millorar les manifestacions clíniques de la psoriasi. Es desconeix, de moment, si el control de les manifestacions cutànies de la malaltia pot millorar secundàriament els factors de risc cardiovasculars, però bé que es postula que la disminució de les citoquines proinflamatòries pot ser beneficiós. Els controls del pacient amb psoriasi moderada-severa han d'incloure la mesura de la pressió arterial, l'avaluació de l'obesitat, la determinació de lípids i glucosa en sang, i avaluació articular.

### Bibliografia:

- *Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Am Acad Dermatol 2013;68(4):654-62.*
- *Kimball AB, Szapary P, Mrowietz U et al. Underdiagnosis and undertreatment of cardiovascular risk factors in patients with moderate to severe psoriasis. J Am Acad Dermatol 2011; Oct 21.*

## D) MALALTIES AUTOIMMUNITÀRIES

### ANTI-MD5 I DERMATOMIOSITIS

La dermatomiositis (DM) presenta algunes manifestacions cutànies molt característiques, com l'eritema en heliotrop, el signe del xal (en V) i les pàpules de Gottron. L'espectre clínic de la DM, però, difereix en gran mesura de pacient a pacient, probablement degut a la diferent especificitat dels anticossos implicats en la patogènia de la malaltia. El pronòstic depèn de les complicacions, especialment de la presència de malignitat subjacent i l'afectació pulmonar intersticial. Aquesta última condiciona una mala resposta al tractament habitual, i és indicació d'ús d'agents immunosupressors de forma precoç. L'afectació pulmonar condiciona una mortalitat de fins el 30% dels pacients segons les referències.

Recentment, s'ha descrit un subtipus de pacients amb DM/polimiositis que presenta unes manifestacions dermatològiques peculiars, i prediu l'afectació pulmonar severa i precoç.

Es tracta de pacients majoritàriament asiàtics, amb DM amb nula o poca participació muscular. Com a signe dermatològic característic, a part de les manifestacions comuns de la DM, s'ha descrit la presència d'ulceracions sobre les pàpules de Gottron i presència de pàpules eritematoses de centre cicatricial a lateral dels dits de les mans, característicament doloroses (les pàpules de Gottron són assintomàtiques). Associa freqüentment petèquies distals. No és infreqüent l'associació a erosions de la mucosa oral. Aquestes manifestacions són representació de la intensa vasculopatia present en aquest subgrup de pacients. El pacient desenvolupa ràpidament afectació intersticial pulmonar, que condiciona el pronòstic. Com a marcador immunològic, s'ha detectat la presència d'anticossos anti-MDA5, originalment descrits com anti-CADM140, que sembla un bon predictor per al desenvolupament de malaltia pulmonar.

### Bibliografia :

- *Chen Z et al. Anti-Melanoma Differentiation-Associated Gene 5 (MDA-5) Antibody and Dermatomyositis. Arthritis Care Res (Hoboken) 2013; 65:1316*
- *Fiorentino D, Chung L, Zwerner J, Rosen A, Casciola-Rosen L. The mucocutaneous and systemic phenotype of dermatomyositis patients with antibodies to MDA5 (CADM-140): a retrospective study. J Am Acad Dermatol 2011;65(1):25-34.*

## E) EFECTES SECUNDARIS CUTANIS DE NOUS FÀRMACS

### TELAPREVIR

La presència de toxicodèrmies entre els malalts tractats per a la infecció pel virus hepatitis C (VHC) són freqüents i han estat àmpliament descrites. L'ús de interferó pegilat i ribavirina ocasiona simptomatologia cutània en més del 30% dels pacients, en forma de pruïja i presència de dermatitis eczematososa de forma lleu o moderada, a tipus eczema numular o dermatitis psoriasiforme, molt característica, que poques vegades condueixen a la interrupció del tractament i que es controlen amb corticoides tòpics i antihistamínics orals.

El nou fàrmac inhibidor de la proteasa del VHC, telaprevir, que s'administra conjuntament a peginterferó i ribavirina, augmenta significativament la taxa de la resposta viral sostinguda en pacients amb genotip 1 de la infecció pel VHC. Amb l'ús de telaprevir, la presència de toxicodèrmia augmenta fins el 60%, i es calcula que del 5% al 8% dels pacients abandonen la teràpia a causa de la clínica cutània.

La dermatitis relacionada amb telaprevir pot ocórrer en qualsevol moment després d'iniciar el fàrmac (mitja, 15 dies, rang 4-41 dies). Les seves manifestacions clíniques difereixen de la toxicodèrmia per interferó i ribavirina, i també de la toxicodèrmia clàssica per altres fàrmacs (com la penicil·lina) que ocasiona un exantema maculopapular. Telaprevir provoca típicament un exantema eczematos generalitzat, que pot evolucionar a toxicodèrmies greus com és el DRESS i el sd de Stevens-Johnson.

Es coneix que la reintroducció del fàrmac, reproduceix de forma ràpida la toxicodèrmia, pel que es tracta d'una reacció cutània mediada immunològicament.

Com a factors de risc per al seu desenvolupament, s'ha relacionat amb l'edat major als 45 anys, l'índex de massa corporal per sota de 30, la raça blanca, i el fet de rebre teràpia per al VHC per primera vegada. Els estudis farmacocinètics no han trobat relació estadísticament significativa amb la concentració plasmàtica de telaprevir, de peginterferó o de ribavirina. No s'ha pogut demostrar la presència d'associació amb cap HLA. Està en estudi la recerca de diferències genètiques en el gen *MDR1*, que presenta freqüents polimorfismes en la raça blanca, per bé que de moment cap ha demostrat ésser predictor.

El maneig i tractament s'estableix tenint en compte la severitat de les lesions, la presència de símptomes sistèmics i anomalies analítiques. El grau I o lleu es defineix com una erupció cutània localitzada o limitada, sense signes sistèmics ni afectació mucosa. El grau II o moderat és aquell que afecta com a màxim al 50% de la superfície corporal sense desenganxament epidèrmic. Pot haver inflamació de les mucoses, sense úlceres ni símptomes sistèmics com febre, artràlgies o eosinofília. El grau III o intens és aquell que presenta lesions cutànies que afecten més del 50% de la superfície corporal, o en menor percentatge si presenta alguna de les característiques següents: presència de vesícules o butllofes, úlceres a mucoses, desprendiment epidèr-

mic, lesions en escarapela, púrpura palpable o eritema que no blanqueja a la vitropressió. Finalment, el grau IV o potencialment mortal, es produeix si la clínica és de pustulosis exantemàtica aguda generalitzada, síndrome de hipersensibilitat retardada a fàrmacs (DRESS), necròlisi epidèrmica tòxica o síndrome de Stevens-Johnson.

En els pacients el 90% d'aquestes reaccions van ser de grau I o II, caracteritzades per lesions de tipus eczematos pruriginós, que apareixen de forma precoç. No és necessària la interrupció del fàrmac per a reaccions de grau I-II, en aquests pacients és necessari el control periòdic fins a la resolució completa del quadre.

Davant d'una toxicodèrmia per telaprevir, cal intentar el control de la mateixa amb corticoides tòpics i antihistamínics orals (evitant retirar el fàrmac i l'ús de corticoides orals). Cal estar atent als signes de toxicodèrmia greu que són: leucocitosi, eosinofília, edema facial, febre i adenopaties (en el cas de DRESS) i afectació mucosa i dolor cutani (en el cas d'Stevens-Johnson) que obliguen a retirar el fàrmac.

### Bibliografia:

- Roujeau JC, Mockenhaupt M, Tahan SR, et al. *Telaprevir-related dermatitis*. *JAMA Dermatol*. 2013 Feb;149(2):152-8.
- López-Villaescusa MT, Pérez-García LJ, Rodríguez-Vázquez M, Martínez-Martínez ML. *Skin Toxicity Due to Telaprevir: A New Drug We Should Be Familiar With*. *Actas Dermosifiliogr* 2013 Jul 3. pii: S0001-7310(13)00231-7. doi:10.1016/j.ad.2013.04.009. [Epub ahead of print]

### SORAFENIB

El Sorafenib és una petita molècula que pertany al grup dels inhibidors de la proteïna tirosin-quinasa. Està aprovat per al tractament del carcinoma de cèl·lules renals metastàsic (a Europa des de juliol de 2006) i per l'adenocarcinoma hepàtic. Originalment fou concebut com un inhibidor de la via RAF, però sorafenib ha demostrat també acció sobre moltes altres quinases, com ara VEGFR -2, VEGFR -3, PDGFR, C -KIT i FLT -. Així doncs, té acció antitumoral directa i indirecta (inhibició de l'angiogènesi).

Sorafenib té un perfil d'excel·lent eficàcia clínica que contrasta amb els seus marcats efectes tòxics. El 90 % dels pacients mostren efectes secundaris cutanis, i addicionalment apareix hipertensió arterial (43%), diarrea (53%) o asfèxia (73%).

Igual que amb altres inhibidors de la tirosin-quinasa, l'aparició dels efectes secundaris cutanis amb sorafenib s'associa amb una major resposta al tractament, però la seva severitat pot obligar a la reducció de la dosi del fàrmac o a la seva retirada. Els efectes secundaris cutanis inclouen el síndrome acral dolorós (62%), exantema (66%), estomatitis (35%), l'alopècia (53%) i la xerosi (23%). A més a més, s'han descrit casos aïllats d'hemorràgies subungueals, erupcions descamatives facials, vasculitis leucocitoclàstica, queratoacantomes múltiples, eritema multiforme i erupció de múltiples nevus melanocítics.

**Bibliografia:**

- Robert C, Soria JC, Spatz A, et al. Cutaneous side-effects of kinase inhibitors and blocking antibodies. *Lancet Oncol* 2005; 6: 491–500

**F) ONCOLOGIA CUTÀNIA**

Probablement, els canvis més mediàtics i amb un impacte major en la disciplina dermatològica s'han donat en el camp de l'oncologia. La cirurgia de Mohs, tècnica quirúrgica que permet l'anàlisi complet de tots els marges del tumor, és coneguda des dels anys 60, per bé que el seu ús no era generalitzat. Avui en dia, la majoria d'hospitals catalans disposen d'almenys un cirurgià entrenat amb aquesta tècnica, que permet la resolució de tumors especialment agressius estalviant la major part de pell sana. En els últims 5 anys s'ha generalitzat l'ús de la teràpia fotodinàmica, una tècnica que permet el tractament de carcinomes cutanis superficials i que permet tractar el camp de cancerinització. S'ha comercialitzat diversos tractaments tòpics per a les ceratosis actíniques, com el diclofenac al 5% i l'imiquimod, i està en vies d'aprovació l'igenol mebutat.

**DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS I IMATINIB**

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) és una variant de sarcoma de teixit tous de baix grau, amb tendència a recórrer localment i rarament ocasiona metastasi als òrgans vitals. La cirurgia amb marges amplis segueix sent el tractament estàndard. Afecta freqüentment a pacients joves, en forma de placa dura de creixement progressiu, més freqüentment a tronc, i se sol diagnosticar quan la tumoració adquireix una mida gran.

Els estudis citogenètics del tumor han demostrat que el DFSP es caracteritza per anomalies cromosòmiques específiques que impliquen el locus de PDGFB. En la majoria dels casos existeix un cromosoma supernumerari que conté amplificat l'anell t(17; 22) o una translocació desequilibrada (17, 22) que conté el gen de fusió COL1A1-PDGFB. Aquest esdeveniment molecular condueix a l'expressió aberrant d'un PDGFB funcional que activa PDGFR. Es tracta de la mateixa alteració present en la leucèmia mieloide crònica i el GIST.

L'imatinib mesilat és un inhibidor de la tirosina quinasa amb activitat contra PDGFR activat, i té una activitat significativa contra DFSP. L'evidència clínica suggereix que té un paper en la malaltia localment avançada i metastàsica; i s'utilitza en neoadjuvència en tumors avançats permetent la reducció de la mida tumoral, amb excel·lents resultats.

Existeix un 10% de DFSP que no presenten aquesta aberració i que són resistents a imatinib.

**Bibliografia:**

- Sirvent N, Maire G, Pedentour F. Genetics of dermatofibrosarcoma protuberans family of tumors: from ring

chromosomes to tyrosine kinase inhibitor treatment. *Genes Chromosomes Cancer* 2003;37:1–19

- Segura S, Salgado R, Toll A, et al. Identification of t(17;22)(q22;q13) (COL1A1/PDGFB) in dermatofibrosarcoma protuberans by fluorescence in situ hybridization in paraffin-embedded tissue microarrays. *Hum Pathol* 2011;42(2):176–84.

**MELANOMA MALIGNNE**

El melanoma és el tumor maligne cutani més agressiu. Clàssicament, les teràpies sistèmiques han estat en gran mesura ineficaces, ja que el melanoma és generalment resistent a la quimioteràpia citotòxica. No obstant això, durant els últims anys, diverses teràpies que utilitzen anticossos monoclonals han presentat resultats prometedors. Aquests avenços recents han estat facilitats per una millor comprensió de les aberracions genètiques del melanoma, particularment les mutacions en la MAPK. Vemurafenib, un inhibidor de BRAF, ha demostrat un augment de la supervivència global en els assajos de fase III i és una opció adequada per a la teràpia de primera línia en melanoma metastàtic amb mutacions de BRAF. Dabrafenib, un altre inhibidor de BRAF, i trametinib, un inhibidor de MEK, també han demostrat ser eficaços en assajos de fase III pel melanoma amb mutacions de BRAF i poden ser les opcions de tractament addicionals com monoteràpia o en combinació, estant pendents d'aprovació. Tot i que aquests agents causen respostes objectives i benefici clínic en pacients amb melanoma metastàtic, la resistència al fàrmac es desenvolupa invariablement.

Recentment s'ha aprovat l'ús d'ipilimumab per al tractament de pacients adults amb melanoma avançat (irressecable o metastàtic) que hagin rebut tractament previ. Ipilimumab bloqueja una molècula anomenada antígen 4 associat al limfòcit T citotòxic (CTLA-4), que exerceix un paper important en la supressió de la resposta immunològica normal del càncer. Les taxes de supervivència en els pacients que van rebre ipilimumab a dotze mesos i a dos anys van ser del 46% i el 24%, respectivament, enfront del 25% i 14% del grup de control. A més, els resultats dels estudis mostren que alguns pacients romanen vius després de tres i quatre anys de seguiment. Pel seu mecanisme d'acció, ipilimumab té importants efectes secundaris, en especial de caràcter autoimmunitari i en especial enterocolitis.

Existeixen estudis en fase I amb fàrmacs anti-PD1 com lambrolizumab en casos que han estat refractaris a imipimumab, amb resultats prometedors.

**Bibliografia:**

- Hamid O, Robert C, Daud A, et al. Safety and tumor responses with lambrolizumab (anti-PD-1) in melanoma. *N Engl J Med* 2013;369(2):134–44.
- Chmielowski B, Ebbinghaus SW, Li XN, et al. Combined BRAF and MEK inhibition in melanoma with BRAF V600 mutations. *N Engl J Med* 2012;367(18):1694–703.

## CARCINOMA BASOCEL·LULAR AVANÇAT I VISMODEGIB

Els avenços recents en la comprensió de les vies biològiques implicades en el desenvolupament i la progressió del CBC han portat al desenvolupament de la primera teràpia molecular dirigida per aquesta malaltia, vismodegib. La via de hedgehog (Hh) es troba mutada en pràcticament tots els pacients amb CBC i la inhibició d'aquesta via amb vismodegib sembla resultar en respostes clíniques significatives; de forma similar com succeeix en el meduloblastoma. Es desconeix encara si es desenvoluparan resistències al tractament, com succeeix amb altres tractaments monoclonals.

### Bibliografia:

- Macha MA, Batra SK, Ganti AK. Profile of vismodegib and its potential in the treatment of advanced basal cell carcinoma. *Cancer Manag Res* 2013;5:197-203.

## VIRUS I CÀNCER

El carcinoma de cèl·lules de Merkel és un càncer cutani poc freqüent que s'origina en el mecanoreceptor de Merkel. La seva incidència s'ha triplicat en les últimes dues dècades. Es tracta d'un tumor agressiu (el 50% de pacients amb malaltia avançada sobreviu menys de 9 mesos) que en general afecta a persones grans immunodeprimides, una característica que suggereix un origen infecciós. L'any 2008 es publica el treball de Feng i cols, que demostren la presència d'un nou poliomavirus que anomenen poliomavirus

de cèl·lules de Merkel present en el 80% de tumors (i 8% de controls). El material genètic viral es mostra integrat en l'ADN tumoral, el que fa pensar que la infecció precedeix el desenvolupament del tumor.

### Bibliografia:

- Feng H, Shuda M, Chang Y, Moore PS. Clonal integration of a polyomavirus in human Merkel cell carcinoma. *Science* 2008;319(5866):1096-100.

Les troballes del poliomavirus en el tumor de Merkel han estat comparades amb la patogènia del sarcoma de kaposi (SK) i el virus herpes humà tipus 8; de forma similar, el SK es desenvolupa en individus amb cert grau d'immunosupressió, el virus apareix integrat en la pràctica totalitat de tumors de SK, i la infecció és prèvia al desenvolupament tumoral. La presència d'aquests virus es considera necessari però no suficient per a la producció del tumor.

Finalment, i ja prou conegut, el paper dels virus del papil·loma humà d'alt risc en la patogènia de càncer d'orofaringe (20%), de penis (almenys el 60-70% dels casos), vulva (30-70%), vagina (50%) i de canal anal (90%). El criatge actual en pacients amb infecció pel VIH, que tenen sexe amb homes, inclou la pràctica d'anuscòpia d'alta resolució i citologia intranal amb periodicitat anual. En debat està ampliar aquest criatge a homes que tenen sexe amb homes, pacients infectats pel VIH, pacients immunodeprimits i dones amb antecedent de càncer genital.



# Comunicaciones

## SESSIÓ DE COMUNICACIONS ORALS I

### LEISHMANIA A LES TERRES DE L'EBRE

*N. Bellaubi Pallares, A. Pascual Diago, M. Cardona Ribera, M. Allali, M. Hoyos Valladares, J. Martínez Senmartí.*  
HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA

#### INTRODUCCIÓ

La Leishmaniasi és una malaltia parasitària, produïda en la zona mediterrània per l'espècie *L. Infantum* principalment. Aquesta es trasmet per la picadura de la mosca "Phlebotomus" i el gos és el principal reservori. Té bàsicament dues formes de presentació clínica en el nostre medi, la forma cutània i la visceral, i sovint s'associa a estats d'immunosupressió. A nivell estatal és una malaltia endèmica (de predomini a la C. Madrid, C. Valenciana i Catalunya) que darrerament ha experimentat un augment de la incidència en alguna localització.

#### OBJECTIUS

Detectar la incidència de la leishmaniasi a nivell de les Terres de l'Ebre en els darrers 8 anys, la seva distribució en les formes clíniques cutània/visceral i segons l'estat immunològic del pacient, i comparar aquestes dades amb les estatals. Material i mètodes: Estudi retrospectiu amb revisió dels casos diagnosticats de Leishmaniasi per cultiu, PCR o observació directa del paràsit entre els anys 2005-2012 a les comarques del Baix Ebre i Montsià. Càlcul de la incidència anual i classificació per subgrups en funció de l'edat, forma de presentació cutània o visceral, i estat d'immunosupressió.

#### RESULTATS

La incidència anual de leishmaniasi a les Terres de l'Ebre entre els anys 2005-2012 es situa entre 0.64-3.22 casos nous/100.000 hab/any, una incidència molt su-

perior a l'estatal, que es situa en 0.3 casos nous/100.000 hab/any, i a la global catalana, situada en 0.5 casos nous/100.000 hab/any. Si bé la incidència en les Terres de l'Ebre sempre ha estat superior a la global catalana i espanyola, s'ha objectivat un augment progressiu de la incidència en els darrers 3 anys (desde 2010), que coincideix amb també un augment de la incidència en altres comunitats prevalents com la Comunitat de Madrid. Tot i que clàssicament la major part dels casos estaven relacionats amb estats d'immunosupressió, actualment a les Terres de l'Ebre i també com a la resta de l'estat, predomina en l'hoste immunocompetent (>60%). En quant a les formes de presentació clínica, en la població adulta en global és lleugerament més freqüent la forma cutània (58%), si bé en l'anàlisi de subgrups, en l'hoste immunodeprimat és més freqüent la forma visceral (60%), i en l'hoste immunocompetent la forma cutània (71%). No obstant, en el darrer any s'ha observat un increment de la forma visceral en hostes immunocompetents.

#### CONCLUSIONS

La leishmaniasi és una malaltia endèmica amb incidència superior a les Terres de l'Ebre respecte la resta de l'estat, en augment en els darrers anys. Malgrat prèviament ser una malaltia típica d'hostes immunodeprimats i en la forma clínica visceral, actualment és més freqüent en hostes immunocompetents. Si bé en aquests continua essent més freqüent la forma cutània, hi ha una tendència actual a l'increment de les formes visceral, pel que no s'ha de descartar aquesta patologia en un adult immunològicament sà. ●



## SONDATGES VESICALS EN ELS SERVEIS D'ÀREES MÈDIQUES DE L'HVCT

*Meriem Allali, Angels Pascual, Naya Bellaubi Pallarès, Miguel Hoyos Valladares, Jessica Martínez Senmartí, Elena Chamarro Martí*  
HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA

### INTRODUCCIÓ

El sondatge vesical és un procediment àmpliament utilitzat tant per indicacions terapèutiques com diagnòstiques. El seu ús inadequat produeix complicacions com és el cas infeccions del tracte urinari. Per evitar aquestes conseqüències és important reduir l'ús indiscriminat i seguir les guies de la correcta pràctica clínica.

### OBJECTIUS

Conèixer la prevalència del sondatge vesical en el servei d'àrees mèdiques de l'HVCT, les seves indicacions, adequació i complicacions.

Mètodes: Es realitza un estudi prospectiu i observacional. Es recollen els pacients ingressats en els serveis d'àrees mèdiques de l'HVCT portadors de sonda vesical i es realitza seguiment de la seva evolució i complicacions. Es considera indicat el sondatge vesical en casos de retenció urinària, necessitat de monitorització de diuresi estricta, hematuria macroscòpica i cirurgia pèlvica; i contraindicacions la incontinença urinària i lesions i traumatismes ureterals.

### RESULTATS

Durant 8 dies es comptabilitzen els pacients ingressats portadors de sonda vesical obtenint-ne un total de 21 (12 dones 57.4% i 9 homes 42.6%), amb una mitja d'edat de 79 anys, d'entre ells el 4 pacients, el 19% ja eren portadors de sondatge vesical permanent (3 homes i 1 dona). Si es té en compte el motiu d'ingrés i el servei de col·locació del sondatge vesical, 5 pacients (23.8%) presenten patologia neurològica (AVC, meningitis/encefalitis, HSA), 6 (28.5%) són de causa respiratòria (MPOC, neumònia, EAP), el 33.4% en 7 casos

són de causa cardíaca i renal (SCA, IC, IRenal) i el 14.3% 3 casos es troben relacionats amb sèpsi. És al servei d'UCIEs on s'indiquen el 48% (10) dels sondatges vesicals, el 9.5% (2) en les plantes d'àrees mèdiques, el 9.5% en el servei d'UMI i la resta 7 casos, 33.4% es desconeix. El motiu o indicació de la tècnica és en el 94%(16) per control estricte de diuresi i el 6% per retenció aguda d'orina. A nivell del temps de sondatge, s'objectiva una mitja de 4.3 dies (17 sondats de nou, 4 permanent) amb complicacions associades en el 33.4% dels casos (7) sent la hematuria el 14.3% (3) amb RAO associada en un dels casos i la infecció del tracte urinari 14.3% les objectivades. Pel que fa a l'etiologia de les ITU s'aïllen un Blee i una Klebsiella pneumoniae en dos de les tres ITUs observades El 42.8% dels pacients amb sondatge vesical es troben lliures de complicacions.

### CONCLUSIONS

El sondatge vesical es un procediment àmpliament utilitzat que pot comprometre la salut per alt risc de infeccions del tracte urinari, pielonefritis i sèpsi. El risc de bacteriuria en pacients sondats entre 2-10 dies augmenta 5%/dia i els de llarga duració apareix bacteriuria polimicrobiana habitualment. Es necessita de cribar de forma adequada a aquells pacients on es indicat i buscar mètodes de col·lecció urinària diferents. S'ha de valorar també el perllongat ús de les sondes, ja que un cop col·locades no es revalorat tempranament la possibilitat d'extracció i continuen sondats quan el problema del sondatge s'ha resolt. En conclusió donat les múltiples complicacions associades s'haurien d'habilitar mètodes de control i alternatius a més de revisar diàriament la indicació de mantindre la sonda amb la finalitat de acurtar duració i complicacions. ●

## BACTERIEMIA EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA COMARCA DE OSONA. CATALUÑA

*Carlos Azuaje; José Tomás Leganés de Novas; Teresa Méndez-Siliuto; Javier Díez de los Ríos; Anna Vilamala; Núria Molist; Gianni Lucchetti*  
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

### INTRODUCCIÓN

Bacteriemia es un proceso infeccioso diseminado asociado a un aumento de la morbilidad, mortalidad y costos. Los nuevos modelos asistenciales en los sistemas de salud han cambiado la epidemiología en muchos campos de las enfermedades infecciosas. La bacteriemia en el paciente geriátrico ha sido poco estudiada. El objetivo de nuestro estudio es describir las características y la mortalidad de las bacteriemias en pacientes  $\geq 80$  años.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional que incluye todos los episodios de bacteriemia de forma secuencial durante el período comprendido entre el 01 enero 2012 a 30 octubre 2012 (retrospectivo) y 01 noviembre 2012 a 31 mayo 2012 (prospectivo). Se recogieron variables demográficas, comorbilidades (Índice de Charlson), estado basal (Índice de Barthel), origen de la bacteriemia (definiciones de Friedman et al. en 2002), gravedad clínica (Conferencia de



Consenso de Critical Care Medicine), foco de la bacteriemia, agente etiológico, mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días. Los pacientes fueron clasificados en dos franjas de edad: de 80 a 89 años (G1) y  $\geq 90$  años (G2). Se realizó un estudio descriptivo y la prueba de Chi-cuadrado. Se utilizó el programa informático SPSS, versión 12.0. Se consideró una significación estadística de  $p < 0,01$ . Resultados: Se analizaron 134 episodios de bacteriemia: la edad media  $86 \pm 4,48$  años, la proporción según el género fue similar (hombres: 49,6%; mujeres: 50,4%). La mayoría de los paciente se encontraba en su domicilio 78,4%. Los hemocultivos se realizaron principalmente en el Servicio de Urgencias 88,5%. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (97,8%). Los grupos estaban formados: G1 108 pacientes (77,7%) y G2 31 pacientes (22,3%). Los índices de Charlson y Barthel presentaron una media de  $6,47 \pm 2,29$  y  $74,4 \pm 29,34$  en el G1;  $8,03 \pm 2,07$  y  $64,84 \pm 30,01$  en el G2 respectivamente ( $p = 0,03$ ). El origen de la bacteriemia fue Comunitaria (G1: 66,6%; G2: 74,2%;  $p = 0,05$ ); Asocia-

da a Cuidados de Salud (G1: 26,9%; G2: 16,1%;  $p < 0,01$ ) y Nosocomial (G1: 6,5%; G2: 9,7%). La gravedad clínica se presentó: bacteriemia sintomática (G1: 26,9%; G2: 22,6%), Sepsis (G1: 50%; G2: 61,3%,  $p < 0,01$ ), Sepsis Severa (G1: 6,5%; G2: 6,9%) y Shock séptico (G1: 16,7%; G2: 9,7%). El foco urinario representó el 44,4% y 45,2% en G1 y G2, respectivamente y el biliar 20,4% y 32,3% ( $p < 0,01$ ). E. coli representó el 54,5% en G1 y el 67,7% en G2. La mortalidad en cada grupo de edad fue del 11,1% y 19,4%.

## CONCLUSIONES

Las bacteriemias en el anciano son en su mayoría de origen Comunitario pero un porcentaje importante está Asociado a los Cuidados de Salud; Clínicamente se presenta como Sepsis y sobre todo de origen urinario. E coli es la bacteria más frecuentemente implicada. La mortalidad fue más alta en el grupo de mayor edad, es necesario el proseguir con el estudio para determinar los factores influyentes. ●

## ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM Y CARBAPENEMS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Montserrat Pons Busom; Glòria Garcia Segarra; Gemma Morlà Clavero; Guadalupe Ballesteros Cabañas; Margarita Aguas Compaired  
IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

### OBJETIVO

Evaluar la utilización de piperacilina/tazobactam, imipenem y meropenem. Analizar si indicación, dosis y pauta posológica se adecuan a las guías actuales, y valorar si su prescripción se realiza de acuerdo con los criterios establecidos en nuestro hospital.

### MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes en tratamiento con piperacilina/tazobactam y carbapenems en un hospital universitario durante seis meses. Se excluyeron los pacientes durante su estancia en la Unidad de Curas Intensivas, considerando los traslados a esa unidad como fin de tratamiento.

Diariamente se identificaron los tratamientos activos, se revisaron las historias clínicas y se registraron datos antropométricos, clínicos, microbiológicos y de antibioticoterapia para cada prescripción.

La adecuación de las prescripciones la evaluaron miembros del Comité de Infecciones y los criterios utilizados para ello fueron:

- Indicación: según la ficha técnica, los factores de riesgo para gérmenes resistentes y el fracaso previo a algún tratamiento antibiótico.
- Posología: en función del filtrado glomerular (MDRD).

- Duración del tratamiento: de acuerdo con la indicación y los resultados del antibiograma.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables más relevantes incluidas en el seguimiento de los pacientes mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Así como un estudio comparativo entre variables mediante las pruebas de ji al cuadrado (variables cualitativas) y de comparación de media t de Student (variables cuantitativas).

### RESULTADOS

De los 214 pacientes incluidos en el estudio, se prescribió piperacilina/tazobactam en el 53,3% de los casos y carbapenems en el 46,7% restante (imipenem 37,8% y meropenem 8,9%).

La duración media de tratamiento fue de 7,9 días (DE 5,3), el 81,3% de los tratamientos se consideraron empíricos y se solicitó antibiograma en el 81,8% de los pacientes. La causa más frecuente de finalización de tratamiento fue el alta hospitalaria, excepto para meropenem que fue el cambio de antibiótico.

Los servicios con mayor número de prescripciones de estos antibióticos fueron: Urgencias (31,3%), Medicina Interna (22,4%) y UCI (12,1%). Piperacilina/tazobactam e imipenem se prescribieron de forma similar a la pro-

porción global, mientras que meropenem, fue prescrito en el 52,6% de los casos por Medicina Interna, en el 26,3% por Urgencias y en el 10,5% por Neumología.

Se consideraron adecuadas el 57,5% del total de prescripciones ellas: el 57,9% de piperacilina/tazobactam, el 59,3% de imipenem y el 47,4% de meropenem. De las inadecuadas, el 57,1% fue por existir otra alternativa, el 22% por dosis incorrecta, el 16,5% por duración del tratamiento inadecuada y el 4,4% por frecuencia de administración errónea según el filtrado glomerular. El servicio con mayor porcentaje de adecuación fue Neumología (73,3%) y la indicación de estos antibióticos en la neutropenia febril se consideró adecuada en el 100% de los casos.

## CONCLUSIONES

La prescripción de piperacilina/tazobactam y carbapenems se ajusta en más de la mitad de los casos a los criterios establecidos por la Comisión de Infecciones del hospital. Hacer difusión de los resultados obtenidos a todos los profesionales del centro haciendo hincapié en las posibles medidas de mejora.

Realizar una revisión de los protocolos de prescripción y hacer la difusión pertinente.

Racionalizar el uso de estos antibióticos: terapia empírica inicial y adecuación posterior según los resultados microbiológicos.

Una vez implantadas estas medidas volver a evaluar la utilización de estos antibióticos ●

## PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE Y VIH: UNA RELACIÓN ¿CAUSAL O CASUAL?

*Javier Márquez Gómez; Meritxell Mas Puig; Lidia Tikhomirova; Daniel Taveras Montero; Elisabet Rosa Coronado; Sheila Ruiz Ruiz; Carles Creus Gras; Olga Araújo Loperena; Rafael Ramírez Montesinos; Enric Pedrol Clotet.*

XARXA SANITÀRIA I SOCIAL DE SANTA TECLA. HOSPITAL DE SANT PAU I SANTA TECLA (TARRAGONA)

La infección VIH y las porfirias se han descrito conjuntamente en un mismo paciente. En la bibliografía revisada están descritos menos de cien casos de porfiria cutánea tarda (PCT) en pacientes VIH+. La población VIH está considerada un grupo de riesgo para desarrollar PCT debido a que en la patogenia de esta enfermedad se han implicado infecciones víricas tales como el VHC, VHB. En cambio, la coexistencia de porfiria aguda intermitente (PAI) - VIH es un hecho raro, del que se han descrito 5 casos. Presentamos el caso de una mujer joven, recientemente diagnosticada de infección por VIH en la que, tras el inicio de varias líneas de TAR se desencadenaron una serie de síntomas que condujeron finalmente al diagnóstico de una porfiria aguda intermitente.

Mujer de 36 años sin conductas de riesgo ni antecedentes familiares de interés. Se realizó conización en 1998 por CIN II-III de cuello uterino. En 2002 fue diagnosticada de tuberculosis ganglionar y VIH+ (linfocitos CD4: 277 elementos/mm<sup>3</sup> y carga viral-VIH: 304000 copias/ml); VHB y C negativos. Se inició AZT+3TC+TDF. En 2006 (CV-VIH < 50 copias/ml y CD4: 744 elementos/mm<sup>3</sup>) consulta por dolor abdominal y vómitos que se controlaron solo con opiáceos. Las pruebas complementarias fueron normales (analítica, fibrogastroscoopia, TC abdominal y colonoscopia). El dolor desapareció coincidiendo con la menstruación y se fue repitiendo mensualmente. Al mes, presenta cuadro confusional y crisis comicial tónico-clónica. El estudio del LCR fue normal al igual que la TC craneal; diagnosticada de depresión y trastorno somatomorfo inició tratamiento correspondiente. Días después presenta nuevo episodio de síndrome confusional agudo, con pérdida progresiva de fuerza en extremidades superiores e inferiores, parestesias y dolor abdominal.

Se orientó como privación a opiáceos. La exploración mostró pérdida de fuerza generalizada de predominio distal, atrofia muscular severa con incapacidad para la marcha. Se interrumpieron los antirretrovirales 6 semanas; al reiniciarlos sus CD4 eran de 417 elementos/mm<sup>3</sup> y su CV-VIH de 100000 copias/ml; se la trató con lopinavir/ritonavir + tenofovir/FTC. Se diagnosticó de trastorno de ansiedad generalizada. La paciente inició amenorrea. Un año después con tratamiento rehabilitador volvió a deambular aunque presentaba un síndrome de pies y manos caídos. A los 18 meses, y tras reaparecer menstruación, presenta de nuevo pérdida progresiva de fuerza en las cuatro extremidades, con parestesias y disestesias y reaparecieron los cuadros de dolor abdominal. El EMG evidenció polineuropatía sensitivo-motora de marcado predominio motor y carácter axonal de distribución simétrica con severa pérdida axonal en territorios distales y proximales de las 4 extremidades sin evidencia de denervación en territorios bulbar y torácico. Severa afectación autonómica (simpática/ parasimpática). Durante su ingreso además presentó hipertensión, retención aguda de orina y labilidad. Finalmente (casi 2 años tras inicio de síntomas y tras pasar por 5 hospitales), se observó accidentalmente un cambio en la coloración de la orina cuando la luz solar incidía sobre ella, con lo que se sospechó y comprobó la existencia de una porfiria aguda intermitente (PAI). Se inició tratamiento con hemina con mejoría de todos los síntomas. Se realizó estudio genético familiar encontrándose que madre y una hermana presentaban datos de PAI sin clínica. Desde entonces la paciente sigue con fisioterapia y administraciones de hemina de forma periódica. En 2007 por dislipemia se cambió Lopinavir/ritonavir por Fosamprenavir/r. Unos meses después, presentó nueva

crisis por lo que se decidió cambiar Fosamprenavir/r por Atazanavir sin potenciar, que toleró mal con aparición de ictericia y discreta insuficiencia renal; por todo ello, se decidió monoterapia con Darunavir/ritonavir pero a las 24 h de inicio del tratamiento presentó nueva crisis que se resolvió con la retirada del fármaco. Desde entonces recibe tratamiento con Raltegravir + tenofovir/FTC sin nuevas complicaciones (CD4: 1010 elementos/mm<sup>3</sup> y CV-VIH < 20 copias/ml).

Las porfirias son un grupo de enfermedades del metabolismo que se producen por defectos enzimáticos en la ruta de la síntesis de las porfirinas, que tiene como producto final el grupo HEM. Este grupo forma parte de diversas hemoproteínas, como la hemoglobina o la superfamilia del citocromo P450. La enzima deficitaria en la PAI es el uroporfirinógeno I-sintetasa habiéndose identificado más de 342 mutaciones en el gen que la codifica, que si-

guen un patrón de herencia autosómico dominante. La base terapéutica consiste en prevenir las crisis mediante el control estricto del uso de fármacos, abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas, evitar dietas de adelgazamiento y otras situaciones que desencadenen la inducción del citocromo P450. El tratamiento crónico se realiza mediante aporte de grupo hem exógeno en forma de hematina. Probablemente, algunos de los antirretrovirales que recibía la paciente se comportaron como desencadenantes de las crisis. La bibliografía clasifica (1,2) como antirretrovirales seguros en pacientes con PAI a abacavir, didanosina, lamivudina, tenofovir y zalcitabina, mientras que nevirapina, amprenavir, indinavir, nelfinavir o ritonavir (dosis plenas) se desaconseja su uso. Otros como efavirenz, saquinavir, estavudina, zidovudina, emtricitabina, lopinavir o raltegravir deberían usarse con precaución al carecerse de datos concluyentes al respecto. ●

## EFICÀCIA I SEURETAT DEL CANVI DE TENOFOVIR DF + EMTRICITABINA (TRUVADA®) PER ABACAVIR + LAMIVUDINA (KIVEXA®).

*Meritxell Mas Puig; Javier Márquez Gómez; Lúdia Tikbomirova; Maria Tàsias Pitarch; Olga Araújo Loperena; Sheila Ruiz Ruiz; Antonio Delegido Sánchez-Migallón; Enric Pedrol Clotet.*

XARXA SANITÀRIA I SOCIAL DE SANTA TECLA. HOSPITAL DE SANT PAU I SANTA TECLA. TARRAGONA. SERVEI MEDICINA INTERNA.

Tenofovir DF (TDF) esta recomanat en totes les guies com a tractament d'elecció en els pacients VIH+ en la seva forma coformulada (Truvada®) ja sigui en combinació amb un inhibidor de la proteasa o bé amb un no anàleg dels nucleòsids (Atripla® o Eviplera®). Per això, TDF és, en l'actualitat, el fármac antiretroviral més prescrit ja sigui com a molècula única (Viread®) o coformulada (Truvada® o Atripla® o Eviplera®). Amb la seva utilització s'han anat descrivint toxicitats secundaries com, i bàsicament, la renal i òssia. El seu elevat preu en relació a altres fármacs, suposa, en el moment actual de crisis, un altre inconvenient.

### OBJECTIU

Esbrinar si el canvi de Truvada® a Abacavir + Lamivudina (Kivexa®), fármac també recomanat en les guies, amb perfil de toxicitats diferent i més econòmic, és eficaç i segur, ja que no existeix experiència al respecte.

### PACIENTS I MÈTODES

Es van incloure consecutivament els primers 20 pacients visitats que rebien tractament amb Truvada® i que necessitaven el canvi de TDF per algun motiu; aleshores, se'ls prescrivia Kivexa® sempre que no existissin resistències al fármac i fossin HLA-B\*5701 negatius. Es recollien basalment i als 6 mesos dades demogràfiques, analítiques i els efectes secundaris.

### RESULTATS

61% homes; edat mitja: 49+12 a; SIDA: 50%; coinfectats VHB/VHC: 44%; Conducta de risc: 50% Heterosexual, 28% Homosexual, 17% ADVP i 5% altres. Mitja de tractament previs: 3+2 i mitja anys infecció 9+5. El 61% havien presentat en algun moment càrrega viral VIH > 100000 cop/ml. Motius canvi: 33% deteriorament de funció renal; 28% alteracions òssies, 29% intolerància i 10% altres. Després de 6 mesos de seguiment no es va produir cap esdeveniment cardiovascular, ni cap retirada de l'estudi. La taula 1 mostra els resultats analítics. Un 17% dels pacients després del canvi van tenir un descens de la Creatinina > 0,5 mg/dL. Basalment, un pacient presentava P < 0,87 mMol/L que es va corregir. El K<sup>+</sup> no va presentar variacions.

### DISCUSSIÓ

En aquest estudi pilot el canvi de Truvada® per Kivexa® va ser eficaç des del punt de vista immunoviològic (inclús estadísticament millor en guany de limfòcits CD4). A nivell renal es va produir una millora dels paràmetres estudiats. En el lipidograma trobem, un discret deteriorament (com era d'esperar ja que TDF es considera lipolític), però en tot cas, els canvis, tot i que significatius en alguns casos, van ser variacions dins de la normalitat. La tolerància a Kivexa® va ser bona i no es van produir retirades de l'estudi. A més, s'aconsegueix

un estalvi econòmic (565,2 € en el període estudiat) amb aquest canvi (PV + IVA: Truvada©: 13.48 €/cp i Kivexa©: 10.34 €/cp).

**CONCLUSIÓ**

El canvi efectuat ha demostrat ser eficaç, segur i econòmic. ●

**Taula 1. Evolució de les dades immuno-virològiques i del lipidograma.**

Variable	Basal	6 mesos	P
Carga viral VIH indetectable (< 34 còpies/mL)	67%	94%	.11
Límfocits CD4	643 + 386 cèl·lules/mm3	722+ 396 cèl·lules/mm3	.000
Colesterol total	197 + 38 mg/dL	204 + 56 mg/dL	.000
Colesterol HDL	111 + 222 mg/dL	56 + 16 mg/dL	.000
Colesterol LDL	165 + 211 mg/dL	166 + 217 mg/dL	.06
Triglicèrids	170 + 120 mg/dL	179 + 184 mg/dL	.00

**SARCOIDOSI A LES TERRES DE L'EBRE**

*A. Pascual Diago, N. Bellaubi Pallares, Meriem Allali, Jessica Martinez Senmarti, N. Sanz Arevalillo, P. Ferràs Carceller.*

HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA

**INTRODUCCIÓ**

La sarcoidosi és una malaltia inflamatòria granulomatosa sistèmica de causa desconeguda. Afecta a adults joves d'ambdós sexes amb lleuger predomini femení. Pot ser assintomàtica o manifestar-se amb símptomes sistèmics aguts, havent-hi en el 90% dels casos afectació pulmonar de forma inicial. El pronòstic de la malaltia ve determinat per l'estratificació a nivell radiològic i el seu diagnòstic és complex; s'estableix quan davant d'un quadre clínic-radiològic compatible, es demostra la presència de granulomes epitelioides

no caseificants amb exclusió d'altres malalties granulomatoses. La indicació per a l'administració de tractaments es basa en l'estadi radiològic i la clínica associada. La major part dels pacients no requereixen tractament i en alguns casos la malaltia pot revertir de forma espontània.

**OBJECTIUS**

Caracteritzar la població diagnosticada de sarcoidosi en la nostra àrea mèdica.

**MATERIAL I MÈTODES**

Estudi observacional, retropectiu, on es revisen històries clíniques de pacients amb el diagnòstic de sarcoidosi en un hospital comarcal, centre de referència que asisteix a una població d'uns 170000 habitants. Es recullen dades demogràfiques, forma de presentació de la malaltia, òrgans i sistemes afectes, proves diagnòstiques, tractament realitzat i evolució clínica.

**RESULTATS**

Es recullen un total de 10 casos de sarcoidosi entre els anys 1973 i 2012, amb una afectació per sexe de predomini femení (6 dones, 4 homes). La edat mitja de presentació és de 49 anys (interval comprès entre 35 i 73 anys). Nou dels deu pacients són naturals de les Terres de l'Ebre i el restant d'origen marroquí. Com a símptoma inicial trobem: adenopaties en 4 casos, clínica respiratòria 1, afectació cutània 1, uveïtis 1, afectació de l'estat general 1 i assintomàtica 1. Del total de la mostra el 50% va presentar afectació pulmonar i l'altre 50% extrapulmonar. L'afectació pulmonar predomina



en homes (3 dels 4 homes) i l'extrapulmonar en dones (4 de les 6 dones). El diagnòstic de sarcoidosis és histològic en el 90% dels casos (biopsia d'adenopatia 5, biopsia mitjançant mediastinoscopia 2, broncoscopia 1, biopsia glàndula parotídea 1). En quant a l'estadiatge: 60% estadi 2 (adenopaties hiliars bilaterals + afectació parenquimatososa) i 40% estadi 0 (no afectació pulmonar al llarg de la malaltia).

Únicament quatre pacients han estat tractats, d'aquests, tres han presentat bona evolució amb corticoides, i el quart amb corticoides i immunosupresors ha presentat evolució tòrpida (afectació ocular, cutània i progressió a E2). Només un dels pacients inclosos a l'estudi ha segut èxitus (per causes alienes a la sarcoidosis).

## CONCLUSIONS

Les dades demogràfiques es corresponen amb el que es descriu en la literatura mèdica, afecta a adults joves d'ambdós sexes amb lleuger predomini femení.

La tasa d'afectació extrapulmonar en la nostra mostra és molt alta (50%) comparada amb altres estudis retrospectius (7-22%).

Els resultats de l'estudi mostren una baixa incidència de la malaltia dintre d'un ampli període de temps, conseqüència d'un infradiagnòstic.

Coincidint amb la literatura publicada, la majoria dels casos evolucionen favorablement sense tractament. ●

## TRASPLANTAMENT PULMONAR EN ESCLEROSI SISTÈMICA: EXPERIÈNCIA D'UN CENTRE DE REFERÈNCIA

*Andreu Fernández Codina; Maria Guadalupe Silveira; Iago Pinal Fernández; Cristina Berastegui García; Roser Solans Laquè; Carmen Pilar Simeón Aznar; Vicent Fonollosa Plà; Antonio Román Broto; Miquel Vilardell Tarrés*

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

### OBJECTIUS

El trasplantament pulmonar (TP) és una opció terapèutica reconeguda en pacients afectes d'esclerosi sistèmica (ES) amb complicacions parenquimatoses i/o vasculars pulmonars greus amb esperança de vida molt reduïda. Hi ha pocs estudis al respecte en la literatura. L'objectiu del treball és descriure les característiques clíniques, evolució i supervivència d'una sèrie de pacients afectes d'ES que han rebut un TP.

### MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu on s'han inclòs pacients diagnosticats d'ES i trasplantats entre Maig de 2005 i Juliol de 2012, d'entre 642 TPs realitzats en el nostre centre. S'han obtingut dades mitjançant revisió de les històries clíniques i bases de dades.

### RESULTATS

Sis pacients amb ES van rebre un TP. Quatre van ser dones (66%), amb edat mitjana al TP de  $45 \pm 8$  anys. Quatre eren exfumadors i un patia de silicosis. Segons el subtipus d'ES (Classificació de LeRoy i Medsger modificada) la distribució va ser 3 ES limitades, 2 ES difuses i 1 ES sine escleroderma. En quant a manifestacions, tots presentaven fenomen de Raynaud i afectació esofàgica; 5 afectació osteomuscular, malaltia pulmonar intersticial difusa (MPID) i cardíaca; 3 úlceres digitals i hipertensió arterial pulmonar (HAP). El motiu del TP va ser MPID en 3 ocasions, MPID associada a HAP en 2 i HAP aïllada en 1. Cinc trasplantaments van ser bipulmonars i un unipulmonar dret.

Com a complicacions inicials 3 pacients van presentar gastroparèsia, 2 parèsia diafragmàtica i 1 rebuig agut cel·lular. Dos individus no van presentar complicacions immediates. Com a complicacions tardanes, 2 van presentar estenosis bronquials i 1 disfunció crònica de l'empelt (Síndrome de bronquiòlitis obliterant). Tots els pacients van realitzar tractament amb tacròlimus, micofenolat de mofetil i corticoides. Pel que fa a la supervivència, va ser del 80% a l'any i als dos anys. Les morts van ser degudes a infeccions respiratòries (2) i a adenocarcinoma de pulmó (1). Actualment 3 pacients es troben en els mesos 25, 24 i 5 postTP.

### DISCUSSIÓ

El TP és un tractament acceptat per l'ES en cas d'afectació parenquimatososa i/o vascular pulmonar severes. L'afectació greu d'altres òrgans diana de l'ES pot condicionar complicacions després de l'TP, així doncs, la selecció de pacients resulta cabdal. Els pacients de la nostra sèrie presenten unes característiques clíniques i analítiques de la seva malaltia de base superposables a altres estudis, sent la MPID el principal motiu de TP. La majoria dels TP van ser bipulmonars. La incidència de complicacions en el postrasplantament immediat i tardà han estat les esperables per a TP en pacients amb HAP idiopàtica o fibrosi pulmonar idiopàtica, amb una incidència similar. L'anàlisi de supervivència mostra un 80% de pacients vius als 2 anys postTP. Aquestes dades, són semblants a les sèries més extenses fins al moment, tant per a ES com per a les altres indicacions de TP, malgrat existir controvèrsia sobre un potencial increment del rebuig a l'empelt i de disfunció del mateix per broncoaspiració. La principal causa de mortalitat van ser les infeccions.



## CONCLUSIONS

El TP és una opció terapèutica per a pacients amb MPID i HAP avançades en context d'ES. El TP bipulmonar va ser el més utilitzat en la nostra sèrie. La mortalitat a l'any i als dos

anys va ser similar a la descrita per a altres indicacions de TP en altres sèries. Les complicacions infeccioses van ser la principal causa de mortalitat. Calen més estudis col·laboratius per a valorar la seva efectivitat a curt i llarg termini. ●

---

## UN NOU CAS DE LIPODISTRÒFIA GENERALITZADA ADQUIRIDA ASSOCIADA A MALALTIES AUTOIMMUNES

*Gemma Melé Ninot; Maria José Aldunce Soto; Manuel Sánchez Regaña; Montserrat Salleras Redonnet*

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

Les síndromes lipodistròfiques són poc freqüents i formen part d'un grup de malalties caracteritzades per una pèrdua progressiva de teixit gras principalment del teixit gras subcutani i ocasionalment del greix visceral. Es classifiquen en congènita o adquirida, parcial o generalitzada.

Presentem un cas d'una dona de 61 anys que als 40 anys va iniciar una pèrdua de greix subcutani generalitzat principalment de la cara i les extremitats inferiors i superiors, amb preservació del greix retroorbitari. La pacient no recorda nòduls dolorosos a les extremitats inferiors previs a l'inici de la pèrdua del greix. Al cap de 10 anys va ser diagnosticada de diabetis mellitus tipus 2, hipertriglicèridèmia per sobre de 9 g/l i baixos nivells de colesterol HDL. Als 52 anys la pacient va debutar amb tiroïditis de Hashimoto i uns anys més tard va ser diagnosticada de psoriasis. Al cap de 7 anys presentà urticària crònica.

La patogènesis de la pèrdua de greix en els pacients amb lipodistròfia adquirida generalitzada (LGA) o síndrome de

Lawrence pot ser variable, essent encara els mecanismes exactes incerts. El teixit adipós té una funció essencial en el metabolisme sistèmic com s'ha exemplificat en les lipodistròfies, en les que la falta de greix causa moltes complicacions com resistència a la insulina, hipertriglicèridèmia, esteatosi hepàtica i malalties cardiovasculars.

Aquesta síndrome pot coexistir amb altres malalties autoimmunes, com la tiroïditis de Hashimoto, l'artritis reumatoide, l'anèmia hemolítica, el vitil·ligen, la urticària crònica, l'angioedema i l'hepatitis crònica. La pacient que presentem ha desenvolupat tiroïditis de Hashimoto, psoriasis i urticària crònica, pel que considerem que aquest cas correspon a la variant autoimmune de la LGA.

El tractament de la LGA és el de la diabetis, la dislipèmia i les complicacions associades. Els fàrmacs sensibilitzadors de la insulina poden ser útils. El pronòstic varia en funció de la precocitat i la gravetat de les complicacions diabètiques, cardiovasculars i hepàtiques. ●

## SESSIÓ DE COMUNICACIONS ORALS II

### ANGIOSARCOMA D'AUROCULA DRETA AMB METÀSTASI PULMONAR

*Francisca Artigues, Ana Marqueno, Rosario Salas, César Morcillo, Cati Fornós, Dolors Sort, Ana Lozano, Gloria García, Antonio Cárdenas, María Sanjaume, Jordi Delàs*  
HOSPITAL DEL SAGRAT COR. BARCELONA

#### CAS CLÍNIC

Home de 45 anys que va ingressar al nostre Hospital el 11/11/12 per dolor retroesternal de 5 dies d'evolució, expectoració hemoptoica i dispnea en repòs. Exploració física i anàlisis de laboratori eren pràcticament normals.

La radiografia de tòrax mostrava augment del diàmetre cardíac. Es va realitzar tomografia computada (TC) toràcica on es va observar cardiomegàlia, vessament pericàrdic, una massa a la cavitat auricular dreta i nòduls pulmonars bilaterals dispersos, am un cercle de major atenuació circumdant. En l'ecocardiograma - Doppler hi havia una massa de 3 cm de diàmetre a l'aurícula dreta, sense obstrucció de la vena cava superior, ni de la vàlvula tricuspídica. La ressonància magnètica (RM) cardíaca va mostrar massa infiltrant, heterogènia, irregular i vascularitzada, adherida a la paret posterior i inferior de l'aurícula dreta que s'insinuava lleugerament cap al punt de drenatge de la vena cava superior, no així de la inferior, sense infiltració de la vàlvula tricúspide, ni de la base cardíaca. Vessament pericàrdic lleuger o moderat. Múltiples lesions pulmonars nodulars bilaterals.

La biòpsia per videotoroscopia dreta i l'estudi immunohistoquímic foren compatibles amb metàstasi de angiosarcoma.

#### DISCUSSIÓ

Dins dels tumors malignes del cor, els sarcomes són els més habituals. Els angiosarcomes típicament es localitzen a l'aurícula dreta, mentre que els fibrosarcomes i els sarcomes no diferenciats tendeixen a trobar-se en l'aurícula esquerra. Les neoplàsies cardíques primàries tenen una incidència d'aproximadament el 0,02% en sèries d'autòpsies, mentre que els tumors metastàtics són entre 20 i 40 vegades més freqüents i s'originen majoritàriament a partir de melanomes cutanis, carcinomes pulmonars o tumors de mama.

Al voltant del 75% dels tumors primaris cardíacs són benignes dels quals els mixomes representen més de la mei-

tat. Dins dels tumors malignes, els sarcomes són els més habituals (75%) i constitueixen entre el 10 i el 20% dels tumors primaris cardíacs totals.

La prevalença de sarcomes primaris cardíacs en autòpsies és de 0,0017%. Els angiosarcomes típicament es localitzen a l'aurícula dreta, mentre que els fibrosarcomes i els sarcomes no diferenciats tendeixen a trobar-se en l'aurícula esquerra. El cas presentat es situava a la paret posterior auricular dreta, amb infiltració de la mateixa en la seva porció posterior i inferior.

Els angiosarcomes presenten una major prevalença en homes (3:2) d'entre 30 i 50 anys. Les metàstasis pulmonars com a primera manifestació apareixen en el 66-89% dels pacients. Altres llocs de metàstasi són els nòduls limfàtics, teixit ossi, fetge, cervell, intestí, melsa, glàndules adrenals, pleura, diafragma, ronyons, tiroides i pell.

L'etiologia dels angiosarcomes cardíacs és desconeguda. S'ha suggerit un patró hereditari familiar, a partir d'estudis citogenètics que han detectat anomalies cromosòmiques, sobretot de tipus numèric.

Donada la naturalesa agressiva dels angiosarcomes cardíacs, habitualment la supervivència després del diagnòstic és de 6 a 10 mesos. La RM proporciona més informació que la tomografia per a la caracterització de teixits tous i per avaluar les anormalitats intrínseques del miocardi.

No hi ha una pauta de tractament per als angiosarcomes. En els pacients sense tractament l'esperança de vida és de 6 mesos. Les causes de mort són infiltració del miocardi, tamponament cardíac, obstrucció del flux i complicacions de metàstasi en altres llocs.

En presència de metàstasis extracardíques, com en el cas exposat, la resecció quirúrgica és una indicació pal·liativa. La massa tumoral del nostre pacient no mostrava protrusions cap a l'espai pericàrdic, però sí cap al centre de la cavitat auricular dreta, amb zones més bombades d'aparença més fiable al aproximar-se a la vàlvula tricuspídica. La massa també s'insinuava cap al punt de drenatge de la vena cava superior, però no de la inferior.



La resecció quirúrgica permetria evitar tamponaments o alteracions en la funció valvular. Tanmateix, tenint en compte el grau tan avançat de la neoplàsia, aquesta opció també es va descartar.

En els pacients sense tractament l'esperança de vida és de 6 mesos. Les causes de mort són infiltració del miocardi, tamponament cardíac, obstrucció del flux i complicacions de metàstasi en altres llocs. ●

---

## PERFIL CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO. ¿EXISTEN DIFERENCIAS RESPECTO AL PACIENTE NO ANCIANO?

*Sergi Yun Viladomat; Sònia Ibars Campaña; Sandra Valdivielso Moré; Mercè Nadal Barangé; Ferran Padilla Marchán*  
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA

Nuestra población global cada vez está más envejecida, cosa que se refleja en los pacientes ingresados en los servicios de Cardiología por síndrome coronario agudo. Se trata de una subpoblación especial, por el alto índice de complicaciones y comorbilidades que presenta y que raramente se incluye en ensayos clínicos, por lo que su tratamiento específico no está establecido.

### MÉTODO

Se valora retrospectivamente todos los ingresos en el Servicio de Cardiología en 2011 - 2012 por síndrome coronario agudo y se evalúa las características clínicas, intervencionistas y terapéuticas en los pacientes mayores de 75 años comparado con los pacientes menores a esta edad.

### RESULTADOS

De un total de 476 pacientes ingresados, el 33.8% son mayores de 75 años. Basalmente presentan un perfil clínico de mayor riesgo: HTA (81% vs 54%) , DM (41 vs 31%),

mujeres (54 vs 20%), mayor anemia (Hb 12.7 vs 14.2 g/dl) e insuficiencia renal (creat 1.22 vs 1.01 mg/dl), Killip > o = 2 (24% vs 12%), score GRACE ingreso (166 vs 127) y al alta (91 vs 135).

En cambio, el grado de intervencionismo en estos pacientes es menor (ausencia de revascularización en SCACEST 30 vs 6.8%, coronariografía 78 vs 88%, ICP 62 vs 78%, cirugía cardíaca 0.6 vs 6.7%).

Su tratamiento al alta también refleja una menor adecuación a guías de práctica clínica y sobre todo respecto a los pacientes más jóvenes.

### CONCLUSIÓN

A pesar de que los pacientes ancianos presentan un perfil de mayor riesgo de eventos cardiovasculares, el manejo terapéutico invasivo es claramente inferior respecto a los pacientes más jóvenes. Es posible que el juicio clínico global respecto a la fragilidad de estos pacientes, no reflejado actualmente en los scores de riesgo, sea uno de los parámetros fundamentales a la hora de la decisión terapéutica. ●

---

## ¿SON ÚTILES LAS ESCALAS DE RIESGO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL MANEJO Y VALORACIÓN DE PACIENTES ANCIANOS?

*Sergi Yun Viladomat; Sònia Ibars Campaña; Sandra Valdivielso Moré; Francisco Javier Escudero Villar; Ferran Padilla Marchán*  
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA

Es un hecho que la población global está cada vez más envejecida. Hasta el 35% de los pacientes ingresados en nuestro servicio de Cardiología por síndrome coronario agudo tienen una edad superior a 75 años. En cambio, se trata de una subpoblación escasamente incluida en los grandes ensayos. Por ello, el manejo clínico de estos pacientes es más complicado. Nuestro objetivo en este estudio es determinar si las escalas de riesgo utilizadas en el síndrome coronario agudo son útiles en este subgrupo de pacientes.

### MÉTODO

Revisión retrospectiva de los pacientes ingresados por SCA en nuestro servicio, mayores de 75 años. Hemos determinado 2 subgrupos: entre 75 y 80 años y mayores de 80 años. Se han valorado factores de riesgo basales, GRACE Score al ingreso y alta, intervencionismo (reperusión en IAM, anatomía coronaria, realización de coronariografía, intervencionismo percutáneo) y tratamiento. Se ha determinado un nuevo Score denominado GRACE modificado que consiste en el valor de GRACE restando la aportación por edad.

## RESULTADOS

Respecto a las características basales, no se han detectado diferencias respecto a HTA, DM, dislipemia, tabaquismo, hemoglobina, creatinina, Killip, presencia de enfermedad multivascular entre los subgrupos. La práctica de coronariografía es menor en los > 80 años (87 vs 71%, p 0.01). En cambio, tanto los valores de GRACE Score ingreso (182 vs 147, p<0.001) como GRACE Score modificado ingreso (91 vs 72.5, p 0.018) son mayores en dicho subgrupo. Más interesante es el hecho de que la valoración según Score de riesgo es sorprendentemente menor en los pacientes en los que se realiza manejo invasivo

## CONCLUSIÓN

Los Scores de riesgo actuales, incluso sin tener en cuenta la aportación de la edad del paciente, no son útiles a la hora de determinar el manejo invasivo o conservador en los pacientes ancianos una vez han superado los 75 años. Pensamos que existen parámetros, probablemente en relación a la fragilidad de estos pacientes, que hacen determinar la práctica clínica diaria y que a día de hoy no se reflejan en los scores clásicos de Cardiología. Tal vez cabría plantearse su inclusión en nuevas escalas de riesgo de este subgrupo de pacientes. ●

## ANGOR DE ESFUERZO E ISQUEMIA PERSISTENTE ECG EN PRECORDIALES. ¿SÓLO CARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

*Josep Francesc Baldoví Marín; Sònia Ibars Campaña; Ferràn Padilla Merchan; Cristina Esteve Martí; Sergi Yun Viladomat*  
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA

Mujer de 63 años de edad con dislipemia en tratamiento con estatinas como único factor de riesgo cardiovascular conocido, que acude a su médico de familia refiriendo disnea de esfuerzo de 3 meses de evolución acompañada de episodios ocasionales de dolor centrotorácico opresivo relacionados con el esfuerzo. El ECG ambulatorio mostró ondas T negativas en V1-V4. Se inició tratamiento con nitratos transdérmicos, AAS 100mg/d y betabloqueantes, a pesar del cual la disnea continuó empeorando de forma progresiva, apareciendo ante esfuerzos cada vez menores hasta convertirse en disnea a mínimos esfuerzos. Los ECG ambulatorios posteriores mostraron ondas T mínimamente isodifásicas en V2-V3, por lo que se solicitó una ergometría y valoración por Cardiología. Dos días antes de la visita en CCEE Cardiología presenta episodio de opresión centrotorácica no irradiada de 15min de duración acompañado de disnea intensa y presíncope, que cede espontáneamente con el reposo (la paciente no refería episodios previos similares). En CCEE Cardiología la exploración física sólo mostró un soplo sistólico II/VI en región paraesternal izquierda no irradiado y el ECG mostró RS con ondas T negativas simétricas en V1-V4 y DIII, por lo que se decidió ingreso hospitalario para estudio.

Al ingreso la paciente se encontraba afebril, eupneica (FR 12 rpm) y con una SaO<sub>2</sub> basal 94%, con TA 98/55 mmHg y FC 67 lpm. La analítica general no mostró alteraciones en ninguna de las tres series del hemograma, la función renal y el ionograma fueron normales, y la determinación de marcadores de daño miocárdico resultó negativa. El ECG mostró RS a 70x' con ondas T negativas simétricas en V1-V4 y DIII. La Rx.tórax mostró un índice cardiorácico normal con hilios prominentes, sin condensaciones, derrame pleural ni redistribución del patrón vascular. Se realizó una coronariografía, que no mostró lesiones angiográficamente significativas.

Descartada la cardiopatía isquémica como etiología de la clínica (disnea de esfuerzo CF III, angor de esfuerzo CF II y presíncope de esfuerzo) y valvulopatía evidente con la EF y los cambios ECG, se sospechó la existencia de hipertensión pulmonar. Por ello se solicitó un ecocardiograma que confirmó una HTP moderada/severa (PAPs 59 mmHg) con un VI no dilatado ni hipertrófico con FEVI conservada y sin alteraciones de la contractilidad segmentaria, así como un VD no dilatado con función conservada y una VCI no dilatada con colapso >50%.

Se inició tratamiento anticoagulante con dalteparina sc y se suspendió el tratamiento antiagregante y betabloqueante, y se solicitó estudio completo de HTP, con angioTC de tórax como primera exploración, que mostró un TEP múltiple bilateral con dilatación del tronco de la A.pulmonar y múltiples defectos de repleción bilaterales en A.lobar superior izquierda y A.lobares inferiores izquierdas, así como un gran trombo en A.interlobar e inferior derechas. La gasometría arterial basal mostró hipoxemia leve sin hipercapnia. El estudio ecográfico de MMII y abdomen no permitió objetivar el posible origen del TEP. El estudio de autoinmunidad resultó negativo.

Con el tratamiento anticoagulante la paciente evolucionó favorablemente, manteniéndose hemodinámicamente estable y con mejoría progresiva de la disnea, por lo que se continuó tratamiento anticoagulante con acenocumarol. En la visita de control realizada 45 días tras el alta hospitalaria la paciente refería mejoría de la disnea.

Cabe destacar del caso la presentación tanto clínica como ECG, típica de la hipertensión pulmonar (disnea, angor y síncope de esfuerzo, ECG con T negativas en precordiales derechas sugestivas de sobrecarga VD) pero que puede confundirse con una cardiopatía isquémica inestable, entidad mucho más prevalente y motivo por lo que se asume como primera etiología en el diagnóstico diferencial. ●

## ¿ES POSIBLE IDENTIFICAR FACTORES PRONÓSTICOS DE REINGRESO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA?

Francisco José Castro, Francisco López, Mireia Junyent, Alain Vicente Martínez, Laritza Amador, Mireia Albuixech  
PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU

La insuficiencia cardíaca aguda es responsable de cerca del 2% de las urgencias hospitalarias en nuestro medio. La mitad de los casos requiere ingreso en planta. Tras el alta muchos pacientes vuelven a Urgencias por el mismo motivo en un breve intervalo de tiempo, y la mayoría de ellos requieren de nuevo ingreso. Objetivo: identificar factores pronósticos de reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta.

### MÉTODO

Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 100 pacientes que habían sido diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda en Urgencias durante el año 2011. En caso de requerir ingreso los pacientes estaban a cargo del servicio de Medicina Interna. Se recogieron datos de variables demográficas, antecedentes patológicos, tratamiento farmacológico previo, ingreso, estancia en planta, mortalidad intrahospitalaria y en los primeros 30 días tras el alta, y reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta. Se analizó la relación de las distintas variables con el reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta.

### RESULTADOS

De los 100 pacientes que acudieron a Urgencias y fue-

ron diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda, 59 ingresaron en el servicio de Medicina Interna. El reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta se produjo en 17 pacientes. En el análisis estadístico univariado se detectó asociación entre una mayor incidencia de reingreso dentro de los primeros 30 días y las siguientes variables: insuficiencia renal crónica (50% vs 16%,  $P=0.02$ ), diabetes mellitus (35% vs 10%,  $P=0.04$ ) y estancia en planta (3.8 vs 6 días,  $P=0.03$ ). El análisis estadístico multivariado mediante regresión logística identificó a la presencia de diabetes mellitus como el predictor más potente de reingreso. Con respecto a la estancia en planta, se estableció un punto de corte con valor inferior o igual a 3 días que se relaciona con una mayor incidencia de reingreso dentro de los primeros 30 días (42 vs 20%,  $P=0.01$ ).

### CONCLUSIONES

Nuestros datos sugieren que el antecedente de diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica y una estancia en planta inferior o igual a 3 días son predictores de una mayor probabilidad de reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta hospitalaria de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca aguda. ●

## PRONÓSTICO DE LA ARTERIOSCLEROSIS CORONARIA ASINTOMÁTICA DETECTADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Yolanda López-Perna, Siraj Bechib, Carmen Vericat, Cesar Morcillo  
HOSPITAL CIMA, SANITAS HOSPITALES

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cribado de la arteriosclerosis silente mediante cuantificación de calcio coronario por tomografía computarizada mejora la estratificación del riesgo cardiovascular. Hemos estudiado si la realización de la cuantificación del calcio coronario y la coronariografía no invasiva incrementa en nuestro medio el valor predictivo respecto a las escalas de riesgo cardiovascular para la detección de accidentes cardiovasculares.

### MÉTODOS

Se estudiaron 243 pacientes asintomáticos con tomografía computarizada. Todos fueron seguidos durante 6,8 años y se compararon los accidentes cardiovasculares presentados con los estimados con las escalas de riesgo REGICOR y SCORE.

### RESULTADOS

130 (53,49%) tenían lesiones coronarias. 17 pacientes (6,9%) presentaron accidentes cardiovasculares durante el seguimiento (15 en pacientes con arteriosclerosis y 2 sin arteriosclerosis). Implica que la presencia de arteriosclerosis por tomografía computarizada incrementa el riesgo de padecer un accidente cardiovascular 7,24 veces respecto a los que no tienen arteriosclerosis. Si sólo se analiza el calcio coronario la odds ratio es de 4,02, con lo que ampliar el estudio con coronariografía no invasiva mejora la odds ratio. Esta capacidad predictiva es importante y más alta que la obtenida con la escala REGICOR (odds ratio: 4,34 y SCORE (odds ratio: 2,86). A mayor calcio coronario hubo mayor número de accidentes cardiovasculares. 94,1% de éstos aparecieron en pacientes con estenosis <50%.

**CONCLUSIONES**

La capacidad predictiva de la detección de arterioesclerosis por tomografía computarizada para la aparición de

eventos es importante y más alta que la obtenida con las escalas REGICOR y SCORE. ●

**ESTATINES I INSUFICIÈNCIA CARDÍACA**

*Rafael Ramírez-Montesinos; Meritxell Mas Puig; Lúdia Tikhomirova, Javier Márquez Gómez; Pedro Villavicencio Luján; Araceli Martínez Sureda; Elisabet Rosa Coronado; Daniel Taveras Montero; Olga Aratijo Loperena; Enric Pedrol Clotet*

XARXA SANITARIA I SOCIAL DE SANTA TECLA. HOSPITAL DE SANT PAU I SANTA TECLA

**OBJECTIUS**

El principal objectiu d'aquest estudi va ser analitzar les característiques dels pacients ingressats per insuficiència cardíaca (IC) i avaluar l'ús d'estatines en elles. Com objectiu secundari s'han comparat les IC d'origen isquèmic (ICI) amb les d'origen no isquèmic (ICNI).

**MATERIAL I MÈTODE**

Es tracta d'un estudi retrospectiu i transversal de 647 pacients ingressats en el nostre centre amb el diagnòstic d'IC entre el període comprès entre desembre de 2007 i juny de 2011. Els criteris d'exclusió van ser: edat < 18 anys o > 80 anys i presència de malaltia hematològica, infecciosa o terminal coneguda. S'han recollit de les seves històries clíniques dades epidemiològiques, resultats de les proves de laboratori, tractament, ús d'estatines, fracció d'ejecció i morbi-mortalitat durant els dos anys següents a l'ingrés. S'ha realitzat la comparació de les dades obtingudes amb el programa SPSS 20-0 per a MAC.

**RESULTATS**

Finalment s'han inclòs 300 pacients amb predomini del sexe masculí 56,5% ( $p < 0,05$ ) i edat mitja de 74,51 anys. Eren hipertensos (HTA) el 74,6% dels casos, dislipèmics (DLP) el 42,6%, diabètics el 48,1% i fumadors o ex-fumadors el 36,1%. Es tractava d'ICI, arritmogènica, valvular o hipertensiva en el 46,8%, 48,8%, 27,1% i 39,8% respectivament. Els nivells mitjos de colesterol total, LDL, HDL, no HDL i TG de tota la mostra foren de 154.6 mg/dl, 95.8 mg/dl, 41.5 mg/dl, 114.8 mg/dl i 122.3 mg/dl respectivament. Utilitzaven estatines en el tractament el 34,9%. La dosis mitja d'estatines era de 10mg de la dosis equivalent d'atorvastatina (DEA). La mortalitat cardiovascular (MCV) ha sigut del 12,4%, dins d'una mortalitat global del 20,8%. En el grup d'ICI predominaven homes (64,4% vers 47,2%, amb  $p > 0,05$ ), amb DLP i HTA amb major freqüència que en els pacients amb ICNI (59,4% i 80,9% vers 27,8% i 69%; amb  $p < 0,05$ ), tenien els nivells de triglicèrids més alts (133,5 mg/dl vers 112,92 mg/dl; amb  $p < 0,05$ ) i els nivells d'urea més alts (70,47 mmol/l vers 58,49 mmol/l; amb  $p < 0,05$ ) amb lleugera tendència a tenir més IRC (42,1% vers 27%; amb  $p > 0,07$ ). La FE en ICI va ser més baixa (6,18 vers 52,52%; amb  $p < 0,05$ ) i el

tractament amb estatines més freqüent (57,9 vers 28,9  $p < 0,05$ ). No s'han trobat diferències significatives en les dades de l'exploració física, presència d'insuficiència hepàtica, anèmia, de colesterol total o de les seves fraccions. La MCV i la mortalitat per qualsevol causa tampoc no han diferit entre ICI i INCI (6,7% vers 5,7% i 9,1% vers 11,7% respectivament).

**DISCUSSIÓ**

La IC és la tercera causa de MCV en el nostre medi i les dades de la nostra sèrie de mortalitat a prop del 20% estan d'acord amb dades prèvies. No hi han hagut diferències significatives en la morbi-mortalitat comparant ICI contra ICNI, ni comparant els pacients tractats amb estatines i sense tractament hipolipemiant. L'ús dels inhibidors de la HMG-CoA reductasa podria estar indicat en ICI, (això és controvertit), però hauria estat indicat com a mínim en el 42,6% de la nostra sèrie (malalts amb DLP). Això sí, els malalts amb ICI han presentat significativament més tractaments amb estatines que el malalt amb INCI.

**CONCLUSIONES**

Els pacients amb insuficiència cardíaca presenten elevada morbi-mortalitat (20,8%).

Existia indicació de tractament amb estatines en la nostra seria almenys en un 42,6% dels casos, tot i que l'ús ha sigut considerablement menor (34,9%).

Aquest ús insuficient d'estatines es significativament més alta en ICI. ●



## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA MÓVIL DE INSULINA RÁPIDA Y UN PROTOCOLO QUE INCLUYE ANÁLOGOS DE LA INSULINA

Montserrat Pons Busom; Rosa Morínigo Maldonado, Jordi Delás Amat, Rosario Salas Campo, M Dolors Sort Granja, Francesc Fernández Monrás, Margarita Aguas Compaired.

IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

### OBJETIVO

Comparar el uso de la tradicional escala móvil de insulina rápida (EMIR) con un protocolo de reciente implantación en nuestro hospital que incluye análogos de insulina (AI) para el control de la hiperglicemia de los pacientes diabéticos hospitalizados.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio longitudinal y prospectivo realizado en un hospital universitario de 350 camas en dos periodos. En el primero evaluamos la utilización de la tradicional escala móvil de insulina rápida.

Previo al inicio del segundo, la Comisión de Farmacia diseñó un nuevo protocolo de control de las glicemias basado en el uso de AI (insulina glulisina e insulina glargina). Se llevaron a cabo sesiones de formación tanto del personal médico como de enfermería y finalmente se evaluó su utilización.

Se registraron datos correspondientes a 231 pacientes (115 en el primer periodo y 116 en el segundo) de los cuales se excluyeron 64 por diferentes motivos (33 y 31 respectivamente). Realizamos un estudio descriptivo de las características de los pacientes y un estudio comparativo de los resultados obtenidos en ambos periodos utilizando la prueba de chi cuadrado para las variables cualitativas y el análisis de la varianza para las cuantitativas. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 15.0.

### RESULTADOS

De los 167 pacientes incluidos en el estudio, 82 (49%) correspondían a la primera fase y 85 (51%) a la segunda. El promedio de edad de la población estudiada fue de 78 años, el 51% eran mujeres, y aproximadamente la mitad de pacientes recibió tratamiento con antidiabéticos orales antes del ingreso hospitalario.

En el primer periodo, de las 1.693 determinaciones de glicemia realizadas se detectaron 17 hipoglicemias y 60 hiperglicemias. En el segundo, de 1.098 determinaciones se detectaron 4 hipoglicemias y 58 hiperglicemias.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos ni en la incidencia de fiebre ni en el va-

lor de la función renal o hepática (prueba de chi cuadrado).

Sin embargo si se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el número de pacientes en tratamiento simultáneo con medicamentos que pueden aumentar los niveles de glucemia (chi cuadrado= 50,8  $p < 0,0005$ ). En la primera fase el 6% de los pacientes fueron tratados simultáneamente con corticoides (C), el 71% con suero glucosado (SG) y el 18% con C+SG. En el grupo de pacientes tratados con AI, el 13% fueron tratados con C, el 1% con SG y 2% recibieron tratamiento simultáneo con C+SG.

Los motivos de suspensión de tratamiento en ambos periodos están descritos en la siguiente tabla:

Período	Cambio antidiabético oral	Cambio de insulina	Alta hospitalaria	Éxito	Total
1	14	21	40	7	82
2	6	30	48	1	85
Total	20	51	88	8	167

El análisis de la varianza mostró diferencias estadísticamente significativas entre los periodos analizados en el número de hipoglicemias (0,21 en los pacientes tratados con EMIR y 0,05 en los tratados con AI) ( $F = 3,9$   $p = 0,05$ ), en el número de controles de glucemia (21 con EMIR y 13 con IA) ( $F = 18,5$   $p < 0,0005$ ) y en la duración del tratamiento (6,2 días con EMIR y 4,3 días con IA) ( $F = 10,8$   $p = 0,001$ ).

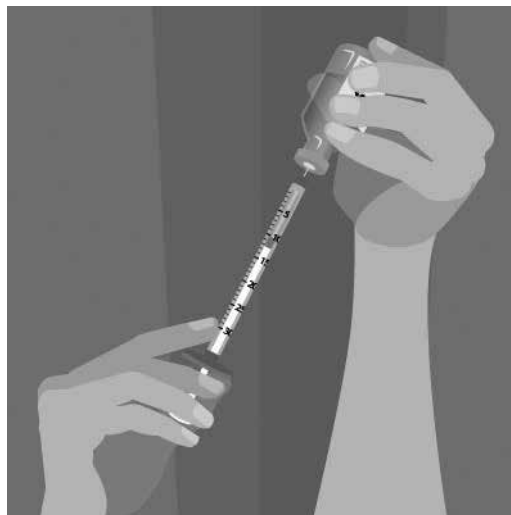
Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas ni en el número de hiperglicemias ni en el promedio de glucemias.

### CONCLUSIONES

El número de hipoglicemias es menor en el grupo tratado con AI, pero no se observan diferencias en el número de hiperglicemias entre los dos esquemas de tratamiento analizados.

El grupo de pacientes tratados con AI precisa un menor número de determinaciones de glucemia y la media de la duración del tratamiento ha sido menor.

El nuevo protocolo basado en el uso de AI es una buena alternativa a la escala móvil de insulina rápida para el tratamiento de la hiperglicemia hospitalaria. ●





## ICTUS EN TERRITORIOS POSTERIORES: DOS CASOS CLÍNICOS REPRESENTATIVOS

*Rosana Rouco, Rosario Salas, Adrià Arboix*  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR

Los ictus de territorio vascular posterior, es decir localizados en el territorio de distribución del sistema arterial vertebro-basilar constituyen según diferentes registros de enfermedades vasculares cerebrales hasta el 20% del total de los pacientes.

A diferencia de los ictus del territorio de distribución de la arteria cerebral media (que ocasionan un trastorno del lenguaje con un déficit motor, sensitivo y visual y una significativa limitación funcional), o de los ictus lacunares (que se manifiestan con alguno de los diferentes síndromes lacunares clásicos o típicos), los ictus de territorio vascular posterior presentan, en cambio, una gran heterogeneidad clínica que podría explicarse por la afectación del tronco cerebral y/o de la fosa craneal encefálica posterior, estructuras cerebrales que poseen una rica presencia de núcleos y de vías neuronales. Presentamos dos casos clínicos que pretenden ilustrar los

rasgos semiológicos más característicos de este subtipo topográfico peculiar de ictus.

El primer caso trata de un varón de 27 años sin hábitos tóxicos y sin antecedentes patológicos ni familiares de eventos embólicos, que presenta de forma súbita diplopía vertical y mareo. En estudio mediante RMN demuestra varios ictus en territorio vertebro-basilar. El segundo caso trata de un varón de 78 años que presenta de forma brusca visión borrosa y ataxia. El TAC mostró afectación de córtex parieto-occipital y cerebelo derechos y córtex occipital izquierdo.

En conclusión, los ictus de territorio vascular posterior son inhabituales y los rasgos sindrómicos que presentan no son tan estereotipados como los de otros tipos topográficos de ictus. Su conocimiento es indispensable para contribuir tanto a un correcto y precoz diagnóstico como a un mejor estudio de su historia natural. ●

## TUMOR HEPÀTIC PRIMARI SOBRE FETGE SA

*Francisca Artigues Serra, Vicente Querol, Silvia Llaverías, Kenny Villadiago, Jose Vicente Aragón, Chema Villasenina, Jordi Delás, Francesc Fernández Monrà*  
HOSPITAL DEL SAGRAT COR. BARCELONA

### PRESENTACIÓ

El tumor hepàtic habitualment s'assenta en fetge afectat prèviament per hepatitis-majoritàriament C-o fetge cirròtic. El hepatocarcinoma moderadament diferenciat sobre fetge sa no és, doncs, tan freqüent.

Presentem un cas en què s'acompanya d'alfa-fetoproteïna molt elevada i en què existien escasses possibilitats de tractament, en part perquè s'associava a insuficiència cardíaca.

### CAS CLÍNIC

Home de 69 anys que ingressa per diarrea i dolor abdominal difús de 3-4 dies 'evolució, al costat de astènia al deambular, anorèxia i pèrdua de pes de 15 kg en 3-4 mesos. Dels seves antecedents destaquem que va fumar mig paquet de cigarrets al dia fins a 30 anys abans de l'ingrés. Consumia una unitat de beguda estàndard d'alcohol al dia. Se li havia detectat hipertensió arterial i bronquiectàsies. Fibril·lació auricular des de 2005 en tractament amb dicumarol i des de juliol de 2012 amb digoxina. Polipectomia de còlon (un dels pòlips amb displàsia d'alt grau) 1 any abans. També en l'últim any, alteració ventilatòria mixta moderada. En el seu historial clínic es recullen anticossos negatius

enfront de virus de l'hepatitis A, B i C, Citomegalovirus, Epstein-Barr i Toxoplasma. Va treballar en un taller mecànic. Excel·lent autonomia abans del seu ingrés.

De l'exploració física destacava arítmia cardíaca i buf sistòlic 2/6 que no esborrava el segon soroll cardíac. Edemes mal·leolars. Roncus aïllats. Hepatomegàlia dura i dolorosa. En les anàlisis de laboratori, normalitat de l'hemograma, glucosa, troponina T, colesterol, triglicèrid, bilirubina, potassi, creatinina, colesterol, triglicèrids, PSA, CA 19,9, CEA. Creatinina 1,43 mg / dl, sodi 130mEq / L, alana-aminotransferasa (ALT) 83U / L, lactodeshidrogenas (LDH) 1081 U / L, Fosfatasa alcalina 2.05U / L (valor normal <120), gammaGT 268 U / L (valor normal <55), Albúmina 29g / L (vn> 35), -fetoproteïna (AFP) 48.686U/mL (valor normal <55). Fibril·lació auricular amb freqüència ventricular de l'ordre de 90 batecs per minut. Radiografia de tòrax amb cardiomegàlia i augment de la trama vascular, hils prominents, cisuritis dreta i elevació de l'hemidiafragma esquerre. En la radiografia d'abdomen, abundant aire a marc colònic i intestí prim, sense nivells hidroaérics. Es va realitzar ecografia abdominal que va mostrar hepatomegàlia a costa del lòbul dret amb presència de múltiples formacions nodulars sòlides de predomini hiperecoic i halo hipoeicoic, les més evidents situades en lòbul



hepàtic, segments I i VII. Pròstata ben delimitada, no homogènia, amb volum prostàtic de 33cc.

Es va ampliar l'estudi dels nòduls hepàtics amb una tomografia toracicoabdominal, que va revelar la presència d'adenopaties mediastíniques, les majors en espai retrocavaraqueal, d'uns 5cm. Adenopaties també hiliars. Augment de densitat en parènquima pulmonar amb imatges nodulars bilaterals. Paquipleuritis calcificada esquerra i escàs vessament pleural bilateral. Adenopaties retrocruales. Hepatomegàlia heterogènia amb múltiples nòduls, el major de 7 x 12cm en segment I, que condicionava compressió de la cava. Adenopaties hipodenses a nivell peripancreàtic, espai portocava, mesentèriques i retroperitoneals perivasculars. Nodularitat peritoneal amb engrossiment omental, trabeculació del greix mesentèric i engrossiment de fàscies pararenals, suggestiu de carcinomatosi peritoneal. Pàncrees de morfologia normal. Melsa normal. Nodularitat perirrenal tumoral de predomini dret.

En l'ecocardiograma Doppler, apareixia miocardiopatia dilatada, fracció d'ejecció del 38%, ventricle esquerre de gruix normal, moderadament dilatat. Insuficiència mitral moderada-severa amb esclerosi valvular i dilatació de l'anell. Insuficiència aòrtica lleugera, amb esclerosi valvular. Aurícula esquerra dilatada, 55mm de diàmetre. Insuficiència tricuspídica amb pressió arterial pulmonar de 34mmHg. Lleugera dilatació de cavitats dretes. Lleugera-moderada dilatació de l'aorta ascendent.

D'acord a les deposicions de disminuït consistència es va realitzar coprocultiu que va mostrar la presència de *Campylobacter jejuni* resistent a ciprofloxacina i cotrimoxazol. Fibrocolonoscòpia completa amb diverticulosi de sigma i absència d'altres lesions i de restes hemàtiques. Fibroduodenoscopia, amb trajecte esofàgic compatible amb candidiasi esofàgica i normalitat d'estómac i duodè. Biòpsia, amb mucosa antral, sense alteracions significatives. L'estudi general es va completar amb ecografia tiroïdal i es va trobar nòdul únic, sòlid, ben delimitat de 11 x 15 mm i adenopaties en fossa supraclavicular esquerra, la més gran de 22mm.

Es biopsià una de les lesions hepàtiques amb agulla de 16G en dos passos i l'estudi anatomopatològic va mostrar proliferació de cèl·lules de citoplasma poligonal, eosinòfil, en ocasions amb pigment biliar focal, i nuclis pleomòrfics i hiperromàtics amb presència de figures de mitosi. Realitzat estudi immunohistoquímic aquestes cèl·lules van resultar positives per AFP i negatives per CK i S100. Àrees de necrosi tumoral i de fibrosi estromal. Compatible en conjunt amb Hepatocarcinoma moderadament diferenciat.

## DISCUSSIÓ

El carcinoma hepatocel·lular es troba entre els tumors malignes més freqüents, amb aproximadament 500.000-1.000.000 casos nous a l'any a tot el món. Constitueix la tercera causa més important de mortalitat tumoral, amb possibilitat de supervivència als 5 anys d'un 7%<sup>1,2</sup>. El principal factor predisposant és la cirrosi hepàtica, especialment si és secundària a hepatitis viral crònica, majoritàriament C, se-

guida de B3 abril. El consum d'alcohol suposa un altre factor de risc, sent 13 vegades superiors les possibilitats de patir la malaltia en comparació amb els subjectes abstemios.<sup>4</sup> És més freqüent en homes de 50-60 anys.<sup>4</sup> Es desenvolupa sobre fetges cirròtics fins al 80% de els casos, apareixent en un 20% sobre fetges sans (variant fibrolamelar) o amb hepatopatia crònica no cirròtica.<sup>5</sup>

El cas que presentem presentat constitueix una excepció notòria, ja que l'hepatocarcinoma és rar en persones amb fetge sa, generant dubtes sobre la seva etiologia, tractament i pronòstic<sup>2</sup> juny.

Entre els trets clínics de l'hepatocarcinoma poden trobar dolor i distensió abdominal, síndrome constitucional, febre, ascites, icterícia i tendència al sagnat o a la formació de hematomes<sup>2</sup> juliol. Es pot desenvolupar asintomàticament durant molt de temps però, a manifestar-se, ja sol trobar-se en estats avançats<sup>7</sup>.

El nivell AFP es troba elevat en més del 70% dels pacients<sup>4</sup>. Concretament, en el cas presentat els seus valors aconseguen les 48.686U/mL (valors normals: 0-10U/mL). A més de ser un marcador diagnòstic, l'AFP també constitueix un factor de creixement tumoral<sup>8</sup> i la seva elevació es relaciona amb la generació de metàstasi.<sup>9</sup> L'AFP és una glicoproteïna oncofetal de 70 kDa i vida mitjana de 5-6 dies, descoberta en 1956 per Bergstrand i Czar<sup>1</sup>. Constitueix la principal proteïna d'unió en el fetus i es creu que podria participar en el transport d'hormones, àcids grassos, bilirubina i minerals. Durant el primer trimestre de l'embaràs és produïda pel sac vitel·lí. Des de la quarta setmana de gestació, se sumen a aquesta producció el fetge fetal i, en molta menor mesura, el tracte gastrointestinal. Aquestes fonts substitueixen el sac vitel·lí quan es torna atrésico. Després del naixement, l'AFP és substituïda progressivament per albúmina, formada en fetge i de similitud estructural. En cas de malaltia, l'AFP pot ser produïda per cèl·lules tumorals germinals, tornant a incrementar les seves nives<sup>10</sup>. Altres factors que contribueixen a un pitjor pronòstic són la invasió vascular, la mida del tumor (si és superior als 10cm, la supervivència disminueix invariablement), l'escàs grau de diferenciació o la presència de metàstasi i l'augment d'aspartat aminotransferasa, alanina-aminotransferasa, fosfatasa alcalina i gammaglutamintransferasa<sup>2</sup>.

Actualment es disposen de sistemes d'estadificació que permeten establir el pronòstic de la malaltia, mostren les opcions de tractament i permeten comparar diferents grups i estudis. El AJCC (American Joint Committee on Cancer) utilitza el sistema tumornòdul-metàstasi (TNM) per predir el pronòstic de malalties malignes<sup>11,12</sup>. No obstant, el primer sistema que va tenir en compte la funció hepàtica va ser el proposat per Okuda et al. a 1985<sup>11,13</sup>. Des de llavors, han aparegut molts sistemes per l'estadificació de l'hepatocarcinoma, com el Càncer of the Liver Italian Program (CLIP, 1998)<sup>11,14</sup>, la classificació Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC, 1999)<sup>11,15</sup>, el Chinese University Prognostic Index (Cupi, 2002) o el Japan Integrated Staging (JIS, 2003).<sup>11,16,17</sup> Concretament, la classificació BCLC ha estat aprovada per

l'EASL (European Association for the Study of the Liver) i per la AASLD (American Association for the Study of Liver Disease) i s'ha corroborat en estudis clínics<sup>18</sup>. Estadificació dels tumors en quatre grups de risc (AD, a més d'un grup 0 que representa l'estadi més inicial, asimptomàtic i amb un únic nòdul de menys de 2cm). 11

El tractament principal de l'hepatocarcinoma en aquells pacients que han desenvolupat la malaltia partint d'un fetge sa és la resecció quirúrgica, que pot proporcionar una supervivència als 5 anys d'entre el 50 i el 70%. 2, 4 Si no hi ha indicació de resecció, pot realitzar un trasplantament, si bé disminueix la supervivència<sup>4</sup> i el nombre de hepatocarcinomes és molt superior al de donants, el que sol allargar el temps d'espera a més de 6 mesos. El seu retard fa que el tumor progressi o simplement condiciona l'èxit de la intervenció<sup>19</sup>.

La resecció del tumor també es recomana en pacients cirròtics amb nivells normals de bilirubina i hipertensió portal inferior al 10 mmHg<sup>4</sup>. En aquest grup es prefereix el trasplantament si es compleixen els criteris de Milà (un únic tumor de menys de 5 cm de diàmetre o bé fins a tres tumors de menys de 3cm)<sup>4</sup>, sense invasió vascular (BCLC A). 20

Els subjectes que no es consideren aptes per al trasplantament o la resecció poden recórrer a tractaments intersticials guiats per ultrasons, que tenen com a objectiu la necrosi tumoral. Entre aquestes tècniques es troba la injecció del tumor amb etanol absolut o la termoablació amb radiofreqüència, microones o làser<sup>4</sup>. Són tècniques de cost elevat i, donada la seva naturalesa invasiva, poden ocasionar elevada morbiditat<sup>20</sup>.

La quimioembolització arterial transcatèter l'hepatocarcinoma és una altra opció per a pacients no aptes per a teràpies radicals, amb malaltia multinodular, funció hepàtica preservada i sense signes d'invasió vascular o disseminació extrahepàtica (BCLC B, intermediate stage). El seu objectiu és retardar la progressió del tumor i allargar la supervivència del pacient<sup>22</sup>. Sol dur a terme a través de l'artèria femoral, permet la necrosi isquèmica del tumor i afavoreix que la injecció arterial hepàtica d'agents antitumorals tingui major efecte local i menys efectes sistèmics<sup>4</sup>.

L'ús aïllat de quimioteràpia oral és poc freqüent donats els seus efectes secundaris<sup>20</sup>. No obstant això, s'ha demostrat que sorafenib, un inhibidor de la tirosina quinasa, pot incrementar entre 7,9 i 10,7 mesos la supervivència de pacients amb hepatocarcinoma avançat (estadi C de la classificació BCLC: pacients amb funció hepàtica preservada i disseminació extrahepàtica o invasió vascular). 19

En el cas clínic exposat, cap d'aquestes opcions va ser possible donades les condicions clíniques del pacient: fase avançada de la malaltia i insuficiència cardíaca amb FEV de 38%, fonamentalment, entre altres factors. Tot i presentar un índex de Karnofsky adequat per a un possible tractament amb quimioteràpia, l'ús de sorafenib podria haver posat en risc la seva vida atesos els principals efectes secundaris: hipertensió arterial, que agreujaria la del propi pacient, podent causar un infart, i risc d'hemorràgies, que podria desencadenar anèmia i baixar encara més la fracció d'ejecció ventricular. En aquests casos, l'única alternativa viable és un tractament pal·liatiu dels símptomes.

1 Debruyne EN, Delanghe JR. Diagnosing and monitoring hepatocellular carcinoma with alpha-fetoprotein: New aspects and applications. *Clinica Chimica Acta* 2008; 395: 19-26.

2 Faber W, Sharafi S, Stockmann M, Denecke T, Sinn B, Puhl G et al Long-term results of liver resection for hepatocellular carcinoma in noncirrhotic liver. *Surgery*. 2012 Oct 31. doi:pii: S0039-6060(12)00575-2.10.1016/j.surg.2012.09.015.

3 Schafer DF, Sorrell MF. Hepatocellular carcinoma. *Lancet* 1999; 353: 1253-57.

4 Colombo M, Sangiovanni A. Etiology, natural history and treatment of hepatocellular carcinoma. *Antiviral Res* 2003; 60: 145-150.

5 Casanova-Martínez L, Castillo-Grau P, Jaquotot-Herranz M, Ruiz-Fernández G, Han EJ, Tortajada-Laureiro L, Oliveira-Sanz A, Gea-Rodríguez F, Segura-Cabral JM. Hepatocellular carcinoma in non-cirrhotic liver. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012; 104: 505-6.

6 Ramia JM, Villar J, Muffak K, Medina A, Garrote D, Ferrón JA. Hepatocarcinoma en hígado no cirrótico. *Cir Esp* 2006; 80: 111-3.

7 Befeler AS, Di Bisceglie AM. Hepatocellular Carcinoma: Diagnosis and Treatment. *Gastroenterology* 2002; 122: 1609-19.

8 Li P, Wang SS, Liu H, Li N, McNutt MA, LI G, Ding HG Elevated serum alpha fetoprotein levels promote pathological progresión of hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* 2011; 17 4563-71.

9 Gómez-Rodríguez R, Romero-Gutiérrez M, Artaza-Varasa T, González-Frutos C, Ciampi-Dopazo JJ, De la Cruz-Pérez G, Sánchez-Ruano JJ The value of the Barcelona Clinic Liver Cancer and alpha-fetoprotein in the prognosis of hepatocellular carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig* 2012; 104: 298-304.

10 Murray MJ, Nicholson JC -Fetoprotein. *Arch Dis Child Pract Ed* 2011; 96: 141-147.

11 Sirivatanauksorn Y, Tovikkai C. Comparison of Staging Systems of Hepatocellular Carcinoma. *HPB Surg* 2011. Article ID 818217, 7 pages doi:10.1155/2011/818217.

12 Greene FL, Page DI, Fleming ID, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. American Joint Committee on Cancer, American Cancer Society, Springer, New York, NY, USA, 6th Edition, 2002.

13 Okuda K, Ohtsuki T, Obata H, et al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment. Study of 850 patients. *Cancer*, 1985; 56:918-928.

14 The cancer of the Liver Italian Program (CLIP) investigators. A new prognostic system for hepatocellular carcinoma: a retrospective study of 435 patients. *Hepatology*, 1998; 28(3): 751-755.

15 Llovet JM, Brú C, Bruix J. Prognosis of hepatocellular carcinoma: the BCLC staging classification. *Semin Liver Dis*, 1999; 19: 329-338.

16 Leung TW, Tang AM, Zee B, et al. Construction of the Chinese University Prognostic Index for hepatocellular carcinoma and comparison with the TNM staging system,

the Okuda staging system, and the Cancer of the Liver Italian Program staging system: a study based on 926 patients. *Cancer*, 2002; 94: 1760-1769.

17 Kudo M, Chung H, Osaki Y. Prognostic staging system for hepatocellular carcinoma (CLIP score): its value and limitations, and a proposal for a new staging system, the Japan Integrated Staging Score (JIS score). *J Gastroenterol*, 2003; 38: 207-215.

18 Yang T, Lin C, Shi S, Zhu M, Zhu N, Lu JH, Yang GS, Wu MC. Surgical resection for advanced hepatocellular carcinoma according to Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) staging. *J Cancer Res Clin Oncol* 2012; 138:1121-1129.

19 Varela M, Salas M, Llovet JM, Bruix J Treatment of hepatocellular carcinoma: is there an optimal strategy? *Cancer Treat Rev*. 2003; 29:99-104.

20 Villanueva A, Hernández-Gea V, Llovet JM. Medical therapies for hepatocellular carcinoma: a critical view of the evidence. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013; 10: 34-42. ●

20 Villanueva A, Hernández-Gea V, Llovet JM. Medical therapies for hepatocellular carcinoma: a critical view of the evidence. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013; 10: 34-42. ●

## CONCILIACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA EN MEDICINA INTERNA

*Elvira Ramió Montero; Margarita Aguas Compaired; Guadalupe Inés Ballesteros Cabañas; Núria Pi Sala;*

*Marina de Temple Pla; Francisco de Asís Fernández Monrás*

IDCSALUT HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

### OBJETIVO

Realizar la conciliación al ingreso y al alta en pacientes de Medicina Interna para conocer la incidencia de discrepancias no justificadas en ambos procesos, su etiología, la aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas al ingreso y las características de la prescripción en el informe de alta.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital Universitario de 300 durante un mes. La conciliación al ingreso se realizó durante las primeras 24 horas, mediante la revisión de la Historia Clínica y entrevista con el paciente o familiares siempre que fuera posible. Se diseñó un hoja de recogida de datos para registrar la medicación habitual del paciente, aquella pauta al ingreso y proceder a la conciliación mediante la clasificación establecida por la Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica en 2010. En las discrepancias no justificadas consideradas relevantes, se realizó una intervención por escrito al facultativo responsable, registrando su repercusión. La conciliación al alta se realizó retrospectivamente con los informes de alta, mediante doble revisión por parte de dos farmacéuticos teniendo en cuenta la evolución clínica durante el ingreso. Se registró: tratamiento al alta, prescripción correcta (principio activo, dosis, frecuencia, vía), discrepancias no justificadas y clasificación de la gravedad. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas y pruebas t-student para muestras independientes con el programa estadístico SPSS para Windows.

### RESULTADOS

Se concilió la medicación al ingreso en 58 pacientes con una media de edad de 81 años (SD 9,7) de los cuales el 55,2% eran mujeres. No se pudo realizar la entrevista en 17 pacientes (29,3%) por diferentes causas: 7 con demencia, 6 dormidos y 4 otras causas. Se revisaron 517 líneas de tratamiento habitual con 72 discrepancias no justificadas (13,9%) resultando la omisión la causa más frecuente (75%), seguida de dosis, vía o pauta diferente (20,8%). Se intervino en 26 discrepancias consideradas relevantes, de las que se aceptaron el 65% mediante modificación en orden médica. La conciliación al alta no se realizó en 5 pacientes: 4 por exitus y 1 por no constar el tratamiento en el informe de alta. En los 53 pacientes restantes, la prescripción al alta era correcta en el 41,5% y la frase “medicación habitual del paciente” apareció en 34 informes (64,2%). Se revisaron 512 fármacos al alta, con una media de 9,66 fármacos/paciente, entre los que se detectaron 64 (12,5%) discrepancias no justificadas en 29 pacientes (54,7%) con un índice de 2,2/paciente. Clasificación: 33,3% dosis, vía o pauta diferente, 31,8% comisión (inicio de un tratamiento sin justificación clínica explícita ni implícita) y 25,8% omisión.

### CONCLUSIONES

No es posible entrevistar a todos los pacientes en la conciliación al ingreso.

La discrepancia no justificada más habitual al ingreso es la omisión, mientras que al alta es la dosis, vía o pauta diferente y la comisión. Recalcándose así, la importancia de realizar una buena conciliación al ingreso. La incidencia de discrepancias no justificadas al ingreso y al alta (13,9% y 12,5%) es baja comparada con la bibliografía consultada.

El 65% de las intervenciones farmacéuticas al ingreso fueron aceptadas por el médico responsable. ●

## IMPORTANCIA DE L'ÚS DE LA MONITARIZACIÓ AMBULATORIA DE LA PRESIO ARTERIAL (MAPA) A UN HOSPITAL DE SEGON NIVELL

*O. Aguado Lorenzo(1), R. Camps Salat(1), E. Montori I Palacin(1), I. Carrasco Miserachs(1)*  
HOSPITAL PLATO

### INTRODUCCIÓ

Se sap que existeix una relació directament proporcional entre les xifres de PA i el risc cardiovascular d'una persona. Igualment és conegut que la variabilitat de la PA, la HTA nocturna i el patró nocturn s'associen de forma independent al dany en els diferents òrgans diana. Per tot això, sembla imprescindible l'ús de la MAPA en el procés diagnòstic i terapèutic del pacient amb risc cardiovascular. No obstant això, són molts els pacients que manquen d'aquesta exploració, sovint per falta d'accessibilitat.

### OBJECTIU

Avaluar la rellevància clínica de l'ús de MAPA a un hospital universitari de segon nivell durant l'any 2011, any en el que es va disposar d'aquesta exploració per primera vegada: principals motius de sol·licitud de l'exploració, correspondència entre la sospita diagnòstica i el diagnòstic definitiu i patró nocturn.

### MATERIA I MÈTODES

S'han analitzat els 175 primers registres corresponents a pacients atesos en els serveis de cardiologia, endocrinologia i medicina interna i dos centres d'atenció primària. Registrem el diagnòstic pre-test per a cada pacient. Després de la lectura de la MAPA, analitzem la correspon-

dència entre la sospita diagnòstica i el diagnòstic definitiu. Posteriorment, valorem també la importància del patró nocturn.

### RESULTATS

De les 175 MAPA realitzades, 157 es van considerar vàlides. La principal indicació de la prova va ser confirmació de PA no controlada (54%), seguida de HTA aïllada -bata blanca (20%), HTA emmascarada 14%, HTA resistent 8%, hipotensió 4%.

El diagnòstic va coincidir amb la sospita clínica en un 45% dels pacients.

El major nombre d'hipòtesis errònies pre-test corresponen a la sospita de HTA aïllada. D'aquests pacients, un 71% va ser diagnosticat d'HTA.

Es van detectar patrons nocturns patològics (no dipper, hipotensió nocturna o riser) en un 55% de pacients

### CONCLUSIONS

En un 55% dels pacients, el diagnòstic no va coincidir amb la sospita diagnòstica. També en un 55% de pacients la prova aporta nova informació respecte al risc cardiovascular (patró nocturn, HTA nocturna, hipotensió nocturna ...).

Per tant, la MAPA va determinar un canvi en l'actitud del professional i un millor control del risc cardiovascular en una majoria dels pacients. ●

# Notes

# Notes



# Notes





SOCIETAT  
CATALANOBALEAR  
MEDICINA INTERNA



**XV** Congrés de la  
Societat CatalanoBalear  
de Medicina Interna



25 d'octubre de 2013

**Barcelona**

Auditori de l'Acadèmia



*L'Acadèmia*

Programa Preliminar