

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2021.
Volum 28. Número 1. Publicació trimestral



FOTO MÉS ANTIGA DE L'HOSPITAL

EL GÈNERE EN MEDICINA

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

Annals del Sagrat Cor

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^a Puigdollers Colás

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delás Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Comparé
M. Balcells Riba
E. Gil de Bernabé Ortega
E. Irache Esteban
L. Mata Haya

Editores Asociados / Associate Editors

C. Ortopédica y Traumatología

A. Isidro Llorens

Dermatología

M. Iglesias Sancho

Neumología

O. Parra Ordaz

Neurología

A. Arboix Damunt

Psiquiatría

J. Seguí Montesinos

Radiología

E. Grivé Isern

Comité Editorial / Editorial Board

V. Andreu Solsona

Digestivo, HUSC

J. Bara Casaus

Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni

N. Barrera Aguilera

Urgencias, HUSC

X. Beltrán Ramón

C. Vasculat, HUSC

J. A. Bombí Latorre

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

E. Cánovas Robles

ORL, HUSC

J.M. Catalan Borrás

COT, HUSC

R. Coll Colell

Medicina Interna, HUSC

M.J. Conde Martínez

Radiodiagnòstic, HUSC

F. Dachs Cardona

COT, HUSC

V. de Sanctis Briggs

Dolor, HUSC

J. Fibla Alfara

C. Torácica, HUSC

J. Foncillas Corvinos

C. General, HUSC

M. Galdeano Lozano

Neumología, H. Germans Trias i Pujol

E. González Marín

Urgencias, HUSC

M. Granados Plaza

CEIm, H. General de Catalunya.

J. Guitart Vela

Anestesiología, Fundació Plató

A. Lozano Miñana

Medicina Interna, HUSC

M. Martí Ejarque

Enfermería, HUSC

G. Martín Ezquerro

Dermatología, Hospital del Mar

J. Massons Cirera

Neurología, HUSC

L. Molins López-Rodo

C. Torácica, H. Clínic i Provincial

M. Moneris Tabasco

Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra

Medicina Interna, H. Sanitas CIMA

F. Orient López

Rehabilitación, HUSC

J. Palés Argullós

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

M. Pons Bussom

Farmacia, HUSC

C. Prat Torrevejanó

COT, HUSC

V. Querol Borrás

Radiodiagnòstic, HUSC

E. Ramió Montero

Farmacia, Clínica Girona

R. Salas Campos

Medicina Interna, HUSC

M. Salleras Redonnet

Dermatología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel

E. Basilio Bonet

F. Fernández Monrás

P. Umbert Millet

G. Vidal López

EDITORIAL

Salud y género 4

DEBAT

Cirurgia de Afirmació / Confirmació Sexual... 5

TRINIDAD LABANCA

Psicología y género 6

BERENICE JARABA ARENAS, KIRA DIZ I MISERACHS

Atenció a la dona 7

MARTA MORALES

Sexe, gènere i estatines 8

DRA. LAURA TUNEU VALLS

Medicina y perspectiva de género 9

ANA LOZANO

¿Se cuida con equidad la salud de la mujer en todas las etapas de su vida? 10

CARMEN LOMBARDA LÓPEZ, CRISTINA ROLDAN LOMBARDA

FOTOGRAFIA MÉS ANTIGA DE L'HOSPITAL

Una imatge històrica fonamental del Sagrat Cor 11

Una imagen histórica fundamental del Sagrat Cor

A fundamental historical image of the Sagrat Cor

JOSEP-MARIA CATALAN BORRÀS

CASOS CLÍNIC

Tenosinovitis piògena de dedo tras picadura de insecto 13

Tenosinovitis piògena de dit causada per picada d'insecte

Digital pyogenic flexor tenosynovitis caused by insect sting

SERGIO LOSCOS, JOSEP CORTINA, IVAN DíEZ, CAROLINA POZO, VINYET REVERTER

Sarcoïdosi versus tuberculosi: diagnòstic diferencial 16

Sarcoidosis versus tuberculosis: diagnòstic diferencial

Sarcoidosis versus tuberculosis: differential diagnosis

ANAEL ESCARDÓ BRAULT

Adenopaties de coll i tòrax: diagnòstic diferencial entre sarcoïdosi i limfoma limfoblàstic 20

Adenopatías de cuello y tórax: diagnòstic diferencial entre sarcoidosis y linfoma linfoblástico

Neck and chest lymphadenopathy: differential diagnosis between sarcoidosis and lymphoblastic lymphoma

KARAM YOUSEF SULEIMAN

Pneumònia nosocomial d'origen desconegut: cas clínic 23

Neumonía nosocomial de origen desconocido: caso clínico

Nosocomial pneumonia of unknown origin: case report

VERÓNICA MARTÍN PÉREZ

Hipoglucèmia severa no diabètica i desnutrició: dos casos clínics 26

Hipoglucemia severa no diabética y desnutrición: dos casos clínicos

Severe non-diabetic hypoglycemia and malnutrition: two case reports

ARIADNA GARRETA RAFECAS

Adenocarcinoma pulmonar con carcinomatosis pleural diagnosticado por derrame pleural 30

Adenocarcinoma pulmonar amb carcinomatosi pleural diagnosticada per vessament pleural

Metastatic pleural tumor of pulmonary adenocarcinoma diagnosed from pleural effusion

ORIOL VENTOSA BLÁZQUEZ

ARTICLE ESPECIAL

Els trastorns alimentaris: una ment diferent? .. 35

Los trastornos alimentarios: ¿una mente diferente?

Eating disorders: a different mind?

SONIA SARRÓ ALVAREZ

PERSPECTIVAS

La apariencia de los medicamentos y la adherencia al tratamiento 39

LENA PROVOST FERRER

La influencia del empaquetado de cigarrillos en España. Medidas emergentes para un problema de salud: el consumo de tabaco 40

MARIA GODINHO BARROS

Abordaje de la prostitución: educación sexual y enfermedades de transmisión sexual 41

INGRID CARDENAS

L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA

A propòsit d'un cas clínic: Pseudoartrosi sèptica de fèmur resolta amb segrestectomia i osteosíntesi al Sagrat Cor, al 1880 42

JOSEP-MARIA CATALAN BORRÀS

PUBLICACIONS 2020

Publicacions H.U. Sagrat Cor 2020 44

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.

Annals del Sagrat Cor està disponible online a:

<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: bibhsc@hscor.com

Disseny i maquetació: Sònia Poch · spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93



Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors



APMTS

Salud y género

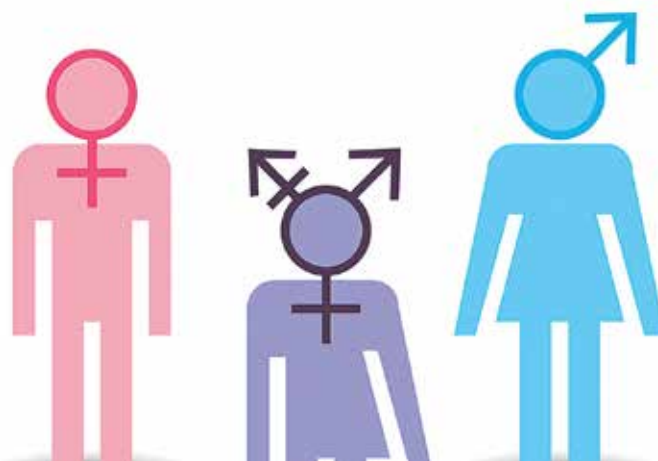
- Así que ya saben lo que tengo.
- Sí, la enfermedad de Smith
- Y, ¿cómo evoluciona?
- Aún no lo sabemos, Mr. Smith.

Este breve y conocido relato introducía a que no hay enfermedades, sino enfermos. Nos hemos ayudado de las generalizaciones para ser útiles, para no sucumbir en la constelación de síntomas y signos. Pero esta ayuda, estas muletas no nos han de hacer perder de vista que son abstracciones, aproximaciones, cuando no existen enfermedades, sino personas.

En esta colección de artículos nos hemos sumido en el reconocimiento del desconocimiento. Los patrones y protocolos nos sirven de mucho en esta disciplina tan pragmática como es la medicina, siempre y cuando no perdamos de vista que acabaremos teniendo delante una persona, con muchas facetas, sorpresas y que nos habremos de rendir ante lo que la persona desea y espera.

Demasiados años generalizando, atribuyendo un determinado peso, raza a nuestros pacientes. Una determinada respuesta frente al infortunio o las malas noticias.

El patrón durante mucho tiempo ha sido medicina para hombres, hecha por hombres, hasta el punto de golpearnos indefectiblemente contra el muro si persistimos esta metódica en lugar de mostrar un sano desconocimiento y una más aún sana capacidad de duda. La explosiva y afortunada diversidad nos lleva a reconsiderar el lenguaje, los datos sociodemográficos.



Los siguientes artículos, preparados con extremo cuidado y afecto por nuestras compañeras nos enriquecen con dudas y aristas. Aportan conocimiento y también incerteza. Dos aspectos que nos han de permitir avanzar en nuestro servicio a las personas. Como se nos muestran, como esperan ser consideradas.

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2021.
Volum 28, Número 1, Publicació trimestral



FOTO MÉS ANTIGA DE L'HOSPITAL

EL GÈNERE EN MEDICINA



Figura 62. Cardenal S. *Manual práctico de cirugía antiséptica*. 3ª ed. Barcelona: Biblioteca Ilustrada de Espasa y Cª, editores; 1894, pp. 393.

Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores están disponibles en la página web

The instructions for authors are available on the website

Cirugía de Afirmación / Confirmación Sexual

Trinidad Labanca

Especialista en Salud Transgénero y cirugía de afirmación sexual. Buenos Aires

Las personas transgénero pueden optar por realizar procesos de afirmación/ confirmación sexual basándose en sus propias necesidades corporales; dichos procesos son conocidos como "transición". La extensión de la transición es muy variable: algunas personas pueden no transitar en absoluto; para otras la transición social es suficiente, utilizando técnicas como el "truqueo" —para las mujeres trans— (lo que hace referencia a la introducción de ambos testículos dentro del canal inguinal, resultando en muchas oportunidades doloroso e incluso poniendo en riesgo la vasculatura testicular), o el "binding" —para los hombres trans— (que consiste en técnicas diversas para ocultar los pechos, resultando en opresiones torácicas, dolores extremos e incluso compromiso de la piel del tórax); otras pacientes pueden requerir tratamiento hormonal y/o tratamiento quirúrgico para masculinizar o feminizar sus cuerpos.

CIRUGÍAS PARA FEMINIZAR LOS CUERPOS

MUJERES TRANS

Si nos referimos a los tratamientos quirúrgicos, las opciones para feminizar los cuerpos para las mujeres trans incluyen: *feminización facial* —utilizando técnicas quirúrgicas como el avance de la línea capilar, el borrado de los arcos supra-ciliares, o la colocación de prótesis mentonianas para avanzar y afinar el mentón—; *la feminización corporal* —utilizando técnicas como la lipoescultura y el trasplante de tejido graso—; *la mastoplastia de aumento* —utilizando prótesis mamarias—; y *la tiroplastia* —técnica quirúrgica que consiste en el limado del cartílago tiroideo, con la finalidad de disminuir su protuberancia, coloquialmente conocida como la "Nuez de Adán"—.

La cirugía de afirmación sexual genital para mujeres trans se denomina *vaginoplastia*, y consiste en la labración de un canal vaginal que permita relaciones sexuales, reposicionamiento del meato uretral, clitorolabioplastia, y la eliminación de estructuras anatómicas como los testículos y el falo. En la vaginoplastia por inversión peneana, se utiliza la piel del pene desepitelizado para cubrir el canal vaginal, el clítoris es reconstruido con una porción del glande, los labios menores con el prepucio, y los labios mayores con piel del escroto. Otras técnicas de vaginoplastia descritas en la bibliografía pueden incluir la interposición de un asa intestinal de recto-sigma para cubrir el canal vaginal. Cualquiera sea la técnica quirúrgica empleada para una vaginoplastia, luego de la misma se requerirán lavados y dilataciones vaginales pe-

riódicas con la finalidad de mantener un calibre y longitud vaginal que posibilite la cópula.

En contrapartida, algunas mujeres trans buscarán recrear una estética vulvar femenina en apariencia, sin tener deseo de penetración vaginal ya que no utilizan la vagina como órgano sexual. Para aquellas mujeres, considerando las potenciales complicaciones que entraña la creación de un canal vaginal localizado entre la vejiga y el recto, y sumado a la implicancia respecto a dilataciones vaginales diarias y periódicas en el postoperatorio luego de una vaginoplastia, se puede ofrecer una *vulvoplastia*. La vulvoplastia es la cirugía mediante la cual se recrea una vulva femenina, con el clítoris, labios menores y labios mayores, y se adecúa la uretra en un tamaño y localización femenina. Dicha técnica quirúrgica no habilitará a la paciente a mantener relaciones sexuales vaginales ya que no se realiza un canal vaginal. La elección de una u otra técnica es indiscutiblemente elección de la paciente, y se regirá según sus propias expectativas y deseos, sin desestimar la imposibilidad de penetraciones vaginales luego de la segunda. La diversidad sexual en todas sus formas es tan extensa que no deberíamos considerar la heterosexualidad con relaciones sexuales frontales como norma.

HOMBRES TRANS

En el caso de los varones trans, las cirugías más comúnmente demandadas son la *masculinización facial* —utilizando técnicas quirúrgicas que impliquen la colocación de prótesis maxilares y/o mentonianas—; la *masculinización torácica* —la cual consiste en la reconstrucción torácica mediante una mastectomía bilateral, la remoción de exceso de piel, y la relocalización de complejo areola pezón en un sitio anatómico masculino (idealmente a 1 cm por encima del borde inferior del músculo pectoral mayor, y a 2-3 cm interno a la línea imaginaria axilar anterior)—.

Si nos referimos específicamente a la cirugía de afirmación sexual genital, la *faloplastia* y la *metaidoioplastia*, son las opciones para los hombres trans. La *faloplastia* consiste en la creación de un falo utilizando injertos o colgajos de tejidos aledaños. El colgajo libre radial es la técnica de elección para las faloplastias, donde se utiliza la piel y la grasa del antebrazo para recrear un falo con una uretra cutánea "técnica descrita como tubo dentro de tubo", y se anastomosan los vasos y nervios del colgajo radial a la vasculatura e inervación de la zona genital. El resultado final será un falo estéticamente masculino, pero sin posibilidad de erección. Para su erección se requerirá la colocación de prótesis peneanas. Últimamente, se

comercializan con frecuencia prótesis peneanas específicamente diseñadas para hombres trans. A su vez, en un tiempo posterior, se pueden colocar prótesis testiculares, confeccionado con la piel de los labios mayores, una bolsa escrotal que pueda albergarlos. Por último, es de importancia recalcar que la prolongación de la uretra femenina con una uretra cutánea (realizada con piel de antebrazo con la técnica descrita de “tubo dentro de tubo”), no está exenta de complicaciones, dentro de las cuales la fístula es la más prevalente y casi condición luego de tal procedimiento.

En cuanto a la *metoidioplastia*, la misma es una cirugía que busca alargar el clítoris —previamente aumentado de tamaño por acción de la testosterona y estimulado con cremas locales y/o succión— mediante la sección de su ligamento suspensorio. La metoidioplastia requiere, además, la elongación de la uretra femenina, utilizando tejido de labios menores y/o mucosa bucal para tal fin. Engendra generalmente menor gravedad de complicaciones si la comparamos con la faloplastia, pero el resultado final será el de un micropene con escasa a nula capacidad penetrativa. Se pueden, en segundo tiempo, colocar prótesis testiculares previa labración de bolsa escrotal utilizando el tejido de los labios mayores como bolsa escrotal.

CIRUGÍAS PARA MASCULINIZAR LOS CUERPOS

Siguiendo la lógica de pensamiento que prima la autonomía corporal y contempla la diversidad sexual y corporal, la elección de una u otra técnica quirúrgica es indiscutiblemente elección del paciente, entendiendo que ambas son técnicas complejas, no exentas de complicaciones —en manos muy entrenadas—, y que si se opta por la metoidioplastia, el paciente no tendrá posibilidad de penetrar una vagina estándar (aproximadamente 7-15 cm). Por contrapartida, si el paciente solicita

una faloplastia, debe ser conocedor de sus costos en términos económicos (ya que las cirugías y sus prótesis son caras); de sus potenciales complicaciones —como lo son la posibilidad de pérdida del injerto (necrosis del falo), fístulas uretrales o cutáneas, entre otras; y de sus principales limitaciones, como lo son la necesidad de diferentes tiempos quirúrgicos para colocar prótesis peneanas y/o testiculares, y la nueva sexualidad que será resultado de estimulación directa de prótesis especialmente diseñadas para penetrar.

CONCLUSIÓN

El amplio abanico que incluye la diversidad poblacional contempla un sinfín de variantes corporales anatómicas, físicas, sociales (de rol) y sexuales.

Que la heterosexualidad monogámica y con determinadas prácticas sexuales tradicionales sea lo estadísticamente más frecuente en la población mundial, ha dado pábulo a la idea de que es lo “normal”. Sin embargo, en los últimos años estos conceptos tradicionales y errados han ido tomando forma de retrógrados y discriminativos, apareciendo nuevas sexualidades, nuevas corporalidades y nuevas prácticas sexuales que han puesto en tiembla dichas creencias populares, sumadas a las voces del activismo que bogan por los derechos y recursos de las personas LGTBIQA+ alrededor del mundo.

La necesidad imperiosa de no juzgar ni criminalizar y contemplar la totalidad de las corporalidades, considerando a la diversidad sexual y corporal en el marco de los principios de autonomía, justicia social, de beneficencia y de no maleficencia, ha dado lugar al crecimiento de cirugías de modificación corporal demandadas por lxs pacientes. Es de esperar que las técnicas evolucionen, incluso, a contemplar la posibilidad de recrear, en unx mismx paciente, ambas anatomías sexuales. ¿Quiénes somos los médicos para juzgar/autorizar dichas prácticas quirúrgicas?

Psicología y género

Berenice Jaraba Arenas, Kira Diz i Miserachs

Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitari del Sagrat Cor

A lo largo de los años, se han relacionado varias psicopatologías a un género más que al otro. Pongamos ejemplos. Según la bibliografía científica, las mujeres pueden tener predisposición a presentar trastornos de ansiedad y/o depresión y, por lo contrario, los hombres tienden más a conductas antisociales. La disputa es la siguiente. ¿La diferente psicopatología es debido a aspectos genéticos o culturales?

Diferentes artículos postulan que la disparidad es clara. Se trata de algo biológico más que cultural. Sin embargo, desde nuestra experiencia y observación de pacientes en el ámbito, defendemos la idea de que se trata de ambas.

En términos psicológicos el ser humano es bio-psico-social, por lo tanto, el entorno, la familia, educación, relaciones interpersonales y culturales afectan a la persona, pero también la carga ge-



nética o antecedentes psicológicos de la persona, se ven estrechamente involucrados. Por ejemplo, analizando las visitas realizadas a lo largo de los últimos años, la mayoría de mujeres que acuden a consulta tienen un perfil de mediana edad, con familia, que presentan trastornos relacionados con ansiedad y depresión. Esto puede ser debido a que según los científicos, las mujeres tienen un rol de cuidadora hacia los demás, antes que a sí mismas. Están preparadas para la gestación, cuidado de sus descendientes y a nivel biológico también están capacitadas para protegerlos frente a peligros externos (apego materno-filial).

Respecto a la corriente biológica del ser humano, hay diversos factores influyentes que pueden determinar un comportamiento u otro. Hablamos de niveles hormonales (estrógenos, testosterona...), formación del cerebro, predominancia de neurotransmisores (dopamina, gaba, serotonina...), entre otros. Estas fluctuaciones, cambios en el desarrollo, enfermedades físicas, serán indicadores de una respuesta más o menos adaptativa al medio. Por otro lado, la neurobiología ha determinado que diferentes estructuras del cerebro (amígdala, hipocampo, hipotálamo, etc.) tienen una funcionalidad específica y afectan al comportamiento humano.

En el lóbulo frontal recae gran importancia, ya que se encarga de la integración de la información, la planificación, el establecimiento de objetivos, la impulsividad o capacidad de decidir, la me-

moria de trabajo y la inhibición. Del mismo modo que también ayuda al procesamiento y control de las emociones.

Gracias a un control más efectivo de la amígdala por parte del córtex prefrontal las mujeres tienden a evaluar de forma más equilibrada una situación de riesgo. Esto implica menos impulsividad y agresividad y visualizar consecuencias y planes a largo plazo.

El lóbulo frontal está mejor conectado con la amígdala en las mujeres, lo que implica una mayor fluctuación de emociones en torno a diversas situaciones que puede llegar a ser desbordante.

Una vez departido de los agentes predisponentes biológicos, defendemos que la cultura occidental ha formado un papel muy relevante. Las mujeres post años 70, han acabado por sucumbir a las veleidades y caprichos de una cultura exigente, compartimentada y sin interés ni sensibilidad por la intimidad y la vida psíquica. Desde hace siglos, la mujer ha sido la que se quedaba en casa, tratando todos los aspectos más emocionales con la familia y ofreciéndole al marido lo que necesitaba. Por lo que las hacía más vulnerables. A medida que ha ido pasando el tiempo, las mujeres han ocupado otros roles en la sociedad actual, adoptando una mayor independencia en diversas esferas de la vida. No obstante, todavía queda mucho recorrido en cuanto a la educación equitativa entre hombres y mujeres.

Por ello, la cultura actual favorece un empoderamiento a la independencia de la mujer. Sin embargo, puede contener una mayor carga psicopatológica que puede influir a la persona dependiendo de su entorno, estructura genética y cómo ésta maneja sus habilidades sociales y emocionales.

En relación a lo expuesto con anterioridad, el ser humano no se rige por uno de los tres factores (biológicos, psicológicos y culturales), sino que es una combinación circular. Se retroalimenta a lo largo de la vida según las circunstancias del individuo y cómo éstas acaban afectando de manera adaptativa o desadaptativa.

Atenció a la dona

Marta Morales

Unitat d'Atenció al Pacient i Família. Hospital Universitari del Sagrat Cor

El tret diferencial dels éssers humans respecte d'altres espècies, és la nostra capacitat d'estimar-nos de forma conscient. L'amor és la nostra expressió més genuïna, aquella que ens caracteritza, ens humanitza i ens fa més feliços.

Des de la Unitat de l'Hospital Universitari Sagrat Cor, desenvolupem les nostres funcions amb la premissa d'amor, respecte i esperit de servei envers totes aquelles persones que precisen el

nostre ajut, sense cap mena de discriminació per raó de raça, creences o sexe, tot i que l'OMS ens fa saber que a causa de les diferències biològiques i socials, el fet de pertànyer a l'un sexe o l'altre té gran impacte en la salut. La salut de la nena i la dona és especialment preocupant perquè en moltes societats es troben en una situació de desavantatge per la discriminació condicionada per factors socioculturals.

Algun dels factors socioculturals que impedeixen que les dones es beneficiïn de serveis de salut de qualitat i aconseguixin el màxim nivell de salut són les desigualtats de poder entre homes i dones; les normes socials que redueixen les possibilitats de rebre educació i trobar oportunitats d'ocupació; l'atenció exclusiva a les funcions reproductora de la dona i el patiment real o potencial de violència física, sexual i emocional.

La pobresa és també un important obstacle per a l'obtenció de bons resultats sanitaris en ambdós sexes, però tendeix a constituir una càrrega més pesada en les dones. En la nostra societat, més desenvolupada, moltes d'aquestes situacions havien quedat minimitzades, però l'arribada de la COVID19 i els problemes econòmics consegüents, està causant en moltes famílies un indesitjable retorn a una situació pràcticament oblidada on qui més pateixen són les dones i els infants. Només des de l'amor i la solidaritat podem revertir aquesta situació.

Sexe, gènere i estatines

Dra. Laura Tuneu Valls

Servei d'Endocrinologia.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Per a un endocrinòleg, les hormones ho són tot i la seva proporció explica una part molt important de les diferències que hi ha entre sexes. El sexe de les persones que és pura biologia, se circumscriu als òrgans reproductius i a les funcions basades en la fisiologia i els cromosomes.

Des de la perspectiva de sexe, observem que hi ha malalties que només apareixen en un sexe (les malalties associades a la reproducció) o que apareixen amb més freqüència en un sexe, o bé que presenten diferents símptomes, diferent resposta als tractaments o diferent pronòstic. Així doncs, la biologia no ens fa iguals.

Gènere i sexe tot i estar íntimament relacionats no són termes sinònims. El gènere és una variable contínua, que s'expressa en un rang de puntuacions d'acord unes normes de gènere (actituds), relacions de gènere (rols i posicions de poder) i identitats de gènere amb models de comportament de masculinitat i feminitat determinats per estereotips (normes i valors) que s'incorporen en la socialització. El gènere canvia segons el temps i les cultures, en canvi el sexe és el que és (1).

La relació entre sexe, gènere i salut és complexa. És obvi que el sexe té impacte en el gènere, de la mateixa manera que el model de gènere també té impacte en la biologia, i aquestes interaccions són les que produeixen diferències en l'expressió dels estats de salut i malaltia. Aquest



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

fet pot provocar que en el procés assistencial, en l'imaginari professional es plantegi un esquema diagnòstic o terapèutic diferencial influït pel qual és esperat en cada sexe, la qual cosa pot influir negativament en el procés assistencial, en general, sobre el sexe en què la malaltia és menys prevalent. D'això se'n diu biaix de gènere. Els exemples clàssics són l'osteoporosi que és més difícil de pensar en un home, i la síndrome coronària que és més difícil d'atribuir a una dona [1].

Un altre exemple ben estudiat són els efectes de les estatines. Des de la perspectiva de sexe, les dones presenten una menor eficàcia respecte dels homes. La causa és que en les dones hi ha un increment en l'activitat del CYP3A4, la qual cosa indueix un augment del seu metabolisme amb la consegüent reducció de l'eficàcia. Aquesta reducció no només se circumscriu a l'efecte sobre les lipoproteïnes, sinó també sobre l'efecte pleiotròpic. Tanmateix, des del punt de vista del gènere, a les dones que requereixen estatines, se n'ofereixen menys, o bé s'intensifiquen menys respecte als homes. D'altra banda, elles declinen més aquesta medicació o la discontinuen amb més freqüència [2].

I com aquest, hi ha mil exemples que ens mostren que som diferents, però que aquesta diferència no hi ha d'influir sobre el principi d'igualtat tampoc en la salut. Per tant, si volem evitar biaixos assistencials, estem obligats a conèixer, i

per tant a estudiar les malalties i els seus tractaments tant des de la perspectiva de sexe com la de gènere ambdues variables sovint ignorades en els assaigs clínics dels quals ens nodrim.

Bibliografia

1. Ruiz Cantero ML. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019. Monografias 39.
2. Farkouh A, Riedl T, Gottardi R, *et al.* Sex-Related Differences in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Frequently Prescribed Drugs: A Review of the Literature. *Adv Ther.* 2020; 37(2):644-655.

Medicina y perspectiva de género

Ana Lozano

Servei de Medicina Interna.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Volvo denunció hace poco que el desarrollo de seguridad de los automóviles continúa siendo sexista. Según la marca sueca, históricamente una de las referencias en esta materia, la mayoría de los fabricantes trabajan basándose en datos obtenidos a través de pruebas de choque realizadas de forma exclusiva con maniqués de anatomía masculina. Por este motivo, concluye la empresa, “las mujeres corren un mayor riesgo de lesionarse en el tráfico que los hombres”.

Este es un ejemplo de que, en el siglo XXI, los estudios de seguridad en el mundo del automóvil se realizan con maniqués masculinos diferentes en altura, peso y anatomía a las mujeres provocando que en caso de accidente, si el coche está ocupado por una mujer, pueda sufrir lesiones por no haber tenido en cuenta la perspectiva de género en las pruebas de seguridad.

Desgraciadamente esto tiene repercusiones en la salud de la mujer por los daños y secuelas que puede presentar por un mal diseño de las pruebas de seguridad.

¡No deja de sorprenderme pensar que llevo toda la vida conduciendo en desventaja respecto a un hombre!

Actualmente los ensayos clínicos se diseñan teniendo en cuenta los grupos de edad, el género, con proporción adecuada de hombres y mujeres, pero no siempre ha sido así, y probablemente estamos utilizando fármacos en mujeres cuyas pruebas iniciales se hicieron exclusivamente en hombres sin que hayan sido testados previamente en mujeres.

De igual manera me pregunto si cuando se hacen ensayos clínicos en animales, ¿se hacen con la misma proporción de machos y hembras?



Monica Das Neves. <https://mdinshots.com/>

Si no es así, ya en la fase inicial de un ensayo clínico estaríamos sesgando por género.

Los síntomas de las enfermedades, descritos en los libros clásicos de propeútica clínica, ¿incluían igual número de mujeres que de hombres? ¿O son síntomas masculinos, teniendo en cuenta que la mujer ha estado históricamente apartada de la ciencia ni que sea como sujeto de investigación?

Los fármacos se ajustan por peso, por función renal, por edad... etc. ¿deberían ajustarse también por género? ¿Metaboliza igual una mujer que un hombre?

Realmente podríamos poner muchos ejemplos respecto a la diferencia que históricamente se ha hecho, y aún actualmente se hace, pero quizás la cuestión más importante sería: ¿trato igual en mi consulta, en la planta de hospitalización, a un hombre que a una mujer? O sin ser consciente, e influenciada ya desde 1º de Medicina —se dice que las mujeres son más histéricas, más neuróticas, somatizan más—, ¿considero que los síntomas que refieren las mujeres son de segundo orden, más relacionados con temas de personalidad, de “nervios”? Reflexionar sobre este tema, me ha ayudado a intentar no tener una actitud diferente al escuchar los síntomas de un paciente según su género.

¿Se cuida con equidad la salud de la mujer en todas las etapas de su vida?

Carmen Lombardia López^a, Cristina Roldan Lombardia^b

^aDUE hospitalización. ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

En la última década, la lucha desde el movimiento feminista por la igualdad de género ha tomado fuerza. En algunos aspectos se ha avanzado considerablemente, a pesar de que aún queda mucho camino por recorrer. En lo que respecta a la salud, especialmente teniendo en cuenta las diferentes etapas por las que una mujer pasa a lo largo de su vida, aún existen muchos tabúes y temas fácilmente olvidados u obviados. Puede que esto se deba, en parte, a que hasta hace poco la profesión médica era mayoritariamente masculina. Si no hemos experimentado en nuestras propias carnes las consecuencias fisiológicas y sociales de ser mujer, puede que sin quererlo restemos importancia a estos procesos que nos son conocidos en la teoría, pero sí en la práctica. No hay que perder la esperanza, cada vez son más las personas de ambos géneros que luchan para dar visibilidad a las desigualdades que existen en distintos niveles. Una pequeña prueba de ello es que a día de hoy, el número de médicas colegiadas en Barcelona supera el 50%.

Una de las etapas más olvidadas es la de la menopausia. Es además un hecho distintivo con respecto a los hombres, ya que no existe una etapa equivalente en ellos. El envejecimiento en los varones es progresivo. Se habla de la crisis de los 40, 50 etc. como una etapa similar, pero lo cierto es que no se produce una caída brusca de la producción de hormonas, como sucede en la menopausia. Estos cambios hormonales pueden ser

el inicio de problemas de salud que en algunas ocasiones se acaban cronificando, conllevando un deterioro del bienestar físico y psicológico de la mujer.

La menopausia se ve como un proceso normal por el que la mujer ha de pasar, pero que se trate de un hecho fisiológico no lo convierte en algo banal. A menudo cuando se consulta por los problemas que van asociados a la menopausia, como dolores osteomusculares, insomnio, ansiedad, cansancio... y tras realizar una anamnesis y las exploraciones pertinentes, que llega a unas conclusiones que acaban la mayoría de las veces achacando el problema a "cosas de la menopausia". A partir de aquí, habiéndose descartado otra patología, cada mujer debe gestionarlo como pueda, ya que la menopausia es algo normal por lo que todas debemos pasar. Como ya hemos dicho antes que sea "algo normal" no le resta valor o importancia. Por si esto no fuera poco, suele coincidir con un momento vital en el que se debe asumir, una vez más, el rol de cuidadora que la sociedad atribuye por defecto al género femenino: hacerse cargo de las personas mayores del entorno cercano.

Por todo esto, debería ponerse más atención a la menopausia en los protocolos de prevención de la salud. Los sanitarios, actuando como el equipo multidisciplinar que somos, tenemos que acompañar a las mujeres en esta etapa de su vida proporcionando un seguimiento y apoyo adecuado.

Una imatge històrica fonamental del Sagrat Cor

Una imagen histórica fundamental del Sagrat Cor

A fundamental historical image of the Sagrat Cor

Josep-Maria Catalan Borràs

President Junta Facultativa. Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia.

Correspondència: jmcatb@gmail.com

Com sabem, el nostre hospital es va fundar fa 142 anys, al 1879.

També sabem que des d'aquella data inicial fins al 1925, el Cap del Servei de Cirurgia fou el Dr. Salvador Cardenal i Fernández.

I és ben documentat que aquest gran metge va ser el principal "culpable" de l'adopció pels cirurgians catalans i espanyols dels mètodes antisèptics i asèptics. Tota la seva ciència i bona

praxi quirúrgica (evidentment ajustada als estàndards de l'època), la va sistematitzar a les diverses edicions del seu "*Manual Práctico de Cirugía Antiséptica*".

Tot i que pugui semblar que aquells mètodes i els llibres que els descriuen siguin només avui valuoses "peces de museu" del segle XIX, resulta que al segle XXI encara són capaços de donar-nos agradables sorpreses.

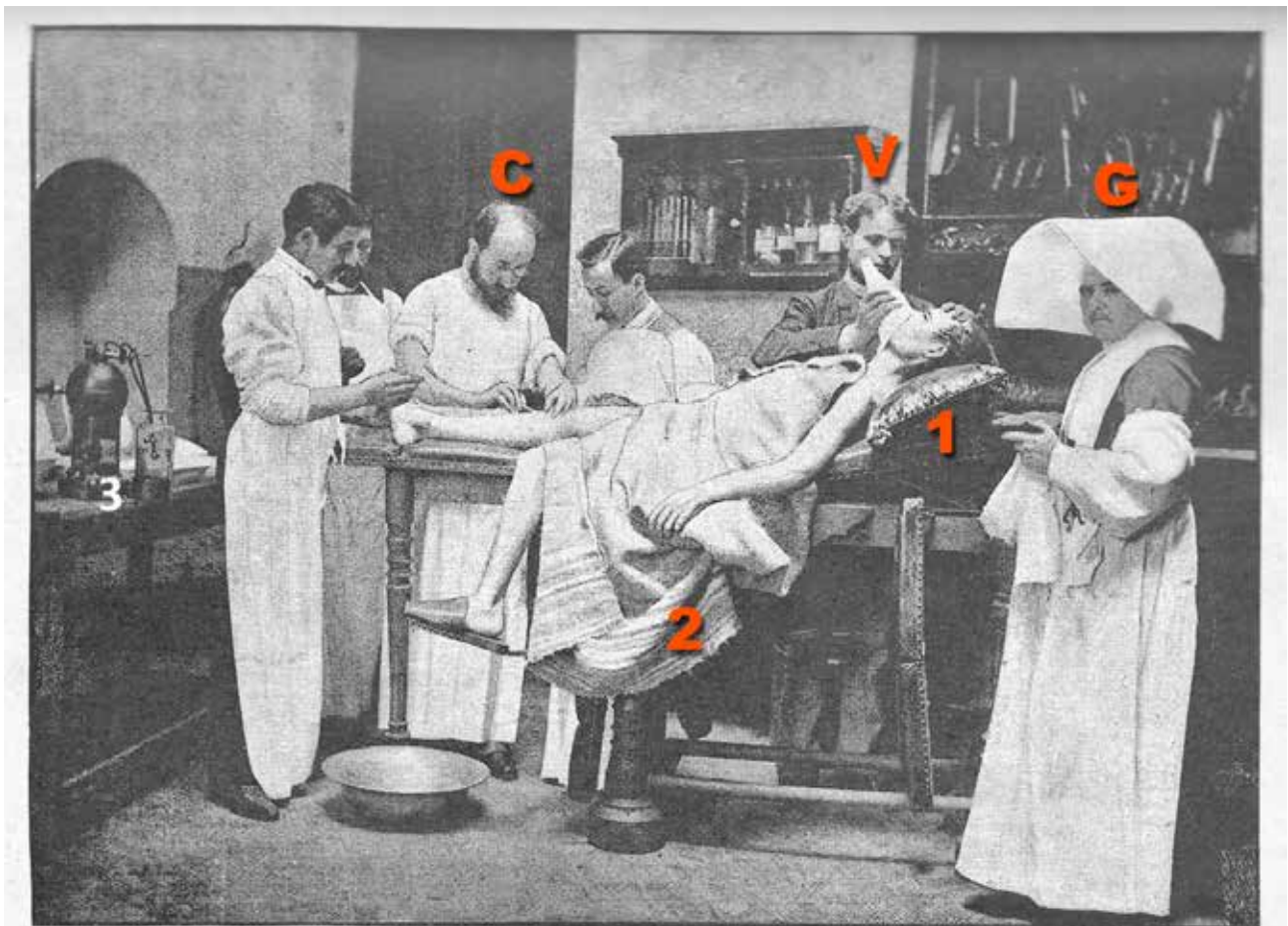


Fig. 62. — Disposición del cirujano, ayudantes, pulverizador y accesorios, en una operación según el primitivo método antiséptico de Lister, 1884. (Véase en la nota de la pág. 388 los defectos que existían todavía en esta disposición y que deben corregirse hoy).

Potser quan el doctor Cardenal va decidir d'incloure determinada imatge al seu manual, no sospitava que estava preservant per a la posteritat la fotografia més antiga presa al nostre hospital.

En aquesta imatge veiem Cardenal i el seu equip fent una intervenció quirúrgica a la sala operatòria del Sagrat Cor.

El propi Cardenal comenta la imatge explicant que és de l'any 1884, és a dir, a un hospital novíssim perquè aquells edificis es van inaugurar al juny del 1883.

A la fotografia veiem Cardenal (C) amb els seus ajudants (que podríem intentar identificar), el seu "anestèsista" Dr. De Vilar (V), i la infermera de les Germanes de la Caritat de Sant Vicenç de Paül (G), religioses que van ser a l'hospital des de la seva fundació.

Com hem recordat, Cardenal era un gran metge. Entre altres moltes coses, un gran metge ha de ser autocrític.

Deu anys després de retratar-se, en revisar el seu llibre per a la tercera edició, el doctor Cardenal faria els següents comentaris autocrítics sobre la fotografia:

"El enfermo reposa sobre una mesa (1) del antiguo modelo, es decir, almohadillada, entre cuyos repliegues, constantemente impregnados de líquidos orgánicos (sangre, pus, etc.), habían de vivir millares de microorganismos, a despecho de nuestras abundantes lociones con torrentes de ácido fénico y sublimado. Hoy una mesa metálica o de cristal evita ese peligro mucho mejor, por la facilidad de limpieza y desinfección. En esa sala venimos usando desde el

año 1888 la mesa de operaciones del profesor Julliard, de Ginebra, y dadas las condiciones que allí nos rodean, reconocemos que difícilmente puede hallarse una mesa más sufrida, cómoda y fácilmente limpiable que la de Julliard, que cuesta en casa del fabricante Demoureaux, en Ginebra, 400 francos".

"El enfermo debe estar todo él cubierto con paños esterilizados, y no dejar al descubierto la manta que se ve en la figura (2) y que constituye un elemento eminentemente contumaz".

"El pulverizador de ácido carbólico (fenol) (3) se ha suprimido por innecesario al par que incómodo".

Afegirem que la segona accepció que dona la RAE de la paraula contumaz és "dicho de una materia o de una sustancia que se estima propia para retener y propagar los gérmenes de un contagio".

I que la polvorització d'àcid carbòlic la feia amb l'aparell visible a la foto (3), amb la intenció de matar els bacteris en suspensió a la sala d'operacions. Lister al 1887 i Cardenal després bandejaren el polvoritzador en saber-se que la major part de bacteris transportats per l'aire no eren ni patògens ni eliminats pel ruixat.

A la pàgina <https://historiadelamedicina.wordpress.com/2020/01/09/de-la-antiseptia-a-la-asepsia-el-pulverizador-de-fenol/> podem veure un vídeo on, a partir del minut 4'55" s'explica el funcionament del pulveritzador.

7 de juliol de 2021 45è Aniversari del nou Hospital

45
1979
2021

Tenosinovitis piógena de dedo tras picadura de insecto

Tenosinovitis piògena de dit causada per picada d'insecte

Digital pyogenic flexor tenosynovitis caused by insect sting

Sergio Loscos, Josep Cortina, Ivan Díez, Carolina Pozo, Vinyet Reverter

Unidad de Cirugía de Muñeca y Mano. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

RESUMEN

Presentamos el caso de una tenosinovitis piógena flexora, infección severa de los tejidos blandos asociada a secuelas funcionales graves que varían desde rigideces de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas hasta la necesidad de amputaciones digitales. El tratamiento antibiótico suele ser insuficiente en la mayoría de los casos, requiriendo drenaje quirúrgico.

RESUM

Es presenta el cas d'una tenosinovitis piògena flexora, infecció severa dels teixits tous associada a seqüeles funcionals greus que varien des de rigideses de les articulacions interfalàngiques i metacarpofalàngiques fins a la necessitat d'amputacions digitals. El tractament antibiòtic sol ser insuficient en la majoria dels casos, requerint drenatge quirúrgic.

Palabras clave: Dedos / cirugía; Tendones; Tenosinovitis

Paraules clau: Dits / cirurgia; Tendons; Tenosinovitis

Keywords: Fingers / surgical; Tendons; Tenosynovitis

Correspondencia: sergio_loscos@hotmail.com

Recibido: 3-marzo-2020

Aceptado: 1-octubre-2020

Loscos S, Cortina J, Díez I, Pozo C, Reverter V. Tenosinovitis piógena de dedo tras picadura de insecto. Ann Sagrat Cor 2021; 28(1): 13-15.

ABSTRACT

We herein report a case of pyogenic flexor tenosynovitis, a severe soft tissue infection associated with severe functional sequelae ranging from stiffness of the interphalangeal and metacarpophalangeal joints to the need for digital amputations. Antibiotic treatment is usually insufficient in most cases, requiring surgical drainage.

INTRODUCCIÓN

La tenosinovitis flexora piogénica es una infección de la vaina del tendón flexor del dedo que puede ocasionar una necrosis del tendón y adherencias que provoquen una marcada pérdida de movilidad, deformidad y amputación, especialmente si se retrasa el tratamiento.

La llegada de los antibióticos y el tratamiento quirúrgico adecuado han disminuido el riesgo de secuelas graves secundarias. Sin embargo, el diagnóstico precoz y la sospecha clínica siguen siendo primordiales.

Hay tres mecanismos principales de infección, siendo el más común la inoculación directa por traumatismo, laceración o mordedura. Con menos frecuencia, se puede producir una diseminación contigua de una infección local o una diseminación hematógena. La propagación de la infección se produce debido a la naturaleza no vascular de la vaina sinovial. La vaina recibe todo el suministro de sangre del tejido circundante; como tal, la infección está relativamente protegida de la respuesta inmune.

La evaluación y el diagnóstico rápidos son imprescindibles para prevenir secuelas tanto a corto,

como a largo plazo: rigidez, pérdida de movimiento en las articulaciones interfalángicas, deformidad con pérdida de tejidos blandos, osteomielitis o diseminación de la infección con la consiguiente amputación.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 40 años, con antecedentes de asma bronquial, que acudió a Urgencias con tumefacción y dolor de 48 horas de evolución en dedo índice tras picada de un insecto no identificado (Figura 1).



Figura 1. Signos de Kanavel [1]

A su llegada a urgencias presentaba fiebre de 38,1°C junto a signos de Kanavel positivos: edema simétrico del dedo, dolor en trayecto de la vaina tendinosa que aumenta a la extensión pasiva y postura en flexión del dedo.

De las exploraciones complementarias destacó leucocitosis de 21.400/ml, y PCR de 91,4mg/L.

Se orientó el caso como una tenosinovitis flexora piógena del dedo índice. Se optó por el desbridamiento quirúrgico, abordaje cerrado descrito por Neviaser mediante doble incisión palmar.

Tras bloqueo regional e isquemia, se realizó abordaje palmar sobre la articulación interfalángica distal, realizando apertura de la polea flexora A5 (Figura 2). Se evidenció abundante líquido purulento que se envió a cultivo y se canalizó una sonda nasogástrica neonatal hasta la polea flexora A1, a la que se tuvo acceso mediante otro abordaje palmar sobre la articulación metacarpo-falángica (Figura 3).



Figura 2. Apertura de polea A5, exudación de líquido purulento. A través de esta apertura se canaliza una sonda nasogástrica neonatal

Se realizó lavado exhaustivo con suero fisiológico y se suturó la piel con nylon 3-0 (Figura 4).

Postoperatoriamente se inició cobertura antibiótica empírica intravenosa con gentamicina 240mg/24h y amoxicilina-clavulánico 875/125mg cada 8 horas.

El paciente mejoró clínica y analíticamente (leucocitos de 7.600/ml, PCR 2.4mg/L) a los 10 días postoperatorios. Los cultivos intraoperatorios fueron positivos para *Streptococcus pyogenes* sensible a la penicilina y, tras el tratamiento antibiótico intravenoso, el paciente fue dado de alta con con amoxicilina/clavulánico 875/125mg/8h hasta completar 4 semanas (Figura 5).

El paciente empezó pautas de rehabilitación desde el día del alta. A las 4 semanas postoperatorias el paciente presentaba una extensión de -15° MTCTF y -10° IFD. A los 6 meses, el paciente había recuperado completamente el balance articular y realizaba vida normal sin limitaciones.



Figura 3. Apertura de polea A1 y lavado-aspiración con sonda nasogástrica neonatal.



Figura 4. Cierre de la heridas palmares



Figura 5. A las 4 semanas de postoperatorio.

DISCUSIÓN

Se han descrito múltiples abordajes quirúrgicos para el tratamiento de la tenosinovitis piógena. El abordaje abierto de la vaina digital se ha considerado el tratamiento clásico que permite una amplia exposición del canal sinovial para su limpieza. Su principal inconveniente es la lesión de las poleas flexoras y mayores adherencias tendinosas.

La tenosinovitis piógena flexora es una infección severa que puede producir limitaciones funcionales graves. En 1912, Allen B. Kanavel describió por primera vez tres signos cardinales para su diagnóstico [1]: tumefacción fusiforme, actitud en semiflexión y dolor a la extensión pasiva del dedo. Posteriormente se añadió un cuarto signo, dolor a la palpación en el recorrido de la vaina tendinosa, completándose así lo que conocemos actualmente como "signos de Kanavel".

Suele estar precedida de un traumatismo penetrante a lo largo de la vaina sinovial digital. Su diagnóstico precoz permite iniciar el tratamiento adecuado en el menor tiempo posible, minimizando el riesgo de necrosis tendinosa [2].

Están descritos múltiples procedimientos quirúrgicos para realizar el drenaje de la vaina sinovial digital infectada que han ido evolucionando de mayor a menor invasión [3]: desde abordajes amplios que exponen íntegramente el canal digital, hasta pequeñas incisiones que permiten el drenaje y lavado de la vaina digital sin exposición de la misma, lo que se conoce como drenaje ce-

rrado. El abordaje abierto de la vaina digital es el tratamiento clásico de la tenosinovitis que nos permite una amplia exposición del canal sinovial para su limpieza. Su principal inconveniente es la dificultad para iniciar tratamiento rehabilitador precoz, lo que predispone un aumento de las adherencias tendinosas. Para disminuir su aparición se realiza el abordaje cerrado descrito ampliamente por Neviasser, [4] que es una buena alternativa para el desbridamiento de la tenosinovitis flexora piógena ya que permite iniciar una pauta de rehabilitación precoz evitando adherencias y rigideces postoperatorias. Se lleva a cabo mediante una incisión palmar proximal a la polea A1 y una incisión digital distal a nivel de la polea A5.

Referencias

1. Kanavel AB. The symptoms, signs, and diagnosis of tenosynovitis and major fascial-space abscesses. En: Kanavel AB (ed). *Infections of the Hand*. 6ª ed. Philadelphia, PA: Lea and Febiger; 1933: 364-95.
2. García-Martínez I, Camporro-Fernández D, Martín-Muñiz C, *et al*. Tenosinovitis piógena flexora de la mano: experiencia en el Hospital Universitario Central de Asturias. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2016; 42:167-73.
3. Giladi AM, Malay S, Chung KC. A systematic review of the management of acute pyogenic flexor tenosynovitis. *J Hand Surg Eur*. 2015; 40(7):720-8.
4. Neviasser RJ. Closed tendon sheath irrigation for pyogenic flexor tenosynovitis. *J Hand Surg Am*. 1978; 3(5):462-6.



Monica Das Neves. <https://mdnshots.com/>

Sarcoïdosi versus tuberculosi: diagnòstic diferencial

Sarcoidosis versus tuberculosis: diagnóstico diferencial

Sarcoidosis versus tuberculosis: differential diagnosis

Anael Escardó Brault

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUM

Tant la tuberculosi pulmonar, com la sarcoïdosi pulmonar, pertanyen a la categoria d'inflamacions granulomatoses cròniques i sovint presenten dificultats per al diagnòstic diferencial. Presentem el cas d'una pacient de 57 anys que arriba a Urgències amb simptomatologia respiratòria inespecífica (tos seca, dispnea progressiva i febre) i que inicialment s'orienta com tuberculosi, però que després d'un exhaustiu examen es diagnosticarà com sarcoïdosi.

RESUMEN

Tanto la tuberculosis pulmonar, como la sarcoidosis pulmonar, pertenecen a la categoría de inflamaciones granulomatosas crónicas, y a menudo presentan dificultades para el diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de una paciente de 57 años que llega a Urgencias con sintomatología respiratoria inespecífica (tos seca, disnea progresiva y fiebre) inicialmente orientada como tuberculosis, pero que, tras un exhaustivo examen, se diagnosticó como sarcoidosis.

Paraules clau: Diagnosi diferencial; Sarcoïdosi / diagnòstic; Tuberculosi / diagnòstic.

Palabras clave: Diagnóstico diferencial; Sarcoidosis / diagnóstico; Tuberculosis / diagnóstico.

Keywords: Differential, diagnosis; Sarcoidosis / diagnosis; Tuberculosis / diagnosis.

Rebut: 27-desembre-2020

Acceptat: 18-febrer-2021

Correspondència: aescarbr7@alumnes.ub.edu
Escardó Brault A. *Sarcoïdosi versus tuberculosi: diagnòstic diferencial. Ann Sagrat Cor. 2021; 28(1): pag. 16-19.*

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis and pulmonary sarcoidosis both belong to the category of chronic granulomatous inflammation and often pose difficulties for differential diagnosis. We present the case of a 57-year-old woman who presented with nonspecific respiratory symptoms (dry cough, progressive dyspnea and fever) initially diagnosed as tuberculosis, which after a thorough examination was diagnosed as sarcoidosis.

INTRODUCCIÓ

La sarcoïdosi és un trastorn granulomatós multi-sistema d'etiologia desconeguda que es caracteritza patològicament per la presència de granulomes no necrosants en els òrgans implicats. Normalment afecta adults joves i presenta inicialment una o més de les anomalies següents: adenopatia biliar, opacitats reticulars pulmonars, lesions cutànies, articulars i / o oculars.

La sarcoïdosi s'inclou dintre de les malalties pulmonars intersticials difuses d'etiologia desconeguda, tot i que s'ha vist que està relacionada amb una resposta inflamatòria davant d'un antigen mediambiental en una persona genèticament susceptible. En Espanya es veuen 1,4 casos/100 000 habitants a l'any, sobretot en dones i menors de 65 anys [1,2].

Quant a la fisiopatologia, l'antigen mediambiental desencadena una resposta immunitària mediada per cèl·lules T i macròfags (amb alliberació de citocines com TNFα) i es dona una organització de

les cèl·lules en forma de granulomes no caseïficans, que és la característica anatomopatològica de la malaltia. Els granulomes es produeixen en major freqüència en els pulmons i ganglis limfàtics, però es poden trobar en qualsevol òrgan. En el cas del pulmó es distribueixen al voltant dels vasos limfàtics i la majoria en les regions peribroncolars, subpleurals i prelobulillars. Es pot donar una hipercalcèmia per augment de la conversió de vitamina D en la forma activada per part dels macròfags.

La clínica de la malaltia és variable segons els òrgans afectats, però és habitual la clínica respiratòria amb dispnea, tos seca i crepitants; també es pot presentar eritema nodós, astènia, anorèxia, pèrdua de pes i febrícula[4,5].

Ens centrarem en el diagnòstic diferencial entre dues malalties amb clínica respiratòria similar però amb una fisiopatologia i amb una evolució molt diferent: la tuberculosi i la sarcoïdosi.

- d'una tuberculosi o d'una possible malaltia intersticial. Per comparar tenim una placa de

- tòrax del 2014 que és estrictament normal.
- Analítica normal amb un hematòcrit elevat del 47,6% (valors de referència 36-44%).



Figura 1: Destaca el patró microneodular disseminat en ambdós hemicamps pulmonars.

- Tomografia Computada d'Alta Resolució (TCAR) (Figura 2): a les imatges amb finestra de pulmó destaca el parènquima amb afectació microneodular de distribució centrolobulillar bilateral. Aquestes imatges són compatibles amb una infecció tuberculosa per disseminació broncògena tot i que no es veu cap lesió granulomatosa.



Figura 2: Parènquima amb afectació microneodular de distribució centrolobulillar bilateral.

- Prova cutània de la tuberculina (injectar derivat proteic purificat dels bacteris de Koch a la cara anterior de l'avantbraç per via intradèrmica). Al cap de tres dies es mira el diàmetre de la induració on s'ha realitzat la punxada. La prova és negativa, encara que té un 25% de falsos negatius.
- En el laboratori de microbiologia una de les mostres es va realitzar una tinció de Gram per descartar que no hi hagi cap procés infecciós diferent del de la tuberculosi.

- En el laboratori de biologia molecular es va buscar amb la tècnica PCR si hi havia ADN de *Mycobacterium tuberculosis complex* i el resultat va ser negatiu
- Fibrobroncoscòpia amb rentat alveolar: mostra cèl·lules escamoses, escasses cèl·lules bronquials sense atípia, nombrosos macròfags i escassos neutròfils. No s'observen agregats granulomatosos i el resultat és negatiu per cèl·lules malignes.
- Biòpsies transbronquials del lòbul mig dret. Aquesta intervenció es fa quan se sospita d'una malaltia granulomatosa com pot ser la tuberculosi o una malaltia intersticial com la sarcoïdosi.

Les mostres sòlides eren 2 fragments de teixit rosaci de 2 i 3 mm respectivament on es va veure una mucosa bronquial entapissada per un epitel respiratori sense atípia. Es veu un parènquima pulmonar amb una lleu fibrosi, un infiltrat limfocitari de >10% i la presència de macròfags intraalveolars (alguns d'ells carregats de pigment antracòtic). No s'observen granulomes ni signes d'invasió neoplàsica.

- Citometria de flux dels valors dels limfòcits T CD4+ i T CD8+ i el seu quocient, important per a diagnosticar malalties intersticials difuses com seria la sarcoïdosi:

Els valors ens mostren que els limfòcits T CD4+ estan augmentats, 68% (valor normal 39-50%).

Igualment, els T CD8 estan disminuïts, 8% (22-27% normal). El quocient T CD4+ / T CD8+ resulta molt elevat, 8,1% (1-2% valor normal).

Quan aquest quocient és major de 3,5% és suggestiu de diagnòstic de sarcoïdosi en el context clínic adequat. És un paràmetre molt útil, ja que té una especificitat del 94% [3].

- Biòpsia de pulmó per cirurgia videotorascòpia. S'agafen dues mostres de pulmó, una de la língula i l'altre del lòbul superior esquerre. Abans de suturar els orificis es realitza una pleurotomia aspirativa i una reexpansió del pulmó.

S'envien les dues mostres al servei d'anatomia patològica. La mostra de la língula (3,5 x 2,5 x 0,4 cm) que macroscòpicament es veia menys patològica, mostra alvèols dilatats i canvis emfisematosos; no s'identifiquen granulomes ni altres alteracions. La mostra del lòbul superior esquerre (4 x 2 x 0,5 cm) permet identificar una àrea fibrosa de 6,35 mm, inflamació limfocitocitària, ocasionals polimorfonuclears, neutròfils i eosinòfils i també identifica un granuloma no necrosant.

DIAGNÒSTIC

El primer diagnòstic de sospita va ser tuberculosi, ja que tant la Rx de tòrax com el TCAR eren molt suggestius. Però la prova cutània de la tuberculina i el rentat broncoalveolar on es van estudiar

diversos paràmetres com la presència de DNA de *Mycobacterium tuberculosis* complex, van resultar determinants per excloure aquest diagnòstic.

En la citometria de flux, el recompte de subpoblacions T CD4+ i T CD8+ va decantar el diagnòstic vers un procés de malaltia intersticial. El quocient T CD4+ / T CD8+, major de 3,5, juntament amb la clínica respiratòria va fer pensar en la sarcoïdosi.

Anatomia patològica va trobar nombrosos macròfags i un infiltrat limfocitari >10% que caracteritzen la inflamació limfohistiocitària que es veu en la sarcoïdosi.

També es va identificar un sol granuloma no necrosant, important per descartar la tuberculosi on els granulomes són necrosants o caseïficans. El problema és que se'n va identificar únicament un, i en la sarcoïdosi és típic trobar-ne bastants.

Amb aquesta sospita es va començar a donar corticoides a la pacient, que va millorar notablement la seva clínica. Un altre fet que ens confirma el diagnòstic de sarcoïdosi.

Tractament i evolució

Es va iniciar el tractament la primera setmana de desembre amb 20 mg/24h de Prednisona per via oral i la pacient va millorar notablement. El tractament de la tuberculosi és completament diferent pel que s'havia d'estar bastant segurs de descartar aquesta entitat, ja que els corticoides són immunosupressors i podrien haver empitjorat greument la infecció tuberculosa.

DISCUSSIÓ



La sarcoïdosi és una malaltia sistèmica que en >90% dels casos té afectació pulmonar i limfàtica.

La clínica de la malaltia és variable segons els òrgans afectats. En el cas de la nostra pacient tenia clínica respiratòria amb dispnea, tos seca i crepitants. També es pot donar astènia, anorèxia, pèrdua de pes i febrícula. És molt típic presentar eritema nodós tot i que la nostra pacient no en presentava [1-4].

Aquesta malaltia es presenta sota 4 estadis diferents que es classifiquen radiològicament amb una placa simple de tòrax (Taula 1). El primer estadi en el qual es troben el 55% dels pacients cursa amb limfoadenopaties hiliars, paratraqueals i mediastíniques bilaterals sense infiltrats parenquimatosos i té un índex de remissió espontània del 60-80%; l'estadi II (25% dels casos) afegeix infiltrats intersticials (en general en els camps pulmonars superiors) i té una remissió espontània del 50-65%; en l'estadi III (<20% dels pacients) es veuen infiltrats intersticials difusos sense adenopaties hiliars; i, per últim en l'estadi IV és característica la fibrosi difusa, freqüentment associada amb masses de conglomerats amb aspecte fibròtic, bronquièctasies per tracció i quists per tracció: desestructuració completa del parènquima pulmonar. Aquest estadi és irreversible, hi ha un 0% de remissió espontània [1].

En el cas de la nostra pacient es trobava en un estadi III, ja que no presentava adenopaties i cursava amb infiltrats intersticials difusos.

Taula 1: Estadi de la sarcoïdosi segons les troballes radiològiques. Incidència de casos i percentatge de remissió espontània de la malaltia.

Estadis (% casos)	DESCRIPCIÓ	% Remissió Espontània
I (55%)	 <p>Limfoadenopaties hiliars, paratraqueals i mediastíniques bilaterals sense infiltrats parenquimatosos.</p>	60-80%
II (25%)	 <p>Limfoadenopaties hiliars, paratraqueals i mediastíniques bilaterals amb infiltrats intersticials.</p>	50-65%

III
(<20%)



<30%

Infiltrats intersticials difusos sense adenopaties hiliars.

IV
(<15%)



0%

Fibrosi difusa, freqüentment associada a masses de conglomerats amb aspecte fibròtic, bronquiectàcies per tracció i quists per tracció: desestructuració completa del parènquima pulmonar.

De fet, però totes les proves són primordials per efectuar un bon diagnòstic diferencial i, en el nostre cas, arribar a la conclusió de què es tracta d'una sarcoïdosi [1,3].

CONCLUSIONS

Tot i que el procés del diagnòstic ha sigut llarg, és important no saltar-se cap pas, i efectuar les proves complementàries necessàries. En aquest cas els dos diagnòstics possibles tenen una clínica de base similar, però el tractament d'una condició o altra resulta molt diferent. Això ens obliga a anar amb molt de compte i assegurar el diagnòstic. Així, si s'hagués donat corticoides a una pacient amb tuberculosi, hauria empitjorat notablement; i, en cas d'haver tractat la tuberculosi, no s'hagués resolt la sarcoïdosi que podria acabar en un estadi IV, amb uns pulmons totalment fibrosats i irreversibles, on l'únic tractament possible seria un trasplantament de pulmons.

Referències

1. Iannuzzi MC, Sah BP. Sarcoidosis. [Internet] Manual MSD versión para profesionales. Citat: 14-Des-2020. Disponible a: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/sarcoidosis/sarcoidosis>
2. Jara-Palomares L, Martín-Juan J, Gómez-Izquierdo L, et al. Hallazgos en el lavado broncoalveolar de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa. Estudio de una cohorte prospectiva de 562 pacientes. Arch Bronconeumol. 2009; 45(3):111-7.
3. Duran Acuña R, Duran Barrera C, Araque Parra C, et al. Sarcoidosis en un atleta de alto rendimiento con patrón recidivante en "árbol en gemación". Report Med Cir. 2016; 25:40-45. doi: 10.1016/j.reper.2016.02.003
4. Lastra González G, González C, Díaz Santos G. Sarcoidosis pulmonar: reporte de un caso. Rev Colomb Neumol. 2019; 31(2):54. doi: 10.30789/rc-neumologia.v31.n2.2019.399

Adenopaties de coll i tòrax: diagnòstic diferencial entre sarcoïdosi i limfoma limfoblàstic

Adenopatías de cuello y tórax: diagnóstico diferencial entre sarcoidosis y linfoma linfoblástico

Neck and chest lymphadenopathy: differential diagnosis between sarcoidosis and lymphoblastic lymphoma

Karam Yousef Suleiman

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

Paraules clau: Diagnòstic diferencial; Granuloma / diagnòstic; Nòduls limfàtics / patologia; Sarcoïdosi / diagnòstic.

Palabras clave: Diagnóstico diferencial; Granuloma / diagnóstico; Nódulos linfáticos / patología; Sarcoidosis / diagnóstico.

Keywords: Diagnosis, Differential; Granuloma / diagnosis; Lymph Nodes / pathology; Sarcoidosis / diagnosis.

Rebut: 20-novembre-2020

Acceptat: 18-febrer-2021

Correspondència: kyousesu7@alumnes.ub.edu
Yousef Suleiman K. *Adenopaties de coll i tòrax: diagnòstic diferencial entre sarcoïdosi i limfoma limfoblàstic. Ann Sagrat Cor. 2021; 28(1): pag. 20-23.*

poden desencadenar processos limfoproliferatius, fonamentalment limfomes limfoblàstics. En aquests casos el diagnòstic diferencial entre ambdues malalties pot ser difícil.

RESUMEN

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica. Durante el desarrollo de la misma pueden desencadenarse procesos linfoproliferativos, fundamentalmente linfomas linfoblásticos. En estos casos el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades puede ser difícil.

ABSTRACT

Sarcoidosis is a multisystem granulomatous disease. During the development of this disease, lymphoproliferative processes can be triggered, mainly lymphoblastic lymphomas. In these cases, the differential diagnosis between the two diseases can be difficult.

RESUM

La sarcoïdosi és una malaltia granulomatosa multisistèmica. Durant el desenvolupament d'aquesta malaltia es

INTRODUCCIÓ

La sarcoïdosi és una malaltia granulomatosa sistèmica, d'etiologia desconeguda, clínica inespecífica, amb patró radiològic i evolució variables. El diagnòstic és histològic mitjançant visualització de granulomes no necrosants. La seva prevalença és d'1,3 casos/100000 habitants/any i amb afectació de múltiples aparells, principalment del sistema respiratori i limfàtic, que es manifesta normalment amb tos seca, dispnea, fatiga i menys freqüentment amb febre, malesstar al pit, pèrdua de pes i anorèxia [1,2]. Són també freqüents l'afectació del sistema nerviós central, el vessament pleural, la infiltració testicular i la presència habitual d'adenopaties perifèriques.

Presentem el cas d'un pacient jove que es presenta a consulta amb una simptomatologia atípica i afectació exclusivament ganglionar.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Es va presentar a consultes externes un home de 32 anys amb dolor retroesternal, estès cap a l'hemitòrax dret, de cinc mesos d'evolució i sense cap altre mena de simptomatologia associada.

La Tomografia per Emissió de Positrons (PET) i la Tomografia Computada (TC) mostraren la presència d'adenopaties laterocervicals, mediastíniques, subcarinals i hilars bilaterals, i per això es va decidir ingressar el pacient.

Anamnesi

Antecedents

El pacient no presentava antecedents, personals ni familiars, d'interès. Sense al·lèrgies conegudes ni hàbits tòxics.

Va donar positiu per Sars-COVID-19, però es va recuperar sense necessitat d'ingrés hospitalari ni cap mena de complicació.

Explica un dolor retroesternal toràctic dret, de 5 mesos d'evolució, amb empitjorament matutí i millora durant el dia, que remetia amb la presa d'analgèsics. Cap altra clínica. En el seu moment va acudir a Urgència pel dolor, i li van realitzar un PET-TC que mostrava lesions hipercaptants al coll i tronc. En veure els resultats del PET-TC, es decideix realitzar una TC i s'ingressa el pacient.

Exploració física

Presenava un bon estat general, estava conscient i orientat en les tres esferes. Sense focalitats neurològiques i constants vitals normals. No es palpaven adenopaties cervicals ni supraclaviculars.

Proves complementàries

- L'analítica no mostrava cap paràmetre alterat.
- La PET-TC mostrava la presència de lesions hipercaptants amb captació variable SUVmàx de 3,8-17 g/dL compatibles amb adenopaties laterocervicals, mediastíniques, subcarinals i hilars bilaterals (figura 1).
- La TC va confirmar la persistència de les adenopaties ja descrites (figura 2).

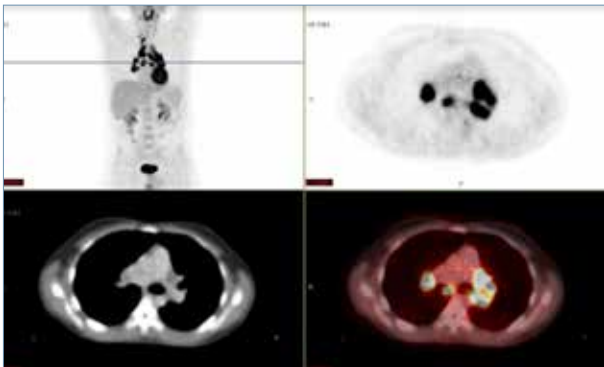


Figura 1. PET-TC a on s'observen lesions hipercaptants paratraqueals i hilars bilaterals.

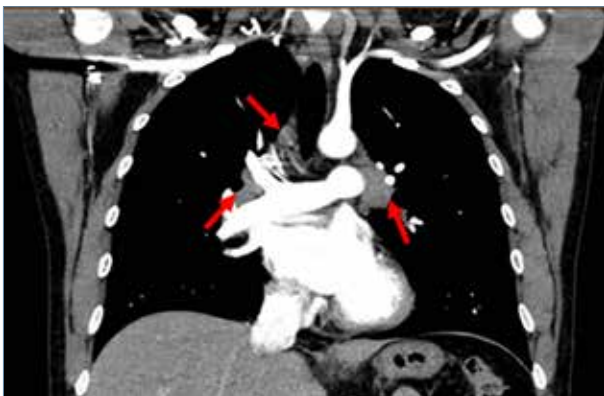


Figura 2. TC amb contrast. Es distingeixen adenopaties paratraqueals i hilars, assenyalades amb fletxes.

DIAGNÒSTIC

Es tractava d'un pacient jove, amb adenopaties toràciques i dolor retroesternal-toràctic dret, de 5 mesos d'evolució i sense cap símptoma regional ni general. Es va decidir realitzar un diagnòstic diferencial entre sarcoïdosi i limfoma limfoblàstic; Es va programar una mediastinoscòpia amb la finalitat d'obtenir una mostra de gangli limfàtic per analitzar-la al departament d'anatomia patològica.

L'anàlisi d'anatomia patològica va descriure el gangli limfàtic obtingut a la mediastinoscòpia com una lesió nodular sòlida de 1,5x1x1 cm amb presència d'una limfadenitis granulomatosa no necrosant i una extensa esclerosi parenquimatososa (figura 3). A més, l'estudi histoquímic amb tinció PAS i Gomori va resultar negatiu per agents infecciosos específics, sent compatible efectivament amb sarcoïdosi.

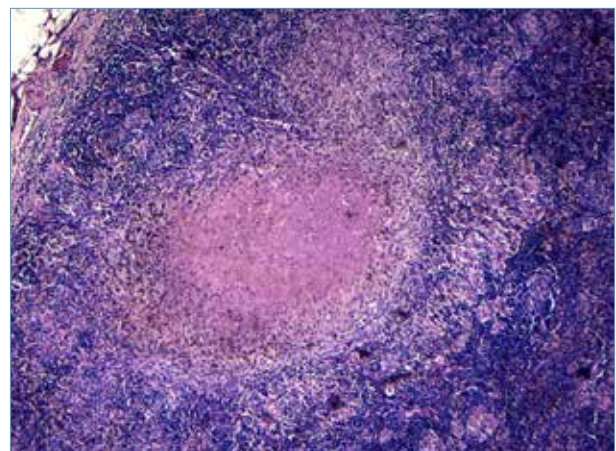


Figura 3. Estudi anatomopatològic del pacient a partir del gangli limfàtic. Veiem un granuloma no necrosant (centre de cèl·lules epitelioides envoltat per limfòcits T, principalment).

Davant la presència d'adenopaties sense regional ni general associada com simptomatologia B, juntament amb els resultats radiològics i la descripció per part d'anatomia patològica, el pacient va ser diagnosticat finalment amb sarcoïdosi en estadi 1 segons l'escala radiològica d'Scadding.

Tractament i evolució

La sarcoïdosi és una malaltia que sovint es resol de forma espontània sense desencadenar complicacions i els pacients asimptomàtics o amb símptomes lleus no requereixen tractament. Tanmateix, han de ser controlats periòdicament per detectar qualsevol deteriorament de la malaltia. El seguiment inclou radiografies seriadades de tòrax, proves funcionals respiratòries i marcadors que avaluin la funció renal i hepàtica, i exàmens oftalmològics anuals, atès que els ulls són els òrgans més afectats després dels pulmons i els ganglis limfàtics.

Els pacients amb afectació i/o simptomatologia greu, el tractament inclou diferents fàrmacs. Els corticoides són els més emprats, ja sigui inhalats per les afectacions endobronquials, tòpics per les afectacions cutànies, o administrats per via oral per una actuació més sistèmica (normalment 40

mg/kg, 1 cop al dia o cada dos dies). El seu efecte s'aprecia passades 6-12 setmanes, i es realitzen proves radiològiques passat aquest període.

En cas que el pacient sigui refractari, intolerant o presenti contraindicacions al tractament amb corticoides, s'administren immunosupressors. El més emprat és el Metotrexat (10-15 mg/setmana), amb resposta apreciable als 6-12 mesos. L'infliximab és un fàrmac anti-TNF útil en el tractament de la sarcoïdosi amb afectació neurològica i amb la sarcoïdosi pulmonar crònica dependent de corticoides. Finalment, la hidroxicloroquina s'empra normalment a la sarcoïdosi amb afectació cutània (400 mg per via oral 1 cop al dia o 200 mg per via oral 2 cops al dia) [1,2,3].

En el cas del pacient estudiat, un cop establert el diagnòstic es va derivar al servei de pneumologia. En tractar-se d'un individu que no presentava cap mena de clínica a excepció del dolor, es va iniciar un tractament analgèsic amb Tramadol (50 grams cada 8 hores), i es va pautar un control radiològic i d'analítica cada tres mesos per tal de detectar qualsevol possible agreujament de la malaltia.

DISCUSSIÓ

La sarcoïdosi és una malaltia granulomatosa multiorgànica, la manifestació més freqüent en cap i coll és la limfadenopatia cervical. Només la presentació d'un granuloma sarcoide en els ganglis limfàtics cervicals sense manifestacions típiques de la sarcoïdosi sistèmica planteja una dificultat diagnòstica [4].

La sarcoïdosi és una entitat heterogènia amb un curs clínic imprevisible i en què s'han identificat fenotips diferents: des d'una síndrome aguda fins variants cròniques. El diagnòstic es duu a terme a partir de la clínica, proves d'imatge (radiografia de tòrax i TC) i metabòliques (gammagrafia i PET-TC) i proves histològiques que reforcin les troballes anteriors, ja sigui obtenint directament una mostra del teixit afectat (normalment ganglis limfàtics i/o pulmó) per observar granulomes no caseosos, o bé emprant una broncoscòpia i rentat broncoalveolar o una EBUS/TBNA per estudiar l'existència del component inflamatori a partir de les cèl·lules recollides. Existeixen alguns marcadors relacionats amb aquesta malaltia com l'enzim convertidor de l'angiotensina (ECA), però acostumen a emprar-se per estudiar el curs de la malaltia [1,2,5,6].

Davant el dolor presentat pel pacient i les troballes radiològiques, es va pensar en sarcoïdosi. Tanmateix, davant d'un pacient amb aquestes característiques és necessari realitzar un diagnòstic diferencial amb un limfoma limfoblàstic (atès que es tracta d'una síndrome que també es pot manifestar amb la presència de masses mediastíniques i dolor) per la disparitat que presenten ambdues malalties tant a escala de pronòstic com de tractament [7]. És per aquest motiu, juntament amb què el pacient no presentava afectació pulmonar apreciable en l'àmbit clínic, ni en les proves d'imatge, que es va decidir realitzar una mediastinoscòpia i obtenció d'un gangli en-

front de la broncoscòpia i el BAL o l'EBUS/TBNA (tècnica modificada d'obtenció de mostres del mediastí mitjançant punció transbronquial sota guia d'ecografia endobronquial).

CONCLUSIONS

Les estratègies diagnòstiques de la sarcoïdosi han millorat notablement els darrers anys per la introducció de la TC d'alta resolució, el PET-TC i sobretot l'EBUS-TBNA, així com amb els avenços dins l'àmbit d'anatomia patològica. Tot i això, estaria bé trobar biomarcadors serològics amb un valor diagnòstic significatiu per tal d'evitar la invasió que comporten aquestes tècniques però també per tal de realitzar un bon control dels individus asimptomàtics o amb simptomatologia lleu.

La sarcoïdosi és una malaltia poc coneguda a escala fisiopatològica. És necessari cercar els mecanismes de desenvolupament, tant a escala molecular, especialment relacionat amb el factor de necrosi tumoral de classe alfa, com a escala cel·lular, en què la cèl·lula més rellevant en el desenvolupament d'aquesta condició és el limfòcit T. Això permetria descobrir dianes terapèutiques i fàrmacs específics contra els factors patològics implicats, i permetria abandonar el tractament amb fàrmacs sovint relacionats amb gran quantitat d'efectes secundaris.

Finalment, és important remarcar que no es coneixen quins són els factors que acaben fent que un individu desenvolupi una sarcoïdosi de caràcter indolent i quins són els que produeixen un agreujament de la malaltia, especialment cap a fibrosi pulmonar. Realitzar estudis amb l'objectiu de descobrir quins són aquests factors ens ajudaria a desenvolupar fàrmacs destinats a aturar aquesta evolució [1,2,5].

Referències

1. Llanos O, Hamzeh N. Sarcoidosis. *Med Clin North Am.* 2019; 103:527-34.
2. Bargagli E, Prasse A. Sarcoidosis: a review for the internist. *Intern Emerg Med.* 2018; 13:325-31.
3. Vizza CD, Jansa P, Teal S, et al. Sildenafil dosed concomitantly with bosentan for adult pulmonary arterial hypertension in a randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017; 17(1):239. doi: 10.1186/s12872-017-0674-3.
4. Chen HC, Kang BH, Lai CT, Lin YS. Sarcoidal granuloma in cervical lymph nodes. *J Chin Med Assoc.* 2005; 68(7):339-42.
5. Bonham CA, Strek ME, Patterson KC. From granuloma to fibrosis: sarcoidosis associated pulmonary fibrosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2016; 22:484-91.
6. Rodríguez F, Seijo LM, Sánchez PA, et al. Técnica modificada de obtenció de muestras del mediastino mediante punción transbronquial bajo guía de ecografía endobronquial: Resultados de un estudio prospectivo observacional *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:135-9.
7. Cortelazzo S, Ferreri A, Hoelzer D, et al. Lymphoblastic lymphoma. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2017; 113:304-17.

Pneumònia nosocomial d'origen desconegut: cas clínic

Neumonía nosocomial de origen desconocido: caso clínico

Nosocomial pneumonia of unknown origin: case report

Verónica Martín Pérez

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUM

Home de 63 anys que es va presentar a Urgències per un quadre de somnolència, deteriorament del nivell de consciència i dispnea progressiva. Havia fet un ingrés 15 dies abans per una descompensació de la seva insuficiència cardíaca. El diagnòstic va ser pneumònia nosocomial d'etiologia desconeguda. Es va administrar durant sis dies tractament empíric de Ceftazidima (1 g/12 h.) i Levofloxacina (de 500 mg /12 hores). L'evolució del pacient va ser favorable.

RESUMEN

Hombre de 63 años que se presentó en Urgencias por un cuadro de somnolencia, deterioro del nivel de conciencia y disnea progresiva. Había sido ingresado 15 días antes por una descompensación de su insuficiencia cardíaca. El diagnóstico fue neumonía nosocomial de etiología desconocida. Se administró durante seis días tratamiento empírico de Ceftazidima (1 g / 12 h.) y Levofloxacino (de 500 mg / 12 horas). La evolución del paciente fue favorable.

Paraules clau: Bacterièmia; Pneumònia nosocomial / prevenció i control; Pneumònia bacteriana / microbiologia.

Palabras clave: Bacteriemia; Neumonía nosocomial / prevención y control; Neumonía bacteriana / microbiología.

Keywords: Bacteremia; Healthcare-Associated Pneumonia/ prevention & control; Pneumonia, bacterial / microbiology.

Rebut: 27-novembre-2019

Acceptat: 3-desembre-2020

Correspondència: vmartipe19@alumnes.ub.edu
Martín Pérez V. *Pneumònia nosocomial en pacient pluripatològic. Ann Sagrat Cor. 2021; 28(1): 23-25.*

ABSTRACT

A 63-year-old man who presented to the Emergency Department with drowsiness, altered consciousness and progressive dyspnea. He had been admitted 15 days earlier due to decompensation of his heart failure. The diagnosis was nosocomial pneumonia of unknown etiology. Empirical treatment of Ceftazidime (1 g / 12 h.) And Levofloxacin (500 mg / 12 h) was administered for six days. The evolution of the patient was favorable.

INTRODUCCIÓ

La pneumònia nosocomial o intrahospitalària és un procés inflamatori pulmonar absent en el moment de l'ingrés hospitalari i que es desenvolupa transcorregudes més de 48 hores després d'estar ingressat o en els 14 dies posteriors a l'alta hospitalària. És la segona infecció d'origen hospitalari més freqüent, amb una incidència de 4-7 casos per cada 1000 altes hospitalàries. La seva patogènia presenta peculiaritats pel fet que els microorganismes causants són diferents dels que causen les pneumònies adquirides en la comunitat. I constitueix una entitat clínica de gran rellevància degut a la seva elevada morbiditat i mortalitat [1].

La seva patogènesi és multifactorial, encara que el mecanisme més freqüent consisteix en l'aspiració de microorganismes que colonitzen el tracte gastrointestinal superior. En els pacients hospitalitzats la combinació d'una depressió del sistema immunitari que, juntament amb l'afectació de

la mucosa ciliar del sistema respiratori i la presència de patologies de base, desnutrició i organismes patògens, fan que l'aspiració sigui un factor significatiu. Els microorganismes implicat són variats, entre ells *P. aeruginosa*, *S. aureus* i BGN entèrics, que es diagnostiquen en especial a les pneumònies que apareixen 8 dies després de l'ingrés i en pacients que requereixen ventilació mecànica prolongada. Les pneumònies representen el 13-18% de totes les infeccions nosocomials.

Presentem un cas que reflecteix les dificultats d'actuació davant un pacient amb comorbiditats i dificultats d'obtenció d'un diagnòstic etiològic. És un pacient vulnerable, amb risc d'infecció per microorganisme multirresistent.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Home de 63 anys que es presenta a Urgències per un quadre de somnolència, deteriorament del ni-

vell de consciència i dispnea progressiva. Havia fet un ingrés 15 dies abans per una descompensació de la insuficiència cardíaca.

ANAMNESI

Antecedents

Sense antecedents familiars ni laborals d'interès. Al·lèrgic a l'àcid acetilsalicílic.

Pacient obès, fumador de 10 cigarretes/dia durant 40 anys, hipertens, diabètic (diabetis mellitus tipus II) i dislipèmia.

Presenta deteriorament cognitiu lleu/moderat, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), síndrome d'apnea/hipopnea obstructiva del son (SAHOS) moderat, insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica crònica, fibril·lació auricular crònica, cor pulmonale.

Exploració física

El pacient presentava una pressió arterial de 121 mmHg de pressió sistòlica i una pressió diastòlica lleugerament incrementada de 90 mmHg.

Es trobava taquipneic (FR 28 rpm, SatO₂ 82%, FiO₂ 21%). Els moviments toràcics eren taquiarítmics.

Es trobava conscient (Glasgow de 14), però amb tendència a la somnolència, amb resposta verbal lenta i poc comprensible. També s'observava asterixis o "flapping tremor".

Destacava una cianosi labial probablement causada per la hipòxia i la presència d'edemes a les extremitats inferiors, suggestives de descompensació de la patologia cardíaca de base.

S'auscultaven crepitants bibasals i hipofonesi a l'auscultació respiratòria. L'auscultació cardíaca era arrítmica. Finalment, a l'exploració abdominal s'observava un abdomen globulós però tou i depressible.

Proves complementàries

- Electrocardiograma (ECG): mostrava els patrons típics de la fibril·lació auricular crònica, 110 batecs/minut. (Figura 1).
- Gasometria arterial: hipercàpnia, SaO₂ 90%, per sota del rang de la normalitat i insuficiència respiratòria crònica per la patologia pre-existent: SAHOS, MPOC i obesitat, comorbilitats que provocaven hipoventilació crònica, de manera que la seva respiració estava afectada tot el dia provocant un augment crònic de la pressió parcial de diòxid de carboni.
- Hemograma: mostrava una leucocitosis neutrofilica i un patró de desviació a l'esquerra típic d'infeccions bacterianes amb predomini de leucòcits segmentats.
- Proves bioquímiques i de coagulació: destacava un augment de la glucosa en sèrum amb un valor de 130 mg/dl i un augment de la PCR amb valor de 1,8 mg/dl. La resta de paràme-

tres estaven dins de la normalitat.

- Rx de tòrax: en decúbit que mostrava una condensació al lòbul inferior del pulmó dret. (Figura 2)

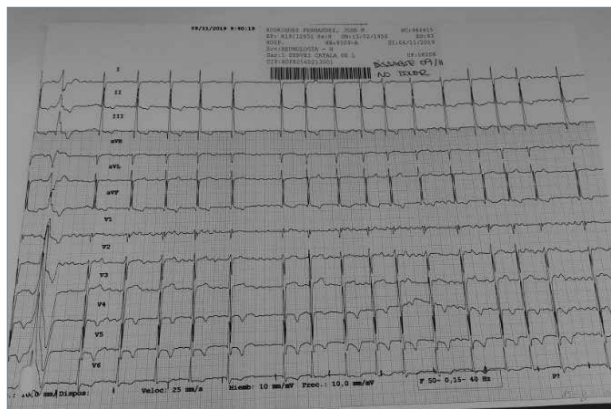


Figura 1. Electrocardiograma: ones P poc definides, moltes no seguides d'un QRS, són les anomenades ones F de fibril·lació, que mostren l'activitat desorganitzada de l'aurícula. L'aparició dels QRS és irregular, ja que depèn de la refractarietat del node atrioventricular que fa de filtre de l'activitat elèctrica i no deixa passar tots els impulsos elèctrics que s'originen a l'aurícula cap al ventricle.



Figura 2. Rx de tòrax que mostra condensació al LID.

DIAGNÒSTIC

La leucocitosis neutrofilica, juntament amb l'observació d'una condensació al lòbul inferior dret, a més de l'ingrés 15 dies abans, orientà el diagnòstic de sospita cap a una pneumònia nosocomial, suggerint que aquesta havia provocat una descompensació de la patologia cardíaca i respiratòria basal del pacient.

TRACTAMENT I EVOLUCIÓ

A la sospita dels agents etiològics típics causants de la pneumònia comunitària: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* i l'anomenat grup dels atípics entre els quals destaquen: *Le-*

Legionella pneumophila i *Mycoplasma pneumoniae*, s'afegien altres patògens aïllats freqüentment en l'àmbit intrahospitalari: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* i altres enterobacteris i bacils gram negatius.

En tractar-se d'un pacient amb múltiples comorbiditats i pronòstic de vida desfavorable es va realitzar la detecció d'antígens en orina, que té molta especificitat per la detecció de *Legionella pneumophila* i *Streptococcus pneumoniae* amb una sensibilitat del 70-90% i especificitat de 99% i 90% respectivament [2]. El resultat va ser negatiu per ambdós microorganismes.

Finalment, el diagnòstic va ser pneumònia nosocomial d'etiologia desconeguda.

Es va administrar un tractament empíric durant 6 dies de Ceftazidima, 1 g cada 12 hores i Levofloxacina en dosis de 500 mg cada 12 hores.

L'evolució del pacient va ser favorable. Al cap de 6 dies es trobava hemodinàmicament estable, eupneic i afebril. No presentava edemes a les extremitats inferiors i a l'auscultació pulmonar el murmur vesicular estava conservat sense sorolls afegits.

Pel control de l'evolució es van realitzar una gasometria arterial, un hemograma i proves bioquímiques.

- A la gasometria arterial, tot i que el pacient continuava hipòxic, ja no tenia criteris d'insuficiència respiratòria. Els valor del bicarbonat també havia disminuït a 29 mEq/l i el pH continuava dins dels paràmetres de normalitat. La SaO₂ havia pujat fins al 95%, entrant dins dels límits de la normalitat.
- L'hemograma encara mostrava una disminució dels leucòcits a expenses dels neutròfils, tot i que encara continuaven en uns valors elevats.
- L'estudi bioquímic mostrava PCR amb valors normals (0,3 mg/dL). També l'estudi de la procalcitonina en sèrum mostrà valors normalitzats (0,05 ng/ml) suggestius de remissió de la infecció bacteriana.

Es va donar d'alta el pacient amb manteniment del tractament antibiòtic durant 4 dies més. Se li va recomanar perdre pes i l'abandonament del tabac. I per últim, es va indicar la utilització de la BiPaP durant la nit i preferiblement durant 2-4 hores al dia.

DISCUSSIÓ

La pneumònia nosocomial és una causa freqüent d'infecció hospitalària en les unitats de pneumologia. El seu tractament resulta difícil, ja que es combinen dos factors desfavorables: la necessitat d'un tractament precoç i la dificultat d'obtenir un

diagnòstic etiològic precís. Això fa que s'hagi de recórrer a les guies de tractament, sense arribar a discernir el patògen causant de la pneumònia. A més, el tractament antibiòtic precoç dificulta la posterior identificació del microorganisme causal, ja que el tractament antibiòtic disminueix la patogenicitat dels microorganismes.

Un altre desafiament diagnòstic està en la dificultat per l'obtenció de mostres de qualitat, així com la fiabilitat que ofereixen les proves diagnòstiques disponibles actualment.

La primera prova diagnòstica seria el cultiu d'esput, però presenta grans dificultats per obtenir mostres de qualitat en volum suficient, ja que és difícil evitar la contaminació per flora bucal. Per tenir qualitat, la mostra ha de tenir >25 neutròfils i <10 cèl·lules epitelials escamoses per camp de 100x. És una prova diagnòstica que presenta un baix rendiment, ja que només en un 40-60% dels casos s'aïlla l'agent causal [3]

Un altre factor important, responsable de la necessitat de tractament empíric precoç són els factors de risc de presentar una pneumònia causada per un patògen multiresistent [4], ja que quan aquest se sospita, s'ha de procedir a un tractament empíric d'ampli espectre amb combinacions de diferents antibiòtics.

CONCLUSIÓ

En conclusió, la pneumònia intrahospitalària representa una situació de risc en els pacients més vulnerables de la unitat de pneumologia amb múltiples comorbiditats i exacerbacions de la seva patologia.

Cal tenir molt presents les guies de tractament empíric antibiòtic per assegurar l'estabilitat del pacient.

En molts dels casos es produirà la remissió de la infecció abans de poder arribar a un diagnòstic.

Bibliografia

1. Rozman Borstnar C, Cardellach López F, Farreras Rozman. Medicina Interna.
2. SEIMC. Procedimientos microbiología. [Internet]. 25. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto respiratorio inferior. Madrid: SEIMC; 2007. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia25.pdf>
3. Mesguer MA, Begoña Cacho J, Oliver A, et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones bacterianas del tracto respiratorio inferior. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008 Aug-Sep;26(7):430-6.
4. Blanquer J, Aspa J, Anzueto A, et al. SEPAR Guidelines for Nosocomial Pneumonia. Arch Bronconeumol. 2011 Oct;47(10):510-20.

Hipoglucèmia severa no diabètica i desnutrició: dos casos clínics

Hipoglucemia severa no diabética y desnutrición: dos casos clínicos

Severe non-diabetic hypoglycemia and malnutrition: two case reports

Ariadna Garreta Rafecas

Servei d'Endocrinologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUM

La hipoglucèmia (glucosa <55 mg / dL [3,0 mmol / L]) és poc freqüent en persones sense diabetis i, abans d'iniciar una avaluació s'hauria de confirmar la presència de la triada de Whipple. S'ha de revisar la medicació i cal descartar les malalties crítiques, la desnutrició, les deficiències hormonals, especialment la insuficiència suprarenal i els tumors de cèl·lules, no illetes, que secreten IGF-II. Les proves realitzades durant la hipoglucèmia poden determinar la causa. Les proves s'han de fer en el moment del desenvolupament espontani dels símptomes. El tractament de la hipoglucèmia s'adapta a l'etiologia. Presentem dos casos d'hipoglucèmia severa sense factors que la predisposin, causats per malnutrició. Cal un diagnòstic precís per dirigir el tractament nutricional, mèdic i/o quirúrgic de la hipoglucèmia no diabètica.

RESUMEN

La hipoglucemia (glucosa <55 mg / dL [3,0 mmol / L]) es poco frecuente en personas sin diabetes y, antes de iniciar una evaluación debería confirmarse la presencia de la triada de Whipple. Se debe revisar la medicación y descartar la presencia de enfermedades críticas, desnutrición, y las deficiencias hormonales, especialmente la insuficiencia suprarrenal y los tumores de células no isletas que secretan IGF-II. Las pruebas realizadas durante la hipoglucemia pueden determinar la causa. Dichas pruebas se realizarán en el momento del desarrollo espontáneo de los síntomas. El tratamiento de la hipoglucemia se adapta a la etiología. Presentamos dos casos de hipoglucemia severa sin factores que la predisponga, causados por malnutrición. Es necesario un diagnóstico

Paraules clau: Desnutrició; Glucèmia; Hipoglucèmia.

Palabras clave: Desnutrición; Glucemia; Hipoglucemia.

Keywords: Blood Glucose; Hypoglycemia; Malnutrition.

Rebut: 29-octubre-2020

Acceptat: 6-maig-2021

Correspondència: ariadna@garreta.com

Garreta Rafecas A. Hipoglucèmia severa no diabètica i desnutrició: dos casos clínics. Ann Sagrat Cor. 2021; 28(1): pag. 26-29.

preciso para dirigir el tratamiento nutricional, médico y/o quirúrgico de la hipoglucemia no diabética.

ABSTRACT

Hypoglycemia (glucose <55 mg/dL [3.0 mmol/L]) is uncommon in people without diabetes. Whipple's triad should be documented in patients prior to initiating an evaluation. Medications should be reviewed. Critical illnesses, malnutrition, hormone deficiencies especially adrenal insufficiency, and non-islet cell tumors secreting IGF-II need be considered in those who are ill. Tests performed during hypoglycemia can establish the cause in those whom illness or medications are excluded. Testing should be done at the time of spontaneous development of symptoms. Treatment of hypoglycemia is tailored to the etiology. We present two cases of severe hypoglycemia without predisposing factors, caused by malnutrition. An accurate diagnosis is necessary to direct nutritional, medical and/or surgical treatment of non-diabetic hypoglycemia.

INTRODUCCIÓ

La hipoglucèmia és una afecció en la qual el nivell de sucre en sang (glucosa) és més baix que el normal. Freqüentment està relacionada amb el tractament de la diabetis. Però altres medicaments i una varietat d'afeccions - moltes d'elles inusuals - poden causar un nivell baix de sucre en la sang de persones que no tenen diabetis. La hi-

poglucèmia es defineix sovint per una concentració plasmàtica de glucosa per sota de 70 mg/dL, encara que és possible que no es produeixin signes i símptomes fins que les concentracions plasmàtiques de glucosa baixin de 55 mg/dL.

Els símptomes de la triada de Whipple s'utilitzen per descriure la hipoglucèmia des de 1938: baixa concentració de glucosa plasmàtica, signes clínics / símptomes consistents en hipo-

glucèmia i resolució de signes o símptomes quan augmenta la concentració plasmàtica de glucosa, s'haurien de documentar en pacients abans d'iniciar una avaluació [1].

Si es confirmessin aquests símptomes, el tractament immediat s'hauria de centrar a revertir la hipoglucèmia, és a dir, a fer que el nivell de sucre en sang torni al nivell normal de manera ràpida, sigui amb aliments o begudes amb alt contingut de sucre o amb medicaments. El tractament a llarg termini requereix identificar i tractar la causa de la hipoglucèmia.

PRESENTACIÓ DELS CASOS

CAS CLÍNIC 1

Pacient de 55 anys amb seqüeles greus de meningoencefalitis durant la infància. Va ser ingressada amb infecció confirmada per coronavirus SARS-CoV-2, presentant poca simptomatologia infecciosa. Durant l'ingrés, és trobada inconscient un matí, objectivant-se glucèmia capil·lar de 25 mg/dL, recuperant la consciència amb glucosa per via intravenosa. Va tornar a presentar glicèmies <55 mg/dL en retirar l'aportació de glucosa parenteral, el que va decidir mantenir perfusió de glucosa amb sèrum glucosat al 10%, a dosis >5 g/kg/dia per mantenir la normoglicèmia.

Anamnesi

Antecedents

Meningoencefalitis als 2 anys, amb seqüeles de limitació funcional progressiva amb hemiplegia dreta i luxació espàstica i afàsia d'expressió, tot i que pot comunicar-se amb algunes paraules simples i moviments cefàlics. Es desplaça en cadira de rodes.

Presentava alteració ventilatòria restrictiva per cifoscoliosis, insuficiència respiratòria crònica amb SatO₂ basal 88-90% amb oxigenoteràpia continua domiciliària, a 2L amb sonda nasal. Ha presentat episodis repetits d'infecció respiratòria i de broncoaspiració per disfàgia, que impedeixen alimentació adequada, i pesa només 29 kg. Historial de gastroenteritis aguda amb deshidratació secundària precisant ingrès.

És totalment dependent per les activitats bàsiques de la vida diària. Viu en una residència tutelada. Pren l'alimentació amb espessidors per la seva disfàgia habitual. Controla bé els esfínters.

No tenint antecedents familiars de diabetis mellitus, ni d'hipoglucèmies prèvies, tampoc al·lèrgies medicamentoses conegudes ni tractament farmacològic que causi hipoglucèmia, es requereix interconsulta endocrinològica.

Proves complementàries

- S'inicia valoració analítica que mostra hipocalcèmia i hipomagnesèmia lleus. El sodi i el potassi són normals i també els perfils hepàtic, renal i cardíac, el que permet descartar insufi-

ciència hepàtica, insuficiències renal i cardíaca, i sèpsies.

- Es realitza l'estudi d'insulinoma amb examen bioquímic previ al dejú que no reflecteix valors anormals i anticossos antiinsulina no detectables, negatius.
- El test del dejú de 72 h, valorant nivells de glicèmia de 48 mg/dL (<55 mg/dL), va evidenciar nivells de proinsulina intacta <0,6 pmol/L (<5 pmol/L), pèptid C <0.65 ng/mL (1.1-4.4 ng/mL), beta-hidroxibutirat 52.8 mg/dL (<3.2 mg/dL).
- El test del glucagó, on la glicèmia als 10, 20 i 30 min va passar a 78-71-69 mg/dL, amb un increment global de 30 mg/dL de la glucèmia després de l'administració de glucagó.

En el context d'aïllament per la Covid-19, juntament amb la presència de cetosis i un valor d'hidroxibutirat superior a 2,7 mmol/L, indicava que la hipoglucèmia no era secundària a insulina endògena ni a dèficit d'IFG1.

Diagnòstic

En el context de la pacient, el grau de malnutrició amb poques reserves de glucogen i la disminució de la gluconeogènesi associada a Covid-19, és el que causava la presència d'hipoglucèmies en dejú.

Seguiment i tractament

S'inicia tractament amb sèrum glucosat al 10% i dieta fraccionada, en el context hospitalari.

Es pauta vitamina B1 per afavorir al metabolisme hidrocarbonat i evitar el "reefeeding". Finalment, es decideix mantenir el sèrum glucosat al 10% i iniciar tractament amb dexametasona 1 mg per incrementar els valors glucèmics.

La pacient evoluciona favorablement amb dexametasona 1 mg / matí assolint -sense l'administració de glucosa parenteral-, glicèmies entre 60-100 mg/dL pel que es decideix alta i seguiment en 2 setmanes amb endocrinologia. La dexametasona augmentarà la gana de la pacient i els nivells de glucèmia capil·lar.

El pla terapèutic consisteix en l'administració de dexametasona 1 mg/24 h una setmana, 0,5 mg/ 24 h els següents 10 dies i, posteriorment, 0,5 mg a dies alterns, 10 dies més i aturar el tractament. S'acompanyarà de vitamina B1 (tiamina) 300 mg/via oral, 5 dies al matí.

S'ha de combinar amb una dieta fraccionada de 6 àpats: esmorzar, mig matí, dinar, berenar, sopar, ressorpó, amb suplement nutricional a mig matí i al sopar.

La resta de medicació es manté sense canvis.

En visita de control es refereix que la pacient realitza 4 ingestes, mantenint glicèmies basals de 69-95 mg/dL a l'esmorzar, 95-115 mg/dL al dinar i 113-120 mg/dL al sopar. Actualment el pla terapèutic consisteix en dieta fraccionada, sis vegades al dia amb importància del ressorpó. Es farà seguiment de glicèmies basals només al matí i en dejú;

control del pes a la setmana i control d'ingestes fins a la següent visita endocrinològica.

CAS CLÍNIC 2

Dona de 85 anys que és ingressada a Urgències per una hipoglucèmia de 23 mg/dL. Un familiar l'ha trobada a terra, desorientada, amb dificultat per parlar. Estava en seguiment per la seva MAP per edemes a les dues cames (porta embenat per al retorn venós).

Presentava mal estat general i una descompensació aguda de la glicèmia, amb pèrdua de consciència i caigudes freqüents, objectivant-se una hipoglucèmia amb criteris compatibles a la triada de Whipple.

Anamnesi

Antecedents

La pacient estava diagnosticada d'hipertensió arterial i signes de valvulopatia aòrtica. No refereix al·lèrgies toxico-farmacològiques. No té antecedents personals ni familiars de diabetis, dislipèmia, anticoagulació ni problemes psiquiàtrics.

No pren fàrmacs hipoglucèmians.

Antecedent de neoplàsia lingual.

Exploració física

Les constants vitals a l'ingrés eren tensió arterial 101/46 mmHg; freqüència cardíaca 65 bpm; temperatura 35,3°C; Sat-O₂: 94% i pes de 31 kg. Conscient, desorientada i col·laboradora. S'evidencia que està deshidratada i desnudrida. Presenta cianosi acral, amb desviació de la commissura bucal cap a la dreta. S'ausculta un buf aòrtic sistòlic, audible en tots els focus; concomitant a uns crepitants en la base pulmonar dreta. S'observen lesions en ambdues extremitats inferiors, macerades, amb desenganxament de pell.

Proves complementàries

- Es realitza una valoració analítica durant l'ingrés amb SG 10%, mostrant glucosa, creatinina i bilirubina augmentades i valors inferiors d'albumina i potassi. No hi ha indicis d'insuficiència hepàtica, insuficiència renal, insuficiència suprarenal ni sèpsia. L'estudi també descarta causes de deficiència d'IGF1, i autoimmunitat amb anticossos insulina. També es descarta diabetis mellitus tipus 2.
- Estudi d'insulinoma amb test del dejú de 72 h, on va aparèixer hipoglucèmia en dejú a les 24 hores, amb glicèmia de 38 mg/dL (74-109 mg/dL), proinsulina <0,6 pmol/L (<5 pmol/L), peptid C 0,63 ng/mL (1,1-4,4 ng/mL); insulina 1,15 µUI/mL (3-25 µUI/mL), beta hidroxibutirat 11,9 mg/dL (<3,2 mg/dL). Els resultats de l'estudi descarten un hiperinsulinisme endogen per insulinoma o dèficit d'IGF1. Posteriorment, es realitza el test del glucagó, on la glicèmia als 10, 20 i 30 min passa a ser de 49-44-38

mg/dL, el que també confirma que NO és un insulinoma.

- Malgrat que el quadre clínic no és degut a un dèficit d'IGF1, atès que la pacient té antecedents personals de neoplàsia, es realitza una analítica per determinar el valor d'IGF2 444 ng/mL (333-967 ng/mL). El nivell de somatostatina i glucagó és normal, 66 pg/mL (<210 pg/mL).
- PET-TC que va revelar que no hi havia evidència de lesions morfometabòliques que suggerixin activitat tumoral macroscòpica metabòlicament activa. Tot i que s'observà un probable adenoma suprarenal bilateral.

Diagnòstic

L'etiopatogènia de la hipoglucèmia descarta la síndrome paraneoplàsica, i s'orienta a un diagnòstic de caquèxia/malnutrició, evidenciant-se valors disminuïts de prealbúmina i albumina que reforcen el diagnòstic.

Seguiment i tractament

La pacient va remuntar les glicèmies amb SG10%, i es va donar la pauta de seguiment de dieta triturada i dexametasona 1 mg, juntament amb suport vitamínic i mineral amb Meritene 1-2 vegades al dia. S'ajustà el control glucèmic amb perfils normals de glucèmia entre 70-130 mg/dL i una reducció progressiva de la dosi de dexametasona.

Segueix tractament amb dexametasona 0,5 mg/dia, evidenciant-se un bon control glucèmic amb glicèmies basals normal. Es recomana el seguiment ambulatori del cas.

DISCUSSIÓ

La glucosa és la font d'energia solitària del cervell en condicions normals. Per mantenir un funcionament cerebral adequat, la glucosa plasmàtica s'ha de mantenir dins d'un rang relativament estret. Hi ha mecanismes de regulació redundants per prevenir o corregir la hipoglucèmia.

La hipoglucèmia en pacients no diabètics és poc freqüent. Quan es produeixi, s'hauria de tenir en compte una malaltia crítica, l'ús continuat d'alcohol, la desnutrició i els medicaments exògens. Els tumors poden ser causa d'hipoglucèmia, però són rars [2]. L'algoritme diagnòstic avalua principalment: insulina (3-25 uUI/mL), peptid c (1.1-4.4 ng/dL), proinsulina (<5,2 pmol/L), i B-hidroxibutirat (<3,2 mg/dL) durant la hipoglucèmia (<55 mg/dL) i la prova de dejuni 72h.

En individus aparentment sans, és possible l'hiperinsulinisme endogen a causa de l'insulinoma, els trastorns funcionals de les cèl·lules β o la síndrome autoimmune de la insulina, així com les causes accidentals, subreptícies o factícies d'hipoglucèmia [2]. Les proves realitzades durant la hipoglucèmia poden determinar la

causa en aquells a qui s'exclouen malalties o medicaments. Les proves s'han de fer en el moment del desenvolupament espontani dels símptomes. Si això no és possible, es pot fer en un dejuni supervisat prolongat o durant una prova de menjar mixt.

La desnutrició, en el context del greix corporal i l'esgotament muscular, també pot causar hipoglucèmia a causa de substrats limitats per a la gluconeogènesi i la glicogenòlisi [3]. Això s'ha observat en pacients amb trastorns alimentaris com anorèxia nerviosa, afeccions de salut mental, malabsorció, trastorns per consum d'alcohol i substàncies i durant la fam. Entre els factors de risc addicionals per a la desnutrició s'inclouen les persones sense llar, la inseguretats alimentària, els desastres naturals i l'abús de menors o ancians. Després d'un període prolongat d'escassa aportació calòrica, la reintroducció de nutrients pot causar una gran varietat de trastorns metabòlics i electrolítics. Es coneix com a síndrome de reabastiment, que a vegades també s'associa amb hipoglucèmia postprandial [3].

Si es confirma la hipoglucèmia, el tractament s'ha de centrar a corregir la hipoglucèmia com a primer pas, i identificar la causa subjacent. En l'estudi del pacient hipoglucèmic, la història ha d'incloure la medicació i l'adherència a la dieta, canvis en la medicació, sospita de lesió renal aguda o intencionada/no intencionada per l'administració de medicaments.

Les proves diagnòstiques complementàries pel diagnòstic i seguiment de la patologia, entre les quals destaquen els nivells d'insulina, proinsulina i peptid C durant qualsevol episodi de sospita

d'hipoglucèmia. Un cop descartat l'administració d'insulina exògena, cal tenir en compte les fonts d'hiperinsulinèmia endògena. La localització es realitza generalment mitjançant tomografia computada abdominal (TC) i/o ressonància magnètica.

El diagnòstic de la hipoglucèmia té especial importància en el pronòstic, ja que d'això en depèn el tractament d'aquesta afecció, de la seva gravetat i de la seva durada.

El diagnòstic d'hipoglucèmia factícia per administració d'insulina s'ha de tenir en compte principalment en el personal sanitari, o en familiars de pacients diabètics [4]. L'absència de malaltia psiquiàtrica coneguda prèvia a l'episodi no ens ha de fer descartar la possibilitat d'un intent de suïcidis. La determinació hormonal en el moment de l'episodi hipoglucèmic és fonamental per arribar al diagnòstic i evitar proves innecessàries al pacient.

Bibliografia

1. Whipple AO, Frantz VK. Adenoma of islet cell tumors with hyperinsulinism. *Am Surg.* 1935;101:1299-1335
2. Mathew P, Thoppil D. Hypoglycemia. 2021 Jan 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 30521262.
3. Bansal N, Weinstock RS. Non-Diabetic Hypoglycemia. 2020 May 20. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, *et al*, editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-.
4. Beato P, Guzmán C, Luengo LM, *et al*. Hipoglucèmia grave en una paciente no diabètica. *Endocrinol Nutr.* 2009 Dec;56(10):462-3.



Adenocarcinoma pulmonar con carcinomatosis pleural diagnosticado por derrame pleural

Adenocarcinoma pulmonar amb carcinomatosi pleural diagnosticada per vessament pleural

Metastatic pleural tumor of pulmonary adenocarcinoma diagnosed from pleural effusion

Oriol Ventosa Blázquez

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUMEN

El adenocarcinoma es responsable del 40% de todas las neoplasias pulmonares; se suele localizar en la periferia y puede presentarse con derrame pleural. A pesar de los avances en el tratamiento, el pronóstico sigue siendo pobre, principalmente debido a la demora diagnóstica. Por ello, deben descifrarse nuevos biomarcadores involucrados en los mecanismos moleculares subyacentes a la génesis y progresión del tumor. Se presenta el caso de una paciente con adenocarcinoma pulmonar, con metástasis pleurales ipsilaterales y derrame pleural masivo, detallando el proceso diagnóstico con especial énfasis en el papel de los biomarcadores pleurales.

RESUM

L'adenocarcinoma és responsable del 40% de totes les neoplàsies pulmonars; se sol localitzar a la perifèria i pot presentar-se amb vessament pleural. Malgrat els avenços en el tractament, el pronòstic segueix sent pobre, principalment a causa de la demora diagnòstica. Per això s'han de desxifrar nous biomarcadors involucrats en els mecanismes moleculars subjacents a la gènesi i progressió del tumor. Es presenta el cas d'una pacient amb adenocarcinoma pulmonar, amb metàstasi pleurals ipsilaterals i vessament pleural massiu, detallant el procés diagnòstic amb especial èmfasi en el paper dels biomarcadors pleurals.

Palabras clave: Adenocarcinoma; Biomarcadores tumorales; Derrame pleural, Maligno; Neoplasias pulmonares; Neoplasias pleurales / secundarias.

Paraules clau: Adenocarcinoma; Biomarcadors tumorals; Neoplàsia Pulmonar; Neoplàsia Pleural / secundària; Vessament Pleural, Maligne.

Keywords: Adenocarcinoma; Biomarkers, tumor; Lung Neoplasm; Pleural Effusion, Malignant; Pleural Neoplasm / secondary.

Recibido: 15-diciembre-2020

Aceptado: 18-febrer-2021

Correspondencia: oventobl7@alumnes.ub.edu
Ventosa Blazquez O. Adenocarcinoma pulmonar con carcinomatosis pleural diagnosticado por derrame pleural. *Ann Sagrat Cor.* 2021; 28(2):30-34.

ABSTRACT

Adenocarcinoma accounts for 40% of all lung neoplasms; it is usually located in the periphery and may present with pleural effusion. Despite advances in treatment, prognosis remains poor, mainly due to diagnostic delay. For this reason, new biomarkers involved in the molecular mechanisms underlying the genesis and progression of the tumor must be deciphered. We present the case of a patient with lung adenocarcinoma, with ipsilateral pleural metastases and massive pleural effusion, detailing the diagnostic process with special emphasis on the role of pleural biomarkers.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente alrededor del globo, liderando tanto la incidencia como la mortalidad [1]. Se puede clasificar en dos grandes categorías: los carcinomas de células pequeñas y, los más frecuentes, los carcinomas de no célula pequeña. Estos, a su vez, se dividen en adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y carcinoma de células grandes [2]. El adenocarcinoma, por sí mismo, es responsable del 40% de todas las neoplasias pulmonares, se suele

localizar en la periferia y puede presentarse con derrame pleural. A pesar de los avances recientes en el tratamiento, el pronóstico sigue siendo pobre, principalmente debido a la demora diagnóstica [3]. Por este motivo, es imprescindible descifrar nuevos biomarcadores involucrados en los mecanismos moleculares subyacentes a la génesis y progresión del tumor.

Se presenta un caso que permite ilustrar el proceso de diagnóstico y el papel del espectro de biomarcadores para el diagnóstico precoz del adenocarcinoma de pulmón, y se enfatiza la impor-

tancia del diagnóstico precoz y preciso del subtipo histológico en las neoplasias pulmonares, ya que condiciona, en gran medida, el tratamiento y pronóstico del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años, que acudió a Urgencias por disnea de 24 horas de evolución. Refirió astenia reciente y describió la presencia de edema en la extremidad inferior derecha, por debajo del tercio proximal de la tibia. No presentaba dolor torácico, fiebre o pérdida de peso. La clínica presentada correspondía a un derrame pleural.

Anamnesis

Antecedentes

No refirió alergias medicamentosas conocidas, ni antecedentes familiares de interés.

Fumadora activa de 30 paquetes al año. Hipertensa. Neoplasia de mama izquierda, libre de enfermedad durante 17 años: radioterapia, tumorectomía y quimioterapia de 5 años de duración. Sigue pauta de Enalapril 10 mg / 24 h., y Bisoprolol 5 mg / 24 h.

Exploración física

La paciente se hallaba consciente, despierta y orientada, mostrándose colaboradora. Destacaba tiraje supraclavicular evidente.

Se observaban cambios tróficos en la piel de las extremidades, especialmente inferiores, secundarios a insuficiencia venosa.

La exploración abdominal resultó anodina. En la auscultación cardíaca presentaba tonos rítmicos y regulares, aunque era identificable un soplo sistólico de predominio focal aórtico. En la auscultación respiratoria se evidenciaron roncus aislados en el campo pulmonar derecho y marcada hipofonía en la totalidad del hemitórax izquierdo.

Pruebas complementarias

- Analítica: los valores de hemoglobina (17 g/dL) y hematocrito (52%), con toda probabilidad debido a hipoxemia crónica. En la serie blanca, se observó leucocitosis (12.200 unidades/mL) con predominio neutrofílico (8.857 unidades/mL).
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm, con intervalo PR de 0,12 seg., QRS de 0,04 seg. y sin alteraciones de la repolarización.
- Gasometría arterial: reflejó insuficiencia respiratoria, hipercapnia y aumento del bicarbonato sérico —compensación por y para la acidosis respiratoria—.
- Rx de tórax: mostró un derrame pleural masivo izquierdo, así como la presencia de patrón intersticial en el pulmón derecho. Se describió también osteopenia (Figura 1).

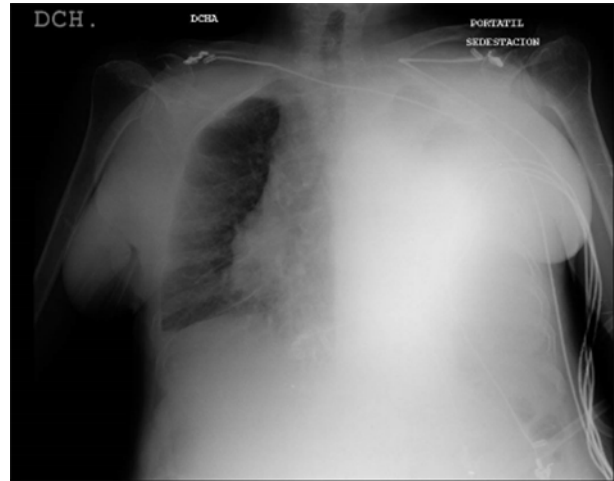


Figura 1. Rx al ingreso

- Ecografía: En la inspección respiratoria, se objetivó un derrame pleural izquierdo masivo con colapso pulmonar. En el pulmón derecho, se observaron múltiples líneas B, sin derrame pleural.
- PCR SARS-CoV2 Negativo.

Diagnóstico

Diagnóstico de sospecha: derrame pleural izquierdo.

La paciente fue ingresada y se mantuvo con oxigenoterapia mediante gafas nasales a 2L, saturando 90-94%. El dolor estuvo controlado con analgesia oral, toleró la dieta y realizó fisioterapia respiratoria.

Se le realizó una toracocentesis mediante punción en la línea axilar posterior por encima del séptimo arco costal, con previa infiltración de 12 mL de mepivacaína y se extrajeron 260 mL de líquido de apariencia turbia y color marrón. Tras la toracocentesis, la clínica mejoró significativamente.

La citología del líquido pleural extraído fue descrita como células epiteliales sueltas o en grupos tridimensionales con núcleos agrandados, irregulares, cromatina gruesa, macronúcleo y citoplasmas macrovacuolados. El estudio inmunohistoquímico demostró que las células atípicas expresaban MOC31, focalmente TTF1 y eran negativas para GATA3. A partir de este patrón se sospechó que se trataba de un adenocarcinoma pulmonar primario que habría metastatizado de forma múltiple en el tejido pleural, manifestándose como derrame.

Diagnóstico final

El diagnóstico final es el de clínica de derrame pleural masivo secundario a carcinomatosis pleural por adenocarcinoma pulmonar primario.

Tratamiento y evolución

En la Rx de tórax de control post-toracocentesis se pudo ver un neumotórax iatrogénico moderado en el pulmón izquierdo (Figura 2).



Figura 2. Rx de control postoracocentesis

Se realizó simultáneamente una tomografía computarizada (TC) con el fin de descartar un tromboembolismo pulmonar. La TC mostró las arterias pulmonares principales y sus divisiones permeables, sin evidencias de defectos de repleción que pudieran sugerir un tromboembolismo. Se localizó una lesión hipodensa en el lóbulo tiroideo izquierdo. Por otro lado, se describió el derrame pleural, ya conocido, esta vez con nivel hidroaéreo, asociado al colapso completo del pulmón izquierdo. Se visualizaron así mismo engrosamientos nodulares de la pleura izquierda apical y diafragmática (el mayor de ellos de 15 mm), compatibles con implantes pleurales. En el parénquima pulmonar de la base derecha, se avistó una imagen nodular en el anillo que se asoció a la presencia de vasos. Se detectó una atelectasia laminar paramediastínica en el lóbulo superior derecho y otra en

el segmento medial del lóbulo medio del mismo pulmón. No se hallaron condensaciones ni nódulos evidentes, ni tampoco adenopatías de tamaño significativo. Finalmente, se pudo intuir una lesión hipodensa en el segmento V hepático, aunque resultó difícil de valorar. No se disponía de exploraciones previas para comparar.

Tres días más tarde, se realizó otra TC para comparar: el derrame pleural presentaba aumento del componente aéreo y los implantes nodulares pleurales no mostraban cambios. Se decidió proceder a la colocación de un drenaje, que se realizó sin complicaciones. La clínica de la paciente mejoró notablemente, con paliación de la sensación disneica.

Al día siguiente del drenaje se realizó otra placa de tórax (Figura 3). Se objetivó una silueta paramediastínica izquierda a nivel del callado aórtico de dudoso significado, que motivo una TC (Figura 4).

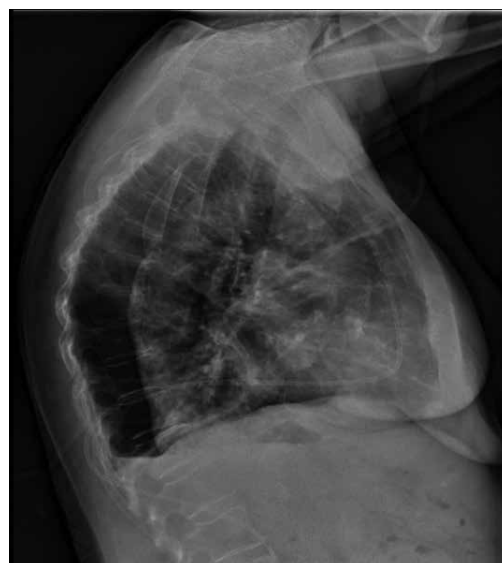


Figura 3. Rx de control post-drenaje

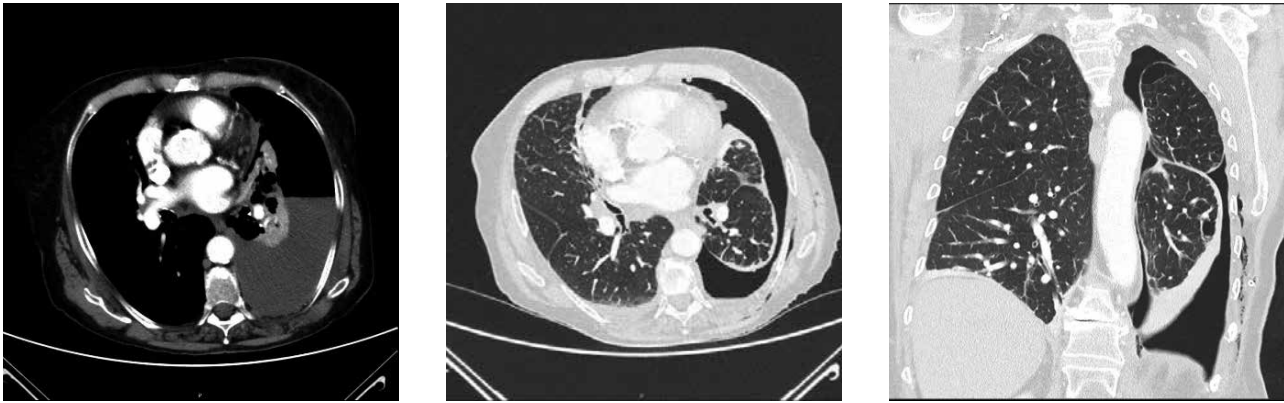


Figura 4. TC para estudio de silueta para-aórtica izquierda.

La lesión hipodensa en el lóbulo tiroideo izquierdo se mostraba sin cambios. El mediastino estaba discretamente desplazado a la derecha, de forma estable. El tronco de la arteria pulmonar era permeable, aumentado de diámetro (34 mm, siendo la aorta ascendente torácica de 31 mm). Se observó un adelgazamiento focal del grosor miocárdico a nivel del ápex, aunque la paciente no refirió ningún antecedente de infarto antiguo o similar. Presentaba moderada aterosclerosis calcificada. Se halló el origen de la arteria vertebral izquierda directamente del cayado aórtico a modo de variante anatómica de la normalidad. Se detectaron pequeños ganglios mediastínicos paratraqueales derechos 7 mm, uno subcarinal de 9 mm y uno hiliar derecho de 11 mm. El neumotórax izquierdo había aumentado respecto a la exploración previa, presumiblemente de forma secundaria a la resolución del derrame pleural. Se vislumbraba, así mismo, un menor grado de colapso pulmonar, aun remanente en la llingula y el lóbulo inferior izquierdo. El tubo de drenaje pleural presentaba su extremo anterior en la topografía del lóbulo superior izquierdo.

Con relación a la imagen que suscitó dudas, se encontró una lesión nodular heterogénea paramediastínica en el segmento anterior del lóbulo superior derecho, con captación heterogénea de contraste, de aproximadamente 35 x 28 mm, sugestivo de un proceso neoproliferativo primario pulmonar. Se hallaba en íntimo contacto con el mediastino. La pleura visceral izquierda mostraba un patrón de engrosamiento difuso, con lesiones nodulares aisladas de hasta 17 mm.

Destacaba también un leve derrame pleural derecho de nueva aparición, así como atelectasias subsegmentarias en el segmento medial del lóbulo medio derecho y postero-basales. Por último, se objetivó una pequeña hernia de hiato y un discreto engrosamiento difuso de la glándula suprarrenal izquierda.

Se decidió entonces llevar cabo una pleurodesis por talcaje, aprovechando la maniobra quirúrgica para obtener una biopsia pleural mediante videotoracoscopia, sin incidentes. Se usó cafazolina como profilaxis antibiótica. Se observó un engro-

samiento pleural visceral y parietal muy intenso con clara imagen de carcinomatosis pulmonar. Se tomaron muestras de la pleura parietal. Se describió también paquipleuritis visceral que oprimía el pulmón izquierdo.

La biopsia mostró fragmentos pleurales con presencia de células neoplásicas aisladas y focalmente, formando pequeñas estructuras glandulares atípicas. Estas células neoplásicas fueron positivas para TTF1, Napsina y MOC31, y negativas para calretinina y WT1. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de infiltración por adenocarcinoma pulmonar primario.

El diagnóstico definitivo fue de adenocarcinoma pulmonar en estadio IV con carcinomatosis pleural. Se expuso el caso en el Comité de Tumores y se decidió proponer tratamiento quimioterapéutico paliativo, que la paciente aceptó.

DISCUSIÓN

En el presente caso, la citología de las muestras obtenidas en la primera toracocentesis, junto con la biopsia pleural realizada por videotoracoscopia, permitieron determinar el origen de las células neoplásicas, su condición de tumor primario y realizar el diagnóstico diferencial con un hipotético mesotelioma.

Los biomarcadores pleurales se pueden clasificar mayormente en: proteínas solubles, marcadores inmunohistoquímicos o ácidos nucleicos. Son ejemplos de marcadores solubles el antígeno carcinoembrionario (CEA), el antígeno carbohidrato 15-3 o la mesotelina, señalando la presencia de cáncer, aunque no confirmándola. Los estudios inmunohistoquímicos en bloques celulares permiten [4]:

- Distinguir un mesotelioma de proliferaciones pleurales reactivas. La pérdida de la expresión nuclear de BAP-1, complementada por la demostración de la delección de p16, indican mesotelioma, por ejemplo.
- Diferenciar el mesotelioma del adenocarcinoma. La calretinina, las citoqueratinas 5/6, WT-

1, i D2-40 son marcadores de mesotelioma, mientras que CEA, EPCAM, TTF-1, Napsina A y Claudina 4 son marcadores de carcinoma.

- Revelar el origen primario de metástasis pleurales de procedencia desconocida. TTF-1 y Napsina A sugieren un adenocarcinoma primario, p40 un tumor de células escamosas, GATA3 y Mammaglobina cáncer de mama y Sinaptofisina o Cromogranina-A tumores neuroendocrinos.

Los análisis anatomopatológicos del líquido pleural de la paciente arrojaron resultados positivos para alteraciones en MOC31, TTF1 y Napsina. MOC31 es un anticuerpo monoclonal que reconoce y se adhiere a una glicoproteína transmembrana expresada a menudo en tumores epiteliales. Existe evidencia de su validez para diferenciar mesoteliomas de adenocarcinomas, siendo positivo para estos últimos [5]. El estudio de Pu *et al.* demostró su utilidad en muestras de líquido pleural, siempre y cuando se usara junto con otros marcadores como WT-1, P63, mesotelina y citoqueratina (K903 y CK5/6) [6]. El estudio comparó citologías de derrames pleurales correspondientes a 10 adenocarcinomas, 15 carcinomas de células escamosas y 18 de mesotelioma maligno. La conclusión fue que el mesotelioma maligno se podía identificar mediante la tinción positiva por WT-1 y negativa para p63. Contrariamente, la tinción negativa para WT-1 y positiva para p63 excluía el mesotelioma. Los marcadores de citoqueratina fueron útiles a la hora de diferenciar el carcinoma de células escamosas del adenocarcinoma, una vez el mesotelioma ya había sido excluido. La tinción negativa para MOC31, en esta tesitura, descartaría el adenocarcinoma [6].

La distinción de un tumor primario o una metástasis, aunque muy relevante, puede a veces resultar una tarea ardua debido a rasgos citológicos solapantes. Ha sido demostrado que anticuerpos contra el factor de transcripción tiroideo 1 (TTF-1) y PE-10 son marcadores significativamente específicos para neoplasias pulmonares primarias. El primero de ellos es una proteína que regula la producción de surfactante y el segundo es un anticuerpo monoclonal contra componentes del surfactante humano. Al ser combinados con el uso de las citoqueratinas 7 y 20 (CK7, CK20) tienen una especificidad de hasta el 94%, para diferenciar entre adenocarcinomas primarios y metastáticos [7].

Otros marcadores cobran especial importancia en el pronóstico, y en consecuencia, en el tratamiento del paciente. Es el caso del valor de LDH en líquido pleural. En un estudio de Verma *et al.*, se analizó el valor pronóstico de los niveles de LDH en pacientes de adenocarcinoma que presentaban derrames pleurales en el diagnóstico. Los autores concluyeron que los valores altos de LDH en el líquido pleural (>1500 U/L) predecían una supervivencia significativamente inferior (menos de 1,7 años) [8]. Los pacientes con LDH baja, pues, deberían ser considerados aptos para medidas que aporten un efecto más duradero en cuanto a la prevención de derrames pleurales repetidos, como por ejemplo la pleurodesis o el catéter pleural tunelado. Toracocentesis terapéuticas

repetidas u otras medidas paliativas deberían ser generalmente reservadas para casos que presenten niveles elevados de LDH en líquido pleural.

Finalmente, debe hacerse mención de la creciente evidencia que respalda el uso de la secuenciación masiva (*Next-Generation Sequencing*) en el análisis molecular de muestras citológicas [9,10]. La detección de mutaciones en genes a menudo implicados en la patogénesis de la enfermedad (EGFR, KRAS, PIK3CA, BRAF, ALK, PDGFRA, o DDR2) constituye una herramienta de gran valor para la toma de decisiones terapéuticas, mostrando mayor capacidad que la *quantitative-PCR* para identificar mutaciones en regiones no *hot-spot*.

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento al Dr. Julio César Alfaro Álvarez y a la Dra. Olga Parra Ordaz.

Referencias

1. Farsalinos KE, Romagna G. Chronic idiopathic neutrophilia in a smoker, relieved after smoking cessation with the use of electronic cigarette: a case report. *Clin Med Insights Case Rep.* 2013; 6:15-21.
2. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin.* 2014; 64:9-29.
3. Cappellessio R, Millioni R, Arrigoni G, *et al.* Lumican is overexpressed in lung adenocarcinoma pleural effusions. *PLoS One.* 2015; 10(5):e0126458.
4. Porcel JM. Biomarkers in the diagnosis of pleural diseases: a 2018 update. *Ther Adv Respir Dis.* 2018; 12:1753466618808660. doi: 10.1177/1753466618808660.
5. Ordóñez NG. Value of the MOC-31 monoclonal antibody in differentiating epithelial pleural mesothelioma from lung adenocarcinoma. *Hum Pathol.* 1998; 29:166-9.
6. Pu RT, Pang Y, Michael CW. Utility of WT-1, p63, MOC31, mesothelin, and cytokeratin (K903 and CK5/6) immunostains in differentiating adenocarcinoma, squamous cell carcinoma, and malignant mesothelioma in effusions. *Diagn Cytopathol.* 2008; 36:20-5.
7. Chhieng DC, Cangiarella JF, Zakowski MF, *et al.* Use of thyroid transcription factor 1, PE-10, and cytokeratins 7 and 20 in discriminating between primary lung carcinomas and metastatic lesions in fine-needle aspiration biopsy specimens. *Cancer.* 2001; 93:330-6.
8. Verma A, Phua CK, Sim WY, *et al.* Pleural LDH as a prognostic marker in adenocarcinoma lung with malignant pleural effusion. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(26):e3996. doi: 10.1097/MD.0000000000003996.
9. Zhang Y, Li J, Hua P, *et al.* Targeted next-generation sequencing in cytology specimens for molecular profiling of lung adenocarcinoma. *Int J Clin Exp Pathol.* 2018; 11:3647-55.
10. Liu L, Shao D, Deng Q, *et al.* Next generation sequencing-based molecular profiling of lung adenocarcinoma using pleural effusion specimens. *J Thorac Dis.* 2018; 10:2631-7.

Els trastorns alimentaris: una ment diferent?

Los trastornos alimentarios: ¿una mente diferente?

Eating disorders: a different mind?

Sonia Sarró Alvarez

Psiquiatra

Aquest article té per objectiu mirar de respondre la qüestió de si en l'anorèxia nerviosa, la bulímia o els trastorns per afartaments reiterats, existeix un funcionament mental diferent i característic. Està escrit des de l'experiència clínica, de molts anys treballant en aquest àmbit, com a metge i psiquiatre, intentant entendre què passa pel cap d'una persona amb un problema alimentari i com ajudar-la a sortir-se'n. Així, doncs, està lluny de pretendre una revisió exhaustiva, el que vol és donar un punt de vista global i integrador, des de la perspectiva del dia a dia de la clínica.

Abans de tot, cal aclarir que la realitat dels pacients no sempre encaixa amb els textos, més aviat al contrari i, a més, existeix una fluïdesa o mobilitat entre l'anorèxia nerviosa, la bulímia i els afartaments, per la qual cosa el diagnòstic pot variar i intercanviar-se d'un a l'altre en el decurs del temps.

A l'anorèxia existeix molta impulsivitat encoberta i compulsió manifesta en la perseveració del símptoma. Es tracta, amb excepcions, més d'una evolució continuada que no de diferents compartiments estancs.

No oblidem que els diagnòstics són maneres d'agrupar símptomes per entendre'ns científicament: restringir, menjar de més, o vomitar són símptomes de patiment intern. Perquè en el fons, els motius de la restricció, dels afartaments, o de la decisió de provocar-se el vòmit són el mateix, i aquest és un intens malestar intern. És l'estil, la manera d'expressar aquest patiment, el que varia. Segons el moment en el qual "fem la fotografia", veurem i diagnosticarem una cosa o altra. I això és el que s'anomena "tenir una perspectiva dinàmica" del problema.

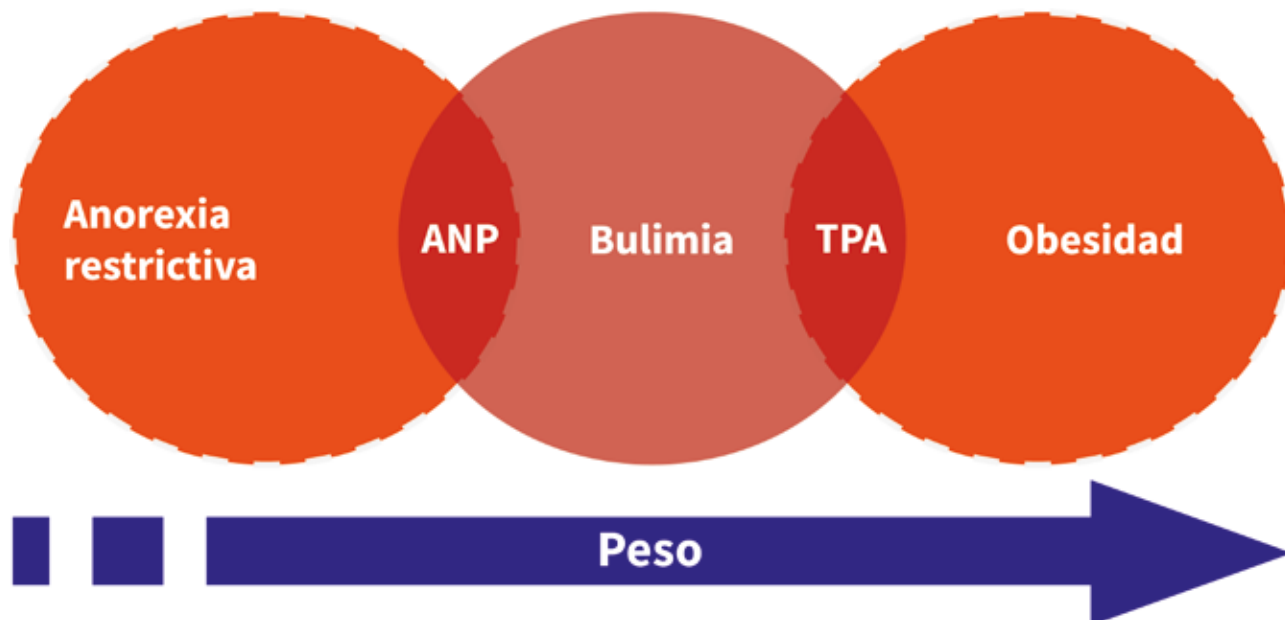


Figura 1. Continuïm dels Trastorns de Conducta Alimentària

Tenen els trastorns alimentaris una base cerebral especial, com altres problemes mentals?

Està configurat (vessant anatòmic) o processa diferent (base funcional) el cervell d'una persona amb bulímia, afartaments o anorèxia?

S'ha trobat, com passa per exemple a l'esquizofrènia, bipolaritat, espectre autista o hiperactivitat (TDAH), evidència d'un funcionament mental diferent lligat a desequilibris cerebrals concrets, o a una base genètica-hereditària?

Sobretot en l'anorèxia nerviosa, els estudis apunten que sí. Els problemes amb el menjar són trastorns multifactorials en els quals el temperament personal, juntament amb els recursos emocionals, racionals i l'entorn s'entrellacen com a factors causals, i això dificulta la identificació de patrons, tot i que comença a haver-hi certa evidència.

Tots els psiquiatres que treballem en aquest àmbit sabem, per exemple, que en l'anorèxia hi ha una mentalitat minuciosa, persistent i bilateral, pensament extremista de "blanc o negre", "tot o res", "sóc vàlid al 100% o no ho sóc gens", i "tinc un cos perfecte o el detesto". Això es correspon a la clínica, que és allò que veiem, ara bé, podem demostrar-ho amb proves?

Doncs sembla que sí. Els tests psicològics per determinar com funciona el cervell en l'anorèxia, han permès identificar unes característiques que conformen una manera de captar i processar la realitat diferent de la d'una persona sense anorèxia, a la d'una persona amb altre trastorn alimentari, o sense cap trastorn mental aparent.

Es perfila un estil propi que mostra una gran facilitat per advertir petits detalls i, en canvi, dificultats per copsar la perspectiva global ("els arbres que no deixen veure el bosc", emprant un exemple gràfic). També una manera de pensar i processar les emocions on es troba dificultats per interpretar tant les expressades per altres, com les seves pròpies, i finalment mostra problemes per adaptar-se a canvis de situació, per flexibilitzar.

Aquestes observacions són característiques de les persones que pateixen trastorns alimentaris, i especialment l'anorèxia: les dificultats per expressar, modular i gestionar les emocions, sobretot (ves per on) les negatives. Aquest estil de captar, raonar i sentir, en si mateix no és ni bo ni dolent i, com qualsevol altra manera de ser, es manifestarà en el comportament –no només respecte al menjar, sinó que en general-, en la interacció amb el món i els altres. Això, que pot arribar a ser un avantatge adaptatiu en feines on la meticulositat i/o la reiteració siguin importants, comporta una visió personal més introspectiva i solitària, amb dificultats per captar la globalitat, els aspectes emocionals de les situacions vitals i per desenvolupar habilitats per adaptar-s'hi, canviant, si cal, d'estratègia relacional. Per exemple, quan cal

improvisar, quan s'esdevé un conflicte en el grup d'amics, o segons com s'interpreta la reacció de les persones significatives de l'entorn.

I tot això passa factura en persones que es rebutgen, que vénen de més o menys traumes vitals, amb baixa autoestima i que, mancades d'altres recursos, dipositen les esperances o el desconfort de sentir-se acceptats en el cos, en l'aparador, fent regressions en comptes d'obrir-se a la vida i desenvolupar-se, buscant desesperadament en el físic un camí segur que els porti a l'èxit social enmig de la inseguretat; negant i desviant.

Per això, el que resulta clau és atènyer el conflicte que el símptoma amaga, l'emoció rere la cognició, aprendre a expressar-la i donar estratègies per manegar-la.

Segons els diferents enfocaments, els trastorns alimentaris són un trastorn del desenvolupament, una regressió del self (de l'individu?), un trastorn afectiu, una prepsicosi, un prisma més de l'espectre autista, una addicció... El que és important, però, és entendre, sigui des d'una opció o l'altra, o des d'una combinació de totes elles.

La insatisfacció interna, i fins negació d'un mateix, el perfeccionisme i la impulsivitat, la baixa autoestima-depressió, i la distorsió de la visió pròpia estan entrelligades als trastorns alimentaris i es potencien perillosament quants més anys dura la malaltia.

I hem dit malaltia, perquè afecta tant l'estat psíquic com el mental, amb conseqüències potencialment greus que arriben a posar en perill la vida.

El patró que s'ha descrit és més evident en els casos de llarga durada, en adults més que en adolescents, en casos més greus de desnutrició, i, el que és més significatiu, alguns autors han detectat que persisteix un cop assolida la normalització ponderal.

S'intenta aclarir encara si hi ha alguna correlació anatòmica, si ocorren canvis en la constitució del cervell que explicarien el manteniment d'aquest estil, o si ja hi era de base, previ a l'eclosió del problema alimentari.

Respecte a la correlació anatòmica, se n'ha trobat certa evidència, sempre limitada i més detectable com més intens o perllongat sigui l'estat de desnutrició: una reducció de matèria blanca o grisa en determinades àrees, sobretot lòbuls frontals (que s'ocupen d'executar accions) i temporals (l'àrea més cognitiva), com també a l'hipocamp-sistema límbic que és el circuit que processa les emocions.

En la bulímia, les investigacions són encara menys concloents, i detecten un estil diferent, més marcat per la impulsivitat i una major facilitat per arriscar-se davant situacions noves o imprevistes, amb dificultats a l'hora de retenir-se i persistir; no oblidem que la bulímia es caracteritza sobretot (criteris DSM, Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals) pels afartaments per sobre dels vòmits, i que ambdós símptomes són de caràcter impulsiu/compulsiu respecte la restricció, més estable. L'estructura del cervell sembla afectar-se més, com més intensos són els vòmits i afartaments, i sobretot en el circuit fronto-estriat.

En el cas de l'equívocament anomenat "trastorn per afartaments", les evidències són encara més escasses i menys evidents. Però és que aquest és un clúster simptomàtic de molt recent diferenciació com a entitat pròpia (individualitzat el 2013 al DSM-V), que clàssicament s'inclouia i analitzava dins la bulímia, i per tant, encara amb pocs estudis epidemiològics propis relativament.

A un nivell més profund, el de les "carretes neuronals" del cervell i els seus vehicles, els neurotransmissors, en la bioquímica cerebral dels trastorns alimentaris són sobretot dos sistemes o "trajectes" els que s'afecten: el de la Serotonina, que (simplistament) es relaciona amb l'obsessió i l'estat d'ànim, i el de la Dopamina, que es relaciona amb la hiperactivitat mental i física, a més d'alteracions de la leptina i altres hormones i substàncies que connecten sistema digestiu, endocrí i nerviós. Això permet l'ús de fàrmacs que influeixen en aquests circuits i suavitzen la simptomatologia: reduir les idees obsessives, millorar l'insomni, alleujar l'angoixa de la distorsió perceptiva, si és el cas. Els psiquiatres hem de saber bé perquè triem un fàrmac o un altre, segons les propietats de cadascun i els diferents receptors-neurotransmissors sobre els quals influeixen, i que també determinen el perfil particular d'efectes secundaris, és a dir, l'art de receptor. Però cal guarir el conflicte més enllà dels símptomes.

ENFOCAMENT GLOBAL

Hem de sortir de la individualitat del pacient, i mirar el seu entorn vital: família, parella, germans, pares, fills, la família extensa; també la història, la seva pròpia història i la del seu voltant; els amics, les il·lusions, la manera de relacionar-se; i, sobretot, què suposa la malaltia en aquest entorn, què mobilitza?

Cal tenir aquests aspectes externs al pacient molt presents, ja que s'ha de treballar amb la idea de recol·locar el mobiliari. És molt difícil sortir d'una addicció -com és en definitiva un problema alimentari- sense que el sistema es desestabilitzi. S'ha de mirar d'aconseguir que l'entorn treballi amb nosaltres i per això cal transmetre -i que s'entengui bé- allò què pretenem fer, i recollir les pors i esperances.

Dins d'aquesta visió de conjunt, caldria explorar la presència de les característiques psicològiques comentades a l'entorn familiar per tal d'esbrinar si constitueixen un tret diferencial de base predisposant d'aquesta patologia.

I finalment, cal incloure en el conjunt del quadre, les comorbiditats, és a dir, l'associació que el trastorn alimentari pot mantenir amb altres problemes com la depressió, la inatenció/hiperactivitat (TDAH), el consum d'alcohol i altres tòxics de manera habitual... entitats totes elles que també tenen afectacions mentals i bioquímiques diferents.

També cal tenir en compte els trastorns orgànics intercurrents que es poden esdevenir, per exemple, una hipokalemia per vòmits reiterats

o una situació de desnutrició perillosa (Índex de Massa Corporal IMC o relació pes/alçada inferior a 15, normal establert entre 18 i 24), amb les seves possibles conseqüències mentals. De fet, la microflora intestinal, les seves modificacions i els canvis que opera en el sistema neuro-endocrí són un dels camps d'investigació actuals.

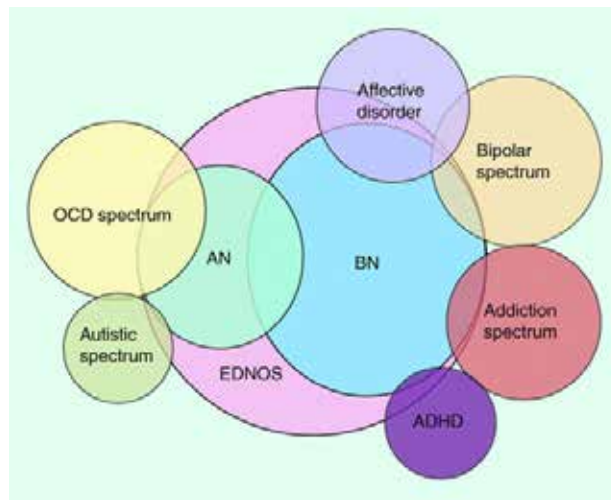


Figura 2. Endofenotips dels trastorns de la conducta alimentària

Per tant, ens predisposaria (tret)?, o seria conseqüència de l'estat a què la desnutrició i/o desregulació alimentària aboca?

I així ens endinsem en la qüestió evolutiva, és a dir, si hi ha un funcionament cerebral diferent en el cas de trastorns alimentaris, o si en alguns d'ells existeix aquesta diferència prèviament al desenvolupament del problema. Bé, és la nostra versió de l'etern debat sobre què ve primer, si l'ou o la gallina.

S'estan dissenyant estudis que exploren els patrons cognitius i relacionals dels familiars més propers i es busca un enllaç genètic que apunti vers cromosomes concrets que, fins ara, resulten força elusius, tot indicant que la predisposició, si n'hi ha, seria multifactorial. Camins a explorar, evidència a dilucidar, sona tot molt complex, depèn de cadascun dels casos.

Si coneixem què diferencia l'estil perceptiu, cognitiu, emocional i relacional d'una noia amb anorèxia podem, no només intentar entendre el seu idioma, sinó també intentar ensenyar-li un de nou, més adaptatiu. És a dir, dissenyar i desenvolupar estratègies terapèutiques adreçades específicament a les àrees que creen aquest patiment, donar noves eines per adaptar els "ingredients" de base a la circumstància vital, incorporant i remodelant, el que anomenem "reestructuració cognitiva". Això, a la pràctica, significa ajudar els pacients amb trastorn alimentari a trobar opcions, tot aprenent estratègies que permetin no necessitar el símptoma i créixer, sentir-se capaç, sentir-se amb valor.

Als trastorns alimentaris no sol haver-hi una diferència de qualitat, com passa en la psicosi. En els deliris, el que es pensa és molt diferent de la realitat, podria dir-se que es viu en una realitat alternativa, en una altra dimensió, amb unes regles de pensament pròpies i diferents. És com parlar diferents idiomes no nascuts d'un tronc comú. En la depressió o la mania (el trastorn bipolar), en canvi, la manera de pensar s'assembla més a la d'una persona no deprimida, però els pensaments tenen una intensitat exagerada; és una diferència de quantitat. Així, tots sabem què és estar tristos i compartim l'experiència; però no tothom és bipolar o pateix una depressió major. És com si parléssim el mateix idioma a diferent volum.

En l'anorèxia conviuen les dues realitats: la que anomenarem "normal" malgrat que als psiquiatres no ens agrada gaire el terme (què és "normal", sinó l'acceptat com a més comú?), i l'altra, la de la malaltia, que pot arribar a tenir veu pròpia i no gaire agradable.

Sobretot en infrapes marcat, la psicosi pot ensenyar les orelles, i les veus internes autocrítiques esdevenir veritables al·lucinacions auditives. Per això és important intentar que la part més conservada de la personalitat, la d'aquell fill, filla, o parella ara caigut al pou de l'obsessió amb qui abans es podia parlar i gaudia de la vida, pugui tornar a reflotar. Encara que al principi, per aconseguir-ho calguin mesures ben dràstiques, per regular les ingestes i tornar-les a la normalitat i, en determinats casos, un ingrés hospitalari.

És bàsic que a l'equip terapèutic hi hagi unes pautes, una direcció que treballi en el mateix sentit, tots "empenyent a una", i amb totes les eines que bonament puguem emprar: nutrició, teràpia, pastilles, treball amb l'entorn. És, en definitiva, un treball en equip on el director va guiant el procés de canvi.

Però cal recordar les persones que mantenen la seva simptomatologia en comptes d'anar-la intercanviant: la restricció, vòmits, o sobreingestes sense variar-ne la línia. Les investigacions genètiques, neuro-hormonals i de perfil neuropsicològic determinaran en un temps a venir si tenen

un perfil encara més diferenciat de la resta del que la clínica determina.

I cal recordar que un perfil, com un test, ha de servir per identificar els aspectes sobre els quals incidir i orientar per dissenyar tractaments que —aquest n'és el sentit últim— ajudin els pacients a millorar en aquest llarg i difícil camí amb falses dreceres i revolts en espiral, però també amb bones sortides.

Referències bibliogràfiques

- Frintrop L, Liesbrock J, Paulukat L, *et al.* Reduced astrocyte density underlying brain volume reduction in activity-based anorexia rats. *World J Biol Psychiatry.* 2018;19(3):225-35.
- Brockmeyer T, Friederich HC, Schmidt U. Advances in the treatment of anorèxia nervosa: a review of established and emerging interventions. *Psychol Med.* 2018; 48(8):1228-56.
- Steiger H. Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *J Psychiatry Neurosci.* 2004; 29(1):20-9.
- Donnelly B, Touyz S, Hay P, *et al.* Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. *J Eat Disord.* 2018; 6:3. doi: 10.1186/s40337-018-0187-1
- Keegan E, Tchanturia K, Wade TD. Central coherence and set-shifting between nonunderweight eating disorders and anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2021; 54(3):229-43.
- Kanakam N, Treasure J. A review of cognitive neuropsychiatry in the taxonomy of eating disorders: state, trait, or genetic? *Cogn Neuropsychiatry.* 2013; 18(1-2):83-114.
- Kappou K, Ntougia M, Kourtesi A, *et al.* Neuroimaging Findings in Adolescents and Young Adults with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Children (Basel).* 2021; 8(2):137. doi: 10.3390/children8020137.
- Kontis D, Theochari E. Dopamine in anorexia nervosa: a systematic review. *Behav Pharmacol.* 2012; 23(5-6):496-515.



La apariencia de los medicamentos y la adherencia al tratamiento

Lena Provost Ferrer

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Correspondencia: lprovofe123@alumnes.ub.edu

La falta de adherencia o cumplimiento del régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observada en los pacientes no cumplidores. La adherencia terapéutica se ha definido como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos.

Entre los factores que pueden influir en el correcto cumplimiento de la pauta terapéutica podemos identificar los factores socioeconómicos, los propios condicionantes del paciente y su alfabetización sanitaria, el tipo de asistencia sanitaria y la propia enfermedad, sobre todo su duración y posible cronicidad; por ello cada vez más se utiliza el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento.

Se han identificado como factores que influyen en la adherencia al tratamiento [1]: la mayor edad, la polimedicación, las patologías crónicas con terapia a largo plazo y las polipatologías. En los últimos tiempos, empieza a ponerse de la influencia de los cambios de apariencia y nombres en fármacos bioequivalentes y su capacidad para alterar las pautas de adherencia al tratamiento [2].

En la prescripción por especialidades farmacéuticas genéricas, los fármacos bioequivalentes deben tener un nombre genérico común, pero la apariencia de los envases puede ser diferente en función del fabricante, lo que puede inducir a la confusión y error del paciente al encontrarse un mismo medicamento con presentación farmacéutica, aspecto (color, tamaño...) e incluso nombres diferentes [3]. Según un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toulouse, los pacientes identifican los medicamentos primeramente por su nombre y en segundo lugar por el reconocimiento del envase y la apariencia del medicamento; a su vez, la mayoría de errores son debidos a confusión entre comprimidos de diferente apariencia más que por el nombre [4]. Además, según este estudio, la importancia de la apariencia del medicamento en su identificación es mayor en pacientes polimedcados (con más de dos medicamentos) y mayores de 75 años.

De manera similar, un estudio de AS Kesselheim *et al* [5] encontró que la variación en la apariencia de las píldoras genéricas se asociaba al uso no persistente de estos medicamentos esenciales tras infarto de miocardio entre los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Las autoridades sanitarias deberían garantizar que los fármacos equivalentes e intercambiables tengan el mismo aspecto en el envase, y que la presentación farmacéutica y la composición de excipientes sea la misma. Por ello se ha reivindicado la necesidad de que los fármacos bioequivalentes tengan el mismo aspecto, lo que se llama "isoaparancia", como en la campaña de 2011 con el lema: "Si son iguales, que parezcan iguales", pidiendo cambios legales, siendo necesaria la intervención del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. En Estados Unidos, la FDA también ha remarcado este problema y el 2015 propuso un estudio en el que concluyó que una apariencia uniforme de píldora podría ayudar a aumentar la adherencia, y que las políticas estandarizadas de notificación y educación de farmacias podrían ser una solución a corto plazo más factible [6].

La industria farmacéutica, la industria de embalaje y representantes de organizaciones de pacientes europeos, han constituido el Consejo Europeo de Empaquetado Farmacéutico Colaborativo (*Healthcare Compliance Packaging Council of Europe*, HCPC-Europe), una organización sin ánimo de lucro cuya misión es ayudar y educar al sector sanitario para mejorar, a través de soluciones de embalaje, la adherencia de los pacientes a los tratamientos [7].

Bibliografía

1. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019; 8:112. doi: 10.1186/s13643-019-1014-8.
2. Arancón-Monge JM, de Castro-Cuenca A, Serrano-Vázquez Á, *et al*. Efectos del cambio de apariencia de medicamentos en seguridad y adherencia en pacientes crónicos mayores de 65 años en atención primaria. *Estudio CMBIMED. Aten Primaria*. 2020; 52:77-85.
3. Lapuente FP, Rodríguez MA. Isoaparancia. Una necesidad imperiosa en la prescripción por denominación oficial española. *Aten Primaria*. 2011; 43:625-6.
4. Tranchard, Frédéric (2015) *Discrimination des médicaments et similarité d'apparence des formes orales solides ; perception des patients et des médecins*. Thèse d'exercice en Thèses > Médecine générale, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
5. Kesselheim AS, Bykov K, Avorn J, *et al*. Burden of changes in pill appearance for patients receiving generic cardiovascular medications after myocardial infarction. *JAMA*. 2015; 314:111-119.

dial infarction: cohort and nested case-control studies. *Ann Intern Med.* 2014; 161:96-103.

- Sarpawari A, Gagne JJ, Lu Z, *et al.* A Survey of Patients' Perceptions of Pill Appearance and Responses to Changes in Appearance for Four Chro-

nic Disease Medications. *J Gen Intern Med.* 2019; 34:420-8.

- Healthcare Compliance Packaging Council of Europe [Internet]. Disponible en: <https://www.hcpc-europe.org/>

La influencia del empaquetado de cigarrillos en España. Medidas emergentes para un problema de salud: el consumo de tabaco

Maria Godinho Barros

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

El tabaco es responsable de, aproximadamente, el 27% de todas las muertes que se producen en España cada año, lo que indica la necesidad de enfocar mejor este problema de salud. Dado que el consumo sigue siguiendo elevado, aunque se haya prohibido cualquier tipo de publicidad, se plantea la estandarización del aspecto de las cajetillas a fin de disuadir a los no fumadores de iniciarse y, quizá, reducir el consumo entre fumadores, ¿podrían las cajetillas de cigarrillos sin marca, sin apariencia colorida, sin formas y texturas diferentes, ayudarnos a alcanzar estos objetivos?

Lacave García *et al.* exploran las percepciones del empaquetado simple de los cigarrillos entre fumadores y no fumadores [1] y establecen una relación entre el márketing, las estrategias de las empresas, los intereses económicos y la salud. Sus resultados concluyen que en todos los grupos, aunque especialmente entre los hombres jóvenes, el empaquetado sencillo se puede considerar un aspecto que podría ayudar a reducir el consumo de cigarrillos, puesto que los participantes comentaron una mayor visibilidad de las advertencias en paquetes sencillos, y ello podría significar que se tuvieran más en cuenta [2]. Los resultados sugieren que el empaquetado sencillo puede desempeñar un papel disuasorio en los más jóvenes, sobretudo en la prevención de inicio del hábito tabáquico.

Los datos de Australia, país que promulgo en 2011 Ley de Empaquetado Simple del Tabaco y se convirtió en el primer país del mundo en implementar el empaquetado sencillo, invitan a la esperanza en ese sentido: los primeros estudios que se realizaron tras la entrada en vigor de la Ley indicaron que los fumadores consideraban que los cigarrillos sabían peor en el empaquetado sencillo, un resultado que no se esperaba al principio. Además, las pruebas de la investigación cualitativa y los estudios cuantitativos identifican sistemáticamente el empaquetado como una parte importante de la promoción del tabaco. Los resultados mostraron que el tabaquismo entre los adolescentes australianos (de 12 a 17 años y de 18 a 19 años) dismi-



nuyó entre 2013 y 2016 del 3,4% al 1,5% y del 10,8% al 4,6%, respectivamente [3-5].

Bibliografía

- Lacave-García B, Rey-Pino JM, Gallopel-Morvan K, *et al.* Perceptions of plain cigarette packaging among smokers and non-smokers in Andalusia (Spain). *Gac Sanit.* 2020; 34:10-4.
- Gallopel-Morvan K, Gabriel P, Le Gall-Ely M, *et al.* Plain packaging and public health: The case of tobacco. *J Bus Res.* 2013; 66:133-6.
- Chapman S. Plain tobacco packaging in Australia: 26 months on. *Postgrad Med J.* 2015; 91:119-20.
- Zhou S, Wakefield M. A global public health victory for tobacco plain-packaging laws in Australia. *JAMA.* 2019; 179:137-8.
- National Drug Strategy Household Survey (NDSHS) 2016—key findings, Tobacco smoking - Australian Institute of Health and Welfare [Internet]. [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/ndshs-2016-key-findings/contents/tobacco-smoking>

Abordaje de la prostitución: educación sexual y enfermedades de transmisión sexual

Ingrid Cardenas

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Correspondencia: incardenas09@gmail.com

Resulta fundamental no olvidar la asociación entre la prostitución y las prácticas sexuales de riesgo, con consecuencias como la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Cabe mencionar que las trabajadoras sexuales están ampliamente concienciadas e informadas sobre salud sexual, pero no tanto los clientes. Por eso, incluso se ha llegado a considerar que las mujeres en prostitución llevan a cabo un rol de educadoras en materia de prevención con sus clientes [1].

Según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España "los factores predictivos de la transmisión del VIH son tener una pareja seropositiva, el uso de drogas intravenosas y el nivel de estudios finalizados", por lo que no solo es el ejercicio de la prostitución el que condiciona el estado de salud de este colectivo, sino la marginalidad asociada al mismo y el entorno de su vida privada [2].

La abolición de la prostitución, sin embargo, podría resultar un proceso largo en el tiempo y, dado que la mayoría de mujeres en el ámbito de la prostitución son de origen inmigrante y pertenecen a clases sociales bajas con necesidades económicas extremas, nada podría descartar que siguieran recurriendo a ejercer la prostitución, aunque esta fuera ilegalizada [3]. Adicionalmente, la aprobación de una Ley para abolir la prostitución tampoco garantizaría la exterminación de las prácticas sexuales de riesgo.

El personal sanitario en su conjunto podría ser considerado como el sector más adecuado para informar sobre las ITS y su prevención con prácticas sexuales seguras. Sin embargo, en un grupo de 9.850 encuestados en 2009, menos del 10% indicaron al personal sanitario como preferencia para recibir información acerca de la sexualidad [4].

Los resultados de la encuesta nacional de salud sexual realizada en 2009 mostraron que la preocupación más frecuente de los hombres sobre la información que hubieran deseado recibir radica justamente sobre la prevención de ITS y métodos anticonceptivos [4].

Urge, por lo tanto, proporcionar una adecuada educación sobre salud sexual a la población en su totalidad para abordar el problema sanitario desde su raíz, esto es, las prácticas de riesgo.

En el supuesto caso de que la prostitución deviniera legal, creemos que permitiría a las autoridades mantener un control sanitario sobre los centros autorizados para ejercer tal profesión, que es completamente moral y ética siempre y



cuando se respete y proteja el libre consentimiento de las prostitutas.

Bibliografía

1. Pardo Herrero E, Meroño Salvador M. Estudio cualitativo sobre clientes de la prostitución [Internet]. <http://fambitprevencio.org/wp-content/uploads/2015/09/ESTUDI-CLIENTS.pdf>
2. Belda Ibáñez J, Fernández García E, Martínez Quintero R, et al. Abordaje de las personas que ejercen la prostitución desde un centro de información y prevención de SIDA y ETS: características y prevalencia de VIH. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/va/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/resumen.htm>
3. Ranea-Triviño B. Una mirada crítica al abordaje de la prostitución: reflexiones sobre la abolición. *Gac Sanit.* 2021;35:93-4.
4. Ministerio de Sanidad. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual. [Internet]. Gobierno de España, 2009; 109. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf

A propòsit d'un cas clínic: Pseudoartrosi sèptica de fèmur resolta amb segrestectomia i osteosíntesi al Sagrat Cor, al 1880

Josep-Maria Catalan Borràs

jmcab@gmail.com

Presentem el cas d'M.Z., pacient masculí de 34 anys, que patí accident laboral en caure d'una bastida on es trobava treballant. L'accident es produí a un centenar de quilòmetres de Barcelona. Atès a un hospital d'allà, fou diagnosticat de fractura oberta de la diàfisi femoral dreta. Seguí tractament conservador, evidentment sense cobertura antibiòtica (faltaven cinquanta anys pels descobriments d'Alexander Fleming), desenvolupant un gran flegmó infecciós.

L'empresa constructora on treballava l'accidentat cridà a consulta al nostre cirurgià en cap, el doctor Salvador Cardenal, que examinà al pacient, trobant-lo sèptic i amb abundant supuració per la ferida de la cara externa de la cuixa. Igualment comprovà Cardenal amb la seva exploració, el retard de consolidació i sospità l'osteïtis necrosant d'ambdós extrems fracturaris. Proposà en sessió clínica amb els metges a càrrec del pacient, practicar l'osteosíntesi del fèmur prèvia resecció de l'os osteític, procediment que els altres galens no acceptaren.

L'empresa de l'accidentat decidí el seu trasllat al nostre hospital, i l'etapa assistencial que avui correspondria a una ambulància medicalitzada la resolgué un ajudant d'en Cardenal, el Dr. Marià de Vilar i de Fontcuberta, conegut pels anestesiològics catalans com el precursor més antic de la seva especialitat, qui embenà al pacient amb un compressiu de cotó, i el col·locà a una hamaca suspesa del sostre d'un furgó d'equipatges del ferrocarril que el transportà a Barcelona.

Després de comprovar Cardenal que el pacient continuava estacionari, programà la intervenció quirúrgica prèvia higiene general i desinfecció específica de l'extremitat inferior afecta.

L'equip quirúrgic i el pacient s'instal·laren a la sala d'operacions (no diem quiròfan perquè recordem que som en 1880 i el mot quiròfan és un neologisme del 1892).

Practicà llavors Cardenal una incisió longitudinal externa de la cuixa de quinze centímetres, travessant el trajecte fistulós de la ferida traumàtica. Evacuà una gran col·lecció purulenta que s'estenia des de la regió glútia fins al terç inferior de la cuixa. Dissecà el múscul vast extern, fent lligadures de diversos vasos, fins a caure sobre el focus fracturari.

Els dos fragments ossis eren encavalcats i presentaven hipertròfia dels seus extrems pels quals drenava material purulent. Feu distracció del focus i procedí, prèvia desperiostització amb periostòtom (Figura 1), a ressecar amb serra, primer l'extrem caudal (Figura 2) i després el cranial (Fi-

gura 3), eliminant l'invòlucro neofomat que mesurava entre quatre i cinc centímetres a cada banda. A més, de dins del fragment caudal ressecat, hom va extreure un segrest ossi (Figura 4).

A continuació reduí Cardenal ambdós extrems diafisials sans i practicà la seva osteosíntesi mitjançant sutura transòssia, passant un triple fil del catgut més gruixut que tenia per tres forats practicats a cada banda amb un "perforador ordinario de tornillo sin fin (Figura 5) que se adquiere por tres pesetas en cualquier almacén de quincalla y ferreteria" (sic), ja que no disposava del més sofisticat taladre de Lannelongue, verificant la coaptació dels marges ossis i nuant les sutures.

Explica Cardenal que en casos clínics posteriors substituï el catgut per filferro gruixut de plata, que enretirava un cop assolida la consolidació fracturària.

Finalment practicà per la cara posterior de la cuixa dues àmplies obertures de drenatge, rasquant les parets de la zona abscessificada amb la cureta de Volkmann i instil·lant clorur de zinc al 8%. Deixà un drenatge per l'abordatge extern, irrigà els plans incisionals amb solució fenicada, col·locà els apòsits i immobilitzà l'extremitat amb una fèrula de mitja canya de disseny propi (Figura 6), que li facilitava les cures.

La fractura es considerà consolidada als cinquanta dies de la intervenció i el pacient fou donat d'alta amb dues seqüeles, l'escurçament de l'EID (Figura 7) i la rigidesa relativa articular del genoll pels tres mesos transcorreguts entre l'accident i la intervenció. Tot i això, el pacient es reintegrà a la vida laboral.

Devem al doctor Salvador Cardenal, cap del Servei de Cirurgia (1879-1925), les dades de l'historial d'aquest pacient, que hem manllevat fil per randa de la tercera edició del seu "Manual Práctico de Cirugía Antiséptica", lección XIII, pàgines 857-861, Biblioteca Ilustrada de Espasa y Cia. Editores, Barcelona, 1894.

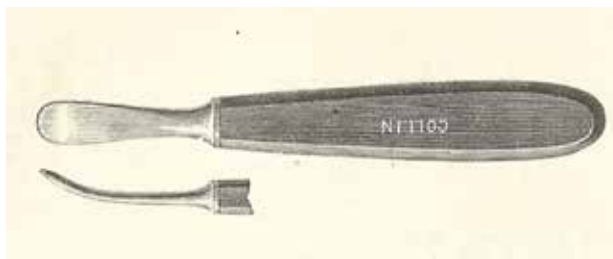


Figura 1: Periostòtom de Trélat.

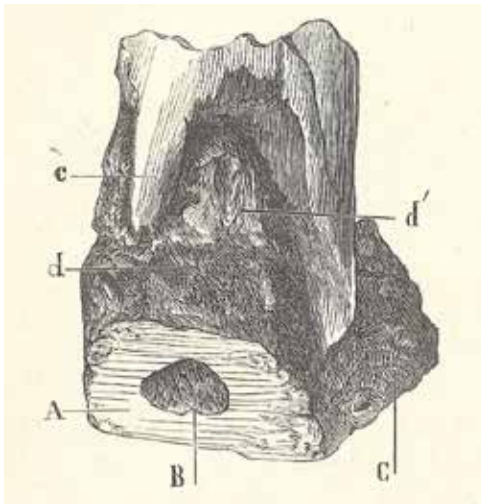


Figura 2: Fragment caudal.



Figura 3: Fragment cranial.

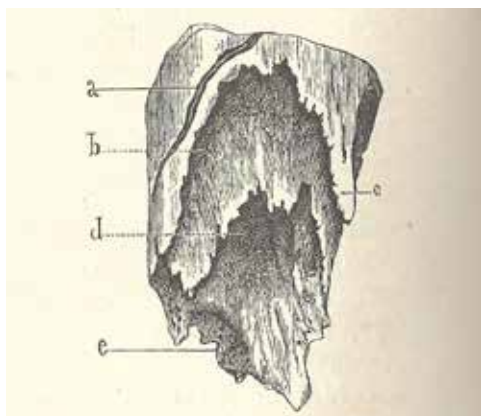


Figura 4: Peça de segrestectomia.

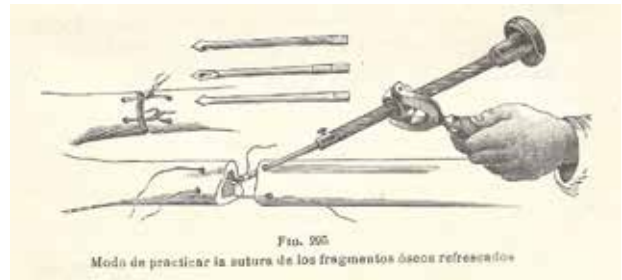


Figura 5: Sutura transòssia amb perforador manual.



Figura 6 : Fèrula de mitja canya de Cardenal.



Figura 7: Dismetria tractada ortopèdicament.

Publicacions H.U. Sagrat Cor 2020

ANGIOLOGIA

Roche E, Pons R, Roche O, Puig A. A new automated system for the preparation of sclerosant foam: A study of the physical characteristics produced and the device settings required. *Phlebology*. 2020 Oct;35(9):724-733. PMID: 32635818.
Scopus, WoS (Q3)

Oller-Grau M, Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Roche E, Arimany-Manso J. Professional liability and patient safety in thromboembolic disease. *Phlebology*. 2020 Apr;35(3):184-189. PMID: 31370741.
Scopus, WoS (Q3)

BANC DE SANG I TEIXITS

Pascual C, Nieto JM, Fidalgo T, *et al*. Multicentric evaluation of the new HemosIL Acustar[®] chemiluminescence ADAMTS13 activity assay. *Int J Lab Hematol*. 2020 Dec 2. doi: 10.1111/ijlh.13414. PMID: 33264480.
Scopus, WoS (Q3)

CIRURGIA GENERAL

Azoulay D, Ramos E, Casellas-Robert M, Salloum C, *et al*. Liver resection for hepatocellular carcinoma in patients with clinically significant portal hypertension. *JHEP Rep*. 2020 Oct;3(1):100190. doi: 10.1016/j.jhepr.2020.100190. PMID: 33294830.

CIRURGIA MAXILOFACIAL

Aguilar-Duran L, Bara-Casaus JJ, Aguilar-Duran S, *et al*. Blood spatter in oral surgery: Prevalence and risk factors. *J Am Dent Assoc*. 2020 Jun;151(6):438-443. PMID: 32450982.
Scopus, WoS (Q1)

CIRURGIA ORTOPÈDICA

Loscos S, López-Vidriero R, López-Vidriero E. Síndrome de la fabela en un nadador de élite. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2020 Sep-Oct;64(5):361-364. PMID: 32675008.
Scopus

Armentano N, Nociarová D, Esqué M, Isidro A, *et al*. L'accouchement tragique de Lucy ? À propos de la mortalité maternofoetale de la préhistoire à l'époque médiévale. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2020 Feb;48(2):204-210. PMID: 31923645.
Scopus, WoS (Q3)

Loscos S, Chiavegatti R, Cidraque JM, *et al*. Artroscopia de la primera articulació metatarsofalàngica en un caso de osteocondritis postraumàtica. *Rev Esp Artrosc Cir Articul*. 2020; 27(2):149-52.

Viladot Pericé R, Núñez Samper M, Ferreyra M, Isidro Llorens A, *et al*. Reflexiones y controversias sobre el hallux valgus. Actualización de conceptos. *Rev Pie Tobillo*. 2020; 34(2):85-100.

Ferreyra M, Núñez Samper M, Vilador R, *et al*. What do we know about hallux valgus pathogenesis? Review of the different theories. *J Foot Ankle*. 2020; 14(3):223-30.

CIRURGIA TORÀCICA

Embun R, Royo-Crespo I, Recuero Díaz JL, Bolufer S, *et al*. Grupo Español de Cirugía Torácica Videoasistida: Método, Auditoría y Resultados Iniciales de una Cohorte Nacional Prospectiva de Pacientes Tratados con Resección Pulmonar Anatómica. *Arch Bronconeumol*. 2020 Nov;56(11):718-724. PMID: 32098728.
Scopus, WoS (Q1)

Hernandez, J Fibla, JJ Molins, L. Video-assisted thoracoscopic surgery in lung metastasectomy-what is new in lung metastasectomy: an overview. *Video-Assisted Thorac Surg*. 2020; 5:40. doi: 10.21037/vats-2020-lm-07
Esci

Castillo D, Sánchez-Font A, Pajares V, *et al*. Propuesta multidisciplinaria respecto al algoritmo diagnóstico de la fibrosis pulmonar idiopática: papel de la criobiopsia transbronquial. *Arch Bronconeumol*. 2020 Feb;56(2):99-105. PMID: 31420183.
Scopus, WoS (Q1)

CURES INTENSIVES

Ibarz M, Boumendil A, Haas LEM, *et al*; VIP1 study. Sepsis at ICU admission does not decrease 30-day survival in very old patients: a post-hoc analysis of the VIP1 multinational cohort study. *Ann Intensive Care*. 2020 May 13;10(1):56. doi: 10.1186/s13613-020-00672-w. PMID: 32406016.
Scopus, WoS (Q1)

Schultz MJ, Morales-Quinteros L, Artigas-Raventos A. To Accept or Not Accept Dyscapnia: That Is the Question. *Chest*. 2020 Nov;158(5):1810-1811. PMID: 33160522.
Scopus, WoS (Q1)

Wernly B, Bruno RR, Kelm M, *et al*; VIP2 Study Group. Sex-specific outcome disparities in very old patients admitted to intensive care medicine: a propensity matched analysis. *Sci Rep*. 2020 Oct 29;10(1):18671. PMID: 33122713.
Scopus, WoS (Q1)

Caballero J, García-Sánchez M, Palencia-Herrejón E, *et al*. Sobresedación Zero como herramienta de confort, seguridad y gestión en la unidades de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2020 May;44(4):239-247. PMID: 31733988.
Scopus, WoS (Q3)

Dominedò C, Ceccato A, Niederman M, Cillóniz C, Gabarrús A, Martin-Loeches I, Ferrer M, Antonelli M, Torres A. Predictive Performance of Risk Factors for MDR Pathogens in Nosocomial Pneumonia. *Ann Am Thorac Soc*. 2020 Dec 2. doi: 10.1513/AnnalsATS.202002-181OC. PMID: 33264575.
Scopus, WoS (Q1)

Barbeta E, Motos A, Torres A, Ceccato A, *et al*; Covid Clinic Critical Care Group: SARS-CoV-2-induced Acute Respiratory Distress Syndrome: Pulmonary Mechanics and Gas-Exchange Abnormalities. *Ann Am Thorac Soc*. 2020 Sep;17(9):1164-1168. PMID: 32579033.
Scopus, WoS (Q1)

Moreno O, Ochagavía A, Artigas A, *et al*. Impacto en el manejo diagnóstico/terapéutico de la ecocardiografía básica dirigida a objetivos concretos en una UCI de cirugía cardíaca. *Med Intensiva*. 2020 Dec;44(9):534-541. PMID: 31474457.
Scopus, WoS (Q3)

Dominedò C, Ceccato A, Torres A. Ventilator-associated pneumonia: new principles guiding empiric antibiotic therapy. *Curr Opin Infect Dis*. 2020 Apr;33(2):182-188. PMID: 32022743.
Scopus, WoS (Q1)

Ceccato A, Torres A. The War against Bad Bugs: Fighting the Resistance. *J Clin Med*. 2020 Aug 7;9(8):2563. doi: 10.3390/jcm9082563. PMID: 32784665.
WoS (Q1)

Chimenti L, Morales-Quinteros L, Puig F, *et al*. Comparison of direct and indirect models of early induced acute lung injury. *Intensive Care Med Exp*. 2020 Dec 18;8(Suppl 1):62. doi: 10.1186/s40635-020-00350-y. PMID: 33336290.
ESCI

Barbeta E, Ceccato A, Artigas A, *et al*. Characteristics and Outcomes in Patients with Ventilator-Associated Pneumonia Who Do or Do Not Develop Acute Respiratory Distress Syndrome. An Observational Study. *J Clin Med*. 2020 Oct 29;9(11):3508. PMID: 33138310.
WoS (Q1)

Kerckhoffs MC, Senekal J, van Dijk D, Artigas A, *et al*. Framework to Support the Process of Decision-Making on Life-Sustaining Treatments in the ICU: Results of a Delphi Study. *Crit Care Med*. 2020 May;48(5):645-653. PMID: 32310619.
Scopus, WoS (Q1)

Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, *et al*; VIP2 study group. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med*. 2020 Jan;46(1):57-69. PMID: 31784798.
Scopus, WoS (Q1)

DERMATOLOGIA

Rivera R, Velasco M, Vidal D, Carrascosa JM, *et al*. The effectiveness and safety of ixekizumab in psoriasis patients under clinical practice conditions: A Spanish multicentre retrospective study. *Dermatol Ther*. 2020 Nov;33(6):e14066. doi: 10.1111/dth.14066. PMID: 32713119.
Scopus, WoS (Q2)

Corral M, Paret C, Iglesias M, *et al*. Spiny keratoderma. *Dermatol Online J*. 2020 Sep 15;26(9):13030/qt8j43s926. PMID: 33054945.
Scopus

Arandes-Marcocci J, Collgros H, Serra-Pladevall J, *et al*. Primary genital lymphogranuloma venereum in the HIV pre-exposure prophylaxis era. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Aug;34(8):e427-e429. PMID: 32181529.
Scopus, WoS (Q1)

Melé-Ninot G, Iglesias-Sancho M, Bergendorff O, *et al*. Photoallergic contact dermatitis due to benzophenone contained in swimming goggles. *Contact Dermatitis*. 2020 Jan;82(1):59-60. PMID: 31418871.
Scopus, WoS (Q1)

Podlipnik S, Carrera C, Boada A, *et al*, On Behalf Of The Network Of Melanoma Centres Of Catalonia. Incidence of Melanoma in Catalonia, Spain, Is Rapidly Increasing in the Elderly Population. A Multicentric Cohort Study. *J Clin Med*. 2020 Oct 23;9(11):3396. PMID: 33113930.
WoS (Q1)

Amores-Martín E, Iglesias-Sancho M, Fernández-Figueras MT. Leukocytoclastic vasculitis manifested as a Koebner phenomenon. *Reumatol Clin*. 2020 Jul-Aug;16(4):308-309. PMID: 29729874.
Scopus, WoS

Arandes-Marcocci J, Altemir-Vidal A, Iglesias-Plaza A, *et al.* Neutrophilic dermatosis of the hands with palmar involvement: does it have clinical implication? *Int J Dermatol.* 2020 Jun;59(6):736-738. PMID: 32358971.

Scopus, WoS (Q3)

Arandes-Marcocci J, Iglesias-Sancho M, Melé-Ninot G, *et al.* Fibrous cephalic plaques of the scalp. *Int J Dermatol.* 2020 Feb;59(2):e35-e37. PMID: 31566268.

Scopus, WoS (Q3)

Melé-Ninot G, Serra-Baldrich E, Curto-Barredo L, *et al.* Definition of Recurrent Chronic Spontaneous Urticaria. *Acta Derm Venereol.* 2020 Sep 23;100(16):adv00267. doi: 10.2340/00015555-3633. PMID:32926176.

WoS (Q1)

Arandes J, Altemir A, Olive-Heras M, Salleras-Redonnet M. Unsuccessful palliative treatment of extraocular sebaceous carcinoma with shave removal and electrocoagulation. *Dermatol Ther.* 2020 Dec 9:e14645. doi: 10.1111/dth.14645. PMID: 33296543.

Scopus, WoS (Q2)

Altemir A, Iglesias-Sancho M, Sola-Casas MLÁ, *et al.* Interstitial granulomatous dermatitis following tocilizumab, a paradoxical reaction? *Dermatol Ther.* 2020 Nov;33(6):e14207. doi: 10.1111/dth.14207. PMID: 32816393.

Scopus, WoS (Q2)

Setó-Torrent N, Iglesias-Sancho M, Arandes-Marcocci J, Fernández-Figueras MT. Pseudoxanthoma elasticum-like papillary dermal elastolysis in non-exposed skin. *An Bras Dermatol.* 2020 Mar-Apr;95(2):247-249. PMID: 32111413.

Scopus, WoS (Q4)

Arandes-Marcocci J, Iglesias-Sancho M, Setó-Torrent N, Fernández-Figueras MT. Erythroderma as first manifestation of squamous cell lung cancer: rare case report. *An Bras Dermatol.* 2020 Jan-Feb;95(1):67-70. PMID: 31952995.

Scopus, WoS (Q4)

Portilla N, Quintana-Codina M, Olivé M, *et al.* Band-like lipomatous metaplasia of the Superficial Dermis and Nonseptate Subcutaneous Tissue: a rare histopathological phenomenon with ultrasonographic correlation. *Am J Dermatopathol.* 2020 Jul;42(7):526-529. PMID: 31789836.

Scopus, WoS (Q4)

Amores-Martín E, Melé-Ninot G, Del Alcázar Viladomiu E, *et al.* Tratamiento del nevus blanco esponjoso. Aportación de un caso con respuesta a doxiciclina oral y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Nov 18:S0001-7310(20)30470-1. doi: 10.1016/j.ad.2019.10.009. PMID: 33220312.

Scopus, Esci

Iglesias-Sancho M, Llambí Mateos F, Salleras-Redonnet M. Formulació magistral en patologia de la mucosa oral. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Dec;111(10):822-828. PMID: 32910921.

Scopus, Esci

Setó-Torrent N, Iglesias-Sancho M, Arandes-Marcocci J, Salleras Redonnet M. Pseudohernia abdominal por herpes zóster. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Nov;111(9):790-792. PMID: 32663447.

Scopus, Esci

Setó-Torrent N, Melé-Ninot G, Quintana-Codina M, Ballester-Victoria R. Fibroma esclerótico solitario: características dermatoscópicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Nov;111(9):773-774. PMID: 32531243.

Scopus, Esci

Quintana-Codina M, Fernández-Figueras MT, Salleras Redonnet M. Múltiples pápulas parduzcas asintomáticas de reciente aparición en el tronco. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Mar;111(2):157-158. PMID: 31615628.

Scopus, Esci

Corral-Forteza M, Iglesias-Sancho M, García-Miguel J, Salleras-Redonnet M. Acropaquias: del signo a la enfermedad. *Rev Colomb Reumatol.* 2020 doi: 10.1016/j.rcreu.2020.05.011

Scopus

Salleras i Redonnet M, Iglesias Sancho M. Formulació magistral en dermatologia, ¿imprescindible? *Piel.* 2020;35(4):349-351. doi : 10.1016/j.piel.2019.09.011

Scopus

Corral-Forteza M, Iglesias-Sancho M, Quintana-Codina M, Perez-Muñoz N. Pápulas faciales sorprendentemente duras. Diagnóstico y comentario. *Piel.* 2020;35(4):261-262. doi: 10.1016/j.piel.2019.04.020

Scopus

Corral-Forteza M, Iglesias-Sancho M, Quintana-Codina M, Perez-Muñoz N. Pápulas faciales sorprendentemente duras. *Piel.* 2020; 35(4):256-257. doi: 10.1016/j.piel.2019.04.011

Scopus

Iglesias-Sancho M, Amores-Martín E, Redonnet MS. Semiología de la patología ungueal. *Piel.* 2020; 35(4):247-255. doi: 10.1016/j.piel.2019.08.002

Scopus

Amores-Martín E, Iglesias-Sancho M, Umbert Millet P. Lesiones purpúricas en la infancia. Diagnóstico y comentario. *Piel.* 2020; 35(3):198-199. doi:10.1016/j.piel.2019.02.021

Scopus

Quintana-Codina M, Vidal D. Aportación de la ecografía en el estudio de la uña. *Piel*. 2020; 35(2):69-71. doi: 10.1016/j.piel.2019.03.009
Scopus

Amores-Martín E, Iglesias-Sancho M, Millet PU. Lesiones purpúricas en la infancia. *Piel*. 2020; 35(3):193-194. doi: 10.1016/j.piel.2019.02.016
Scopus

Sarlat Ribas MA, Iglesias Plaza A. Dermatitis flagelada tras la ingesta de setas Shiitake. *Butl Aten Prim Catalunya*. 2020; 38(3):3

Salleras-Redonnet M, Iglesias-Sancho M. Formulación magistral: Introducción. *Monografías de Dermatología*. 2020;33(1):1-2.

Salleras-Redonnet M, LLambí-Mateos F. Formulación magistral en acné y rosácea. *Monografías de Dermatología*. 2020;33(1):15-27.

Iglesias-Sancho M, Lázaro Ochaita P. Formulación magistral en la patología de la mucosa oral y genital. *Monografías de Dermatología*. 2020;33(1):28-41.

Iglesias-Sancho M. Formulación magistral en patología del pelo. *Monografías de Dermatología*. 2020;33(1):42-52.

DOLOR

Moneris MM, Gómez MJM, Giménez AC, *et al*. Estudio cuasi experimental sobre la efectividad de la musicoterapia para reducir la ansiedad ante una técnica intervencionista en la unidad del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020; 27(1):7-15. doi : 10.20986/resed.2020.3767/2019
Scopus

FARMÀCIA

Mateu-de Antonio J, Miana-Mena MT, Martínez-Bernabé E, González-Valdivieso J, Berlana D, Pons-Bussom M, *et al*. Cohort Multicenter Study on the Role of Medications in Parenteral Nutrition-Related Alteration of Liver Function Tests in Adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2020 May 8. doi: 10.1002/jpen.1865. PMID: 32384172.
Scopus, WoS (Q3)

Andreu-March M, Aguas Compaired M, Chicote Lynch J, *et al*. HP-CE013. Analysis of health information needs and source preferences of hospital outpatients. *Int J Clin Pharmacy*. 2020; 42(1suppl.):262-263
WOS (Q4)

HEMATOLOGIA

Fernández-Capitán C, Barba R, Díaz-Pedroche MDC, *et al*. Presenting Characteristics, Treatment Patterns, and Outcomes among Patients with Venous Thromboembolism during Hospitalization for COVID-19. *Semin Thromb Hemost*. 2020 Oct 21. doi: 10.1055/s-0040-1718402. PMID: 33086403.
Scopus, WoS (Q2)

Bisbe E, Garcia-Casanovas A, Illa C, Varela J, *et al*. Maturity Assessment model for Patient Blood Management to assist hospitals in improving patients' safety and outcomes. The MA-PBM project. *Blood Transfus*. 2020 Sep 18. doi: 10.2450/2020.0105-20. PMID: 32955422.
WoS (Q2)

MEDICINA INTERNA

Delás J, Barrera N. COVID-19: Change is urgent. *Emergencias*. 2020 Ago;32(4):282-283. PMID: 32692007.
Scopus, WoS (Q1)

Delás J. La calle como prioridad política. *Gac Sanit*. 2020 Jun 22:S0213-9111(20)30119-9. PMID: 32586616.
Scopus, WoS (Q4)

Bentoldrà Boladeres I, Delás J. Out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Emergencias*. 2020 Abr;32(2):146. PMID: 32125120.
Scopus, WoS (Q1)

Delás J, Carmona E. A troubling epicrisis: on the death of a man in an ATM. *Emergencias*. 2020 Abr;32(2):138-139. PMID: 32125116.
Scopus, WoS (Q1)

Delás J, Lozano A. Prevention of harm in the second victim. *Med Clin (Barc)*. 2020 Jul 7:S0025-7753(20)30389-4. doi: 10.1016/j.medcli.2020.03.022. PMID: 32651068.
Scopus, WoS (Q3)

Fabà Gabarroca MC, Delás J. Fitofotodermatitis. También la piel en la ciudad. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52(9):661. PMID: 32518046.
Scopus, WoS (Q3)

Delás J. New words, not always clearer. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020 Dec;73(12):1089. PMID: 33162388.
Scopus, WoS (Q1)

Hernández Meneses M, Calzado Isbert S, Llopis J, *et al*. Características clínicas, evolutivas y pronóstico de la endocarditis infecciosa en diez centros de Cataluña central: estudio retrospectivo de 910 casos (2009-2018). *Cir Cardiovasc*. 2020;27(4):155-71.

Sin MC, Querol V, Delás J. Ecografía por ultrasonografía en la enfermedad por hígado graso no alcohólico. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52(9):664-665. PMID: 32475695.

Scopus, WoS (Q3)

Matas-Garcia È. Análisis de la prevalencia y principales factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52(9):666-667. PMID: 32487433.

Scopus, WoS (Q3)

Aguilar Ginés S. Prognosis in heart failure: importance of physical frailty at the time of admission. *Emergencias*. 2020 Abr;32(2):147-148. PMID: 32125122.

Scopus, WoS (Q1)

NEUROCIRURGIA

Arraez MA, Lafuente J. Jesus Vaquero, MD, PhD, 1950-2020. *Acta Neurochir (Wien)*. 2020 Jul;162(7):1483. PMID: 32394105.

WoS (Q1)

NEUROLOGIA

Arboix A, Massons J, Grivé E, Sánchez MJ. Incomplete pure sensory stroke due to a pontine lacune. *Acta Neurol Belg*. 2020 Apr;120(2):405-407. PMID: 29445963.

Scopus, WoS (Q3)

Griñán K, Arboix A, Massons J, *et al*. Cardioembolic Stroke: Risk Factors, Clinical Features, and Early Outcome in 956 Consecutive Patients. *Rev Invest Clin*. 2020 May 7;73(1):023-030. doi: 10.24875/RIC.20000227. PMID: 33053576.

WoS (Q3)

Arboix-Alió J, Buscà B, Sebastiani EM, *et al*. Temporal trend of cardiorespiratory endurance in urban Catalan high school students over a 20 year period. *PeerJ*. 2020 Nov 18;8:e10365. doi: 10.7717/peerj.10365. PMID: 33240668.

Scopus, WoS (Q2)

Diez-Porrás L, Vergés E, Gil F, *et al*. Guillain-Barré-Strohl syndrome and COVID-19: Case report and literature review. *Neuromuscul Disord*. 2020 Oct;30(10):859-861. PMID: 32912716.

WoS (Q2)

Arboix A, Sánchez-López MJ. Blood Biomarkers are not an Alternative to Neuroimaging for the Early Diagnosis of Stroke. *Neurol India*. 2020 Jul-Aug;68(4):830-831. PMID: 32859822.

Scopus, WoS (Q4)

Arboix A. Relevancia de la variabilidad de la presión arterial en la microangiopatía cerebral subclínica y en el deterioro cognitivo por enfermedad vascular cerebral de pequeño vaso. *J Am Coll Cardiol (Spanish ed.)* 2020; 14: 97-100.

OFTALMOLOGIA

Sabater-Cruz N, Dotti-Boada M, Rios J, Carrion MT, Chamorro L, Sánchez-Dalmau BF, Casaroli-Marano RP. Postoperative treatment compliance rate and complications with two different protocols after pterygium excision and conjunctival autografting. *Eur J Ophthalmol*. 2020 Apr 27;1120672120917335. PMID: 32338523.

Scopus, WoS (Q3)

ONCOLOGIA

Diaz VP, Marin M, Jimenez N, Reig O, Victoria I, Esposito F, Prat A, Mellado B. Association of high plasma glutamine levels with outcome in metastatic castration-resistant prostate (mCRPC) patients treated with taxanes. *J Clin Oncol*. 2020; 38(6_suppl):164. doi: 10.1200/JCO.2020.38.6_suppl.164

Scopus, WOS(Q1)

Bracht JWP, Karachaliou N, Berenguer J, *et al*. B03.Urine cell-free DNA (cfDNA) concentration and stability test for future clinical use. *Clin Cancer Res*. 2020; 26(11_suppl):72. doi:10.1158/1557-3265.LiqBiop20-B03

WOS (Q1)

Molina-Vila MA, Stahel RA, Dafni U, Jordana-Ariza N, *et al*. Evolution and Clinical Impact of EGFR Mutations in Circulating Free DNA in the BELIEF Trial. *J Thorac Oncol*. 2020 Mar;15(3):416-425. PMID: 31812754.

Scopus, WoS (Q1)

PNEUMOLOGIA

López-Padrós C, Salord N, Alves C, *et al*. Effectiveness of an intensive weight-loss program for severe OSA in patients undergoing CPAP treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Sleep Med*. 2020 Apr 15;16(4):503-514. PMID: 32003737.

Scopus, WoS (Q2)

PSIQUIATRIA

Monteverde M, De Arriba-Arnau A, Fisas PG, *et al*. P.685. Factors associated with food addiction in patients with obesity. *Eur Neuropsychopharmacology*. 2020; 40(supl.1):S390. doi: 10.1016/j.euroneuro.2020.09.506

Scopus, WOS (Q1)

RADIODIAGNÒSTIC

Serrano Alcalá E, Grivé Isern E, Díez Borrás L, Salaya Díaz JT. Resonancia magnética orbitaria para desenmascarar arteritis de células gigantes. *Radiología*. 2020 Mar- Apr;62(2):160-163. PMID: 31889535.

Scopus, WoS

Valdés P, Rovira A, Guerrero J, *et al.* Gestión de la pandemia. *Visión del radiólogo*. *Radiología*. 2020 Nov-Dec;62(6):503-514. PMID: 33213870.

Scopus, WoS

Mayà-Casalprim G, Serrano E, Oberoi HK, Lull L. Paresia del nervio abducens bilateral aislada secundaria a metástasis en clivus de adenocarcinoma de próstata inadvertida en resonancia magnética. *Neurología*. 2020 Oct;35(8):599-601. PMID: 31345599.

Scopus, WoS (Q3)

Mayà-Casalprim G, Rudilloso S, Serrano E, *et al.* Equivalente migrañoso de inicio tardío con aura prolongada y alteración de la perfusión cerebral. *Rev Neurol*. 2020 Jun 1;70(11):430-432. PMID: 32436210.

Scopus, WoS (Q4)

Serrano Alcalá E, Conde Martínez MJ, Martínez Jiménez, A, Llaverías Borrell S, *et al.* Papiloma intraquístico en la mama masculina. *Rev Senol Patol Mamar*. 2020; doi: 10.1016/j.senol.2020.04.004

Scopus

REUMATOLOGIA

Azuaga AB, Frade-Sosa B, Laiz A, Estrada P, *et al.*; ESPOCAT group. Effectiveness of ustekinumab in patients with psoriatic arthritis in a real-world, multicenter study. *Clin Rheumatol*. 2020 Oct;39(10):2963-2971. doi: 10.1007/s10067-020-05057-9. PMID: 32285259.

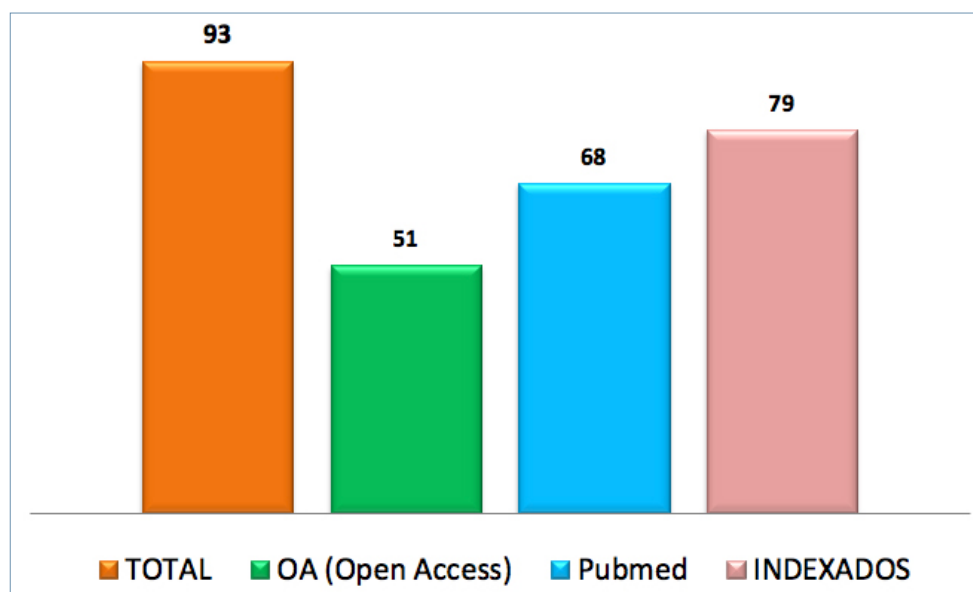
Scopus, WoS (Q3)

LLIBRES

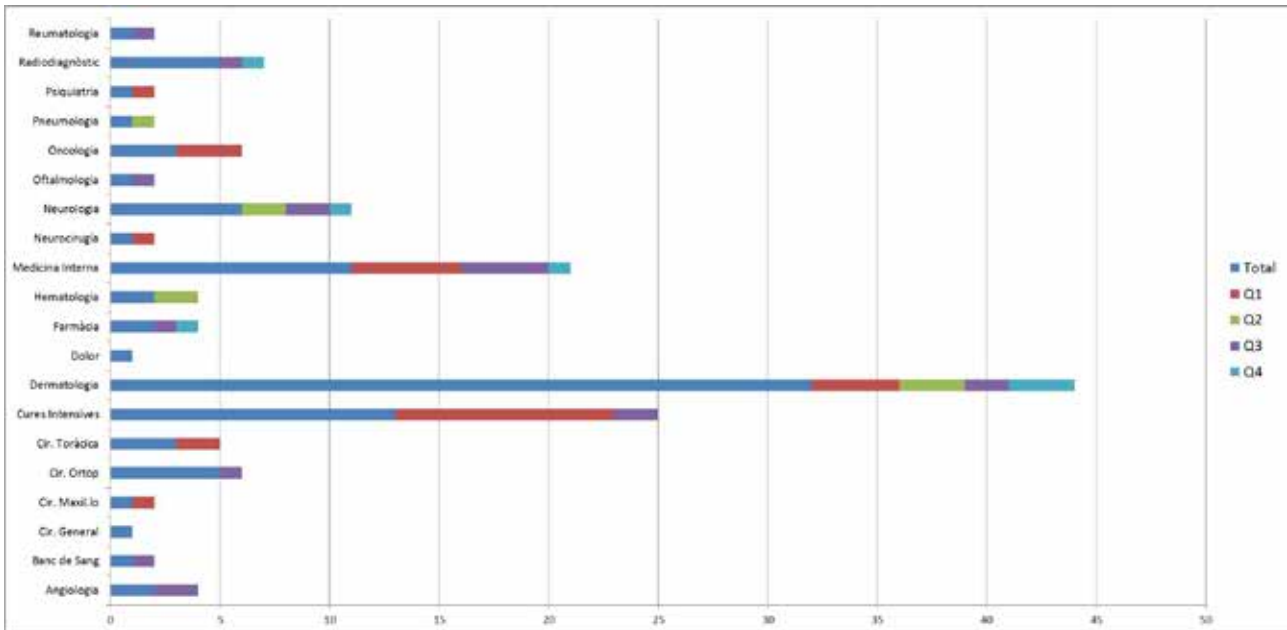


Enfermo crítico y emergencias (2ª ed.). Jose Maria Nicolas, Javier Ruiz, Xavier Jiménez.

Publicacions totals, en accés obert (OA), indexades, i recollides a Pubmed.



Publicacions HUSC 2020, resum.



Publicacions 2020 per tipologia documental.



Font: Clarivate Analytics ®

7 de juliol de 2021
45è Aniversari del nou Hospital

45
1979
2021

Numero especial

**HOSPITAL UNIVERSITARI
SAGRAT COR**

CALENDARI DE SESSIONS PER A RESIDENTS

Lloc: sala d'actes 7a planta edifici Viladomat (Capella)

Horari. Dimecres 9:00

CALENDARI PRIMER SEMESTRE 2021



6 de gener: FESTIU

13 de gener: INTRODUCCIÓ I PRESENTACIÓ

20 de gener: GASOMETRIA ARTERIAL I (J. Ruiz)

DILLUNS 25 DE GENER, 9 HORES, Capella: RADIOLOGIA DE TÒRAX (C. Simon).

27 de gener: GASOMETRIA ARTERIAL II (J. Ruiz).

3 de febrer: SD. FEBRIL (G. García).

DILLUNS 8 DE FEBRER, 9 HORES, Capella: MPOC (H. Manrique).

10 de febrer: PROVES FUNCIONALS RESPIRATÒRIES COM A EINA DIAGNÒSTICA (O. Parra).

17 de febrer: QUÈ POT FER LA MEDICINA INTERNA PER TU? (J. Delás).

24 de febrer: PNEUMÒNIA (E. Odreman).

DIJOUS 4 DE MARÇ, 16 HORES, Capella: TROMBOSI VENOSA PROFUNDA (N. Argilés).

10 de març: ANTICOAGULACIÓ ORAL (D. Campoy).

17 de març: INSUFICIÈNCIA CARDÍACA (C. Beltran).

24 de març: SD. CORONARI AGUT (E. González).

DIJOUS 25 DE MARÇ, 16 HORES, Capella: ISQUÈMIA ARTERIAL (N. Argilés).

31 de març: TROMBOEMBOLISME PULMONAR (R.

Salas).

7 d'abril: FIBRIL·LACIÓ AURICULAR (CARDIOLOGIA).

14 d'abril: HIPERGLUCÈMIA. CETOACIDOSI DIABÈTICA (R. Corcuera).

21 d'abril: INFECCIÓ DEL TRACTE URINARI (A. Cárdenas).

28 d'abril: UROLOGIA: INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL (A. Gutiérrez).

5 de maig: SÍNDROMES GERIÀTRIQUES (E. Suárez).

12 de maig: AGITACIÓ PSICOMOTRIU (J. Seguí).

19 de maig: CRISI COMICIAL (F. Gil).

26 de maig: TRAUMATISME CRANEOENCEFÀLIC (A. Díaz).

2 de juny: INTOXICACIONS.

9 de juny: ACCIDENTS ISQUÈMICS TRANSITORIS: avenços i controvèrsies (A. Arboix).

16 de juny: REFLEXIONS BIOÈTICA en el moment actual (N. Barrera).

FEBRER

Tallers d'exploració física de traumatologia, **divendres 8h:30', a l'Aula d'habilitats, Àtic edifici París. Inici 12 de febrer.**

ABRIL

Seminaris de radiologia, a la **Capella, dimarts de 12 a 13 h.**