

Archivos de Medicina  
Asociación Española de Médicos Internos Residentes  
editorial@archivosdemedicina.com  
ISSN (Versión impresa): 1698-9465  
ESPAÑA

2005  
VV AA  
COMUNICACIONES DEL V CONGRESO DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES DE  
CANARIAS SÁBADO 29 DE ENERO 2005  
*Archivos de Medicina*, marzo-abril, año/vol. 1, número 002  
Asociación Española de Médicos Internos Residentes  
Madrid, España  
pp. 2-52

Red de  
Revistas  
Científicas  
de  
América  
Latina y el  
Caribe,  
España y  
Portugal

---



# Posters del V Congreso de Médicos Internos Residentes de Canarias

SÁBADO 29 DE ENERO 2005

SALAS		
	GRAN CANARIA	LANZAROTE
16:00 - 16:08	<a href="#"><u>CAUSA INFRECUENTE DE VOMITOS POSTPRANDIALES EN VARON DE 19 AÑOS</u></a>	<a href="#"><u>PAUTA RIFAMPICINA / PIRACINAMIDA (2 MESES) EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS LATENTE EN INMIGRANTES SUBSAHARIANOS IRREGULARES. POCAS COMPLICACIONES PERO ESCASO CUMPLIMIENTO.</u></a>
16:08 - 16:16	<a href="#"><u>ABSCEOS HEPATICOS: ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN UN PERIODO DE 5 AÑOS (1998 - 2003)</u></a>	<a href="#"><u>CARDIOMEGALIA Y SOPLO EN PACIENTE OLIGOSINTOMATICO</u></a>
16:16 - 16:24	<a href="#"><u>ENFERMEDAD DE ADDISON Y TAPONAMIENTO CARDIACO</u></a>	<a href="#"><u>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NODULOS HEPATICOS POR TC</u></a>
16:24 - 16:32	<a href="#"><u>CARACTERISTICAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA DE SUPERFICIE EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTIMULACION VENTRICULAR IZQUIERDA DESDE UNA VENA CORONARIA LATERAL</u></a>	<a href="#"><u>ALTERNARIA Y EPOC EN INMUNODEPRIMIDOS</u></a>
16:32 - 16:40	<a href="#"><u>STATUS ASMATICO. TTO EN UCI</u></a> 	<a href="#"><u>TUMORACION ANEXIAL E HIPOGLUCEMIA</u></a>
16:40 - 16:48	<a href="#"><u>ENFERMEDAD DE WILSON Y EMBARAZO</u></a>	<a href="#"><u>PATOLOGIA AORTICA AGUDA NO TRAUMATICA. HALLAZGOS EN TC.</u></a>
16:48 - 16:56	<a href="#"><u>ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE</u></a>	<a href="#"><u>UTILIDAD DEL PROBNP EN ADECUACION CLINICA, RADIOLOGICA Y DE LABORATORIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PROSPECTIVO.</u></a>
16:56 - 17:04	<a href="#"><u>DISCINECIA MUCOCILIAR PRIMARIA Y EMBARAZO</u></a>	<a href="#"><u>FISTULA AORTOCAVA</u></a>
17:04 - 17:12	<a href="#"><u>SENSIBILIZACION A PROTEINAS DE LA LECHE DE LA VACA</u></a>	<a href="#"><u>HIPOQUINESIA FETAL (SINDROME DE PENA - SHOKIER)</u></a>

# Comunicaciones del V Congreso de Médicos Internos Residentes de Canarias

SÁBADO 29 DE ENERO 2005

	SALAS	
	GRAN CANARIA	LANZAROTE
18:00 - 18:10	<u>HIPOGONADISMO POR HORQUITIS URLIANA</u>	<u>EFFECTO DE LAS GUARDIAS SOBRE LA SALUD, CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE ESPAÑA</u>
18:10 - 18:20	<u>SINDROME DE CHURG STRAUSS (SCS) CON GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA</u>	<u>ASOCIACIÓN ENTRE DISECCIÓN CAROTIDEA ESPONTÁNEA Y LAS ESCLERÓTICAS AZULES. A PROPÓSITO DE UN CASO</u>
18:20 - 18:30	<u>PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA</u>	<u>MESENTERITIS FIBROESCLEROSANTE Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</u>
18:30 - 18:40	<u>SUPERVIVENCIA EN DERRAME PLEURAL MALIGNO. ESTUDIO RETROSPECTIVO</u>	<u>UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BRONCOFIBROSCOPIA EN LAS NEOPLASIAS PULMONARES (NUESTRA EXPERIENCIA)</u>
18:40 - 18:50	<u>LA VALVULA DE TEBESIO COMO DETERMINANTE DE LA DIFICULTAD DE ACCESO AL SENO CORONARIO: OBSERVACIONES ANATÓMICAS Y ANGIOGRÁFICAS</u>	<u>EVALUACION DE LA FUNCION PULMONAR EN PACIENTES CON TRANSPLANTE AUTOLÓGO DE MÉDULA OSEA</u>
18:50 - 19:00	<u>EFFECTO DE LA REPOLARIZACION CARDIACA A MEDIO/LARGO PLAZO DE LA ESTIMULACIÓN EPICARDIACA MEDIANTE MARCAPASOS DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA</u>	<u>TECNICA DE ROLL EN LAS LESIONES NO PALPABLES DE MAMA</u>
19:00 - 19:10	<u>DIAGNÓSTICO PRENATAL DE UN CASO DE ATRESIA YEYUNOILEAL</u>	<u>ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA MALIGNO</u>
19:10 - 19:20	<u>EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE BIFURCACIONES CORONARIAS MAYORES CON STENT DEDICADO FRONTIER</u>	<u>LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL. 5 CASOS</u>
19:20 - 19:30	<u>COLABORACION DEL PERSONAL SANITARIO DE LOS HOSPITALES DE LA RED TRANSFUNCIONAL CANARIA (RTC) EN LAS EXTRACCIONES DEL I.C.H.H. EN EL AÑO 2004/05</u>	<u>UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DEL ANTIGENO NEUMOCOCICO EN ORINA (BINAX NOW) EN NIÑOS CON INFECCION NEUMOCOCINA. DATOS PRELIMINARES</u>

## COMUNICACIONES POSTER-FORUM

### SALA GRAN CANARIA

---

#### CAUSA INFRECUENTE DE VÓMITOS POSTPRANDIALES EN VARÓN DE 19 AÑOS

##### Caso clínico:

Varón de 19 años que un año antes del ingreso fue intervenido mediante funduplicatura de Nissen, vía laparoscópica, de hernia hiatal con RGE asociado. Ingresa por cuadro subagudo de 8 días de evolución de vómitos postprandiales de contenido alimentario 4 horas tras la ingesta, junto con dolor epigástrico durante los episodios de vómitos y estreñimiento. A la exploración física destaca hábito leptosómico con sequedad de mucosas, abdomen excavado, con cicatrices de laparoscopia previa, indoloro, sin signos de peritonismo y con peristaltismo disminuido. En la analítica de urgencias destaca una creatinina de 1'6 mg/dl, amilasa 79 U/L, lipasa de 715 U/L, hemograma, coagulación y resto de bioquímica normal. En la radiografía simple de abdomen se observa distensión gástrica con pliegues mucosos engrosados sin datos de oclusión intestinal ni niveles hidroaéreos. Durante el ingreso se pautó tratamiento con dieta absoluta y sueroterapia, con normalización de la función renal, persistiendo el cuadro de vómitos. La ecografía abdominal fue normal y el estudio radiológico gastroduodenal demostró un estómago de retención sin paso de contraste a duodeno, existiendo restos de contraste en el estómago tras 48 horas. La endoscopia digestiva alta muestra un estómago deformado con dificultad para el paso del endoscopio, "probable estómago en reloj de arena". El paciente es intervenido vía laparoscopia observándose brida desde fundus gástrico a pilar derecho con volvulación órganoaxial parcial del estómago. Se realizó lisis de dicha brida y la evolución postoperatoria fue favorable.

## **Discusión:**

El vólvulo gástrico es una rotación del estómago de más de 180 grados sobre su eje mesentérico axial u organoaxial, produciendo un cuadro habitualmente agudo y con una alta mortalidad si no es corregido mediante cirugía. Puede ser debido a una anomalía congénita (rara) o como complicación de una cirugía gástrica previa. Hay descritos pocos casos en la literatura de vólvulo gástrico como complicación de la funduplicatura Nissen, siendo ésta una técnica habitual en la práctica quirúrgica diaria. Y aunque esta técnica disminuye el riesgo de adherencias, no está exenta de las mismas.

## **Conclusiones:**

Hay que sospechar la volvulación gástrica ante un cuadro de vómitos de retención después de la funduplicatura Nissen laparoscópica.

## **Bibliografía:**

- Ashok L. Et al. Acquired volvulus following Nissen fundoplication. Trop Gastroenterol. 2003; 24: 37-8.
- Kuenzler KA et al. Gastric volvulus after laparoscopic Nissen fundoplication with gastrostomy. J Pediatr Surg. 2003; 38: 241-3.
- Baty V et al. Acute gastric volvulus related to adhesions after laparoscopic fundoplication. Surg Endosc. 2002; 16: 538. Epub 2002
- Fung KP et al. Gastric volvulus complicating Nissen fundoplication. J Pediatr Surg. 1990; 25: 1242-3.
- Hughes SG et al. Unusual complications following laparoscopic Nissen fundoplication. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 1999; 9: 143-7

## **“ABSCESOS HEPÁTICOS: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN PERIODO DE 5 AÑOS (1998-2003)”**

### **Introducción:**

Los abscesos hepáticos son una enfermedad poco prevalente. Existen pocos estudios acerca de la microbiología y el impacto de las técnicas modernas de imagen y el tratamiento (drenaje percutáneo) en el pronóstico.

### **Objetivo:**

Examinar las características microbiológicas y clínicas, métodos de diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos en el Hospital. U. Insular. G. C.

### **Material y Métodos:**

Revisamos todos los pacientes mayores de 18 años del H. U. I. G. C. con el diagnóstico de absceso hepático entre enero de 1998 y diciembre de 2003. Analizamos las características microbiológicas y clínicas, los diagnósticos de imagen y el tratamiento basado en los protocolos de la sociedad española de medicina interna. Para el análisis estadístico utilizamos el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

### **Resultados:**

Durante el periodo 1998-2003, encontramos 24 pacientes con abscesos hepáticos (21 hombres y 3 mujeres). La edad media fue 51 años. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre, dolor abdominal, escalofríos, náuseas y vómitos, y los signos fueron hepatomegalia, ictericia y esplenomegalia. Los hemocultivos fueron positivos en 7/20 y los cultivos de absceso en 14/20. En los cultivos de abscesos los microorganismos encontrados fueron: *Streptococcus sp.*, *Bacteroides sp.*, y bacilos Gram negativo. Se llegó al diagnóstico por ecografía en 23/24 pacientes,

de los cuales 43,5% tenían abscesos únicos y 56,5% abscesos múltiples. La localización más frecuente fue el lóbulo hepático derecho(50%), izquierdo (27,3%) y en ambos (22,7%), con un tamaño medio de 6,25 cm.El diagnóstico por TAC se llevó a cabo en 21/24%, mostrando abscesos únicos en 5,4% y múltiple en 47,6%. La localización más frecuente Fue el LHD (52,4%), izquierdo (23,8%), ambos (23,8%), y el tamaño medio fue 6,83 cm.Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico prolongado (52,3+/-69,3 días) y el drenaje percutáneo se realizó en 19/24 pacientes. La mortalidad global fue 4,2%

### **Conclusiones:**

No existe diferencia entre nuestra población y los datos publicados en revistas nacionales e internacionales en relación con las características microbiológicas y clínicas. Existe una buena correlación entre las técnicas de imagen utilizadas para el diagnóstico.

### **ENFERMEDAD DE ADDISON Y TAPONAMIENTO CARDIACO**

**Autores:** M.J. López-Madrado Hernández, N.Pérez Martín, Y.García Delgado, M.Boronat Cortés, E.Martínez Quintana, A. García Quintana

**Centro de Trabajo:** Servicio de Endocrinología. Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

### **Introducción:**

La aparición de pericarditis con taponamiento cardiaco en el momento del debut de enfermedad de Addison o durante una crisis addisoniana en un paciente ya diagnosticado, es una entidad clínica grave y poco frecuente, que podría englobarse dentro del espectro clínico de serositis asociadas a endocrinopatías de origen autoinmune.

### **Objetivo:**

Examinar las características microbiológicas y clínicas, métodos de diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos en el Hospital. U. Insular. G. C.

### **Material y Métodos:**

Presentamos 3 casos (2 varones, con edades entre 25 y 62 años) en los que concurren enfermedad de Addison con taponamiento cardiaco.

### **Resultados:**

1. En 2 de los casos, el taponamiento coincide con el debut de enfermedad de Addison, mientras que el 3º ya estaba diagnosticado de SPA tipo 2.
2. En 2 de los casos, se establece una etiología autoinmune de la enfermedad de Addison (anticuerpos anticápsula suprarrenal y/o anti-21-hidroxilasa positivos), y en el 3º se concluye que es la causa más probable tras descartar de manera exhaustiva etiologías secundarias.
3. En 2 de los casos, la evolución es tórpida, con recidiva de la pericarditis, durante situaciones de estrés y/o la omisión de la terapia sustitutiva. Se decidió iniciar tratamiento con colchicina, con buena respuesta en uno de ellos, mientras que en el 2º caso fue necesaria la realización de una ventana pericárdica.

### **Conclusiones:**

La pericarditis con taponamiento cardiaco asociada a enfermedad de Addison es una situación clínica descrita en la literatura médica, de la cual se desconocen hasta el momento los mecanismos fisiopatológicos, que pudieran estar relacionados con desajustes en el sistema inmunológico.



# **CARACTERÍSTICAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA DE SUPERFICIE EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTIMULACIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DESDE UNA VENA CORONARIA LATERAL**

**Autores:** E. Caballero, R. Ramírez, P. Gil, M. Díaz, C. Amador, A. Medina.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

## **Introducción:**

La resincronización cardíaca mediante estimulación ventricular izquierda aislada se ha convertido en una estrategia terapéutica útil para los pacientes con disfunción ventricular izquierda. La localización del electrodo en una vena lateral izquierda ha sido descrita como la que da lugar a mejores resultados. El análisis del electrocardiograma (ECG) producido durante estimulación desde VI puede servir de guía durante el implante y seguimiento posterior.

## **Objetivos:**

Analizar las características del electrocardiograma de superficie durante estimulación ventricular izquierda desde un electrodo epicárdico situado en una vena coronaria lateral.

## **Material y Métodos:**

Se estudiaron 15 pacientes ( $63 \pm 9$  años; 18 varones; QRS basal:  $160 \pm 34$  ms) a los que se realizó un ECG en modo de estimulación VVI a 100 lpm con estimulación desde ventrículo izquierdo. Los ECG fueron analizados mediante polígrafo digital a 200 mm/s intentándose identificar patrones reproducibles que permitiesen la elaboración de un algoritmo electrocardiográfico.

## **Resultados:**

La anchura media del complejo QRS con estimulación desde una vena lateral fue de  $220 \pm 35$  ms. La presencia de ondas R altas en V1 fue constante en todos los pacientes. El complejo QRS fue negativo en I en un 93% y en aVL en un 87% de los casos. La transición en precordiales en estos pacientes cuando estuvo presente (12 pac) se produjo en V4-V5 o V5-V6 en un 92% de los casos. No fue posible identificar un patrón definido en cara inferior (II, III y aVF).

## **Conclusiones:**

El análisis del electrocardiograma de superficie durante estimulación ventricular izquierda podría servir de guía durante la fase de implantación y posterior seguimiento de los pacientes con un electrodo epicárdico situado en una vena coronaria lateral izquierda.

### **STATUS ASMÁTICO. TTO en UCI**

**Autores:** B.Moreno (1), S.Hipola (2), S. Ruiz (2).

**Centro de Trabajo:** 1.- Servicio de Cardiología. 2.- Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

## **Introducción:**

La prevalencia de asma en adultos varía entre un 3 y un 6 % de la población. En los últimos años tanto la prevalencia como la tasa de mortalidad se han incrementado a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

## **Material y Métodos:**

Revisión de trece casos de pacientes ingresados en el Servicio de Intensivos durante los 4 últimos años (2000-2004) con el diagnóstico de status asmático. Análisis del tratamiento de un caso clínico concreto de reagudización de asma grave.

### **Resultados:**

Estudio de 13 pacientes, 7 mujeres y 6 varones, con edades comprendidas entre 15 y 73 años. Estancia media en UMI 6,8 días. IOT+ VM: 100%. 2 de los cuales requirieron ventilación con halotano y 1 protocolo de Heliox. Fallecimientos: 23%.

### **Conclusiones:**

El asma es una enfermedad considerada erróneamente como inofensiva, cuando en realidad nos enfrentamos a una patología difícil de tratar, sobre todo en casos de extrema gravedad, ya que la ventilación mecánica, principal soporte del tratamiento, en este tipo de pacientes, resulta especialmente complicada.

### **ENFERMEDAD DE WILSON Y EMBARAZO**

Caso Clínico sobre el manejo de una gestante de 25 años, con antecedentes de Enfermedad de Wilson diagnosticada desde los 10 años de edad, y que presenta como complicaciones de la misma Hepatopatía Crónica, hiperesplenismo y trombocitopenia. El embarazo cursó dentro de la normalidad, destacando una plaquetopenia grave en el tercer trimestre. Ante este hallazgo se decide finalizar la gestación mediante inducción del parto en el momento en el que se disponía en nuestro centro de concentrado de plaquetas compatibles para la posible transfusión de la paciente. El manejo obstétrico intraparto fue el habitual, realizándose además profilaxis de Hemorragia postparto, mediante alumbramiento dirigido, perfusión de un total de 70 U de oxitocina iv. y peso en hipogastrio tras alumbramiento

### **ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE***

**Autores:** A. Hernández , E. Espinosa, C. Del Rosario, R. Bautista

**Centro de Trabajo:** Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Materno-Insular de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria.

### **Introducción:**

*Streptococcus agalactiae* es un colonizador habitual del tracto gastrointestinal y genitourinario en adultos sanos, y uno de los principales agentes etiológicos de meningitis y sepsis neonatal. Sin embargo, también con menor frecuencia puede ser responsable de cuadros invasivos en adultos no gestantes inmunocomprometidos. Son factores predisponentes la edad avanzada, la diabetes, las hepatopatías, el alcoholismo, las neoplasias y las intervenciones quirúrgicas. Las formas de manifestación clínica más frecuentes en estos pacientes son la bacteriemia, la endocarditis, las infecciones osteoarticulares, la neumonía, la meningitis, las infecciones de tracto urinario y las infecciones de piel y partes blandas. La mortalidad en esta población es relativamente elevada debido al compromiso inmunitario.

### **Objetivos:**

Analizar las características del electrocardiograma de superficie durante estimulación ventricular izquierda desde un electrodo epicárdico situado en una vena coronaria lateral.

### **Material y Métodos:**

Se expone un caso de sepsis por *Streptococcus agalactiae* en un paciente adulto no gestante, que cursa con artritis oligoarticular, endoftalmitis y endocarditis derecha, diabetes de debut, insuficiencia prerrenal y trombocitopenia.

### **Resultados:**

Se aísla una colonia beta-hemolítica, compatible al gram con cocos gram-positivos, a partir del cultivo en medios de enriquecimiento (medio de agar-sangre y agar-chocolate) del líquido articular de la rodilla y codo derecho, de humor vítreo del ojo derecho y a partir de los hemocultivos (Bact-Alert®, Organón). La identificación y antibiograma de la cepa se realiza a través del panel 3W (Wider®, de Soria-Melguizo). Se identifica como *Streptococcus agalactiae*, siendo dicha cepa sensible a betalactámicos, cefalosporinas, eritromicina, clindamicina y fluorquinolonas, y resistente a gentamicina y amikacina.

### **Conclusiones:**

Aunque tradicionalmente, la especie *Streptococcus agalactiae* se ha asociado a enfermedad neonatal y puerperal. En los últimos años se ha apreciado un incremento de la incidencia anual de enfermedad invasiva por *Streptococcus agalactiae* en adultos no gestantes. A diferencia, de la mayoría de los casos publicados de sepsis por *Streptococcus agalactiae*, se trata de un paciente joven de menos de 60 años, sin antecedentes de enfermedades inmunosupresoras, aunque debuta al ingreso con diabetes e insuficiencia prerrenal y presenta una serología positiva para virus de hepatitis C y B (Anti-HBc y Anti-HBs). Además, rara vez se ha descrito endoftalmítis asociada a esta especie, en los casos publicados habitualmente se ha producido en ojos dañados, pero en este caso no se refieren antecedentes de interés.

### **DISCINECIA MUCOCILIAR PRIMARIA Y EMBARAZO**

**Autores:** Jose Manuel Muñoz, Mohamad Tubio, Juan Carlos Pérez, Pedro Peña, Rosa Maria Bautista, Elena Pisos, Fernando Acosta, Efren Martinez\*, Ricardo Huerta\*, José Gómez

**Centro de Trabajo:** Servicios de Medicina Interna y Cardiología\* Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

## **Introducción:**

La discinecia mucociliar primaria (DMP) comprende un grupo de trastornos heterogéneos resultado de un transporte mucociliar alterado en las vías respiratorias, con alteraciones del aclaramiento mucociliar. La incidencia de esta entidad es de un 1/16.000 recién nacidos. Las primeras manifestaciones clínicas comienzan en la infancia. La DMP se ha visto que no tiene predilección por la raza, sexo o edad. Presenta un patrón hereditario autosómico recesivo.

## **Caso Clínico:**

Se trata de una paciente de 39 años, primigesta diagnosticada de discinecia mucociliar primaria con bronquiectasias secundarias a alteraciones del cilio broncopulmonar y en tratamiento con broncodilatadores inhalados. A los 16 años se le realizó una lobectomía media del lóbulo pulmonar derecho y la paciente presenta una colonización crónica por pseudomona aeruginosa. La paciente presentaba un a esterilidad primaria con 3 IAC (inseminación artificial de cóyuge) y 1 FIV (fecundación in Vitro) fallida, consiguiendo quedar gestante mediante un segundo ciclo de FIV.

La paciente ingresa en varias ocasiones por agravamiento del cuadro respiratorio con buena respuesta a tratamiento broncodilatador y a la fisioterapia respiratoria con muy buena respuesta hasta el final del embarazo .

## **SENSIBILIZACIÓN A PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA**

### **Introducción:**

La leche es el primer antígeno alimentario con el que se entra en contacto en la infancia, cuyas proteínas más sensibilizantes son  $\beta$ -Lactoglobulina,  $\alpha$ -Lactoalbúmina, seroalbúmina, caseína, gammaglobulina. Es el alergeno de mayor

frecuencia en la edad pediátrica. Las manifestaciones clínicas comienzan a la edad media de 2.7 meses; pueden ser cutáneas, digestivas y respiratorias. Raramente aparecen en la edad adulta. El diagnóstico precisa historia clínica sugestiva, IgE específica a proteínas de leche de vaca, relación de ingesta y aparición de síntomas mediante prueba de provocación. Los pacientes deben utilizar preparados libres de proteínas vacunas.

### **Material y Métodos:**

Paciente niña de 9 años de edad, que desde los 3 meses de vida presenta cuadro cutáneo y digestivo tras toma de leche y derivados, llegando a ser de tipo anafiláctico. Se realizan controles periódicos con Tests cutáneos (Prick Tests) para aeroalergenos, proteínas vacunas y diversos tipos de carne, así como determinaciones de IgE específica para las mismas, siendo positivos (mayores de 100UI/ml) para proteínas de leche de vaca. También controles de función pulmonar y analíticas (hemograma y bioquímica).

### **Resultados:**

La paciente ha llegado a presentar anafilaxia por ingesta de proteínas de leche de vaca. Los controles periódicos con Pruebas cutáneas (Prick Tests), así como IgE específica para proteínas de leche de vaca y carne de vacuno han sido positivos todo el tiempo a pesar de la restricción dietética. Padece concomitantemente rinitis y asma por ácaros del polvo, por sensibilización posterior.

### **Conclusiones:**

La Alergia a proteínas de leche de vaca es una enfermedad propia de la infancia, que suele desaparecer antes de los 5 años de edad. En este caso clínico mostramos una presentación y evolución infrecuente de la misma, pero interesante desde el punto de vista médico por su manejo y tratamiento.

## COMUNICACIONES POSTER-FORUM

### SALA LANZAROTE

#### **PAUTA RIFAMPICINA/PIRACINAMIDA (2 MESES) EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS LATENTE EN INMIGRANTES SUBSAHARIANOS IRREGULARES. POCAS COMPLICACIONES PERO ESCASO CUMPLIMIENTO.**

##### **Introducción:**

Hasta el replanteamiento reciente, recogido en el Consenso para el manejo de la tuberculosis en inmigrantes ( *Med Clin 2003;121:549-562* ), la actitud práctica ante un inmigrante con infección tuberculosa (Mantoux = 10 mm) en ausencia de enfermedad (sin datos clínicos ni radiología torácica con datos de lesión activa) consistía en la quimioprofilaxis secundaria. La pauta clásica con isoniacida durante 6 (o mejor) 9 meses, que presenta problemas de cumplimiento en la población general, resulta especialmente compleja en el inmigrante irregular. Por ello, el empleo de un esquema mas corto (rifampicina/piracinamida durante dos meses) planteaba una opción atractiva, teniendo en cuenta que la estancia en Centros de Atención para inmigrantes se limita a este periodo de tiempo. Las ventajas de esta opción quimioprofiláctica deben ser evaluadas, teniendo en cuenta el riesgo de complicaciones graves descritas en la bibliografía.

##### **Material y Métodos:**

El diseño del trabajo incluyó una evaluación clínica protocolizada de todas las personas acogidas en un Centro de la Cruz Roja en Las Palmas. En todos ellos se realizó un estudio complementario sistemático que incluyó, además de Mantoux y radiología simple de tórax, determinación de enzimas hepáticas, la determinación



de serología frente a virus hepatotropos primarios (B y C) y VIH. En todos los pacientes con enfermedad tuberculosa latente se propuso esta opción bajo los siguientes consideraciones a) el consentimiento informado y documentado por escrito b) el compromiso a la realización de controles analíticos periódicos c) la ausencia de embarazo d) la normalidad de las pruebas hepáticas y e) la ausencia de marcadores de infección activa por virus B o C de la hepatitis.

### **Resultados:**

De las 1069 personas evaluadas, se obtuvo información completa (clínica, Mantoux y Rx de tórax) en 685. El perfil epidemiológico correspondía a inmigrantes africanos (96%), varones (81,38%) con una edad media de 27 años. De los 685 personas en las que se dispuso de los datos mencionados, se diagnosticó infección tuberculosa en 125 (18,25%). De ellos en 5 personas no se inició la pauta propuesta (1 por no aceptar el consentimiento, 3 por coinfección por virus hepatotropos primarios y 1 por alteraciones de la bioquímica hepática). 100 sujetos abandonaron el centro antes del inicio de la quimioprofilaxis y en los 20 restantes, se realizó una quimioprofilaxis completa, debiendo suspenderse únicamente en 1 caso por dispepsia. A pesar del compromiso previo, solo en 7 individuos se realizaron los controles analíticos previstos.

### **Conclusión:**

Por todos los datos descritos, aunque la opción RZ (x2) no ha presentado problemas médicos en esta serie, el cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa en el inmigrante subsahariano irregular es claramente insuficiente. Nuestros resultados apoyan claramente la opción planteada en el Consenso para el manejo de la tuberculosis en inmigrantes ( *Med Clin* 2003;121:549-562 ), específicamente en los inmigrantes subsaharianos irregulares.

## CARDIOMEGALIA Y SOPLO EN PACIENTE OLIGOSINTOMÁTICO

**Autores:** C. Amador Gil, N. Castro, P. Martín, M. Díaz, B. Moreno, J.R. Ortega,  
A. García, E. Caballero,  
A. Medina.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Cardiología. Las Palmas de Gran Canaria.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

### Introducción:

Se presenta el caso de un varón de 51 años, sin antecedentes de interés, que consulta por episodios de palpitaciones y disnea a grandes esfuerzos desde hace dos años. A la exploración destaca un pulso saltón, y un soplo sistólico III/IV de intensidad similar en ápex y porción superior de tórax y soplo holodiastólico en borde esternal derecho. Hemograma y bioquímica con hormonas tiroideas normales. Serología de lúes: negativa. Rx tórax : cardiomegalia global severa y dilatación de aorta ascendente. ECG : flutter auricular con respuesta ventricular a 83 lpm; bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterior. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: buena función ventricular izquierda global y segmentaria con hipertrofia concéntrica ligera, ventrículo derecho ligeramente dilatado con función conservada. Aurícula izquierda dilatada. Válvula mitral y tricúspide lineales, sin datos de hipertensión pulmonar (PAPs estimada = 29 mmHg). Válvula aórtica trivalva. Dilatación marcada del anillo valvular y aorta ascendente (67 mm) con insuficiencia aórtica moderada sin gradiente transaórtico. Se ve una imagen compatible con pseudoaneurisma de la porción membranosa del septo interventricular sin paso de flujo a su través y un defecto septal interauricular tipo seno venoso. RMN: dilatación marcada de aorta ascendente y aneurisma del septo interventricular. Cateterismo cardíaco diagnóstico: función ventricular izquierda conservada. Insuficiencia aórtica grado

III/IV. Dilatación aneurismática de aorta ascendente (77 mm) y del anillo valvular aórtico (40 mm). Coronarias sin lesiones. Arteriografía pulmonar: evidencia de comunicación interauricular durante la fase de retorno venoso pulmonar. Mínimo salto oximétrico a nivel de la aurícula derecha con una relación entre el flujo pulmonar y el sistémico Qp/Qs: 1.53. Presión en la arteria pulmonar normal.

**Juicio clínico-diagnóstico:** Enfermedad de la raíz aórtica compatible con anulectasia que produce insuficiencia aórtica moderada y aneurisma de aorta ascendente. Comunicación interauricular (CIA) tipo seno venoso. Patología del septo interventricular compatible con comunicación interventricular (CIV) perimembranosa obliterada. Flutter auricular probablemente ístmico con ondas F de gran tamaño.

**Tratamiento:** se indicó tratamiento con betabloqueantes y cirugía: plastia del pseudoaneurisma del septo interventricular, cierre con sutura directa de la CIA y sustitución de la válvula y raíz aórtica con reimplantación de las arterias coronarias mediante la operación de Bono-Bentall. Anatomía Patológica: pared arterial aórtica con engrosamiento de la íntima. Capa media desestructurada por fragmentación de las elásticas y marcados cambios mixoides.

**Evolución:** tras un postoperatorio tórpido persiste el flutter auricular que precisa cardioversión quedando posteriormente en ritmo sinusal. Al año el paciente está asintomático y hace su vida normal.

### **Discusión:**

El interés de este caso radica en la presencia de dos patologías cardíacas mayores en un paciente prácticamente asintomático: una comunicación interauricular tipo seno venoso y patología de la raíz aórtica en ausencia de fenotipo marfanoide, patología sistémica o infecciosa (lúes). El hallazgo del

aneurisma del tabique interventricular en nuestro paciente es un hallazgo sin repercusión clínica.

La técnica de Bono-Bentall para la reconstrucción de la raíz aórtica tiene una mortalidad relativamente baja (5%). Los enfermos sometidos a esta intervención deben ser seguidos mediante ecocardiografía, por lo que el paciente sigue controles periódicos en nuestra consulta. Otro aspecto importante es detectar la recurrencia del flutter y si fuera necesario, plantear otras alternativas terapéuticas.

### **Material y Métodos:**

Se estudiaron 15 pacientes (63±9 años; 18 varones; QRS basal: 160 ± 34 ms) a los que se realizó un ECG en modo de estimulación VVI a 100 lpm con estimulación desde ventrículo izquierdo. Los ECG fueron analizados mediante polígrafo digital a 200 mm/s intentándose identificar patrones reproducibles que permitiesen la elaboración de un algoritmo electrocardiográfico.

## **DIAGNÓSTICO DIFERECIAL DE NÓDULOS HEPÁTICOS POR TC**

**Autores:** Luisa Nieto Morales, Lucio Diaz-Flores Varela, Esther Martín Ponce, Ignacio González García.

**Centro de Trabajo:** Hospital Universitario de Canarias.

**Dirección:** Complejo Hospitalario Ofra, S/N. **Ciudad:** La Laguna. **Población:** Santa Cruz de Tenerife.

**Teléfonos:** 922279737 / 922681294 / 922276442. **Correo electrónico:** [luisaradazul@yahoo.es](mailto:luisaradazul@yahoo.es).

### **Introducción:**

Exponemos gráficamente el diagnóstico diferencial de los nódulos hepáticos.

### **Material:**

Se evaluaron una serie de nódulos hepáticos con un Scanner Toshiba Asteion.

**Método:**

Se realizaron Tomografías Computadorizadas (TC) hepáticas sin y con contraste intravenoso en triple fase.

**Conclusiones:**

El TC resulta útil para caracterizar un importante número de lesiones hepáticas, como ya se describe en la bibliografía consultada.

**ALTERNARIA Y EPOC EN INMUNODEPRIMIDOS**

**Autores:** Emilio Gonzalez Reimers, Esther Martin Ponce, Luisa Nieto Morales, Lucio Diaz-Flores.

**Centro de Trabajo:** Hospital Universitario de Canarias.

**Dirección:** Complejo Hospitalario Ofra, S/N. **Ciudad:** La Laguna. **Población:** Santa Cruz de Tenerife.

**Teléfonos:** 922279737 / 922681294 **Correo electrónico:** [luisaradazul@yahoo.es](mailto:luisaradazul@yahoo.es).

**Introducción:**

Relación del agente fúngico alternaria en pacientes inmunodeprimidos con patología pulmonar.

**Material:**

Describimos un caso clínico en nuestro hospital.

**Método:**

Se realiza revisión bibliográfica y comparación con la literatura sobre el tema.

**Conclusiones:**

La alternaria puede agravar patología pulmonar en virtud a un mecanismo de hiperreactividad.

**TUMORACION ANEXIAL E HIPOGLUCEMIA**

**Autores:** Luisa Gutiérrez, Raquel G. Delgado, Marta Padilla, Carlos Blanco, Rosa de la Mano.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil.  
Las Palmas de Gran Canaria.

**Resumen:**

Las hipoglucemias se caracterizan por sudoración, taquicardia, temblor, trastornos mentales y en casos más severos coma. Existen diferentes etiología, entre las que se encuentran los tumores extrapancreáticos, considerados como síndromes paraneoplásicos. Los síndromes paraneoplásicos presentan signos y síntomas lejanos del propio lecho tumoral o de sus metástasis. Son secundarios a la producción de hormonas biológicamente activas, factores de crecimiento, citoquinas... Su incidencia está entorno a un 7-15%. Con mayor frecuencia están relacionados con el carcinoma microcítico de pulmón, linfoma, carcinoma de mama, de ovario, gastrointestinales y renales.

Presentamos un caso clínico de tumoración anexial tipo teratoma maduro asociado a hipoglucemia. En la literatura actual hay pocos casos descritos

## **PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA NO TRAUMÁTICA. HALLAZGOS EN TC.**

**Autores:** M. Morales, P.Mora, S.E. Cachemaille, M. Fuentes.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Canarias.

### **Introducción:**

El TCH (tomografía computarizada helicoidal) es el primer método de imagen utilizado para el diagnóstico de patología aguda aórtica aguda no traumática . Estudiamos casos de patología aguda aórtica aguda no traumática en nuestro servicio de radiología de urgencias y sus hallazgos por TC.

### **Material y Métodos:**

Revisamos 4 casos representativos de patología aórtica: disección de aorta torácica típica, hematoma intramural, rotura de aorta aneurismática, rotura de aorta no aneurismática. TC helicoidal, protocolo angiohelicoidal, contraste intravenoso yodado (2 ml/ kg).

### **Resultados:**

La Tc helicoidal fue la primera prueba de imagen para el diagnóstico de nuestros 4 casos, teniendo un gran valor para diferenciar cada uno de ellos.

### **Conclusiones:**

El TC es el primer método de imagen utilizado en nuestro servicio para el diagnóstico de síndrome aórtico agudo no traumático.

El Tc permitió diagnosticar y diferenciar radiológicamente cada uno de ellos.

## **UTILIDAD DEL PROBNP EN ADECUACIÓN CLÍNICA, RADIOLOGICA Y DE LABORATORIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PROSPECTIVO.**

**Autores:** Jose Manuel Muñoz , Mohamad Tubio, Juan Carlos Pérez, Pedro Peña, Rosa Maria Bautista, Elena Pisos , Fernando Acosta, Efren Martinez\*, Ricardo Huerta\*, José Gómez.

**Centro de Trabajo:** Servicios de Medicina Interna y Cardiología\*. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

### **Introducción:**

La insuficiencia cardiaca constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en países occidentales por su elevada morbimortalidad. La prevalencia en la población europea se estima entre el 0.4% y 2% . La determinación del pro-BNP es un método excelente para el cribado de la disfunción ventricular izquierda en la población general o tras un infarto agudo de miocardio. La presencia de un BNP normal excluye la posibilidad de disfunción sistólica en un paciente con disnea. Actualmente no existen dudas sobre la importancia de los diferentes mecanismos neurohormonales implicados en la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca (IC).

### **Objetivos:**



Valorar el valor del BNP en el diagnóstico clínico (Criterios de Framingham y de la Sociedad Europea de Cardiología) de la disnea de origen cardiológico o de otro origen. Valorar la relación entre proBNP y distintos factores bioquímicos, parámetros de nutrición y presencia de proteinuria. Valorar el proBNP como marcador de pacientes que consultan de forma ambulatoria por disnea y la presencia de alteraciones radiológicas.

### **Material y métodos:**

N= 100 pacientes, divididos en tres grupos: ingresados por insuficiencia cardíaca, por neumonía extrahospitalaria o remitidos desde el ambulatorio de Cardiología por disnea. Estudiamos edad, sexo, estado civil, HTA, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, EPOC, enfermedad vascular periférica. Presencia de IVY medida a 30° en cms, hepatomegalia, edemas, TAS, TAD, FC, Temperatura.

Laboratorio: PROBNP, hemograma, bioquímica (glucosa, urea, creatinina, albúmina, prealbúmina, retinol, sodio, potasio, proteinuria en orina de veinticuatro horas y sodio en orina. La determinación proBNP se realizó a las 48 horas de entrada en protocolo de los pacientes ingresados (ya que en las primeras 48 horas de evento agudo, podría estar aumentado), realizándose en el momento de la entrada en protocolo a los pacientes ambulatorios. El estudio de BNP se realizó con elecsysr pro BNP (ROCHE) mediante inmunoensayo determinando el pro péptido natriurético tipo b n-terminal. Se realizó radiología de tórax: derrame pleural, cardiomegalia, atelectasias, cavitaciones, normal. Clase funcional al ingreso en el protocolo. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 11.

### **Resultados:**

30 pacientes con el diagnóstico de ICC, 30 pacientes con neumonía extrahospitalaria y 40 pacientes ambulatorios. No hubo diferencias significativas edad media, sexo, HTA, diabetes mellitus, IMC, T.arterial sistólica, presencia de dolor torácico y frecuencia cardíaca. Tampoco existieron diferencias en Hb, Hto, plaquetas, glucosa, creatinina, leucocitos, sodio, potasio, y parámetros de nutrición

(albumina, prealbúmina y proteína fijadora de retinol) Tampoco existieron diferencias significativas en excreción de sodio en orina de 24 horas o presencia de proteinuria en orina de 24 horas. Los parámetros donde se observó diferencias significativas se expresan en la tabla siguiente.

%	GRUPO			P:S<0.05
	de I.C.C.	de NEUMONIA	AMBULATORIO	
N	30	30	40	
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	18	12	6	P= 0.04
C. ISQUEMICA	36.8	20	10	P= 0.02
E.P.O.C.	20	38	15	P= 0.014
VALVULOPATÍA	10	3.6	1	P= 0.023
FIEBRE	65	80	3	P= 0.06
GF al Ingreso III y IV	80	60	20	P= 0.06
IVY	80	40	3	P= 0.026
Edemas mmii	80	70	20	P= 0.07
pro BNP	2126 pgr/ml (2000-13558)	420 pgr/ml (220-658)	136 pgr/ml (20-150)	P= 0.01
cardiomegalia	80	20	6	P= 0.03
d. pleural	70	50	2	P= 0.05
atelectasias	20	40	1	P= 0.06
1.b kerley	75	20	1	P= 0.041
cavitaciones	2	5	0.87	P= 0.012

**Conclusiones:**

La presencia de elevación del pro-BNP en las primeras cuarenta y ocho horas del ingreso asociado a antecedentes de cardiopatía isquémica, vasculopatía periférica y valvulopatía previa, y la presencia de edemas periféricos o IVY nos ayuda a establecer el diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca en pacientes con disnea tanto de forma ambulatoria o durante el ingreso.

No obtuvimos diferencia significativa en cuanto a parámetros bioquímicos en sangre y en orina ni en parámetros de nutrición respecto al pro-BNP. La elevación de VSG y de PCR no se relacionan con la elevación de pro-BNP e insuficiencia cardíaca congestiva.

La presencia en la radiología de cardiomegalia, derrame pleural y líneas B de Kerley junto a la elevación de pro-BNP nos orientan hacia la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva, y la presencia de pro-BNP no elevados con atelectasias o cavitaciones nos orientará a otra causa de la disnea.

## **FÍSTULA AORTOCAVA**

**Autores:** T. Sáez, E. Martel, F. García, R. López, I. Justo, M. Hermida, G. Volo, E. Sotgiu, I., Breteau, V. Cabrera, R. Camacho<sup>1</sup>.

**Centro de Trabajo:** Servicio Angiología y Cirugía Vasculor y <sup>1</sup> Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

### **Introducción:**

La fístula aortocava espontánea es una patología rara, objetivada en un 1% de todas las operaciones de aneurisma de aorta abdominal y en un 4% de las intervenciones de aneurisma roto.

## **Métodos:**

Se presenta un caso clínico de un varón de 70 años que refería dolor abdominal y oligoanuria de 72 horas de evolución, diagnosticado posteriormente de fistula aortocava.

## **Conclusiones:**

La fístula aortocava, es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico, aunque este es posible si no se pasan por alto sus síntomas cardinales: dolor lumbar, aneurisma de aorta abdominal palpable, murmullo en maquinaria abdominal e insuficiencia cardíaca de alto gasto refractaria a tratamiento médico. El diagnóstico pre-quirúrgico es necesario para una preparación adecuada con fin de evitar el sangrado masivo que se espera durante la intervención.

## **HIPOQUINESIA FETAL (SÍNDROME DE PENA-SHOKEIR)**

**Autores: Nieto M.A., García Rodríguez R, Gutiérrez L., Medina Castellano M., Cortés E., Zubiría A.**

**Centro de Trabajo:** Complejo Hospitalario-Insular Materno-Infantil

El Síndrome de Pena-Shokeir se sospecha que presenta una herencia autosómica recesiva, tiene una incidencia de 1/5000-10000 RN vivos, presenta un cariotipo normal. Su etiología puede ser primaria o secundaria. Fenotípicamente se caracteriza por: CIR, deformidades faciales típicas (micrognatia, hipertelorismo, boca pequeña, ojos prominentes) y articulaciones rígidas con engrosamiento de las mismas. Otras características: Edema pericraneal, hipoplasia pulmonar, cordón umbilical corto, y polihidramnios. Su diagnóstico se realiza ecográficamente principalmente en el 2º trimestre de embarazo y el pronóstico perinatal es muy malo, con una elevada mortalidad intraúterina y neonatal secundaria a la

hipoplasia pulmonar, esto se agrava en casos de malformaciones asociadas. Presentamos el caso de una gestante de 32 años que es remitida a nuestra consulta de diagnóstico prenatal en la semana 30 de gestación por hidramnios y halo pericraneal. Tras el seguimiento fetal y realización de un diagnóstico diferencial se concluye que se trata de un Síndrome de Pena-Shokeir.

## COMUNICACIONES ORALES

### SALA GRAN CANARIA

---

#### HIPOGONADISMO POR ORQUITIS URLIANA

**Autores:** Y. García Delgado\*, N.Pérez Martín\*, M.J.López-Madrado Hernández\*, M.Boronat Cortés\*, C.Carranza Rodríguez\*\*, A.Ojeda Pino\*, J.L.Pérez Arellano\*\*

**Centro de Trabajo:** \*Servicio de Endocrinología y Nutrición.  
\*\* U. de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical.  
H.Universitario Insular de Gran Canaria.

#### Introducción:

La epidídimo-orquitis es la manifestación extrasalivar más frecuente de la infección por el virus de la parotiditis, ocurriendo en el 20-30% de los pacientes post-puberales. Su complicación más importante es la atrofia testicular y el hipogonadismo primario, pero la frecuencia con que se desarrolla no está bien

establecida. Aunque no existe tratamiento eficaz conocido, algunos indicios sugieren que el interferon-alfa puede ser efectivo para prevenir el daño testicular.

### **Objetivos:**

1. Analizar las alteraciones del eje hipófiso-gonadal durante la fase aguda de la orquitis urliana.
2. Evaluar las secuelas de la infección sobre la función testicular tras un periodo de seguimiento prolongado.

### **Material y métodos:**

Estudio prospectivo observacional de pacientes que desarrollaron orquitis urliana durante una epidemia de parotiditis en Gran Canaria en los años 2000-2001. Se incluyó a los pacientes que cumplían los siguientes criterios: 1) Clínica compatible con orquitis y 2) Estudio serológico de parotiditis aguda ( IgM + e IgG +/- ). Durante el ingreso (fase aguda) y a los 3-6 meses y 1 año después del mismo, se obtuvieron determinaciones de FSH, LH, testosterona total y libre e inhibina B. A todos los pacientes se les ofertó tratamiento con interferon-alfa.

### **Resultados:**

Se estudiaron 54 pacientes (7 con orquitis clínicamente bilateral), de los cuales completaron el seguimiento 26 (4 bilateral). Durante la fase aguda, el estudio hormonal fue normal en 12 casos y reveló hipofunción gonadal en el resto. Entre estos últimos, la analítica indicó un hipogonadismo secundario en 18 (33,3%), mientras que en 24 (44,5%) fue compatible con un fallo testicular primario (11 con afectación exclusiva de la esteroidogénesis, 2 de la línea germinal y 11 de ambas). En los 26 pacientes que completaron el seguimiento (24 tratados con interferon-alfa) se observó lo siguiente: 1) Un total de 5 pacientes (19,2%) desarrollaron hipogonadismo primario definitivo. Entre los 4 casos de orquitis bilateral, el hipogonadismo ocurrió en dos. 2) El 30% de los pacientes con hipogonadismo primario en fase aguda quedaron hipogonadales al final del estudio. Esta cifra fue

del 75% entre aquellos con afectación inicial de ambas líneas celulares testiculares. 3) En cambio, sólo se observó fallo testicular entre el 16% de los sujetos con hipogonadismo secundario en fase aguda y en ninguno de los que presentaron un perfil hormonal normal.

### **Conclusiones:**

1. El hipogonadismo primario ocurrió en el 19% de nuestra serie de pacientes con orquitis urliana, una cifra mayor de lo habitualmente aceptado, especialmente cuando la orquitis es clínicamente unilateral.
2. La alteración de la función testicular en la fase aguda, especialmente cuando sugiere un fallo testicular primario global, puede predecir un hipogonadismo definitivo.

### **SÍNDROME DE CHURG STRAUSS (SCS) CON GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA**

**Autores:** M.Mohamad, J.M Unamuno, P.Peña, J.C.Pérez. R.Bautrista, E.Pisos, F. Acosta.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

### **Introducción:**

El Síndrome de Churg Strauss es una vasculitis poco frecuente, desligada de la Poliarteritis Nudosa por Churg y Strauss en 1951 y se caracteriza por asma bronquial, eosinofilia y vasculitis necrotizante sistémica. Según las series la frecuencia de afectación renal en el SCS varía de un 16 a un 45%, pero distintos investigadores han concluido que la afectación renal es menos agresiva y frecuente que en otras vasculitis. Presentamos un caso de una paciente con Síndrome de Churg Strauss y afectación renal en forma de glomerulonefritis rápidamente progresiva con formación de semilunas.

## **Caso**

## **Clínico:**

Paciente mujer de 52 años, con antecedente de asma bronquial de 8 años de evolución con crisis asmáticas frecuentes, en tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados y con antagonistas de los leucotrienos (montelukast), que presenta pérdida de peso de dos meses de evolución con artralgias de MMSS y artritis de MMII. Durante el ingreso presentó lesión púrpura en cara anterior de antepie que remitió en 24 horas y así mismo cuadro de mononeuritis del n. ciático izquierdo. En el hemograma: leucos 16.900 (linfocitos 14.9%, Monocitos 5.4%, Basófilos 0.3%, Eosinófilos 42.7%) con Eosinófilos totales de  $7.22 \times 1000/uL$ , Hemoglobina 9.6, VCM 89.5, plaquetas 529000 uL, VSG 103 mm/1ª hora, IgE elevada, FR positivo, AAN negativos y ANCA título 1:640 y ANCA MPO > 10. Sedimentos de orina: presencia de células tubulares, abundantes cilindros granulados, algunos cilindros céreos, abundantes células descamativas y presencia de hematíes y sombras hemáticas. Las pruebas de imagen mostraron una pansinusitis, sin afectación pulmonar. Ecocardiograma normal. Biopsia renal con glomerulonefritis necrotizante con semilunas. Serología para la hepatitis B y C negativas. Fondo de ojo normal. Durante el ingreso hubo deterioro progresivo de la función renal por lo que se inició tratamiento de choque con metilprednisolona y ciclofosfamida con buena respuesta al tratamiento recuperando la función renal y remitiendo la eosinofilia.

## **DISCUSIÓN:**

Dada la afectación multisistémica se sospechó una vasculitis con ANCA positivo y con predominio del patrón MPO, siendo la Poliangeitis Microscópica y el SCS los procesos patológicos que podrían sospecharse en esta paciente. Los antecedentes de asma y pansinusitis, mononeuritis, eosinofilia periférica, el tratamiento con inhibidores de los leucotrienos y siguiendo los criterios del Colegio Americano de Reumatología y del Consenso de Chapel Hill se orienta el



diagnóstico hacia un SCS. La asociación del Síndrome de Churg Strauss con una glomerulonefritis rápidamente progresiva se ha descrito en pocas ocasiones, por lo que se considera una forma de presentación atípica en el contexto del SCS.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Churg J, Strauss L.1951. Allergic granulomatosis, allergic angeitis and periarteritis nodosa. Am J Pathol 27: 277-301
- Masi AT, Hunder GG, Lie JT. Et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Churg Strauss Syndrome (alergic granulomatosis and angeitis).Arthritis Rheum 1990; 33:1094-1100
- I Noth, M.E. Streck, A.R. Leff. Churg Strauss syndrome. Lancet 2003; 361: 587-94
- Clutterbuck EJ, Evans DJ, Pusey CD 1990. Renal involvement in Churg Strauss syndrome. Nephrol Dial Transplant 5:161-167
- Lanham Jg,Elkon KB, Pusey CD, Hughes GR 1984 Systemic vasculitis with asthma and eosinophilis : A clinical approach to the Churg-Strauss syndrome. Medicine (Baltimore) 63 : 65-81

## **PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A FITOBEZOAR INTESTINAL**

**Autores:** Muñoz de Unamuno, J.M.; Montaser Mohamad, T.; Pena Quintana, P.;  
Perez  
Marín,J.C.;  
Bautista Salinas, R.M.; Pisos Alamo, E., Acosta de Bilbao, F.; García  
Plaza G.\*

**Centro de Trabajo:** Servicio de Medicina Interna. Servicio de Cirugía General y Digestiva\*.

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

## **Introducción:**

Los bezoares son conglomerados de sustancias no absorbibles que se forman habitualmente en el tracto digestivo del niño (tricobezoares asociados a tricotilomania-tricofagia) o del adulto (fitobezoares o farmacobezoares relacionados habitualmente con la ingesta de frutas inmaduras, ricas en taninos y/o glúcidos no digeribles). En el primer caso se han descrito rasgos psicopatológicos subyacentes (desde un 10 % hasta la totalidad de los niños según la fuente); mientras que en el segundo caso, diversos trastornos de la motilidad gastrointestinal favorecerían la formación de estas concreciones en el adulto. Son escasos los pacientes sanos, sin los antecedentes citados, en los que se desarrolla un bezoar. Las complicaciones más habituales de los bezoares son: sangrado gastrointestinal, perforación, obstrucción, y cuadros de dolor abdominal que simulan el debut de una apendicitis aguda o un brote de enfermedad de Crohn. El desarrollo de pancreatitis aguda atribuible a un bezoar es excepcional, de modo que en la literatura médica se describen menos de diez casos. Globalmente el subtipo que registra mayor incidencia es el fitobezoar, con múltiples casos asociados a la ingesta de: caquis (isospirobezoar), naranjas, dátiles, coco etc. Hasta un 25 % de los pacientes sometidos a cirugía de úlcera péptica llegan a desarrollar con posterioridad un fitobezoar, aunque ciertas enfermedades (DM, Parkinson, distrofias etc.) y tratamientos (anticolinérgicos y opiáceos) también podrían ocasionar gastroparesia y permitir la gestación de un bezoar.

## **Objetivos:**

Se presenta un caso de fitobezoar gastrointestinal recurrente en una paciente de 61 años, consumidora habitual de grandes cantidades de mango (fruta tropical rica en fibra no absorbible y taninos), sin antecedentes de cirugía gástrica ni trastornos de la motilidad gastrointestinal. El cuadro de instauración actual de la paciente fue una suboclusión intestinal, con hallazgos clínicos y analíticos definitorios de

pancreatitis aguda no biliar. Los hallazgos endoscópicos y las pruebas de imagen apoyaron este diagnóstico.

Se realiza además una revisión de los principales tipos de bezoar, factores de riesgo, mecanismos físico-químicos implicados en su formación, patología digestiva asociada, y directrices para su sospecha en la práctica clínica.

### **Metodología:**

Se realizó una consulta a través de Pubmed y Medline de las principales publicaciones médicas relacionadas con patología digestiva asociada a bezoares; y se obtuvieron imágenes digitales de nuestro caso clínico, incluyendo TAC abdominal y la eliminación del fitobezoar yeyunal mediante enterotomía longitudinal, con la participación del servicio de Cirugía General y Digestiva de nuestro centro.

### **Conclusiones:**

El fitobezoar intestinal es un cuadro infrecuente, que suele presentarse en individuos sometidos a antrectomía y vagotomía asociada a piloroplastia. Hasta donde nuestra revisión bibliográfica alcanza, se trata del primer caso informado por ingesta de mango, una fruta tropical consumida con asiduidad en las Islas Canarias. Finalmente, la asociación con una pancreatitis aguda no litiasica es realmente excepcional. Por todo ello, se trata de un caso inusual, tanto por la ausencia de antecedentes médico-quirúrgicos subyacentes, como por la fruta implicada, clínica de presentación y localización poco habituales. Por mecanismos aún desconocidos (duodenitis mecánica u obstrucción del esfínter de Odi), los bezoares podrían estar implicados en el desarrollo de pancreatitis aguda. Para llegar a este diagnóstico es necesario excluir otros mecanismos etiopatogénicos, fundamentalmente la coledocolitiasis.

# LA VÁLVULA DE TEBESIO COMO DETERMINANTE DE LA DIFICULTAD DE ACCESO AL SENO CORONARIO: OBSERVACIONES ANATÓMICAS Y ANGIOGRÁFICAS

**Autores:** E. Arbelo, A. García, J. Suárez de Lezo, C. Amador, R. Ramírez, N. Castro, A. Medina. Medina.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

## Introducción:

La causa más frecuente de fracaso del implante de un electrodo venoso epicárdico para resincronización cardiaca es la imposibilidad de cateterizar el seno coronario.

## Objetivo:

Relacionar la anatomía de esta región en piezas anatómicas con los hallazgos obtenidos con angiografía selectiva.

## Material y Métodos:

Se realizó un estudio de la región del ostium del seno coronario (OSC) en 20 corazones de autopsias (edad  $57 \pm 18$  años, 53% varones).

## Resultados:

El peso del corazón fue  $478 \pm 157$  gramos. La causa de la muerte fue de origen cardiaco en 3 (15%) y no cardiaca en 17 (85%). El diámetro del OSC fue  $11.7 \pm 3.8$  mm. Una válvula de Tebesio (VT) se observó en 17 corazones (85%) implantada siempre en el borde inferior del OSC, ocupando un  $49 \pm 31\%$  de su

circunferencia y cubriendo el  $40 \pm 32\%$  del orificio. La VT cubría =  $80\%$  del orificio en 4 corazones (20%) y no se identificaba en 3 (15%). En 11, la VT presentaba fenestraciones (55%), grandes en 8 (64%), puntiformes en 3 (27%) y mixtas en 1 (9%). Estos hallazgos fueron similares a los observados mediante angiografía selectiva con fluoroscopia de alta calidad en 40 pacientes consecutivos a los que se implantó un electrodo. En éstos, el diámetro del OSC fue de  $10.5 \pm 4$  mm y la VT cubría el  $43 \pm 29\%$  del orificio. Se observaron fenestraciones en 7 (17.5%).



### **Conclusión:**

Una anatomía compleja a nivel del OSC es frecuente y se debe a la presencia de una VT que cubre el OSC. La angiografía se correlaciona con los hallazgos anatómicos e identifica la presencia de fenestraciones.

### **EFFECTO SOBRE LA REPOLARIZACIÓN CARDIACA A MEDIO-LARGO PLAZO DE LA ESTIMULACIÓN EPICÁRDICA MEDIANTE MARCAPASOS DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA**

**Autores:** N. Castro, E. Arbelo , E. Caballero, J. Suárez de Lezo, P. Gil, P. Martín, A. Medina.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria  
Dr. Negrín.

Las Palmas de Gran Canaria.

## Introducción:

Se ha descrito que la estimulación epicárdica del ventrículo izquierdo puede prolongar la duración de la repolarización cardiaca tras el implante y predisponer al desarrollo de arritmias ventriculares tipo torsión de puntas.

## Objetivos:

Analizar el efecto de la estimulación epicárdica desde ventrículo izquierdo sobre la repolarización cardiaca a medio-largo plazo en la población sometida a resincronización cardiaca de forma sostenida en el tiempo.

## Material

y

## métodos:

Se estudiaron 21 pacientes con marcapasos de resincronización (edad  $63\pm 9$  años; 18 varones; 10 miocardiopatías dilatadas) a los que se realizó un ECG estimulando desde ventrículo derecho e izquierdo a 100 lpm a los  $229\pm 142$  días del implante. En todos los casos había transcurrido al menos 1 mes desde la implantación. Los intervalos QT, JT (punto J-final onda T), Tpe (pico onda T-final onda T) y el cociente Tpe/JT se midieron tras adquisición digital a 200 mm/seg.

## Resultados:

(n=21)	QT (mseg)	JT (mseg)	Tpe (mseg)	Tpe/JT
VD	$495\pm 48$	$279\pm 37$	$131\pm 28$	$0.47\pm 0.1$
VI	$497\pm 49$	$281\pm 44$	$118\pm 23$	$0.42\pm 0.1$
Test apareado	ns	ns	ns	ns

## Conclusiones:

No se observaron diferencias significativas de la duración de los intervalos QT, JT, Tpe y Tpe/JT entre los modos de estimulación desde VD (endocárdico) y VI (epicárdico) a medio-largo plazo en esta población a diferencia de lo descrito durante la fase precoz postimplantación. Estos hallazgos pudieran deberse a la inducción de remodelado eléctrico ventricular mediante la estimulación epicárdica sostenida en el tiempo.

## **DIAGNÓSTICO PRENATAL DE UN CASO DE ATRESIA YEYUNOILEAL**

**Autores:** R. García Rodríguez, L. Estévez, Y. Ayllón Montelongo, G. Hernández Vicente\*,

M. Medina Castellano, E. Cortés Cross, A. Zubiría Padilla, V. Pérez Candela\*\*.

**Centro de Trabajo:** Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

\*Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

\*\*Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

### **Introducción:**

La incidencia de la atresia yeyunoileal oscila entre 1/3000- 1/5000 recién nacidos. La localización de las atresias yeyunoileales no es uniforme, de forma que son más frecuentes a nivel del íleon distal (36%), y en segundo lugar yeyuno proximal (31%), yeyuno distal (20%) e íleon proximal (13%). Excepcionalmente se manifiesta antes de la semana 24. El hidramnios está

presente en mayor medida cuanto más proximal es la atresia. La asociación con cromosomopatías es baja.

La causa de obstrucción puede ser:

- a. Orgánica: vólvulos, malrotación, duplicación intestinal, etc.
- b. Funcional: clorhidrorrea congénita (raro), síndrome de hipoperistalsis intestinal megacistis-microcolon (raro) o bien íleo meconial por impactación de meconio en íleon distal.

Una de las complicaciones a controlar en el seguimiento es la peritonitis meconial por perforación intestinal (6%).

### **Caso Clínico:**

Presentamos el caso de una paciente gestante del tercer trimestre remitida con 32 semanas de gestación para estudio por sospecha ecográfica de quiste ovárico fetal, con hidramnios a la Unidad de Diagnóstico Prenatal. Se realizaron varios estudios ecográficos y se objetivó una dilatación de asas intestinales de predominio distal, llegándose a la sospecha diagnóstica de atresia intestinal de localización más probable en íleon terminal o yeyuno. Se confirmó el diagnóstico tras el nacimiento.

## **EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE BIFURCACIONES CORONARIAS MAYORES CON STENT DEDICADO FRONTIER**

**Autores:** C. Amador Gil, R. Ramírez, E. Arbelo, J. Suárez de Lezo, A. Delgado, E. Hernández, F. Melián, A. Medina.



**Centro de Trabajo:** Servicio de Cardiología. Las Palmas de Gran Canaria.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

### **Introducción:**

El tratamiento de lesiones en bifurcaciones coronarias sigue siendo un desafío para la cardiología intervencionista, tanto por las distintas técnicas de abordaje como por los resultados inmediatos y a largo plazo, asociándose, frecuentemente, a la pérdida inmediata o tardía del ramo secundario y a un elevado número de reintervenciones. En los últimos años se han producido avances importantes en dichas técnicas y se han creado stents con diseños específicos para estas lesiones con el objetivo de simplificar el tratamiento y minimizar las complicaciones. Uno de los nuevos dispositivos diseñados específicamente para el tratamiento de las bifurcaciones, el Multi-Link Frontier™, consta de un stent montado sobre dos balones que se expanden simultáneamente en el implante, cubriendo la lesión del vaso principal (VP) y quedando un portal lateral orientado hacia el ostium del ramo secundario (RS).

### **Objetivo:**

La evaluación del Frontier™ en el tratamiento de una serie consecutiva de bifurcaciones coronarias.

### **Material**

**y**

### **Métodos:**

Se usó el stent Frontier™ en 56 bifurcaciones mayores (39 varones, 14 mujeres, edad 63+/-9.5 años). Las lesiones se localizaron en descendente anterior en 30 (53.6%), circunfleja en 20 (35.7%) y coronaria derecha en 3 (5.4%). En 9 (16%) se hizo un implante directo; en 37 (66%) se predilató el VP y en 2 (3.6%) el RS. El diámetro del stent fue 2.85+0.38mm. Se analizó mediante fluoroscopia y ecografía intracoronaria la orientación del balón del RS y la posición del portal.

## **Resultados:**

Se obtuvo éxito primario en 52/56 (93%). En 1 paciente con bifurcación muy proximal en circunfleja no se pudo expandir el stent por cubrir el tronco coronario. En 11/52 (21%) se realizó tratamiento adicional del RS. En 38/52 (73%) la orientación del balón hacia el RS fue óptima. En 27/32 en los que el VP carecía de angulación en el punto de origen del RS la orientación del portal fue óptima. Sin embargo, el portal sólo se orientó adecuadamente en 10/19 (52%) bifurcaciones con angulación a ese nivel. El resultado angiográfico en el RS fue similar en ambos grupos. No hubo complicaciones hospitalarias.

## **Conclusión:**

El nuevo stent-balón Frontier™ simplifica el tratamiento de las bifurcaciones coronarias mayores. No obstante, la presencia de angulación en el VP parece predisponer a una orientación no óptima del portal.

## **COLABORACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DE LOS HOPITALES DE LA RED TRANSFUSIONAL CANARIA, EN LAS EXTRACCIONES DEL ICHH EN EL AÑO 2004/05**

**Presentación:** Alonso B., Luzardo H., Galvano E., Ponce MA., Martín P., García C., Vega A., Pisos E., Santana A., Estevez L., Carballo S., Gutierrez C., Encinoso V., Vega JF., Gonzalez C., Villar S., Suarez E., Samir E., Muñoz V., Cabrera N., Martín I., Eva , Santana MC., Santana MD.

## **Introducción:**

La colaboración de los sanitarios de la Red Transfusional Canaria en la provincia de Las Palmas ha significado un importante apoyo para implementar el número de

donaciones en la CCAA, cuyo mayor aprovechamiento será para obtener plaquetas frescas en fines de semana y festivos.

### **Material**

**y**

### **Métodos:**

Se revisan las extracciones de fines de semana o festivos obtenidas desde el 1 de enero del 2004 hasta el 10 de enero del 2005 por personal sanitario de los Hospitales de la RTC. Estas extracciones se intentan solapar con las campañas ordinarias que desarrolla el ICHH en los municipios de Las Palmas.

### **Resultados:**

Se planificaron 48 colectas extraordinarias en la provincia de Las Palmas correspondiendo 34 a las realizadas por personal del Hosp. Dr. Negrín; 5 colectas el Hosp. General de Fuerteventura; 5 colectas el Hosp. General de Lanzarote; 2 colectas el Hosp. Insular de G. C. y 2 colectas el Hosp. Materno Infantil.

### **Conclusiones:**

Con la colaboración de equipos extraordinarios se consiguen:

1. Aumentar el número de donaciones en la CCAA en 1.381 unidades (supone el 2.27 % del total de donaciones en la CCAA).
2. Atender a la demanda ciudadana en días no laborables, para que lleven a fin la donación de sangre (el 70.38 % son donantes que ya habían donado alguna vez).
3. Captación de nuevos donantes (409 donantes fueron por primera vez a donar, o sea, un 29.61 % del total de donaciones de fines de semana o festivos).
4. Atender la demanda de plaquetas, que por su escaso periodo de caducidad y requerimiento permanente, supone la obtención continuada de sangre total.

## COMUNICACIONES ORALES

### SALA LANZAROTE

---

#### ASOCIACIÓN ENTRE LA DISECCIÓN CAROTÍDEA ESPONTÁNEA Y LAS ESCLERÓTICAS AZULES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Autores:** A. González, V. Araña, E. Santana, M. Platero, M. Alemany, J.C. López

**Centro de Trabajo:** Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria

Dr.

Negrín.

Las Palmas de Gran Canaria.

#### **Objetivos:**

La disección carotídea es una causa infrecuente de ictus, con una incidencia de 2,6 a 2,9 por 100.000 habitantes, aunque sí constituye una de las más frecuentes en el paciente joven (15-20%). La etiología de las disecciones carotídeas espontáneas no es conocida, aunque parece relacionarse con múltiples factores, entre ellos, las enfermedades del tejido conectivo. Se presenta un caso de disección carotídea espontánea asociada a escleróticas azules, a partir del cual se pretende revisar la asociación entre las disecciones carotídeas y las enfermedades del tejido conectivo.

#### **Metodos:**

Mujer de 46 años, sin otros factores de riesgo conocidos, que el día de su ingreso presentó de forma súbita un trastorno visual, asociado a cefalea hemicraneal izquierda intensa. Añadiéndose posteriormente una afasia mixta, de predominio

motor y una hemiparesia derecha. En la exploración física se observa, además, una esclera azulada, siendo el resto del examen normal.

### **Resultados:**

Se realizó TC craneal que mostró hipodensidad en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, compatible con infarto isquémico en dicho territorio. En la arteriografía de troncos supraaórticos se observó una disminución en el relleno con afilamiento distal a la bifurcación de la arteria carótida izquierda, sugerente de disección carotídea, siendo el resto del estudio vascular normal. Durante su ingreso presentó buena evolución clínica, con tendencia a la mejoría motora y del lenguaje. Se excluyeron otras causas de ictus isquémico mediante el estudio analítico (general, autoanticuerpos, trombofilia) y cardiológico

### **Conclusiones:**

La disección carotídea espontánea puede ocurrir en ausencia de sustrato patológico o asociarse a diversas enfermedades del tejido conectivo, que pueden ser subclínicas, y cuya única manifestación puede ser la presencia de escleróticas azules. En nuestro caso no hubo otra evidencia de conectivopatía, aunque es conocido que las escleróticas azules constituyen un rasgo hereditario de algunas familias sin ningún signo de aumento de la fragilidad ósea.

### **MESENTERITIS FIBROESCLEROSANTE Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

**Autores:** T. Sáez, A. Rodríguez <sup>1</sup>, R. Gil <sup>2</sup>, G. Gomez<sup>1</sup>, M. Miralles<sup>1</sup>, C. Fernández<sup>1</sup>, J. Marchena<sup>1</sup>, T. Romero <sup>3</sup>, R.Suarez <sup>3</sup>

**Centro de Trabajo:** Servicios: De Angiología y Cirugía Vascul. 1.- De Cirugía General y Ap. Digestivo. 2.- De Cirugía Torácica; 3.- De Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

## **Introducción:**

La mesenteritis fibroesclerosante es una rara enfermedad del mesenterio de causa desconocida y de evolución crónica, que tiene dos formas de presentación: paniculitis mesentérica y mesenteritis retráctil; en la primera predomina la infiltración de la grasa mesentérica y en la segunda el engrosamiento fibrótico con acortamiento del mesenterio. Se presenta un caso clínico de mesenteritis fibroesclerosante cuya forma de presentación clínica fue compatible con la de un cuadro apendicular.

## **Caso Clínico:**

Paciente mujer de 46 años de edad, hipertensa y obesa, que acudió al servicio de urgencias por cuadro de dolor en FID con discreto peritonismo. Analítica general normal. Rx tórax y Rx abdomen sin hallazgos. Ecografía abdominal: engrosamiento cecal sin visualización del apéndice. La cirugía practicada a través de abordaje laparoscópico puso de manifiesto la presencia de una gran masa cecal sospechosa de neoplasia. Se practicó colectomía derecha laparoscópica. Evolución posterior satisfactoria.

## **Conclusiones:**

Las entidades incluidas dentro del diagnóstico diferencial del síndrome doloroso de fosa ilíaca derecha son numerosas, y a pesar de que la mesenteritis fibroesclerosante es una patología poco frecuente, debemos incluirla dentro de nuestra sospecha clínica. El abordaje laparoscópico de la cavidad abdominal constituye una alternativa diagnóstica y terapéutica en muchos de estos casos de síndrome doloroso de fosa iliaca derecha en los que diferentes técnicas de imagen no consiguen dar un diagnóstico certero .

# **EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA**

**Autores:** J Rodríguez, Acosta, A Aguirre, A Pérez, JM Hernández, I De Lorenzo, JJ Batista

**Centro de Trabajo:** Servicio de Neumología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

Unidad de Investigación del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

## **Introducción:**

Es conocido que los pacientes sometidos a trasplante autólogo de médula ósea pueden sufrir como complicaciones tardías las siguientes: infecciones respiratorias, enfermedad restrictiva pulmonar por afectación del intersticio secundaria a altas dosis de quimioterapia pretrasplante versus recurrencia de la enfermedad hematológica de base, o fenómenos de bronquiolitis obliterante. La frecuencia de presentación de estos últimos fenómenos no queda bien establecida en la literatura.

## **Objetivo:**

Conocer si la evolución funcional respiratoria experimentada por los pacientes que se someten a trasplante autólogo de médula ósea sufre los mismos deterioros que los que se describen en la literatura, y la frecuencia con la que estos se presentan.

## **Material y Métodos:**

Se estudiaron 25 individuos ( 13 grupo estudio y 12 grupo control) mediante pruebas funcionales respiratorias que se efectuaron en el periodo pretrasplante, a los 3-5 meses y después del año del mismo. El grupo control se obtuvo de la base de datos del laboratorio de función pulmonar mediante selección aleatoria. Se

calcularon las variabilidades de los siguientes parámetros: FVC, FEV1, DLCO, KCO en cada uno de los grupos. Se consideró “empeoramiento funcional” un descenso de las cifras de FVC y FEV1 superior a un 10% y/o al menos un 15% para la DLCO y KCO. Las frecuencias relativas para los diferentes parámetros en los grupos de estudio y control se compararon empleando la prueba exacta de Fisher a un nivel de significación estadística bilateral de  $p < 0.05$ .

### **Resultados:**

Tras el análisis de los datos no se encontraron diferencias significativas en las variaciones experimentadas por los parámetros antes citados si se comparan con los habidos en el grupo control, si bien se observó una tendencia a desarrollar obstrucción al flujo en aproximadamente una cuarta parte de los casos sometidos a estudio.

### **Conclusión:**

Los pacientes que se someten a trasplante autólogo de médula ósea no desarrollan, en apariencia, los trastornos funcionales respiratorios que se describen para el trasplante alogénico. La circunstancia de haber escogido como grupo control una selección aleatoria del histórico de enfermos respiratorios crónicos, así como disponer de una muestra escasa en número puede haber influido negativamente en el reconocimiento de las diferencias entre grupos.

### **LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL. 5 CASOS.**

**Autores:** Y. Peñate Santana, D. Luján Rodríguez, D. Cameselle Martínez, L. Borrego Hernando, J. Rodríguez, T. Montenegro Dámaso, B. Hernández Hernández



**Centro de Trabajo:** Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Insular.  
Las Palmas de Gran Canaria.

### **Introducción:**

El Lupus Eritematoso Neonatal (LEN) es una enfermedad poco frecuente del recién nacido debido al paso transplacentario de anticuerpos maternos Anti Ro/SSA, Anti La/SSB y/o Anti U 1 RNP. Aunque las manifestaciones clínicas son variadas, las afectaciones cutánea y cardíacas son las más frecuentes, siendo el bloqueo cardíaco congénito el hallazgo con peor morbilidad. El riesgo de tener otro hijo afecto por la enfermedad, se incrementa en un 25% en las sucesivas gestaciones.

### **Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo de casos diagnosticados de Lupus Eritematoso Cutáneo Neonatal en los últimos 10 años en un Hospital Universitario de referencia .

### **Resultados:**

Se obtuvieron datos completos de 5 enfermos, tres mujeres y dos varones. La edad media de inicio fue de 5 semanas con una resolución de las lesiones cutáneas en torno a los 5 meses. En todos ellos, la enfermedad se asoció con la presencia de anticuerpos Anti Ro circulantes en la madre y en los neonatos. Tres madres estaban diagnosticadas de Lupus Sistémico, una de Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo y otra de Vasculitis Leucocitoclástica. Las lesiones cutáneas consistieron en lesiones urticariformes y descamativas. Un paciente presentó ulceración. Las lesiones cutáneas se resolvieron con fotoprotección y corticoides tópicos. En dos enfermos las lesiones dejaron cicatrices residuales y en uno lívido reticular. El estudio histológico de las lesiones descamativas era compatible con

Lupus Eritematoso Subagudo, las lesiones urticariformes, mostraron un infiltrado perivascular inespecífico. Un paciente presentó bloque cardíaco congénito intraútero que mejoró al tratar a la madre con dexametasona. Este caso, tras el parto evolucionó hacia bloqueo cardíaco completo, requiriendo marcapasos permanente. Sólo tres casos dejaron lesiones residuales que consistieron en cicatrices y livedo reticularis.

### **Conclusiones:**

Las lesiones cutáneas de Lupus Neonatal evolucionan favorablemente con medidas conservadoras, siendo el bloqueo cardíaco la mayor fuente de morbilidad. En todas las mujeres embarazadas con Anticuerpos Anti Ro/La circulantes, se deben realizar ecocardiografías de control, independientemente de la patología presentada.

### **UTILIDAD DEL TEST RAPIDO PARA LA DETECCIÓN DEL ANTÍGENO NEUMOCÓCICO EN ORINA (*Binax NOW*®) EN NIÑOS CON INFECCIÓN NEUMOCÓCICA.**

#### **DATOS PRELIMINARES**

**Autores:** R. Cardona<sup>1</sup>, Sánchez<sup>2</sup>, L Ortigosa<sup>1</sup>, A Moreno<sup>2</sup> y A González Luis<sup>1</sup>.

**Centro de Trabajo:** 1.- Departamento de Pediatría. 2.- Servicio de Microbiología.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).  
Tenerife.

### **Introducción:**

A lo largo de los últimos años estamos asistiendo a un aumento en el número de neumonías bacterianas en niños en nuestro medio, la mayor parte de las cuales son de presumible etiología neumocócica. En los casos de neumonías bacteriémicas el aislamiento de *Strp Pneumoniae* en sangre facilita el diagnóstico del agente causal, pero en los casos de neumonías no bacteriémicas

hace falta un test que resuelva el problema de la identificación del Neumococo. Recientemente se ha comercializado un nuevo test rápido para la detección de antígenos de neumococo en orina (*Binax NOW*®), con buena sensibilidad y especificidad en adultos, pero aún existen pocos trabajos en pacientes pediátricos.

### **Objetivo:**

Mediante la utilización del test *Binax NOW*®, tratar de identificar las neumonías de origen neumocócico, en niños hospitalizados en el Departamento de Pediatría del HUNSC.

### **Material y Métodos:**

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico. Se han revisado las historias clínicas de los casos de neumonía a los que se aplicó el test en orina, y niños con otras patologías no respiratorias en niños ingresados en el Departamento de Pediatría del HUNSC, entre los meses de Octubre y Diciembre de 2003. Se estudiaron las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes (edad, sexo, diagnóstico clínico, tratamiento antibiótico, Rx Tórax, VSG, PCR, recuento de leucocitos/mm<sup>3</sup> y LCR, en los casos en que se practicó punción lumbar) y datos bacteriológicos (Hemocultivo, determinación de Ag de neumococo en orina, serotipo y sensibilidad antimicrobiana en los casos en los que se aisló *Str Pneumoniae*), así como estado vacunal antineumocócico (7v y 23v) de los pacientes.

### **Resultados:**

Fueron estudiados 22 niños, con edades comprendidas entre 3 meses y 13 años, 9 de sexo femenino y 13 de sexo masculino. En 18 casos el Test *Binax NOW*® fue positivo, y en 4 casos negativo (bronquiolitis por VRS, gastroenteritis,

faringoamigdalitis y bronconeumonía). Ninguno de los 23 casos estudiados había recibido vacunación antineumocócica.

### **Conclusiones:**

Aunque se trata de resultados preliminares, y a pesar de que el Test Binax NOW® aún no ha sido validado para su utilización en edad pediátrica, la determinación del Antígeno de *Strept. Pneumoniae* en orina en niños con neumonía no bacteriémica, se muestra como un test de gran utilidad para demostrar la presumible etiología neumocócica en este tipo de neumonías en la infancia.