

5. CONGRESO DE
SEI
NORTE
BILTZARRA



7 - 9 mayo 2009
maiatza 2009
Hotel Abba Londres y de Inglaterra
Donostia - San Sebastián

ORGANIZADOR
ANTOLATZAILEA



BIENVENIDA

ONGIETORRIA

Donostia - San Sebastián, febrero de 2009

Estimados compañeros:

Os comunico que los próximos 7 al 9 de mayo de 2009, celebraremos el V Congreso de SEINORTE, en el Hotel Londres, de Donostia-San Sebastián. La continuidad en el tiempo y la aparición de nuevos proyectos en el seno de la Sociedad, son signos de su vitalidad y del camino recorrido entre todos.

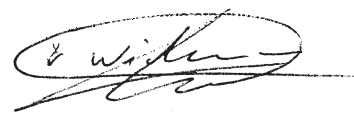
En este mismo folleto, encontraréis tanto el contacto de la Secretaría, como la web del Congreso. Éstas son las vías a través de las que podéis realizar las consultas que os parezcan oportunas, enviar los abstracts y realizar las inscripciones.

Queremos animaros a preparar las comunicaciones sobre los temas en los que estáis trabajando y a apoyar que los residentes de la zona, puedan también enviar sus abstracts. El tiempo corre rápido y la fecha límite para enviarlas, es el 1 de marzo de 2009. Entre todas las recibidas, se elegirán 18, para su defensa oral. El resto, se discutirán en conjunto, en otra sesión.

Durante el Congreso, se renovarán dos puestos de la Junta. Para preparar las papeletas de votación, os rogamos nos enviéis las candidaturas, al correo de la Secretaría de la Sociedad <m.amaia.echanizechabe@osakidetza.net>, antes del 1 de marzo. Pasado este plazo, os enviaremos las papeletas para permitir que, los que queráis, podáis votar por correo.

Asimismo, debéis enviar las candidaturas para la celebración de la reunión del 2010 y del VI Congreso, en el 2011, a la Secretaría de la Sociedad, antes del 30 de marzo.

Recibid un cordial saludo,



Miguel Ángel VON WICHMANN DE
MIGUEL
Presidente del Congreso

COMITES

BATZORDEAK

Comité Organizador y Científico

Presidente	Miguel Ángel VON WICHMANN
Vicepresidente	José Antonio IRIBARREN
Secretario	Francisco RODRÍGUEZ ARRONDO
Vocales	Koldo AGUIRREBENGOA Julio ARRIZABALAGA José Ramón BLANCO María Jesús BUSTINDUY Xabier CAMINO María José CRUSELLS Miguel Ángel GOENAGA Jerónimo HERNÁNDEZ Javier URIZ

Junta Directiva de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas del Norte

Presidente	Miguel Ángel VON WICHMANN
Secretaria	María José CRUSELLS
Tesorero	Javier URIZ
Vocales	José Ramón BLANCO Koldo AGUIRREBENGOA

PROGRAMA GENERAL

EGITARAU OROKORRA

Jueves, 7 de mayo

17,30 - 18,30 Recogida de documentación

18,30 - 19,50 Conferencia Inaugural

- **El desarrollo de la lesión Ateromatosa en la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Presente y futuro del riesgo cardiovascular en el paciente infectado por VIH**

Moderadores:

Juan Miguel SANTAMARÍA

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Basurto, Bilbao

Ponente:

Dr. Carlos ALONSO - VILLAVERDE LOZANO

Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Joan de Reus

19,50 - 20,20 Inauguración Oficial

Cena de Bienvenida

Restaurante Martín Berasategui

Viernes, 8 de mayo - Mañana

8,30 - 9,00 Colocación de posters

9,00 - 10,45 **1ª MR: Infecciones en el inmunodeprimido**

Moderadores:

Santiago LETONA

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico "Lozano Blesa", Zaragoza

Julio SOLA

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona

- **Paciente en tratamiento con antiTNF. Registro Español de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas. Biobadaser**

Dra. Beatriz PÉREZ ZAFRILLA

Registro de infecciones de la Sociedad Española de Reumatología, Madrid

- **Supervivencia a los 5 años de los pacientes coinfectados VHC/VIH, receptores de THO. Un estudio caso-control**

Dr. José Miguel MONTEJO

Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cruces, Barakaldo

- **Antifúngicos en las infecciones en inmunodeprimidos no VIH: Cuál y cuándo**

Dra. Isabel RUIZ CAMPS

Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

10,45 - 11,30 **Asamblea SEINORTE**

11,30 - 12,00 Café

12,00 - 12,50 **Exposición Grupos de Trabajo**

12,50 - 14,00 **Comunicaciones Orales**

Moderadores:

Ander ANDÍA

Hospital Santiago, Vitoria-Gasteiz

Teresa RUBIO

Hospital Reina Sofía, Tudela

- **Infección respiratoria por Pseudomonas aeruginosa en Hospitalización a Domicilio: factores pronósticos de recidiva.**

GARDE ORBAIZ, Carmen

Hospital Donostia, San Sebastián

- **E. coli BLEE: Características y resistencias en un periodo de 5 años (2004-2008)**
OTAMENDI, Isabel
Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra, Pamplona
- **Tratamiento antibiótico en neumonías comunitarias (nac) en un hospital terciario. Adherencia al protocolo vigente desde 2006.**
DELGADO VICENTE, Miriam
Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apostol, Vitoria - Gasteiz
- **Bacteriemias por SARM: sensibilidad antibiótica.**
ORTIZ DE ZÁRATE IBARRA, Zuriñe
Hospital Donostia, San Sebastián
- **Infección protésica articular (IPA) precoz por S. Aureus: comparación entre SASM y SARM.**
BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^e Jesús
Hospital Donostia, San Sebastián
- **Características de los aislamientos de M. tuberculosis complex en el área de Tudela (Navarra).**
NAVASCUÉS, Ana M^e
Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra, Pamplona
- **Candidemias. Estudio descriptivo.**
ÚRIZ AYESTARAN, Javier
Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona
- **Dengue importado: un problema actual.**
ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena
Hospital Donostia, San Sebastián

14,00 - 16,00 Comida

16,00 - 17,00 Comentario posters y discusión con los autores

Moderadores:

Dr. Koldo AGUIRREBENGOA

Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cruces, Barakaldo

Dr. Xabier CAMINO

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia, San Sebastián

17,00 - 18,45 2^a MR: Aspectos del manejo clínico del VIH

Moderadores:

Piedad ARAZO

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Miguel Server, Zaragoza

Joseba PORTU

Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz

- **¿Cuándo empezar el tratamiento antirretroviral?**
Dr. José Ramón ARRIBAS
Servicio de Medicina Interna, Unidad de VIH. Hospital La Paz, Madrid
- **Tumores en el paciente VIH+**
Dr. Francisco RODRÍGUEZ-ARRONDO
Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia, San Sebastián
- **Sífilis y linfogranuloma venéreo en el paciente VIH+**
Dr. Martí VALL MAYANS
Unitat ITS CAP Drassanes, Barcelona

18,30 - 19,00 Café

19,00 - 20,30 Comunicaciones orales

Moderadores:

Santiago ECHEVERRIA

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander

Eduardo MARTÍNEZ

Hospital Galdakao. Usansolo, Galdakao

- **Transmisión vertical del VIH en navarra durante el periodo 1983-2007: evolución y análisis de los factores asociados.**
TOLEDO ATUCHA, Estefanía
Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Virgen del Camino, Pamplona

- **Evolución de una cohorte de adolescentes con infección VIH de transmisión vertical.**
IBARGUREN PINILLA, Maialen
Hospital Donostia, San Sebastián
- **Estudio de cribaje de la presencia de hipertensión arterial pulmonar en una población de pacientes VIH.**
VILLAR GOMEZ, Irama
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces, Barakaldo
- **Evolución de la adherencia al tratamiento antirretroviral desde el año 2000 al 2008.**
IBARRA BARRUETA, Olatz
Hospital Galdakao - Usansolo, Galdakao
- **Eficacia y seguridad de los nuevos fármacos (darunavir-DRV, etravirina-ETR, raltegravir-RTG y maraviroc-MVC) En el rescate de pacientes VIH+: Estudio prospectivo 2006-2009.**
AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz
Hospital Donostia, San Sebastián
- **Eficacia y seguridad de Darunavir 900 mg potenciado con ritonavir 100 mg (DRV/r) en una toma al día (QD). Estudio de eficacia y seguridad.**
ARAZO GARCÉS, Piedad
H. U. Miguel Servet, Zaragoza
- **Evaluación de la fibrosis hepática por elastometría (Fibroscan®) en 485 pacientes coinfectados por VIH y VHC.**
ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe
Hospital Donostia, San Sebastián
- **Evolución de los pacientes VIH+ con cirrosis por VHC tratados mediante embolización parcial esplénica y régimen anti-VHC.**
MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, Eduardo
Hospital Galdakao - Usansolo, Galdakao
- **Frecuencia de efectos adversos psiquiátricos como motivo de retirada del tratamiento del virus de la Hepatitis C (VHC).**
PORTU ZAPIRAIN, Joseba
Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz
- **El aumento de la sífilis en nuestro medio.**
CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier
Hospital Donostia, San Sebastián

Cena de Congreso Sidrería típica

Sábado, 9 de mayo

9,30 - 11,00 3º MR: Papilomavirus

Moderadora:

Julia DEL AMO VALERO

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Josefina LÓPEZ DE MUNAIN

Unidad de ETS. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Basurto, Bilbao

Ponentes:

- **La Inclusión de la vacuna frente al VPH en el calendario oficial de vacunación**
Andreu SEGURA
Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona
- **Vacunación frente al Virus del Papiloma Humano. Razones para no esperar**
Jaime Jesús PÉREZ MARTÍN
Servicio de Prevención. Consejería de Sanidad de Murcia

11,00 - 11,30 Entrega de premios

11,30 - 12,30 Cierre del Congreso

Almuerzo de Despedida Restaurante de Getaria

PONENCIAS

EL DESARROLLO DE LA LESIÓN ATEROMATOSA EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA; PRESENTE Y FUTURO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH	3
PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF. REGISTRO ESPAÑOL DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS . BIOBADASER	4
SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS DE LOS PACIENTES COINFECTADOS VHC/VIH, RECEPTORES DE THO. UN ESTUDIO CASO-CONTROL	5
ANTIFÚNGICOS EN LAS INFECCIONES EN INMUNODEPRIMIDOS NO VIH: CUÁL Y CUÁNDO	6
TUMORES EN EL PACIENTE VIH+	7
SÍFILIS Y LINFOGRANULOMA VENÉREO EN EL PACIENTE VIH+	8
LA INCLUSIÓN DE LA VACUNA FRENTE AL VPH EN EL CALENDARIO OFICIAL DE VACUNACIÓN	9
VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. RAZONES PARA NO ESPERAR	10
INFECCIÓN POR VIH Y SUS COMPLICACIONES	
TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN NAVARRA DURANTE EL PERIODO 1983-2007: EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS	15
ADOLESCENTES E INFECCIÓN VIH: ¿DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TRANSMISIÓN VERTICAL?	16
EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE ADOLESCENTES CON INFECCIÓN VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL	17
ANÁLISIS DE LOS CASOS DE VIH DIAGNOSTICADOS EN PAMPLONA Y SU COMARCA: 2005-2008	18
ESTUDIO DE CRIBAJE DE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES VIH	19

INDICE DE PONENCIAS	Pag.
SUPRESION SUPRARRENAL EN PACIENTES VIH+ EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PROTEASA QUE RECIBEN AEROSOLES DE FLUTICASONA	20
ESTUDIO DE LA FUNCION TIROIDEA EN PACIENTES HIV	21
NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCITICA (NIL) E INFECCION POR VIH	22
HERNIACION HEMISFERICA CEREBRAL POR RECONSTITUCION INMUNE EN PACIENTE VIH+ CON LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA	23
PACIENTE VIH CON ADENOPATIAS Y SINDROME GENERAL	24
MEJORÍA DE LA ENFERMEDAD DE KYRLE EN PACIENTE INFECTADA POR VIH CON ANTIRRETROVIRALES	25
EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DESDE EL AÑO 2000 AL 2008	26
EFICACIA Y SEGURIDAD DE FOSAMPRENAVIR 1400 MG POTENCIADO CON 100 MG DE RITONAVIR (FPV/R) EN UNA TOMA AL DÍA	27
ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE FOSAMPRENAVIR 1400 MG POTENCIADO CON 100 MG DE RITONAVIR (FPV/R) UNA VEZ AL DÍA EN PACIENTES QUE PRECISARON CAMBIO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL POR EFECTOS ADVERSOS	28
CAMBIO DE FOSAMPRENAVIR 1400 MG POTENCIADO CON 200 MG DE RITONAVIR (FPV/R) DOS VECES AL DÍA A FPV/R 1400/100 EN UNA TOMA AL DÍA. ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD	29
EFICACIA Y SEGURIDAD DE DARUNAVIR 900 MG POTENCIADO CON RITONAVIR 100 MG (DRV/R) EN UNA TOMA AL DÍA (QD). ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD	30
EFICACIA DE LA INTENSIFICACIÓN CON DARUNAVIR/RITONAVIR (DRV/R) CON BAJAS VIREMIAS EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE PROTEASA POTENCIADOS (IP/R)	31
EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS FARMACOS (DARUNAVIR-DRV, ETRAVIRINA-ETR, RALTEGRAVIR-RTG Y MARAVIROC-MVC) EN EL RESCATE DE PACIENTES VIH+: ESTUDIO PROSPECTIVO 2006-2009	32
UTILIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA POTENCIADOS (IPP), DARUNAVIR (DRV) Y TIPRANAVIR (TPR), EN EL RESCATE ACTUAL DE PACIENTES VIH+: ESTUDIO PROSPECTIVO 2006-2009	33
UTILIDAD DE LA ETRAVIRINA (ETR) SEGÚN SU "SCORE" EN EL RESCATE ACTUAL DE PACIENTES VIH+: ESTUDIO PROSPECTIVO 2006-2009	34

COINFECCIÓN VIH Y HEPATITIS

EVOLUCION DE LOS PACIENTES VIH+CON CIRROSIS POR VHC TRATADOS MEDIANTE EMBOLIZACION PARCIAL ESPLENICA Y REGIMEN ANTI-VHC	37
ESTUDIO ECONÓMICO BIOPSIA HEPÁTICA (BH) / ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN®) EN PACIENTES COINFECTADOS POR VHC Y VIH	38
CANDIDATOS PARA TRATAMIENTO A CORTO PLAZO FRENTE A VHC EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH+	39
EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPATICA POR ELASTOMETRÍA (FIBROSCAN®) EN 485 PACIENTES COINFECTADOS POR VIH Y VHC	40
PROGRESION DE LA FIBROSIS MEDIDA POR FIBROSCAN EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH Y VHC	41
FRECUENCIA DE EFECTOS ADVERSOS PSIQUIÁTRICOS COMO MOTIVO DE RETIRADA DEL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITS C (VHC)	42
NECESIDADES DE ASISTENCIA POR SALUD MENTAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON INTERFERON	43

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DIFERENTES AL VIH

DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GIPUZKOA	47
EL AUMENTO DE LA SIFILIS EN NUESTRO MEDIO	48
LUES SECUNDARIA	49
EVOLUCIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN EL PERÍODO 2002-2008	50

INFECCIONES EN VIAJEROS E INMIGRANTES

DENGUE IMPORTADO: UN PROBLEMA ACTUAL	53
HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE	54

INDICE DE PONENCIAS	Pag.
INFECCIÓN MIXTA POR LOA-LOA Y MANSONELLA PERTANS	55
PACIENTE NATIRUAL DE GUÍNEA CON ENCEFALOPATÍA GRAVE	56
LARVA MIGRANS CUTÁNEA TRAS VIAJE A AFRICA	57
INFECCIONES BACTERIANAS	
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO	61
PROTOCOLO DE LAS CELULITIS EN HAD	62
ABSCESOS HEPÁTICOS: REVISIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA	63
ABSCESOS ESPINALES EPIDURALES. REVISIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA	64
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN NEUMONÍAS COMUNITARIAS (NAC) EN UN HOSPITAL TERCIARIO. ADHERENCIA AL PROTOCOLO VIGENTE DESDE 2006	65
ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS POR NEUMONÍA COMUNITARIA (NAC), EN UN HOSPITAL TERCIARIO, SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD DE FINE. COMPARACIÓN CON EL PERÍODO ANTERIOR	66
INFECCIÓN RESPIRATORIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: FACTORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA	67
ROTURA ESPLENICA EN ENDOCARDITIS POR S BOVIS, A PROPOSITO DE UN CASO	68
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARENTERAL EN DOMICILIO (TAPD) EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI). SITUACIÓN EN 2008	69
EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA EN RELACIÓN CON PATOLOGÍA PERIODONTAL	70
ARTRITIS DE TOBILLO POR MYCOBACTERIUM KANSASII EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH	71

INDICE DE PONENCIAS	Pag.
INFECCIÓN PROTÉSICA ARTICULAR (IPA) PRECOZ POR S. AUREUS: COMPARACIÓN ENTRE SASM Y SARM	72
INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES POR GÉRMENES GRAM NEGATIVOS	73
FIEBRE Y DOLOR LUMBAR EN POSTOPERATORIO DE RTU PROSTÁTICA	74
BACTERIEMIAS POR SARM: SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA	75
E. COLI BLEE: CARACTERÍSTICAS Y RESISTENCIAS EN UN PERIODO DE 5 AÑOS (2004-2008)	76
CARACTERÍSTICAS DE LOS AISLAMIENTOS DE M. TUBERCULOSIS COMPLEX EN EL ÁREA DE TUDELA (NAVARRA)	77
TUBERCULOMAS CEREBRALES E INTRAMEDULARES MÚLTIPLES: A PROPÓSITO DE UN CASO	78
DOLOR ABDOMINAL EN VARÓN DE 21 AÑOS	79
PACIENTE CON TUBERCULOMAS INTRACRANEALES Y MEDULARES MÚLTIPLES CON RESPUESTA PARADÓJICA A TUBERCULOSTÁTICOS	80
PIE DOLOROSO Y FIEBRE EN RELACIÓN A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	81
OTRAS INFECCIONES VIRALES Y FÚNGICAS	
MENINGITIS DE LIQUIDO CLARO TRAS INFLAMACIÓN PAROTIDEA	85
VARICELA EN EL EMBARAZO. UN RIESGO EVITABLE	86
INFARTOS ESPLÉNICOS COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME MONONUCLEÓSICO POR VIRUS EPSTEIN-BARR O CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES	87
COMPLICACIONES DE LA MONONUCLEOSIS (MI), POCO FRECUENTES PERO GRAVES	88

INDICE DE PONENCIAS	Pag.
CANDIDEMIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO	89
CANDIDEMIA. COMPARACIÓN ENTRE DOS PERÍODOS	90
FUNGEMIA POR AEROBASIDIUM PULLULANS EN PACIENTE ADVP	91

PONENCIAS

EL DESARROLLO DE LA LESIÓN ATEROMATOSA EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA; PRESENTE Y FUTURO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH

Carlos Alonso-Villaverde Lozano
Director del Programa VIH

Hospital Universitario Sant Joan de Reus

Los factores de riesgo cardiovascular clásicos pueden predecir la probabilidad de aparición de los eventos coronarios en la población general. Estas predicciones están relacionadas con la edad de la población. Los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana parece que presentan un incremento de las enfermedades relacionadas con la arteriosclerosis, según estudios recientes. La incógnita se establece en si las predicciones para la población general serán útiles para los pacientes VIH. El estudio de la fisiopatología de la formación de la placa de ateroma en la infección por VIH quizás pueda aportar datos por los cuales se pueda entender mejor el proceso de la génesis de la placa de ateroma y la posibilidad de considerar otros factores modificables que ayuden a prevenir el evento vascular.

El linfocito T infectado se instala en el espacio subendotelial arterial de forma más rápida que un linfocito no infectado, una vez instalado, el contacto del linfocitos T infectado con las células endoteliales, provoca un incremento de la replicación viral en unas 50000 veces. Estos linfocitos emiten señales en forma de citoquinas las cuales atraen a macrófagos hacia el espacio subendotelial. Estos macrófagos, también infectados, expresan unos receptores, los llamados "Scavenger receptor" o CD36. A través de CD36 estos macrófagos instalados en el espacio subendotelial y empiezan a fagocitar lipoproteínas, fundamentalmente las "modificadas". Estos macrófagos se llenan de colesterol, se les denomina "foam cells", los cuales coalescen y forman el núcleo de colesterol de la placa de ateroma. Este núcleo lipídico se rodea de células musculares lisas, formando una "barrera fibrosa" entre la luz arterial y el núcleo de la placa. Un estudio reciente demuestra que las células musculares lisas también se infectan por el VIH, lo que induce inicialmente una disfunción endotelial y podría significar un incremento en la vulnerabilidad de la placa de ateroma. La isquemia se produce cuando la placa de ateroma se complica, su ruptura o bien la pérdida de células endoteliales pone en contacto la matriz de la placa con la circulación, este hecho es el que induce la formación del trombo y la isquemia posterior. En este proceso final interviene de forma crucial la plaqueta. La cual vierte múltiples citoquinas a la circulación, entre ellas RANTES que es el ligando del receptor de citoquinas CCR5, el principal coreceptor de la entrada en la célula del VIH.

En conclusión; existe un daño directo causado por el VIH sobre la pared arterial, que sin duda acelerará el desarrollo de la placa de ateroma cuando se ve acompañado por los factores cardiovasculares clásicos. Por tanto, en este contexto el principal factor de riesgo es la propia infección causada por el VIH. Casualmente, hasta el momento, los tratamientos antiretrovirales combinados inducen diversos trastornos metabólicos como la dislipemia o la resistencia a la insulina y obviamente contribuyen a la espiral del proceso. Los análisis realizados en diversos estudios epidemiológicos han mostrado asociaciones positivas entre ciertos antiretrovirales y la aparición de eventos cardiovasculares; la mayoría de estos análisis se apoyan en los factores de riesgo usados en la población general, pero la propia idiosincrasia de la lesión ateromatosa en el paciente VIH hace difícil sacar conclusiones. Se ha intentado relacionar el uso de ciertos fármacos con variaciones de algunas proteínas relacionadas con la inflamación, sin obtener resultados concluyentes. Probablemente el inicio precoz con un tratamiento antiretroviral que no induzca alteraciones metabólicas determinantes sea una de las acciones a tener en cuenta en el cuidado cardiovascular de los pacientes infectados por el VIH.

PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF. REGISTRO ESPAÑOL DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS . BIOBADASER

Beatriz PÉREZ ZAFRILLA

Registro de infecciones de la Sociedad Española de Reumatología, Madrid

BIOBADASER es el Registro Español de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas, fue iniciado en el año 2001 por la Sociedad Española de Reumatología en colaboración con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), con el objetivo principal de vigilar la seguridad a largo plazo en este tipo de terapias.

Actualmente tiene registrados 9352 pacientes, que suponen un total de 21800 pacientes-año, y 6814 acontecimientos adversos de los que casi el 40% (2.656) son infecciones.

La discusión sobre si el uso de terapias biológicas incrementa el riesgo de infecciones continúa abierta, aunque la mayoría de los registros de biológicos de Europa coinciden en que los pacientes con artritis reumatoide (AR) y en tratamiento con anti-TNF presentan hasta 2 veces más riesgo de padecer complicaciones infecciosas graves que los pacientes con AR no expuestos, también coinciden en que el riesgo aumenta considerablemente (hasta 4 veces) en los primeros 90 días de exposición.

En el año 2002, gracias a los análisis de BIOBADASER, se detectó un incremento de riesgo de tuberculosis hasta 6 veces mayor en este tipo de pacientes, por lo que la AEMPS publicó una alerta recomendando pruebas de mantoux y radiografía de torax al inicio de la terapia, en el caso de que fueran positivas se recomendaba quimioprofilaxis. Desde entonces, el riesgo de padecer tuberculosis ha disminuido tanto que ahora es prácticamente el mismo que el de la población general. Estos fármacos inducen la pérdida de la capacidad del macrófago infectado de activarse y producir granulomas, favoreciendo las infecciones causadas por microorganismos intracelulares.

Parece ser que estos pacientes representan un nuevo modelo inmunosupresión con características propias, como no todos los pacientes sometidos a tratamiento con terapias biológicas se infectan, es preciso caracterizar los pacientes de "alto riesgo" mediante un análisis de los factores de riesgo de infección. De esta forma podremos aplicar medidas de prevención y manejo clínico.

SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS DE LOS PACIENTES COINFECTADOS VHC/VIH, RECEPTORES DE THO. UN ESTUDIO CASO-CONTROL

José Miguel Montejo¹, J. M. Miró², L. Castell³, J. Meneu⁴, A. Rafecas⁵, M. Blanes⁶, J. Fortun⁷, G. De la Rosa⁸, A. Rimola², J. Fernandez¹ y el Grupo Español de THO en Pacientes Infeccionados por VIH.

¹Hospital Universitario de Cruces, ²Clinic Hospital Universitario de Barcelona, ³Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, ⁴Hospital Universitario 12 Octubre de Madrid, ⁵Hospital Universitario Bellvige de Barcelona, ⁶Hospital Universitario La Fe de Valencia, ⁷Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, ⁸Organización Nacional de Trasplante

Introducción:

En los receptores de trasplante hepático ortotópico (THO), la recurrencia del virus de la hepatitis C (VHC), es una causa importante de pérdida del injerto y mortalidad. Estudios preliminares realizados con series pequeñas de pacientes han mostrado una menor supervivencia en los pacientes coinfectados por VHC/VIH en relación con los mono infectados por VHC. Este estudio presenta la supervivencia a los 5 años de los pacientes con THO realizados

Métodos:

Se incluyen 81 pacientes consecutivos coinfectados por VHC/VIH a los que se practicó THO entre 2002 y 2006, y que han sido seguidos hasta diciembre de 2007. Los datos se han obtenido de la base de datos del estudio FIPSE THO-VIH-05-GESIDA 45-05. Los receptores infectados por VIH se han apareado con 243 pacientes mono infectados por VHC (ratio 1:3) que habían recibido un THO durante el mismo periodo en 17 centros españoles donde se realiza THO en pacientes infectados por VIH. Otros criterios apareados fueron la edad (± 12 años), género, año vigente (± 1 año), misma localización, coinfección por virus de la hepatitis B (VHB) y presencia de hepatocarcinoma. Los datos de los receptores VIH se han obtenido del Registro Español de Trasplante Hepático. Las diferencias entre las variables de los grupos se han analizado usando el rank test de Wilcoxon. El tiempo de supervivencia del injerto y mortalidad se estimó por el método de Kaplan-Meier. El tiempo transcurrido entre los grupos hasta que ocurrió un evento se realizó usando el test generalizado log-rank.

Resultados:

Durante una mediana de seguimiento de 2.6 años (1.25 a 3.53), 29 (35.8%) pacientes coinfectados por VHC/VIH y 51 (20.9%) de los pacientes mono infectados por VHC, fallecieron. La edad media fue de 42 y 46 años respectivamente. En cada grupo: hombres y pacientes con coinfección por virus hepatitis B y hepatocarcinoma estaban presentes en el 78%, 16% y 8%. Precisarón retrasplante el 4 (5%) y 12 (5%) respectivamente. Las tasas de supervivencia (95%CI) a 1, 2, 3, 4 y 5 años de los pacientes coinfectados por VHC/VIH y mono infectados por VHC fueron: 87.5% (78 a 93) vs 89.1% (84.4 a 92.4), 70.8% (59 a 79.8) vs 75.9% (75.8 a 86.2), 61.8% (48.3 a 72.7) vs 77.4% (71 a 82.3), 58.3% (43.9 a 70.3) vs 76.2% (70 a 81.9) y 47.9% (30 a 63.7) vs 75.1% (67.8 a 80.9) respectivamente ($p < 0.01$). Las tasas de supervivencia del injerto a 1, 3 y 5 años en los pacientes coinfectados por VHC/VIH y mono infectados por VHC fueron 77% (66 a 85) vs 85% (81 a 90), 52% (36 a 66) vs 76% (70 a 81) y 37% (20 a 55) vs 67% (58 a 75) respectivamente ($p < 0.01$).

Conclusiones:

La supervivencia a corto plazo de los pacientes e injerto en los receptores de THO coinfectados por VHC/VIH es similar a los mono infectados por VHC. Sin embargo, la supervivencia a medio y largo plazo es peor en los coinfectados por VHC/VIH.

ANTIFÚNGICOS EN LAS INFECCIONES EN INMUNODEPRIMIDOS NO VIH: CUÁL Y CUÁNDO

Isabel RUIZ CAMPS

Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Durante las dos últimas décadas ha incrementado el número de infecciones fúngicas invasoras (IFI). Este incremento se debe, en primer lugar a la existencia de un mayor número de pacientes inmunodeprimidos susceptibles a las mismas: trasplantes de órganos y tejidos, nuevas modalidades de tratamiento en pacientes onco-hematológicos, bronquitis crónicas en tratamiento, mayor manipulación de los pacientes, etc. En segundo lugar, el diagnóstico microbiológico ha mejorado y por lo tanto se diagnostican más y en tercer lugar, el uso de antimicrobianos de amplio espectro y antifúngicos en profilaxis ha contribuido también al aumento de la infecciones fúngicas emergentes.

Hasta la década de los 90, disponíamos de un escaso número de antifúngicos (anfotericina B, flucitosina y fluconazol) para el tratamiento de las mismas y la mortalidad que presentaban era muy elevada. Más recientemente aparecieron las anfotericinas lipídicas (liposomal y complejo lipídico) que sin superar en eficacia a la anfotericina convencional si redujeron su toxicidad y el itraconazol que ampliaba la cobertura de los azoles a hongos filamentosos pero a expensas de una absorción errática y problemas de tolerancia. Ha sido ya a partir del año 2000 cuando ha aumentado el arsenal terapéutico con la aparición de una nueva familia de antifúngicos, las equinocandinas (caspofungina, micafungina, anidulafungina), con una excelente tolerancia y activas frente a levaduras y *Aspergillus* y la disponibilidad de dos nuevos azoles, voriconazol y posaconazol dirigidos principalmente al tratamiento y profilaxis de las IFI producidas sobre todo por *Aspergillus* y otros hongos filamentosos. La incorporación de los nuevos antifúngicos junto un mejor diagnóstico de las IFI han contribuido a disminuir de forma considerable la mortalidad de las mismas.

La nueva actualización de diferentes guías terapéuticas internacionales nos orienta sobre cuando utilizar un antifúngico u otro; sin embargo en este momento debe tenderse a realizar un tratamiento de la IFI a medida en el que debe valorarse el tipo y la localización de la infección fúngica, la epidemiología propia del centro ya que orienta sobre resistencias, los factores de riesgo para IFI del paciente y si recibía o no profilaxis antifúngica, las comorbilidades y tratamientos concomitantes para evitar interacciones y, finalmente, la farmacocinética y farmacodinamia del antifúngico. El análisis de todo ello nos llevará a escoger la mayor opción para cada paciente, ya sea en forma de monoterapia o de terapia combinada en alguna ocasión, que sin duda tendrá un papel importante en el resultado final.

TUMORES EN EL PACIENTE VIH+

Francisco RODRÍGUEZ-ARRONDO

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia, San Sebastián

Dentro de las patologías concomitantes relacionadas con el VIH, una de ellas que probablemente está en auge son las neoplasias. Por una parte están los tumores considerados como definitorios de Sida, Linfoma no Hodgkin, sarcoma de Kaposi y carcinoma de cervix. En pacientes infectados por el VIH se han descrito también una mayor frecuencia en otras neoplasias (tumores no definitorios de Sida), pero por el momento no se ha podido establecer una relación causal clara. Dentro de estas neoplasias las más estudiadas son la enfermedad de Hodgkin y la neoplasia anal. Otros tumores, también descritos en estos pacientes, con un comportamiento diferente al observado en la población general son: el carcinoma de pulmón, el hepatocarcinoma, los tumores testiculares, el carcinoma de células escamosas de la conjuntiva, el mieloma múltiple y el leiomiocarcinoma en pacientes pediátricos.

El objetivo de esta ponencia es el de presentar los datos de todas las neoplasias (definitorios y no definitorios) en la cohorte del Hospital Donostia. Así como los primeros datos recogidos de la cohorte prospectiva del grupo SEINORTE.

SÍFILIS Y LINFOGRANULOMA VENÉREO EN EL PACIENTE VIH+

Martí VALL MAYANS

Unitat ITS CAP Drassanes, Barcelona

Después de años de continuo descenso de la incidencia de la sífilis durante la segunda mitad del siglo pasado, se ha documentado la re-emergencia de la sífilis infecciosa, de forma sincronizada, en distintas ciudades europeas y norteamericanas desde el año 2000¹. Dicho aumento de casos ha afectado sobretodo a hombres homosexuales. El Grupo de Trabajo sobre ITS (compuesto por 14 centros de ITS del Estado español) diagnosticó 842 casos de sífilis infecciosa en 2005-07 con una tasa global de coinfección VIH/sífilis de 21,6%². Este aumento de la incidencia de la sífilis representa un fallo de los sistemas clínicos y de salud pública. A nivel clínico se replantea la atención de los pacientes VIH positivos considerando la importancia de ITS como la sífilis, así como de comportamientos sexuales que eviten la transmisión y la adquisición de ITS, sabiendo que existe una sinergia entre la sífilis y el VIH. Se han descrito algunas particularidades de la sífilis en algunos casos coinfectados con el VIH, distintas a las de los no coinfectados. No obstante, en general, la interpretación de las pruebas serológicas y la pauta de tratamiento de la sífilis infecciosa no difiere según exista coinfección con el VIH, aunque sí es esencial un seguimiento más estricto y más prolongado de los pacientes coinfectados con el VIH. El riesgo de neurosífilis en estos pacientes no parece aumentado -la TARGA ejercería además un efecto protector- y no parece justificado el examen rutinario del LCR³.

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una ITS sistémica causada por los genotipos L de *Chlamydia trachomatis*, que muy raramente ocurre en los países industrializados. Desde 2003 hay brotes simultáneos de casos de LGV rectales en muchas de las ciudades donde la sífilis reapareció, hasta un total de unos 2000 casos en Europa a finales de 2008. La forma de presentación clínica habitual es una proctitis aguda acompañada de tenesmo, estreñimiento y secreción rectal. Epidemiológicamente, los casos confirmados pertenecen al genotipo L2b y afectan a hombres homosexuales con prácticas sexuales de riesgo, afectos de otras ITS incluida la coinfección con el VIH. En Barcelona se confirmó un caso en 2005 y desde finales de 2007 se ha detectado un brote con unos 45 casos hasta febrero de 2009⁴. El LGV debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las proctitis y proctocolitis causadas por patógenos sexualmente transmisibles³. El tratamiento de elección es 100 mg de doxiciclina cada 12 horas durante tres semanas, con independencia del estado serológico frente al VIH.

¹Vall-Mayans M. Med Clin (Barc) 2006

²http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida

³<http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines>

⁴Vall-Mayans M. Rev Clin Esp 2009.

LA INCLUSIÓN DE LA VACUNA FRENTE AL VPH EN EL CALENDARIO OFICIAL DE VACUNACIÓN

Andreu SEGURA

Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona

Las dos vacunas que actualmente existen han probado razonablemente su eficacia, seguridad y manejabilidad. Sin embargo, el impacto de su aplicación sobre la disminución de la incidencia de cáncer de cuello de útero en España – así como de otras lesiones provocadas por diversos tipos del VPH – depende de muchos factores, algunos de los cuales son insuficientemente conocidos, de manera que los efectos de la inclusión de la vacuna sobre la salud de la población no se podrán determinar con precisión hasta que pasen bastantes años desde su implantación, siempre que se proceda a una adecuada monitorización del grado de cobertura real y de la evolución de la incidencia de las lesiones que se propone prevenir. Lo cual supone un coste adicional que tampoco parece previsto.

Por otro lado, su inclusión en el calendario oficial de vacunas tendrá consecuencias en el funcionamiento de los servicios sanitarios, tanto desde el punto de vista financiero como organizativo. Además de los aspectos directos que afectan a la distribución, conservación y administración de las tres dosis en términos de recursos materiales – coste de la vacuna; equipamientos y mantenimiento, así como adecuación de la actividad de los profesionales– hay que tener en cuenta la necesidad de mejorar las actividades de prevención secundaria que actualmente se llevan a cabo y de las que, aun desconociendo con precisión su calidad, se sabe que resultan ineficientes y poco equitativas.

Conviene además valorar las consecuencias sobre la percepción de la población en general y de la adolescencia en particular en cuanto a las expectativas de la iniciativa y también sobre la magnitud del riesgo de padecer este tipo de cáncer en España.

Por ello y dado que se trata de una medida dirigida a población sana, cuyos eventuales efectos benéficos solo pueden producirse, en el mejor de los casos, luego de un dilatado período de tiempo; que el principal problema que se pretende evitar tiene, afortunadamente, un impacto limitado en la salud de la población española y, cuando, para que se produzca este efecto positivo, es imprescindible mejorar los actuales procedimientos de prevención secundaria, y ya que la inclusión de la vacuna como una prestación regular dentro de la cartera de servicios comunes del SNS no cumple de forma suficiente los requisitos que señala el decreto 1030/2006 del ministerio que establece la cartera de servicios comunes y el procedimiento de actualización, se debería haber llevado a cabo una evaluación rigurosa de las previsibles consecuencias apuntadas antes de adoptar la decisión de incluir la vacuna en el calendario oficial.

VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. RAZONES PARA NO ESPERAR

Jaime Jesús PÉREZ MARTÍN

Servicio de Prevención. Consejería de Sanidad de Murcia

El 20 de febrero de 2007 la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones aprobó por unanimidad un documento titulado: "Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de actualización". En dicho documento, que implicó meses de arduo trabajo y en el que participaron 21 técnicos de los siguientes organismos: Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología, Agencia Española del Medicamento, Institut Català d'Oncologia, Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia y 7 Comunidades Autónomas, se aprobaron las siguientes recomendaciones:

- Iniciar la vacunación sistemática con vacuna frente al VPH a las niñas de una cohorte a elegir entre los 11 y 14 años.
- Poner en marcha un grupo de trabajo específico que elabore las recomendaciones pertinentes para la mejora del cribado del cáncer de cuello de útero.
- Realizar estudios para conocer los genotipos circulantes de los virus del papiloma humano.
La Comisión de Salud Pública refrendó las citadas recomendaciones el 15 de noviembre de 2007.
La introducción de una vacuna en el calendario vacunal se realiza apoyándose en cuatro criterios básicos:
- Que la enfermedad sea un problema de salud pública.
- Que la vacuna disponible sea segura y eficaz.
- La posible repercusión de añadir una vacuna al calendario vacunal.
- El coste efectividad de la vacuna.

La incidencia de cáncer de cuello de útero en España está entre las más bajas del mundo. Sin embargo su incidencia se estima en 7,6 casos por 100.000 mujeres lo que se cifra en 2110 casos/año siendo el cáncer más frecuente entre la población femenina de 15 a 44 años. El número de muertes registradas es de 538, pero se estima que la cifra real es de más de 700, la edad media de dichas muertes es de 60 años. Los estudios de edad-periodo-cohorte hasta 1997 indican una evolución ascendente de la incidencia según cohorte de nacimiento. Esta tendencia ascendente podría verse incrementada de forma progresiva con cambios de comportamiento que conlleven una mayor exposición al virus y además por la recepción de población migrante de países donde la incidencia de cáncer de cuello de útero está entre las más altas del mundo.

Las vacunas disponibles en la actualidad Cervarix y Gardasil han dado pruebas de una alta eficacia. En los ensayos clínicos los objetivos finales del estudio han sido infección por VPH y lesiones precancerosas, debido a la imposibilidad ética de tener como "end-point" el cáncer de cuello.

La vacuna Gardasil ha demostrado tras 44 meses de seguimiento en mujeres "naive" una eficacia frente a CIN 2-3 del 98% (IC 95 93-100) y frente a AIS del 100% (IC 95 31-100) respecto de los genotipos 16 y 18. La vacuna Cervarix ha demostrado tras 6,4 años de seguimiento una eficacia en mujeres "naive" de 15 a 25 años frente a CIN 2+ causado por los genotipos 16 y 18 del 100% (IC 95 51,3-100). Ambas vacunas han demostrado protección cruzada frente a otros genotipos oncogénicos no incluidos en las mismas. Respecto a la eficacia a largo plazo de la vacuna, existen estudios de seguimiento a 5 y 6,4 años con las vacunas Gardasil y Cervarix respectivamente. También existen modelos matemáticos que apoyan la persistencia del título de anticuerpos a 20 y 30 años.

La vacuna se ha introducido en niñas en función de criterios de inmunogenicidad y no de eficacia, las niñas

Ponencia

demonstraron mayor respuesta inmunógena que las mujeres en las que se comprobó la eficacia y existe una imposibilidad de estudiar eficacia en niñas (problemas éticos y de prolongación innecesaria de los ensayos clínicos). El uso de criterios de inmunogenicidad es una práctica que se ha realizado de forma habitual con otras vacunas. La vacuna, en ningún caso, se plantea como una alternativa al cribado sino como un complemento al mismo.

Los efectos adversos de las vacunas son fundamentalmente debidos a la reactogenicidad local, eritema y dolor, siendo la fiebre el efecto adverso sistémico más frecuente. No se ha visto que tengan mayor frecuencia los efectos adversos graves con estas vacunas. Actualmente tras más de 50 millones de dosis distribuidas mundialmente de ambas vacunas el perfil de seguridad es el adecuado.

La decisión de la introducción de la vacuna no preveía una repercusión negativa en los Programas de Vacunación. El hecho de proteger a niñas no implica un mayor riesgo para otro grupo poblacional y la vacuna se puede coadministrar con otras incluidas en el calendario a esa edad. La polémica surgida posteriormente y que llevada a los medios de comunicación puede repercutir negativamente en los Programas de Vacunación no era una cuestión previsible en el momento en que se tomó la decisión de introducir la vacuna en el calendario.

Todos los estudios de coste-efectividad publicados demuestran que la vacunación en niñas preadolescentes es una intervención coste/efectiva en términos de ganancia de años de vida ajustados por calidad si la cobertura es superior al 80% y la duración de la protección es al menos de 10 años. Las variables que inciden en los citados estudios son numerosas pero la robustez de los datos obtenidos se ha probado mediante análisis de sensibilidad que incluían condiciones desfavorables.

Finalmente y como resumen, la introducción de la vacuna del VPH en el calendario fue una decisión que creemos acertada. La toma de una decisión ni puede ni debe estar totalmente libre de incertidumbres, sin embargo en los dos años transcurridos desde que se aprobó el documento citado anteriormente los datos han ido apoyando de forma cada vez más contundente el uso de dicha vacuna en niñas que todavía no han iniciado sus relaciones sexuales. Los datos que se irán publicando en los próximos años acabarán por despejar cualquier duda respecto a la decisión tomada.

INFECCIÓN POR VIH Y SUS COMPLICACIONES

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN NAVARRA DURANTE EL PERIODO 1983-2007: EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS

TOLEDO ATUCHA, Estefanía**; SOLA BONETA, Julio*; ÚRIZ AYESTARAN, Javier*; CASTIELLO TAMBO, Jesús*;
REPÁRAZ PADRÓS, Jesús*; CASTILLA CATALÁN, Jesús***

** Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona*

*** Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Virgen del Camino, Pamplona*

**** Instituto de Salud Pública de Navarra, Pamplona*

Introducción:

Dejada la infección del VIH a su curso natural, la tasa de transmisión vertical es del 13-48%. Desde que en 1994 se publicase el ensayo PACTG 076, la puesta en práctica de la profilaxis ha logrado descender drásticamente las tasas de transmisión vertical del VIH. El objetivo de este estudio es determinar la evolución de la tasa de transmisión vertical del VIH en Navarra y valorar los factores asociados.

Métodos:

Se ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo en el que se recogió la información disponible de los partos de mujeres seropositivas que acudieron a la consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Navarra, abarcando el periodo de 1983 -2007. Se recogieron la profilaxis recibido por la madre durante el embarazo y el parto, la administración de zidovudina al recién nacido, variables relacionadas con el embarazo y el parto y el diagnóstico de transmisión vertical con información proveniente de la historia clínica.

Resultados:

Se contó con la información de 115 recién nacidos y en 7 de ellos se produjo la transmisión vertical. Desde que se implantó el tratamiento materno con el tratamiento antirretroviral de alta efectividad en 1998 no se ha producido ningún caso de transmisión vertical. La cobertura de la profilaxis completa frente a la transmisión vertical del VIH desde 1999 es del 91,3%.

Conclusión:

Desde 1998 no se ha producido ningún caso de transmisión vertical del VIH en la cohorte estudiada, lo que pone de relieve la alta efectividad y la importancia de una adecuada profilaxis.

ADOLESCENTES E INFECCIÓN VIH: ¿DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TRANSMISIÓN VERTICAL?

FRAGO MARQUÍNEZ, Itziar*; PORTU ZAPIRAIN, Joseba*; AGUD APARICIO, Jose Manuel*;
TARABINI-CASTELLANI CIORDIA, Paola*; APRAIZ GARMENDIA, Leire**; PUELLES EMALDIBARRA, Nagore*;
SAN MIGUEL LÓPEZ DE URALDE, Sonia*; ARROITA GONZÁLEZ, Gorka*

* *Medicina Interna. Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz*

** *Hospitalización a domicilio. Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz*

Introducción:

Tras la introducción del TAR, la transmisión vertical del VIH es muy infrecuente en los países desarrollados. No obstante, en la década de los 90 las tasas de transmisión vertical oscilaban entre 15-20%. Los adolescentes recientemente diagnosticados de VIH pueden ser reflejo de antiguas transmisiones por vía vertical.

Casos clínicos:

Presentamos 5 jóvenes, con edades comprendidas entre 15 y 22 años, nacidos entre 1979 y 1987 y diagnosticados de infección VIH entre 2000 y 2007. Ninguno de ellos tenía otros factores de riesgo previo a los síntomas iniciales. Dos eran adoptados y tres vivían con sus madres biológicas que no fueron diagnosticadas de infección VIH hasta años más tarde. Dos estaban asintomáticas y fueron diagnosticadas con 21 y 22 años tras diagnóstico de sus madres, una de ellas tras inmigrar de Ruanda. Los otros tres presentaron síntomas. A una de ellas, de 19 años, se le realizó el test de VIH por neumonías recurrentes y pronto fue diagnosticada de *Pneumocystis jiroveci*; a otra de 16 años se le realizó el test por diarrea y otro de 15 años fue diagnosticado de infección VIH 3 años después del diagnóstico de esclerosis múltiple.

Conclusiones:

Los jóvenes adoptados cuyas madres son desconocidas y los hijos de madres que hasta años después del parto no han sido diagnosticadas de VIH, pueden beneficiarse del test del VIH. El VIH de transmisión vertical puede evolucionar de forma silente permaneciendo hasta la adolescencia asintomático, con infecciones menores o con síntomas neurológicos confusos... o con enfermedades definitivas de SIDA.

EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE ADOLESCENTES CON INFECCIÓN VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL

IBARGUREN PINILLA, Maialen; IRIBARREN LOYARTE, J. Antonio; PASCUAL, Lydia; ARAMBURU, M. Jose;
SARASQUETA EIZAGUIRRE, Cristina; BUSTINDUY ODRIOSOLA, M^o Jesús; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; ARRIZABALAGA, Julio

Hospital Donostia, San Sebastián

Objetivo:

Describir las características de una cohorte de adolescentes infectados por VIH por transmisión vertical.

Material y métodos:

estudio descriptivo de todos los pacientes con infección VIH trasladados de la unidad de Pediatría a la consulta de Infecciosas de adultos en un período de 8 años. Se recogen datos sobre estadío CDC, carga viral, recuento CD4, tratamiento, infecciones oportunistas, ingresos, genotipo, tanto a su llegada a la consulta de adultos como durante el seguimiento.

Resultados:

12 adolescentes, con una mediana de edad de 15,6 años (14,2-17,9), con infección VIH adquirida por transmisión vertical. Todos siguen tratamiento antirretroviral combinado, y han seguido una mediana de 5 líneas de tratamiento. Sólo 3 llegan con carga viral indetectable. Respecto a la clasificación CDC, 8 están en estadío A, 2 en estadío B y otros 2 en estadío C, con una mediana de CD4 de 454. Durante una mediana de seguimiento de 3,8 años por paciente, se modifica el tratamiento en 10 de los 12 casos. Al final del estudio, hay un sujeto sin tratamiento, 2 en tratamiento con fármacos de última generación, 3 siguen tratamiento combinado exclusivamente con análogos nucleósidos, y los 6 restantes siguen tratamiento antirretroviral combinado convencional. Sólo uno cambia de estadío clínico, de A a C. Destaca la carga viral indetectable en 5 de los sujetos; no hay cambios significativos entre el nivel de CD4 al inicio y al final.

Conclusiones:

cumplimos el objetivo de mantener a estos adolescentes en una aceptable situación clínica pese a un complejo enfoque terapéutico.

ANALISIS DE LOS CASOS DE VIH DIAGNOSTICADOS EN PAMPLONA Y SU COMARCA: 2005-2008

FERNANDEZ LADRÓN, Valentina; SUAREZ LÓPEZ, Amaya; ALÁEZ CRUZ, José Ignacio; REPARAZ PADRÓS, Jesús;
CASTIELLO TAMBO, Jesús; ÚRIZ AYESTARAN, Javier; SOLA BONETA, Julio

Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona

Se realizó un análisis retrospectivo de los nuevos diagnósticos de VIH recogidos por el Servicio de Infecciosas del Hospital de Navarra en el periodo de 2005 a 2008 en el área de Pamplona y su comarca. Se analizó la distribución por sexo, año de diagnóstico, estadio evolutivo de la enfermedad y continente de origen.

Se contabilizaron 125 nuevos diagnósticos, de los cuales 81(64,8%) eran varones y 44 (35,2%) fueron mujeres.

En el año 2005 se diagnosticaron 30 casos (24%), en el 2006 la cifra ascendió a 35(28%). En los años 2007 y 2008 fueron recogidos 33 (26,4%) y 27 (21,6%) nuevos diagnósticos respectivamente.

Respecto a los estadios, se diagnosticaron 88(70,4%) casos en estadio A, de los cuales 32 (25,6%) eran A1, 43 (34,4%) A2 y 13 (10,4%) A3.

En estadio B se recogieron 12 (9,6%) casos, distribuidos de la siguiente manera: 3(2,4%) eran B1, 3(2,4%) eran B2 y 6(4,8%) eran B3.

En estadio C se recogieron 25 (20%) casos, de los cuales 1 era C1 (0,8%), otro era C2 (0,8%) y 23 (18,4%) fueron definitivos de SIDA(C3).

Al estudiar la procedencia de los nuevos diagnósticos, 68(48%) provenían de Europa, de los cuales 60 eran de nacionalidad española. 28(22,4%) casos eran africanos y 29(23,2%) americanos. Se diagnosticaron únicamente 2 nuevos casos en mujeres embarazadas mediante analíticas rutinarias de controles del embarazo.

ESTUDIO DE CRIBAJE DE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES VIH

RUIZ, Joana*; VILLAR GOMEZ, Irama*; ERDOZAIN CASTIELLA, Jose Gabriel*; AGUIRREBENGOA IBARGUREN, Koldo**;
BERECIARTUA, Elena**; GOIKOETXEA, Josune**; MONTEJO BARANDA, José Miguel**; EGURVIDE, Maria Victoria*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces, Barakaldo
**Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cruces, Barakaldo

Introducción:

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación rara pero bien documentada en los pacientes con infección por VIH, con una prevalencia estimada de 0.5%. El mejor método de cribado es la estimación de la presión de la arteria pulmonar (PAP) mediante ecocardiografía doppler. Se pretende estimar la PAP mediante ecocardiograma en los pacientes con infección por VIH, como método de cribado de HAP. Determinar las características clínicas de los pacientes VIH que presentan PAP > 40 mmHg y/o Vmax > 3.

Métodos:

Cohorte prospectiva de 555 pacientes VIH. Se estableció un protocolo de recogida de datos clínicos y analíticos con las siguientes variables: edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico del VIH, forma de transmisión, estadio, hábito tabáquico, presencia de cardiopatía, neumopatía o hepatopatía y presencia de disnea, así como la realización de un ecocardiograma-doppler a todos los pacientes. Se definió probable HAP la presencia de una presión pulmonar sistólica calculada superior o igual a 40 mm. Hg o Vmax mayor de 3.

Resultados:

Hallazgos del Ecocardiograma.

PAP > 40 mmHg	45 (8.2%)
Vmax > 3	22 (4%)
VD dilatado	11 (2%)
F Eyección < 50%	4 (0.7%)

TABLA 2	Valor p (PAP>40)	Valor p(Vmax >3)
IP	0.031	0.216
Anfetaminas	0.017	0.035
Cocaína	0.042	0.086
Cardiopatía	<0.001	<0.001
Neumopatía	0.014	0.002
Disnea	<0.001	<0.001
I. cardíaca dcha	<0.001	<0.001
Fallecido	<0.001	<0.001
VHC	0.144	0.034

La edad media (DE) de la muestra fue de 44 (7) años, 369 (66.5%) hombres y 186 (33.5%) mujeres. Los pacientes por infección VIH de 14 (7). El 39% pacientes se hallaban en estadio C3. El análisis univariante reveló las siguientes asociaciones (Tabla 2)

Conclusiones:

Los valores de PAP hallados por ecocardiografía pueden sobreestimar la prevalencia de HAP en los pacientes VIH, pero el ecocardiograma es un método útil de cribado de la HAP en los pacientes VIH. Las variables asociadas a la presencia de PAP>40 mmHg y Vmax > 3 son las mismas que las descritas en la literatura como asociadas a HAP

SUPRESION SUPRARRENAL EN PACIENTES VIH+ EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PROTEASA QUE RECIBEN AEROSOLES DE FLUTICASONA

MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, Eduardo; BLANCO, María José; MAYO SUÁREZ, José; CAZALLAS TARAZAGA, Juan;
IBARRA BARRUETA, Olatz

Hospital Galdakao - Usansolo, Galdakao

Hemos encontrado, entre 203 pacientes que recibían tratamiento antirretroviral basado en inhibidores de la proteasa viral (I.P.s), 4 casos de hipercortisolismo exógeno con supresión suprarrenal por tratamiento concomitante con corticoides inhalados. Pese a estar descrita previamente la interacción entre ambos, frecuentemente no se tiene en cuenta, en parte debido a la diversidad de especialistas que atienden a estos pacientes. La interacción parece más frecuente de lo descrito y, aparte del peligro real de producir una situación de hipercortisolismo, conlleva el peligro potencial de desencadenar una insuficiencia suprarrenal aguda en caso de abandonar el tratamiento antirretroviral o el inhalado.

Describimos nuestros casos y hacemos una revisión de los publicados hasta ahora.

ESTUDIO DE LA FUNCION TIROIDEA EN PACIENTES HIV

HERNÁNDEZ GARCÍA, Jerónimo; MARTI CABANE, Juan; ESCALANTE BOLEAS, Mikel; ANTÓN ARANDA, Enrique;
RUIZ DEL BARRIO, Inmaculada

Medicina Interna. Hospital de Zumárraga

Objetivo:

Estudio de la función tiroidea en nuestros pacientes HIV y su posible alteración con la terapia TARGA.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes HIV controlados en la consulta de Medicina Interna de nuestro hospital comarcal que atiende a una población adulta de 88.000 habitantes. Se realizó determinaciones analíticas de TSH, T4L, T3Total y Anticuerpos antitiroideos (anti TPO) de todos los pacientes y anamnesis dirigida a la búsqueda de síntomas relacionados con patología tiroidea. Ningún paciente se encontraba en tratamiento con interferón u otra medicación que pudiera interferir.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, 46 (66,6 %) varones y 23 (33,4 %) mujeres. Edad media varones: 44,1 (DS±5,07). Edad media mujeres: 41,4 (DS±8,87). Por cifra de CD4: 33 pacientes (47,8 %) tenían > 500 cel/mm³, 28 (40,6 %) tenían entre 200-500 y 8 (11,6 %) < 200. Tomaban TARGA 60 pacientes (87 %) y 9 (13 %) no tomaban tratamiento. Se recogieron 6 analíticas patológicas (8,7%): [Valores normales: TSH (0,27-4,2), T4L (0,93-1,70), T3T (0,8-2), Anti TPO (0-34)]

Paciente	TSH	T4L	T3T	Ac TPO	CD4	TARGA
41a(♀)	Normal	0,85	Normal	Normal		
44a(♀)	Normal	0,89	Normal	Normal	>500	TDF+3TC+EFV
33a(♀)	Normal	0,85	Normal	Normal	>500	AZT+3TC+ABC
46a(♀)	Normal	0,93	0,72	Normal	>500	ABC+3TC+Lopi/r
33a(♀)	4,85	Normal	Normal	Normal	>500	TDF+3TC+EFV
46a(♂)	5,58	Normal	Normal	Normal		

Ningún paciente presentó síntomas de alteración tiroidea.

Conclusiones:

- 1.- La alteración de la función tiroidea es poco frecuente entre nuestros pacientes (8,7%), predomina entre las mujeres, es subclínica (hipotiroidismo subclínico, alteraciones del tipo Síndrome del eutiroido enfermo) y no guarda relación con el estado de la inmunidad.
- 2.- No podemos relacionar esta alteración directamente con el TARGA, ni con un antirretroviral concreto, pero no se presentó en los pacientes sin tratamiento.
- 3.- Aunque el número de casos es pequeño, en vista de los resultados, no parece justificado solicitar rutinariamente analítica de función tiroidea a los pacientes HIV que no presenten síntomas.

NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCITICA (NIL) E INFECCION POR VIH

PUELLES EMALDIBARRA, Nagore; SAEZ DE ADANA ARRONIZ, Ester; CEBERIO HUALDE, Leticia;
SAN MIGUEL LÓPEZ DE URALDE, Sonia; ARROITA GONZALEZ, Gorka; PORTU ZAPIRAIN, Joseba

Medicina Interna. Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz

Introducción:

Presentamos el caso de un varón adolescente con NIL, VIH +.

Caso clínico:

Varón de 14 años que ingresa por cuadro respiratorio, fiebre elevada, disnea y edemas en EEII, objetivándose IRA no hipercápnica y un infiltrado intersticial con focos de consolidación parenquimatosa en LSI y ambos LI. Destacaba a la exploración un marcado retraso póndero-estatural, acropaquias y hepatomegalia. Llamaba la atención una anemia (microcítica-hipocrómica, no ferropénica) con trombopenia y linfopenia, hipergammaglobulinemia policlonal y PCR aumentada. Las serologías de atípicas, hemocultivos, cultivo de esputo frente a *P. jiroveci* y los antígenos de *Legionella* y *Pneumococo* en orina fueron negativos. El ecocardiograma puso de manifiesto una miocardiopatía dilatada con HTP (FE conservada), confirmándose por ecografía abdominal una hepatoesplenomegalia con dilatación de vena cava inferior. Se realizó serología VIH que resultó positiva (CD4 191 células/mm³, CV 603.000 copias/ml).

Diagnosticado de infección VIH estadio CDC-C3 por probable NIL, cor pulmonale 2º e insuficiencia cardíaca derecha, se instaura oxigenoterapia, tratamiento esteroideo, broncodilatador, antibiótico y diurético, TARGA (Nevirapina, Efavirenz y Abacavir) y profilaxis frente a *P. jiroveci*.

La adherencia al TARGA fue muy irregular, con mal control viroinmunológico, ingresando en UCI 3 meses después y falleciendo por PCR.

Conclusiones:

La NIL es la neumopatía intersticial más común en la infancia, entidad definitoria de SIDA en niños, más común en el VIH de adquisición perinatal.

El TARGA es clave junto con el tratamiento esteroideo.

La mortalidad es elevada por la mayor frecuencia de complicaciones infecciosas, fibrosis pulmonar o linfoma.

HERNIACION HEMISFERICA CEREBRAL POR RECONSTITUCION INMUNE EN PACIENTE VIH+ CON LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA

MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, Eduardo*; MAYO SUÁREZ, José*; CAZALLAS TARAZAGA, Juan*; BLANCO VIDAL, María José*; CABRERA ZUBIZARRETA, Alberto**

**Hospital Galdakao - Usansolo, Galdakao*

***Osatek. Hospital de Galdakao*

Se presenta el caso, con documentación de la secuencia radológica, de un paciente infectado por VIH que, a raíz de abandono de la terapia antirretroviral (TART), desarrolló lesiones cerebrales diagnosticadas de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) por virus JC; al poco tiempo de reinstaurado el tratamiento antirretroviral las lesiones mostraron datos clínico-radiológicos compatibles con síndrome de reconstitución inmune. Pese a añadir tratamiento con cidofovir, corticoides y manitol y retirar el tratamiento antirretroviral una de las lesiones mostró expansión progresiva, que provocó herniación masiva de un hemisferio cerebral y fallecimiento del paciente, sin que se pudiese identificar otra causa. Se discute la relativa frecuencia de empeoramiento de la LMP tras el inicio de la TART y la posibilidad de desarrollo de efecto masa, aunque no se había comunicado hasta ahora ningún caso de herniación cerebral.

PACIENTE VIH CON ADENOPATIAS Y SINDROME GENERAL

FERNANDEZ LADRÓN, Valentina; PEREZ RICARTE, Sara; SUAREZ LÓPEZ, Amaya; LASA INCHAUSTI, Begoña;
ALÁEZ CRUZ, José Ignacio; ÚRIZ AYESTARAN, Javier

Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona

Varón 62 años , VIH B3, con deterioro general de 2 meses, astenia, anorexia y pérdida de peso. Deposiciones líquidas . Fiebre vespertina. Ingreso hace un mes por diarrea crónica sin hallazgos de infección oportunista

AP: Trombocitopenia, HVB crónica, infección pasada por CMV, VIH B3 (AZT + 3TC, fosamprenavir , ritonavir y Sulfametoxazol+Trimetoprima). Ultimo control: carga viral 3.411 copias/ml (log3,5), 44 CD4 (11%)

En EF : Tº 38ºC, REG , SS II/IV mitral, hepatomegalia de 3 traveses, palpación de polo esplénico inferior y adenopatía en ingle izquierda , no dolorosa. En analítica , Hb : 9,1 gr/dl, LDH :186. Resto normal.

El 6º día : TAC toraco-abdominal con imágenes nodulares de 1 cm en receso pleuro-ácigos-esofágico y hepatoesplenomegalia de borde liso.

Las 2 primeras semanas, Tº 39,5ºC sin focalidad y sin crecimiento microbiológico en muestras. Se inicia Naproxeno, Rifampicina, Isoniacida , Etambutol y Claritromicina, quedando afebril.

A la semana, reaparición de fiebre y condensación en lóbulo inferior derecho, con inicio de Meropenem. Baciloscopias y cultivos micobacterias negativos.

Biopsia de adenopatía inguinal : linfadenitis crónica con depleción linfoide y proliferación vascular, compatible con angiomatosis bacilar. Se retira tuberculostáticos y se prosigue Claritromicina, antirretrovirales y profilaxis de infecciones oportunistas.

Evolución favorable. Dado de alta con diagnostico de síndrome general asociado a VIH , angiomatosis bacilar, infección VIH C3, neumonía lóbulo inferior derecho nosocomial sin documentación microbiológica y pancitopenia de causa multifactorial

Tras 8 semanas , sin astenia y afebril,. Sigue tratamiento antirretroviral adecuadamente, con cargas virales indetectables, y linfocitos CD4 menores de 250.

MEJORÍA DE LA ENFERMEDAD DE KYRLE EN PACIENTE INFECTADA POR VIH CON ANTIRRETROVIRALES

FRAGO MARQUÍNEZ, Itziar*; PORTU ZAPIRAIN, Joseba*; ALMEIDA LLAMAS, Victoria**;
PUELLES EMALDIBARRA, Nagore*;
SAN MIGUEL LÓPEZ DE URALDE, Sonia*; ARROITA GONZÁLEZ, Gorka*

**Medicina Interna. Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz*

***Dermatología. Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz.*

Introducción:

Presentamos el caso de una mujer infectada por VIH que desarrolló la enfermedad de Kyrle y su evolución tras comenzar tratamiento antirretroviral.

Caso clínico:

Paciente que 10 años después del diagnóstico de infección por VIH (CDC-A1) desarrolla distintos tipos de lesiones cutáneas: pequeñas papulas eritematosas con tapón queratósico en cara, cuello y brazos; grandes placas confluentes e hiperqueratósicas en tronco y lesiones verrucosas en manos. No tenía antecedentes familiares de dermatosis cutánea similar y su único tratamiento era citalopram.

El examen histológico mostró tapones de queratina en localización folicular y perifolicular en invaginaciones epidérmicas profundamente delimitadas, diagnosticándose de "Enfermedad de Kyrle", patología englobada dentro de las dermatosis perforantes de la piel.

La paciente recibió varios tratamientos tópicos con agentes queratolíticos tópicos y tratamientos sistémicos incluyendo corticoides y retinoides, todos ellos ineficaces.

A pesar de no cumplir criterios de tratamiento de VIH (tenía 505 CD4 y carga viral 95 copias/ml), se decidió comenzar tratamiento combinado con acitretina y antirretrovirales (zidovudina, lamivudina y abacavir) por mala evolución dermatológica, cuadro de ansiedad e ideas autolíticas que le provocaba a la paciente, mejorando las lesiones significativamente tras 10 meses de tratamiento

Conclusiones:

-La enfermedad de Kyrle se asocian con diabetes mellitus, neoplasias y enfermedades hepáticas y renales y si dichas patologías son tratadas los pacientes pueden tener un mejor pronóstico.

-La asociación de la enfermedad de Kyrle y la infección VIH no había sido descrito previamente y nosotros presentamos un caso con buena evolución tras el tratamiento con antirretrovirales.

EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DESDE EL AÑO 2000 AL 2008

IBARRA BARRUETA, Olatz; MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, Eduardo; MAYO SUÁREZ, José; CAZALLAS TARAZAGA, Juan;
GABILONDO ZELAIA, Itxasne

Hospital Galdakao - Usansolo, Galdakao

Objetivos:

Son necesarios niveles altos de adherencia para asegurar la eficacia del tratamiento antirretroviral. El objetivo de nuestro estudio es conocer la evolución de la adherencia desde el 2000 a la actualidad en nuestro hospital.

Método:

Anualmente se calcula la adherencia media de los pacientes vih en tratamiento utilizando los registros de dispensación de farmacia. Se excluyeron los pacientes a los que se les suspendió el tratamiento y los que lo abandonaron. El período de estudio fue desde el 2000 al 2008.

Resultados:

De 468 pacientes en tratamiento antirretroviral durante el 2008, 430 cumplían los criterios para el cálculo de adherencia. La media de la adherencia fue del 95% (IC95%: 94- 96). El 79% de los pacientes tenían adherencia óptima (superior al 95%) y prácticamente un 87% superior al 90%.

La evolución de la adherencia desde el 2000 hasta el 2008 ha sido positiva, la adherencia media se ha mantenido en valores altos, 93% en el 2000 y a partir del 2005 en torno al 95%.

En relación al número de pacientes con adherencia superior al 95% ha aumentado desde el 67% de pacientes en el 2000 al 79% en el 2008. Mientras que el número de pacientes con adherencias superiores al 90% se ha mantenido entre 79 y 90%.

Conclusión:

En nuestro hospital los valores de adherencia se mantienen estables con el tiempo, incluso se puede decir que presentan una tendencia positiva. Aún así, no debemos olvidar que un 20% de nuestros pacientes tienen adherencias subóptimas.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE FOSAMPRENAVIR 1400 MG POTENCIADO CON 100 MG DE RITONAVIR (FPV/R) EN UNA TOMA AL DÍA

ARAZO GARCÉS, Piedad*; CRUSELLS CANALES, M^o José**; RAMOS PAESA, Carlos*; BLANCO, JR.***; GIL-PÉREZ, Desiré*;
PASCUAL CATALÁN, Ascensión*; SANJOAQUÍN CONDE, Isabel**; GARCÍA-LECHUZ, Juan*

*H. U. Miguel Servet, Zaragoza

**H. Clínico Universitario Zaragoza

***H. San Pedro-CIBIR, Logroño

Objetivos:

valoración de la eficacia y seguridad e FPV/r 1400/100 mg en una toma al día en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral (TAR) en una cohorte del norte de España

Material y métodos: Se han valorado retrospectivamente 47 pacientes que estaban en terapia con FPV/r 1400/100 junto a dos análogos de nucleósidos (AN) que tenían un seguimiento mayor de 3 meses y que iniciaron esta terapia como primera línea (19%), cambiaron por simplificación de FPV/r dos veces al día (38%), efectos adversos de la terapia anterior (32%) o por fallo virológico o bien reinicio del TAR por abandono de terapia anterior (11%).

Resultados:

La edad media fue de 40,9 años, correspondiendo a 39 varones (83%) y 8 mujeres (17%). El tiempo medio de evolución de la infección VIH era de 10.2 años. Recibieron una media de AN, no análogos e inhibidores de proteasa de 3,3/0,8/1,0 respectivamente. Eran usuarios de drogas por vía parenteral 26 pacientes (55%), heterosexuales 14 (30%), homosexuales 7 pacientes (15%). Sida previo en el 74% (35 pacientes) y coinfección por el virus de la hepatitis C el 55% (26 pacientes). A los seis meses el incremento medio de linfocitos CD4 desde la basal fue de 111/ml, el 85% presentaban carga viral de VIH<50 copias/ml, observando un ligero descenso de los niveles transaminasas y de triglicéridos manteniéndose estables las cifras de colesterol total y colesterol-LDL.

Conclusiones:

La pauta de FPV/r 1400/100 mg una vez al día es segura eficaz y garantiza la adherencia al TAR.

ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE FOSAMPRENAVIR 1400 MG POTENCIADO CON 100 MG DE RITONAVIR (FPV/R) UNA VEZ AL DÍA EN PACIENTES QUE PRECISARON CAMBIO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL POR EFECTOS ADVERSOS

CRUSELLS CANALES, M^º José**; ARAZO GARCÉS, Piedad*; PASCUAL CATALÁN, Ascensión*; BLANCO RAMOS, José Ramón***; SANJOAQUÍN CONDE, Isabel**; GIL-PÉREZ, Desiré*; RAMOS PAESA, Carlos*; GARCÍA-LECHUZ, Juan*

*H. U. Miguel Servet, Zaragoza

**H. Clínico Universitario Zaragoza

***H. San Pedro-CIBIR, Logroño

Objetivos:

Valoración de la eficacia y seguridad del cambio de terapia a FPV/r 1400/100 una vez al día junto dos análogos de nucleósidos en pacientes infectados por VIH en TAR con mala tolerancia al mismo.

Material y métodos: Se han valorado retrospectivamente 15 pacientes a los que se indicó FPV/r 1400/100 junto a dos análogos de nucleósidos (AN) todo una vez al día y que referían efectos adversos a la terapia previa que estaban recibiendo: inhibidor de proteasa 10 pacientes (66%) no análogos de nucleósidos 2 pacientes y 1 paciente tres análogos de nucleósidos.

Resultados:

La edad media fue de 42.3 años, correspondiendo a 12 varones (80%) y 3 mujeres (20%). El tiempo medio de evolución de la infección VIH era de 11.6 años. Recibieron una media de AN, no análogos e inhibidores de proteasa de 3,7/0,8/1.4 respectivamente. Eran usuarios de drogas por vía parenteral 10 pacientes (66%), heterosexuales 3 y homosexuales 2 pacientes. Sida previo en el 26.5% (4 pacientes) y coinfección por el virus de la hepatitis C el 60% (9 pacientes). De los 15 pacientes 12 completaron un seguimiento de 6 meses observando un incremento de 71 linfocitos CD4/ml y los 12 pacientes (100%) presentaban carga viral de VIH<50 copias/ml. Se observó un descenso de los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL y un incremento de las transaminasas.

Conclusiones:

El cambio a FPV/r 1400/100 mg una vez al día en pacientes que presentan intolerancia al TAR prescrito es eficaz. El descenso de los triglicéridos y colesterol se puede atribuir a una menor dosis de ritonavir.

CAMBIO DE FOSAMPRENAVIR 1400 MG POTENCIADO CON 200 MG DE RITONAVIR (FPV/R) DOS VECES AL DÍA A FPV/R 1400/100 EN UNA TOMA AL DÍA. ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD

ARAZO GARCÉS, Piedad*; CRUSELLS CANALES, M^a José**; PASCUAL CATALÁN, Ascensión*; BLANCO, JR.***;
SANJOAQUÍN CONDE, Isabel**; GIL-PÉREZ, Desiré*; RAMOS PAESA, Carlos*; CUESTA, J.**

**H. U. Miguel Servet, Zaragoza*

***H. Clínico Universitario Zaragoza*

****H. San Pedro-CIBIR, Logroño*

Objetivos:

Valoración de la eficacia y seguridad del cambio de FPV/r 1400/200 mg en dos toma al día a FPV/r 1400/100 una vez al día en pacientes con infección por VIH que reciben tratamiento antirretroviral (TAR).

Material y métodos:

Se han valorado retrospectivamente 18 pacientes en terapia con FPV/r 1400/200 junto a dos análogos de nucleósidos (AN) a los que se simplificó a FPV/r 1400/100 en una toma. Al inhibidor de proteasa, el 66.5% se asociaba tenofovir/entricitabina y en el 33.5% abacavir/lamivudina. Se analiza la eficacia inmunoviológica y la seguridad.

Resultados:

La edad media fue de 41 años, correspondiendo a 16 varones (88%) y 2 mujeres (12%). El tiempo medio de evolución de la infección VIH era de 9.5 años. Recibieron una media de AN, no análogos e inhibidores de proteasa de 3/0,8/0.9 respectivamente. Eran usuarios de drogas por vía parenteral 11 pacientes (61%), heterosexuales 6 (16.5%), homosexuales 1 paciente. Sida previo en el 39% (7 pacientes) y coinfección por el virus de la hepatitis C el 55% (10 pacientes). De los 18 pacientes 12 completaron un seguimiento de 6 meses observando un descenso de 24 linfocitos CD4/ml y los 12 pacientes (100%) presentaban carga viral de VIH<50 copias/ml. Se observó un claro descenso de las transaminasas, y un aumento de los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL.

Conclusiones:

La pauta de FPV/r 1400/100 mg una vez al día es eficaz y segura desde el punto de vista hepático, sin observar mejoría en los niveles de lípidos.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE DARUNAVIR 900 MG POTENCIADO CON RITONAVIR 100 MG (DRV/R) EN UNA TOMA AL DÍA (QD). ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD

ARAZO GARCÉS, Piedad*; PASCUAL CATALÁN, Ascensión*; COMÍN ORCE, Ana*; RAMOS PAESA, Carlos*; HERNÁNDEZ, María Ines**; GIL-PÉREZ, Desiré*; GARCÍA-LECHUZ, Juan*

**H. U. Miguel Servet, Zaragoza*

***H. San Pedro, Logroño*

Objetivos:

valoración de la eficacia y seguridad de la terapia antirretroviral (TAR) que incluye DRV/r a dosis de 900/100 mg en QD junto a otros fármacos antirretrovirales.

Material y métodos

Se han valorado retrospectivamente 13 pacientes en terapia con DRV/r 900/100 en QD. En 10 pacientes se asociaba a dos análogos de nucleósidos (AN), en 2 además se incluía etravirina y en uno raltegravir. Todos tenían experiencia en TAR con fallo virológico (4 casos), simplificación (4 casos) y efectos adversos a la terapia que recibían (6 pacientes) Se analiza la eficacia inmunoviológica, seguridad hepática y niveles de lípidos.

Resultados:

Son siete varones y seis mujeres. El tiempo medio de evolución de la infección VIH era de 13.2 años. Recibieron una media de AN, no análogos e inhibidores de proteasa de 5,5/01,4/4,1 respectivamente. Sida previo en el 76% (7 pacientes) y coinfección por el virus de la hepatitis C el 76% (7 pacientes). La situación basal era: media de linfocitos CD4 de 368/ml, carga viral (CV) de VIH indetectable en 7 pacientes y los 6 restantes tenían una media de 3,3 log₁₀. A la 24 semana se observó un incremento medio de 90 linfocitos CD4/ml y el 92% presentaban CV < 40 copias/ml. Se observó un claro descenso de las transaminasas, así como descenso de los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL.

Conclusiones:

La terapia que incluye DRV/r a las dosis de 900/100 mg en QD es una opción eficaz y segura con disminución de los niveles de lípidos.

EFICACIA DE LA INTENSIFICACIÓN CON DARUNAVIR/RITONAVIR (DRV/R) CON BAJAS VIREMIAS EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE PROTEASA POTENCIADOS (IP/R)

ARAZO GARCÉS, Piedad*; GIL-PÉREZ, Desiré*; COMÍN ORCE, Ana*; RAMOS PAESA, Carlos*; HERÁNDEZ, Desiré**;
PASCUAL CATALÁN, Ascensión*; GARCÍA-LECHUZ, Juan*

* H. U. Miguel Servet, Zaragoza

**San Pedro, Logroño

Objetivos:

valoración de la eficacia de la sustitución del IP/r por DRV/r en pacientes con viremias bajas persistentes en pacientes infectados por el VIH en tratamiento antirretroviral (TAR) estable

Material y métodos:

Se presentan 7 pacientes en tratamiento con IP/r junto con análogos de nucleósidos (AN) que presentaban carga viral (CV) entre 50-1500 copias/ml de forma persistente a los que se les sustituyó el IP/r por DRV/r a la dosis de 600/100 mg dos veces al día. Se analiza la respuesta virológica e inmunológica a 12 y 24 semanas.

Resultados:

La edad media fue de 43 años, correspondiendo a 4 varones y 3 mujeres. El tiempo medio de evolución de la infección VIH era de 11.7 años. Tres pacientes recibían doble IP potenciado junto a 2 AN uno de estos además estaba recibiendo enfuvirtide y lamivudina, los 4 pacientes restantes estaban en tratamiento con un IP/r y 2 AN. A todos ellos se cambió el IP/r por DRV/r manteniendo los AN y el paciente que recibía enfuvirtide además se sustituyó éste por etravirina. A las 12 semanas 6 pacientes presentaban CV inferior a 40 copias/ml, y todos los que tenían un seguimiento a 24 semanas (6 pacientes) estaban con indetectabilidad del VIH (inferior a 40 copias/ml). Se observó un incremento medio de linfocitos CD4 de 206/ml

Conclusiones:

En los pacientes en TAR con IP/r y con baja viremia persistente la Darunavir/ritonavir es una alternativa para conseguir el objetivo terapéutico de indetectabilidad del VIH.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS FARMACOS (DARUNAVIR-DRV, ETRAVIRINA-ETR, RALTEGRAVIR-RTG Y MARAVIROC-MVC) EN EL RESCATE DE PACIENTES VIH+: ESTUDIO PROSPECTIVO 2006-2009

AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; BUSTINDUY ODRIOSOLA, M^a Jesus; ARAMBURU BENGOTXEA, M^a Jose; ARRIZABALAGA, Julio; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; IBARGUREN PINILLA, Maialen; EGUILUZ, Amaia

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

En los últimos 3 años, se han comercializado nuevos fármacos que pueden ser útiles en pacientes con multi-resistencia.

Objetivos:

Analizar eficacia y seguridad del rescate actual, con nuevos antiretrovirales.

Material y métodos:

Estudio prospectivo observacional de pacientes con fracaso virológico en rescate con nuevos fármacos. Se analizan, características demográficas, TAR previo/actual, genotipo basal acumulado de resistencias, situación inmuno-virológica basal y su evolución, seguridad y efectos secundarios.

Resultados:

Enero 2009: 1135 pacientes con TARGA, 33 (2'9%) en rescate actual, 29 con estudio de resistencias. Varones, 82%, edad media 44 años, 48% UDVP. Ttos previos: Media 6'8 (R:1-17), inicialmente monoterapia/biterapia 78'8%, TARGA 21,2%, uso en rescate previo: Tipranavir 24%, T20 12%. Mediana y R de CV y CD4 previos al inicio de rescate: 13700 (73-683593), 266(25-637).

Resistencias: ITIAN 100% (TAMs 93%), ITINAN 83%, IP 100% (Primarias 93%).

Rescate: Pacientes con DRV 75%, RTG 72%, MVC 42%, ETV 18%. 69% más de 1 fármaco nuevo.

Seguimiento: Mediana 11 meses (R:1-33). Evolución: CV (mediana y % de indetectabilidad) y CD4 (mediana) a los 3-6-2-18-24 y 30 meses: CV mediana <40 en todas, 74-71-87-66'6-100 y 100%, CD4 362-446-408-254-208 y 370.

Seguimiento: 0 fallecidos, 3 ingresos (2 NAC, 1 celulitis), 4 cambios de tto (1 por interacción con MVC, 1 por aumento transaminasas, 1 por ascitis, 1 paso a pauta subóptima), otros eventos: 1 dudosa neuropatía/1 recaída en UDVP.

Conclusiones:

Los nuevos fármacos son eficaces, seguros y bien tolerados.

No hubo fallecimientos ni ingresos por infecciones oportunistas.

En pacientes con multi-resistencias, se obtuvo buena respuesta inmuno-virológica.

UTILIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA POTENCIADOS (IPP), DARUNAVIR (DRV) Y TIPRANAVIR (TPR), EN EL RESCATE ACTUAL DE PACIENTES VIH+: ESTUDIO PROSPECTIVO 2006-2009

AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; BUSTINDUY ODRIUZOLA, M^ºJesus;
ARAMBURU BENGOTXEA, M^º Jose; ARRIZABALAGA, Julio; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco;
VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel;
GARCÍA GUTIERREZ, Francisco Jesús; ZUBILLAGA, Elena

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

La elección del IPP es un problema en el rescate.

Objetivos:

Analizar la utilidad de los nuevos IPP (TPR y DRV) en nuestra cohorte de pacientes en rescate con alguna de los nuevos fármacos (DRV, etravirina, raltegravir y maraviroc).

Material y métodos:

Estudio prospectivo observacional. Se analiza: Utilidad de TPR y DRV (según Stanford); características demográficas, TAR previo, situación inmuno-virológica basal, resistencias globales y a IPP; sensibilidad a diferentes IPP, agrupándolos en potencialmente sensibles, resistencia intermedia y resistencia de alto nivel.

Resultados:

A Enero del 2009, 1135 pacientes en TARGA, 33 (2'9%) en rescate con nuevos fármacos, 29 con estudio de resistencias. Varones 82%, edad media 44 años, 48% UDVP. Ttos previos: Media 6'8 (R:1-17), monoterapia/biterapia inicial 78'8%, TARGA inicial 21'2%, uso en rescate previo: Tipranavir 24%, T20 12%. Mediana y R de CV y CD4 previos al inicio de rescate: 13700 (73-683593), 266 (25-637). Resistencias: ITIAN 100%, ITINAN 83%. Resistencia a IP 100%, media 8'2 (R 1-12), Primarias el 93%, alguna mutación a TPR 90%, a DRV 62%. Mutaciones mas frecuentes a TPR: I54V 61'5%, L90M 53'8%, M36I 46'1%, a DRV: I84V 31%, V32I e L33F 20'7%.

Sensibilidad calculada para TPR y DRV: potencialmente sensibles 44'8 y 86'2%, resistencia intermedia 41'4 y 13'8%, resistencia de alto nivel 13'8 y 0%

Conclusiones:

En nuestra cohorte:

- El 90% tiene alguna mutación a TPR y 62% a DRV
- El 44'8% es potencialmente sensible a TPR y 86'2% a DRV
- El 13'8% tiene resistencia de alto nivel a TPR y 0% a DRV

UTILIDAD DE LA ETRAVIRINA (ETR) SEGÚN SU "SCORE" EN EL RESCATE ACTUAL DE PACIENTES VIH+: ESTUDIO PROSPECTIVO 2006-2009

AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; BUSTINDUY ODRIUZOLA, M^a Jesus;
ARAMBURU BENGOTXEA, M^a Jose; ARRIZABALAGA, Julio; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco;
VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier;
GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; LEIZAOLA ARREGI, Katixa; ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

A pesar del TARGA, hay pacientes con virus resistentes a las 3 familias clásicas. La ETR presenta un "score" para cuantificar respuesta.

Objetivos:

Analizar la potencial utilidad de ETR, según su "score", en una cohorte en rescate con los nuevos fármacos (ETR, darunavir-DRV, raltegravir-RTG y Maraviroc-MVC).

Material y métodos:

Estudio prospectivo observacional de pacientes con fracaso (Carga Viral (CV) detectable), en rescate con los fármacos estudiados.

Análisis general: Características demográficas, TAR previo y actual, situación inmuno-virológica basal.

De forma específica: Resistencias a no nucleósidos, utilidad del "score" de ETR (Vingerhoets J. et al).

Resultados:

A Enero del 2009, 1135 pacientes en TARGA, 33 (2'9%) en rescate con nuevos fármacos, 29 con estudio resistencias. Varones, 82%, edad media 44 años, 48% UDVP. Ttos previos: Media 6'8 (R:1-17), monoterapia/biterapia inicial 78'8%, TARGA inicial 21'2%, uso en rescate previo: Tipranavir 24%, T20 12%. Mediana y R de CV y CD4 previos al inicio de rescate: 13700 (73-683593), 266 (25-637). Resistencias: ITIAN 100% (TAMs 93%), IP 100% (Primarias el 93%). ITINAN 83%, Media 2'2 (R: 1-4), K103N el 54'2%. Alguna mutación a ETR 75%. Según "score": 55'6% respuesta completa, 44'4% intermedia, 0% escasa. 38'9% con mutaciones que por si solas confieren resistencia intermedia en "score"; Y181C 57'1%, L100I 42'9%, resto 0%.

Conclusiones:

Según "score" ETR, en nuestra cohorte,

- El 55'6% de pacientes con alguna mutación a ETR, presentaría respuesta completa a ETR, el 44'4% intermedia y ninguno nula.
- La mutación mas frecuente que por si sola confiere resistencia intermedia es la Y181C

COINFECCIÓN VIH Y HEPATITIS

EVOLUCION DE LOS PACIENTES VIH+CON CIRROSIS POR VHC TRATADOS MEDIANTE EMBOLIZACION PARCIAL ESPLENICA Y REGIMEN ANTI-VHC

MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, Eduardo; MAYO SUÁREZ, José; CAZALLAS TARAZAGA, Juan; MIGUÉLEZ VIDALES, José Luis; ECHEVARRÍA URANGA, Javier

Hospital Galdakao - Usansolo, Galdakao

Presentamos 10 pacientes con infección por VIH y cirrosis por virus de hepatitis C (VHC), en los que la existencia de trombopenia provocaba que el tratamiento anti-VHC estuviese contraindicado o hubiese sido intolerado previamente, sometidos a embolización parcial esplénica. Presentaron complicaciones mayores 2 pacientes (uno infarto esplénico masivo con peritonitis química y otro absceso esplénico estéril). En todos los pacientes excepto uno se produjo un aumento de la cifra de plaquetas. De nueve pacientes que iniciaron tratamiento anti-VHC ocho lo toleraron sin desarrollar trombopenia grave. Cuatro pacientes han erradicado el VHC y en un seguimiento de entre 1 y 5 años están asintomáticos de su hepatopatía. Un paciente, con respuesta virológica rápida, se perdió para seguimiento. Un paciente presentó respuesta virológica tardía (6º mes) pero falleció por complicaciones infecciosas durante el tratamiento. Un paciente está actualmente en tratamiento y presenta respuesta viral rápida. Un paciente con respuesta virológica parcial abandonó el tratamiento por causas no relacionadas con trombopenia. Una paciente, sin respuesta virológica, abandonó el tratamiento por recidiva de la trombopenia y falleció 3 años después.

Concluimos que mientras no se disponga de un tratamiento farmacológico eficaz para corregir la trombopenia en pacientes con cirrosis por VHC coinfectados por VIH la embolización parcial esplénica es la única opción razonable; que, con una selección cuidadosa de casos los resultados son satisfactorios; y que, dado el mal pronóstico de estos pacientes sin tratamiento, la trombopenia no debe ser un impedimento para el inicio de la terapia anti-VHC.

ESTUDIO ECONÓMICO BIOPSIA HEPÁTICA (BH) / ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN®) EN PACIENTES COINFECTADOS POR VHC Y VIH

VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; RODRIGUEZ-ARRONDO, Francisco; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ORTIZ DE ZARATE, Zuriñe; ARRIZABALAGA, Julio; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; BUSTINDUY ODRIÓZOLA, M^º Jesús; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; GARCÍA, Francisco

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

la BH, es una técnica cruenta, mal aceptada por el paciente, pero la referencia para la evaluación de la fibrosis hepática. La elastografía hepática es una alternativa validada con puntos de corte asociados a fibrosis significativa y ausencia de fibrosis.

Objetivo:

estudio de coste-efectividad de esta técnica.

Material y métodos:

los costes se han evaluado según la facturación de nuestro centro en el año 2008. Cada BH sin ingreso 2214,4€, desglosado en 27,2 GRDs (un GRD=77€), y 120€ por procedimiento. Con ingreso, el coste es $1,1435 \times 2690 = 3076,01€/\text{día}$.

Fibroscan: coste del aparato, según evaluación de tecnologías sanitarias del ISCIII: 72.000€, repartido en 5 años=14400/año, mantenimiento, seguro y calibración/anual 4360€. Cualquier exploración en consultas: 70€.

Se han considerado los puntos de corte de 6 y 9KPa para descartar y confirmar fibrosis significativa.

Resultados:

el riesgo de complicaciones de la BH con ingreso es del 1-3%. Coste por 99BH sin y una con ingreso: 222301,61. Coste 100 exploraciones fibroscan: 25760.

Sin ingresos por BH, (mejor escenario posible), se ahorrarían costes a partir de la novena biopsia evitada.

- 9BH x 2214,4=19929,6

- Fibroscan 14400 (aparato) + 4360 (mantenimiento) + 630 (9 exploraciones)= 19390

Con los puntos de corte de 6 y 9KPa, clasificamos y podemos evitar al menos 2/3 de las BH.

Conclusiones:

La técnica es rentable desde el punto de vista económico si se evitan más de ocho biopsias al año. Es fácilmente aplicable a la mayoría de los pacientes y puede evitar al menos 2/3 de las BH.

CANDIDATOS PARA TRATAMIENTO A CORTO PLAZO FRENTE A VHC EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH+

ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; RODRIGUEZ-ARRONDO, Francisco; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ARRIZABALAGA, Julio; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^º Jesús; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

numerosos trabajos describen que una proporción baja de pacientes coinfectados es tratado de su hepatitis C. En el 2003 un 24% de los pacientes de nuestra consulta era candidato al tratamiento a corto plazo. Desde entonces hemos tratado aproximadamente un tercio de los pacientes con ARN positivo.

Objetivo:

identificación de los pacientes candidatos a iniciar tratamiento de su hepatitis en los siguientes 6 meses.

Material y métodos:

entre noviembre de 2007 y abril de 2008, se han evaluado 285 pacientes consecutivos antiVHC+ en nuestras consultas. Se han excluido 19 pacientes con RVS previa.

Resultados:

34 pacientes tenían ARN negativo, 215 positivo y no realizado o pendiente en 26; 58 tenían fibrosis menor de F2 por Fibroscan o BH, aunque no era criterio de exclusión, otras razones para no considerar el tratamiento fueron: seguimiento irregular en 39, comorbilidades relevantes 29, sin terapia ARTV estable 24, CD4 menores de 100 en 23, reticencia al tratamiento 22, patología psiquiátrica no controlada 19, No respuesta a tratamiento previo habiendo recibido dosis adecuadas en 10, coinfección con VHB y VHD 8, ADVP activo 8, más de 60 gr /día de alcohol 8, Child B 6, embarazo 5.

Globalmente se consideraron candidatos a tratamiento 42/241 pacientes (17,4%).

Conclusiones:

a pesar de que un tercio de los pacientes coinfectados ha recibido tratamiento, a corto plazo un 17% adicional podría ser tratado.

En nuestra experiencia, en torno al 50% de los pacientes puede ser tratados de su hepatopatía si se elige el momento adecuado.

EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA POR ELASTOMETRÍA (FIBROSCAN®) EN 485 PACIENTES COINFECTADOS POR VIH Y VHC

ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; RODRIGUEZ-ARRONDO, Francisco; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ARRIZABALAGA, Julio; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^o Jesús; IBARGUREN PINILLA, Maialen; EGUILUZ PINEDA, Amaia

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

la elastometría hepática es una técnica no invasiva, alternativa a la biopsia hepática. Es fácilmente aceptable por el paciente por lo que se ha podido estudiar un mayor espectro de pacientes.

Objetivo:

describir la situación de la fibrosis hepática, medida por elastometría en una muestra amplia representativa de la población coinfectada en nuestro medio.

Material y métodos:

se han establecido los puntos de corte de 7.1, 9.5 y 12.5 KPa para fibrosis en estadios 2/3/4 respectivamente, de la escala METAVIR. Algunos estudios describen la asociación entre hipertensión portal y valores superiores a 20 KPa. También se han propuesto los puntos de corte de 6kPa con un valor predictivo negativo (VPN) de un 90% para fibrosis F2 o superior y de un 100% para F3 o superior y de 9kPa con un VPN de 100% para ausencia de fibrosis y VPP del 87% para F2 o superior.

Se describe la primera exploración realizada en los pacientes coinfectados entre enero de 2007 y diciembre de 2008 en una cohorte de 1500 pacientes VIH+.

Resultados:

los primeros 485 pacientes explorados, presentaron valores asociados a <F2, F2, F3 y F4 en: 45%/19%/8%/28% respectivamente y con un 14,4% con mediciones mayores de 20KPa.

Un 29,9% tuvo mediciones menores de 6KPa, 32,2% entre 6 y 9 y 37,9% mas de 9 KPa.

Conclusiones:

un 55% de los coinfectados tiene fibrosis significativa y un 36% avanzada.

Un tercio de los pacientes tendría valores entre 6 y 9KPa, y precisarían otras exploraciones adicionales o un seguimiento individualizado

PROGRESION DE LA FIBROSIS MEDIDA POR FIBROSCAN EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH Y VHC

VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ARRIZABALAGA, Julio; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^e Jesús; ORTIZ DE ZARATE, Zuriñe; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; IBARGUREN PINILLA, Maialen; GARCÍA, Francisco

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

la progresión de la fibrosis no es lineal. En estudios de biopsias pareadas un 25% de los pacientes ha progresado 1-2 estadios de fibrosis. Una técnica no invasiva, el fibroscan nos permite realizar un seguimiento secuencial con facilidad.

Objetivo:

evaluar por fibroscan la progresión de la fibrosis en pacientes coinfectados.

Material y métodos: revisión de los pacientes con dos lecturas de fibroscan con un intervalo superior a 6 meses, entre enero de 2007 y diciembre de 2008, en pacientes que no habían recibido tratamiento con interferón en ese periodo. Se han recogido las variables: peso, talla, antigüedad de la infección, ingesta de alcohol y tratamiento antirretroviral. Se ha evaluado la evolución según la escala de Castera de 7,1-9,5 y 12,5KPa para fibrosis F2-F3-F4 y la de Macias con cortes en 6 y 9KPa.

Resultados:

se exploraron 53 pacientes, con los siguientes resultados:

Segunda exploración →	F0-F1	F2	F3	F4
1ª exploración ↓				
F0-F1	14	2	1	2
F2	4	3	6	1
F3	1	1	2	4
F4	0	1	1	10

Segunda exploración →	<6KPa	6-9KPa	>9KPa
1ª exploración ↓			
<6KPa	8	1	1
6-9KPa	5	10	7
>9KPa		1	20

Variaron al menos un estadio en los estadios intermedios, 17/22 y 12/22 respectivamente.

Conclusiones: hubo una variación significativa en la elasticidad en el 28-45% de los pacientes, sobre todo en estadios intermedios de fibrosis. La escala de Macias muestra una mayor estabilidad en el estadiaje.

No conocemos que proporción de la variación depende de la propia técnica.

FRECUENCIA DE EFECTOS ADVERSOS PSIQUIÁTRICOS COMO MOTIVO DE RETIRADA DEL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITS C (VHC)

PORTU ZAPIRAIN, Joseba*; SANTAMARÍA MAS, Maribel*; BETOLAZA NANCLARES, Soledad*; GRIVE ISERN, Nuria**;
SAN MIGUEL LÓPEZ DE URALDE, Sonia*; ARROITA GONZALEZ, Gorka*; CEBERIO HUALDE, Leticia*; SAEZ DE ADANA ARRONIZ,
Ester*; PUELLES EMALDIBARRA, Nagore*; FRAGO MARQUINEZ, Itziar*; TARABINI-CASTELLANI CIORDIA, Paola

**Hospital Txagorritxu, Vitoria - Gasteiz*

***Hospital Psiquiatrico Araba, Vitoria - Gasteiz*

Introducción:

La comorbilidad psiquiátrica es frecuente en los pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) con antecedentes de drogadicción y , además, el tratamiento del VHC se asocia a efectos adversos psiquiátricos. Nuestro objetivo es cuantificar la frecuencia de efectos adversos psiquiátricos que condicionan retirada del tratamiento.

Métodos:

Pacientes con antecedentes de drogadicción tratados del VHC, en el período 2001-2008. Se analiza la comorbilidad psiquiátrica asociada según códigos de CIE-10, y la positividad de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la suspensión del tratamiento por motivos psiquiátricos.

Resultados: De 119 pacientes tratados del VHC con coinfección por el VIH, el 97,4% tenían antecedentes de drogadicción, un 27,7% tenían comorbilidad psiquiátrica asociada (5,3% esquizofrenia; 36,8% trastornos afectivos; 21,1% trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos y el 36,8% trastornos de la personalidad y del comportamiento), solo 1 paciente suspendió el tratamiento por efecto adverso psiquiátrico.

De 70 pacientes monoinfectados tratados del VHC, el 98,5% tenían antecedentes de drogadicción, un 37,1 tenían comorbilidad psiquiátrica asociada (15,4% trastornos mentales orgánicos; 7,7% esquizofrenia; 53,8% trastornos afectivos; 15,4% trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos y el 7,7% trastornos de la personalidad y del comportamiento, ninguno suspendió el tratamiento por efecto adverso psiquiátrico.

Conclusiones:

Es frecuente la presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con antecedentes de drogadicción. Sin embargo, los efectos adversos psiquiátricos como causa de suspensión del tratamiento del VHC ocurre en un porcentaje bajo.

Este trabajo está financiado parcialmente por CajaVitalKutxa

NECESIDADES DE ASISTENCIA POR SALUD MENTAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON INTERFERON

PASCUAL TOMÉ, Lydia; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; RODRIGUEZ ZABALETA, Maier; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; ARRIZABALAGA, Julio; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; BUSTINDUY ODRIÓZOLA, M^º Jesús; ORTIZ DE ZARATE, Zuriñe; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

se ha descrito una elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes coinfectados por VIH y VHC, por otra parte el tratamiento con interferon se ha asociado a cuadros de depresión severa y de irritabilidad

Objetivo:

conocer las necesidades de asistencia psiquiátrica durante el tratamiento con interferon en nuestro medio y la posibilidad de continuar el tratamiento tras su detección.

Material y métodos:

revisión de los pacientes coinfectados que se encontraban en tratamiento con peginterferón en 2 periodos, 2007 y tras la elaboración de un protocolo específico en 2008.

Resultados: en 2007, 14/42 (33%) tuvieron seguimiento en Salud Mental
6 de los 14 (43%) estaban en seguimiento previo por Salud Mental.

La evolución fue:

- 10 finalizaron 48 semanas de tratamiento
- 2 se interrumpió el tratamiento por falta de eficacia
- 1 se trasladó a otro centro y se interrumpió el tratamiento por toxicidad tiroidea
- 1 finalizó el tratamiento en la semana 42 por depresión severa.

Durante el 2008, se encontraban en tratamiento 43 pacientes; 6/43 (14%), necesitaron asistencia durante el tratamiento. 3/6 estaban en seguimiento previo en Salud Mental y no hubo retiradas de tratamiento por este motivo.

Conclusiones:

las necesidades de atención por Salud Mental son relativamente frecuentes durante el tratamiento con interferon. La mitad de los pacientes tiene seguimiento y patología previa antes de iniciar el tratamiento
Con terapia específica, la mayoría de los pacientes puede finalizar el tratamiento previsto.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DIFERENTES AL VIH

DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GIPUZKOA

CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; YURRITA ANDONEGUI, Josune; COLLINET, Wakilkiria; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ARRIZABALAGA, Julio; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^a Jesús

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

Se analizaron las características clínicas y epidemiológicas de la infección por Chlamydia trachomatis en una consulta monográfica de enfermedades de transmisión sexual y el diagnóstico microbiológico de la misma en distintos tipos de muestras.

Material y métodos:

Se analizan todas las muestras recogidas para C. trachomatis en una consulta de monográfica de enfermedades de transmisión sexual en Gipuzkoa durante el trienio 2006-2008. Se empleó para el diagnóstico la técnica de reacción en cadena de la polimerasa.

Resultados:

Entre los años 2006 y 2008 estudiamos 1095 muestras. Se detecta 58 muestra positivas. El 43 % son mujeres y un 57% hombres. La edad media es 28,5 años. Un 21% de los pacientes son homosexuales y un 79% heterosexuales. Se analizan 403 muestras uretrales, 582 cervicales y 110 rectales.

Un 59,64 % de los pacientes son españoles, un 33,33% son latinos, un 3,5% de Europa del este y un 3,5% africanas. La prevalencia de la infección de C. trachomatis fue de 5,4% (6,3% en hombres y 4,6% en mujeres) . Los exudados uretrales, cervicales y rectales fueron positivos en el 6.2, 4.1 y 8.1% respectivamente. Un paciente presentó una muestra de cervix y anal positiva simultáneamente. El 95% de los pacientes con muestra rectal positiva y un 75 % de los cervicales positivos cursaron de forma asintomática.

Conclusiones:

La toma de muestra sistemática para la detección de C. trachomatis es importante para la detección precoz de la infecciones de transmisión sexual. El estudio del exudado rectal es importante en pacientes homosexuales. Un importante % de infecciones cursa de forma asintomática.

EL AUMENTO DE LA SIFILIS EN NUESTRO MEDIO

CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; ANDONEGUI YURRITA, Josune;
IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ARRIZABALAGA, Julio; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco;
GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; BUSTINDUY ODRIÓZOLA, M^e Jesús

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

En los últimos años y al igual que en el resto de Europa estamos asistiendo a un importante aumento de la incidencia de la sífilis, una infección de transmisión sexual (ITS) poco frecuente en nuestro medio hasta ahora.

Material y métodos:

Revisamos retrospectivamente todos los casos de sífilis precoz diagnosticados en una consulta monográfica de ITS entre los años 2003 y 2008.

Resultados:

En ese período de tiempo se diagnostican un total de 38 sífilis precoces: 9 en los años 2003-2005, 6 en 2006, 11 en 2007 y 12 en 2008. 13 de ellas coincidieron con el diagnóstico de infección por VIH. 35 pacientes fueron hombres y 3 mujeres. La edad media fue 36,5 años. Un 75 % de los diagnósticos se dieron en pacientes homosexuales y un 19 % fueron pacientes inmigrantes. Sólo un 5% de los pacientes se dedicaban a la prostitución. El diagnóstico fue clínico en 17 pacientes y todos tuvieron un resultado de RPR y FTA-abs/TPHA (+) con VDRL cuantitativo (+).

Conclusiones:

Se observa en los últimos años un importante aumento de casos de sífilis precoz, sobre todo en pacientes homosexuales. Un grupo importante de ellos son diagnosticados simultáneamente de sífilis precoz y VIH. Este problema debe hacer insistir en las campañas de prevención y pone de manifiesto la necesidad de consultas monográficas de ITS.

LUES SECUNDARIA

GIL-SETAS, Alberto; BELOQUI PÉREZ DE OBANOS, Raquel; RUBIO OBANOS, Teresa; ECHEVERRÍA ECHEVERRÍA, Aitxiber;
ESQUILLOR RODRIGO, María Jose; GUTIERREZ DUBOIS, Jorge; GONZALEZ RODRIGUEZ, Catalina Isabel;
CABALLERO ASENSIO, Ruth

Hospital Reina Sofía, Tudela

Caso Clínico:

Varón de 31 años de edad, con práctica de riesgo al que se realizan controles seriados para VIH, hepatitis B y sífilis desde el año 2006. En ese momento presenta una hepatitis aguda B con transaminasas elevadas. Serología HBS Ag (+), HBe Ag (+) y HBc AC (+), serología de sífilis y VIH negativas. En marzo 2007: datos marcadores de curación, con Ac para VIH y serología de sífilis negativas. En Diciembre 2008 acude al Sº de urgencias por ictericia demostrando una hepatitis A aguda y Ac para VIH positivos. A las 3 semanas se realiza test confirmatorio para VIH y se observa una erupción en tronco y en extremidades con afectación palmar realizando una biopsia cutánea con resultado positivo en la tinción con Ac monoclonales anti-treponema. Ante este hallazgo días más tarde, se repite la serología de sífilis demostrando TPHA (+) y RPR 1/16, con confirmación mediante anticuerpos CLIA (+). Se realiza VDRL y se comienza tratamiento

Conclusiones:

- Se han descrito retrasos en la positividad o falsos negativos del RPR/VDRL y TPHA que pueden explicarse por el efecto prozona
- A menudo la clínica luética en pacientes seropositivos es atípica
- El VIH favorece la progresión más rápida de la sífilis por el empeoramiento de la inmunidad celular

Por tanto, cuando la clínica es sugestiva de lues, pero la serología es negativa, se recomienda realizar serologías luéticas y llevar a cabo pruebas alternativas. Además, el diagnóstico de sífilis secundaria obligado descartar afectación del SNC

EVOLUCIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS DE NEISSERIA GONORRHOEAE EN EL PERÍODO 2002-2008

SORIA BLANCO, Luis Miguel; HERNÁNDEZ ALMARAZ, Jose Luis; URRRA ZALBIDEGOITIA, Elena; MARTÍNEZ RIENDA, Inés;
RAGA BORJA, Salvador

Hospital de Cruces, Barakaldo

Introducción:

Lo datos publicados sobre sensibilidad a antibióticos de N.gonorrhoeae en Europa muestran un rápido aumento de la resistencia en los últimos años. El objetivo fue comprobar el nivel de resistencia y evolución anual en nuestra zona de influencia.

Material y métodos:

Se realizó el estudio de muestras recibidas entre 2002-2008, procedentes del hospital y ambulatorios de nuestra zona. Se sembraron en Agar chocolate (bioMérieux) y Agar chocolate VCAT3 (bioMérieux). La identificación se realizó con galería comercial ApiNH (bioMérieux). El estudio de sensibilidad a Penicilina, Ceftriaxona, Ciprofloxacino y Tetraciclina se efectuó mediante E-Test (bioMérieux) con la cepa control ATCC49226. La interpretación se realizó según los criterios del CLSI. La detección de β-lactamasa se hizo mediante Nitrocefina disk (Becton-Dickinson).

Resultados:

Se procesaron un total de 4.855 muestras con 108 positivos (2,23%) correspondientes 98 pacientes (hombres 95,92%). El 69,38% tenían entre 26-45 años; La distribución de muestras fue 104 exudados uretrales (96,3%), 2 endocervicales (1,9%), 1 vaginal (0,9%) y 1 conjuntival (0,9%). La resistencia a Ciprofloxacino se incrementó, durante el periodo de estudio, desde 0% en 2002 (CMI50: 0,06 µg/ml, CMI90: 0,1 µg/ml) hasta 82,3% en 2008 (CMI50: 16 µg/ml., CMI90: >32 µg/ml.). La resistencia media a Penicilina y a Tetraciclina durante el periodo fue de 87,3% y 89,2% respectivamente, no apreciándose incrementos significativos. No se aisló ninguna cepa resistente a Ceftriaxona.

Conclusiones:

En el periodo estudiado la resistencia a Ciprofloxacino mostró una tendencia creciente, alcanzando niveles preocupantes en 2008. Para el resto de antibióticos no se apreció variación en sus altos niveles de resistencia.

INFECCIONES EN VIAJEROS E INMIGRANTES

DENGUE IMPORTADO: UN PROBLEMA ACTUAL

ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; RODRIGUEZ-ARRONDO, Francisco; MILAGROS, Montes;
IRIBARREN LOYARTE, José Antonio

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

El dengue es una arbovirosis transmitida por un mosquito del género *Aedes*. Es endémica en áreas tropicales y su incidencia está aumentando en viajeros que retornan de dichas zonas.

El objetivo del estudio fue conocer el número de casos diagnosticados de dengue importado en nuestro Hospital desde el año 2005, así como las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los mismos.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de dengue en el Hospital Donostia entre septiembre de 2005 y septiembre de 2008. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos, así como información microbiológica y terapéutica.

Resultados:

Se diagnosticaron 7 casos de dengue en pacientes que habían viajado a zonas tropicales endémicas. Todos los casos presentaron fiebre y 43% lesiones cutáneas. Se apreciaron pequeñas lesiones hemorrágicas en el 23% de los pacientes, pero ninguno de ellos presentó síntomas graves ni cumplió criterios de la Organización Mundial de la Salud para dengue hemorrágico. Los casos fueron confirmados serológicamente y en 3 de ellos se conoció el serotipo causante de la infección.

Conclusiones:

En el Hospital Donostia, que da servicio a un área de 600.000 habitantes con escasa inmigración, se han diagnosticado 7 casos de dengue en tres años. No hemos observado ningún caso con manifestaciones graves de la infección. Es importante el diagnóstico correcto de dengue por el mayor riesgo de manifestaciones graves tras una segunda infección por un serotipo distinto, lo que obliga a extremar las precauciones para evitar las picaduras de insectos en futuros viajes a zonas endémicas.

HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena*; CAPELLÁN, J.F.**; ARRINDA, J.M.

**Hospital Donostia, San Sebastián*

***Hospital Comarcal del Bidasoa, Hondarribia*

Introducción:

La estrombiloidiasis producida por *Strongyloides stercoralis* es una parasitosis intestinal endémica en zonas tropicales. Generalmente paucisintomática, puede perpetuarse y producir hiperinfección en pacientes inmunosuprimidos por diseminación sistémica de larvas.

Con el incremento de los viajes internacionales y del uso de tratamientos inmunosupresores en diversas enfermedades, es posible observar manifestaciones graves de esta infección, en zonas no habituales, como es nuestro entorno.

Objetivos:

Concienciar a los médicos del grave riesgo que implica esta parasitosis para los inmunosuprimidos.

Caso clínico:

Presentamos el caso de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* en un varón de 77 años, natural de Gipuzkoa, con artritis reumatoide tratada con prednisona (5 mg/día), leflunomida (20 mg/día) y metotrexate (12,5 mg/semana). Nunca se le había estudiado la presencia de parásitos, ni tenía historia de infecciones oportunistas y el único viaje que refería era a Marruecos 36 años antes. Al ingreso presentaba fiebre y síntomas respiratorios. El cultivo del esputo fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, iniciándose tratamiento antibiótico antipseudomona. A la semana del ingreso, el estudio del lavado broncoalveolar y de las heces mostró larvas de *Strongyloides stercoralis*. Comenzó tratamiento con ivermectina (200 ug/kg/día), pero falleció a las pocas horas.

Conclusiones:

Los pacientes inmunosuprimidos tienen riesgo elevado de presentar formas graves de infección por *Strongyloides stercoralis*. Así, frente a clínica compatible y antecedentes epidemiológicos de viaje a áreas endémicas en estos pacientes, la estrombiloidiasis debe descartarse con métodos adecuados. Sería, así mismo recomendable, si hay antecedente epidemiológico compatible, descartar la infección, antes incluso, de iniciar un tratamiento inmunosupresor.

INFECCIÓN MIXTA POR LOA-LOA Y MANSONELLA PERTANS

CEBAMANOS MARIN, Jose Antonio; PÉREZ SALAZAR, Marta; RODRIGUEZ ELETA, Francisco; RUBIO OBANOS, Teresa;
GIL-SETAS, Alberto; NAVARRO ELIZONDO, Marien; CALAHORRA GÁZQUEZ, Lorena; LANDEO FONSECA, Alvaro

Hospital Reina Sofía, Tudela

Mujer de 63 años procedente de Guinea y residente en España desde hace un mes, que desde su llegada presenta cuadro de malestar general y mialgias generalizadas con picos febriles aislados de predominio nocturno. Refiere además dolor torácico y accesos de tos con expectoración blanquecina. En pruebas realizadas por su MAP se objetiva eosinofilia y presencia de microfilarias en sangre periférica, por lo que se ingresa para estudio y confirmación diagnóstica de probable filarasis.

Durante el ingreso se realizó extracción de sangre nocturna en la que mediante PCR se observó infección por 2 tipos de filaria, la Loa-Loa y la Mansonella Pertans. Ante este resultado se inició tratamiento con Dietilcarbamazina en dosis única y Mebendazol durante 30 días vigilando la posible aparición de una reacción de Herxheimer. Durante el ingreso presentó buena evolución sin aparecer fiebre ni otra sintomatología, salvo una noche que refería prurito y sentía los "bichos" correr por el pecho y el cuello. En la revisión realizada 2 meses después, la paciente se encontraba asintomática y la eosinofilia había disminuido.

Conclusiones:

La filarasis es una enfermedad de baja prevalencia, endémica de países de Asia y Africa fundamentalmente. El interés del caso radica en que la paciente estaba infectada por dos filarias diferentes, una de ellas envainada y la otra no envainada.

Se calcula que en el mundo hay 120 millones de personas infectadas por este parásito. Se están desarrollando programas de erradicación con fármacos como el albendazol, la ivermectina y la dietilcarbamazina, consiguiendo la erradicación total en algunos casos.

PACIENTE NATIRUAL DE GUÍNEA CON ENCEFALOPATÍA GRAVE

VALERO TENA, Esther; PARDILLOS TOMÉ, Ana; CRESPO AVELLANA, Manuel; RUBIO RUBIO, María Victoria;
PASCUAL CATALÁN, Ascensión; RAMOS PAESA, Carlos

H. U. Miguel Servet, Zaragoza

La loasis es una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio por el efecto de la inmigración. Una de las complicaciones más graves es la aparición de encefalopatía tras el inicio de tratamiento en pacientes con alta carga de microfilarias en sangre.

Nuestro caso describe un paciente guineano, que ingresa en nuestro hospital en situación clínica de coma neurológico, con el antecedente de haber recibido en su país quinina y dietilcarbamacina, ante la sospecha de paludismo y filariasis. Se detecta la presencia de incontables microfilarias en sangre periférica, iniciándose tratamiento con corticoides y antihistamínicos, junto a la realización de citoféresis sanguínea con el objetivo de disminuir la parasitemia e iniciar tratamiento con albendazol. Tras conseguirlo e iniciar el mismo, el paciente reingresa con cuadro de disminución del nivel de consciencia y alta carga de microfilarias en sangre y LCR. Se vuelven a realizar sucesivas tandas de citoféresis con equipos de tercera generación, que intentaron conseguir mayor eficacia de filtrado, observándose una disminución de la parasitemia y cierta mejoría clínica. Ambas situaciones fueron transitorias, reapareciendo alta carga de microfilarias y empeoramiento neurológico, que impedía replantear el tratamiento parasiticida, por el riesgo de empeorar la situación clínica del paciente. Finalmente el paciente es trasladado a su país a petición familiar, donde fallece varios días después.

En conclusión, existe la necesidad de planter estrategias de manejo adecuadas en el tratamiento de este tipo de enfermedades, estableciendo las indicaciones de cuándo iniciar tratamiento antiparasitario y cuándo realizar citoféresis sanguínea, para conseguir evitar estas graves complicaciones.

LARVA MIGRANS CUTÁNEA TRAS VIAJE A AFRICA

ÁLVARO VARELA, Ana Isabel*; NAVASCUÉS ORTEGA, Ana M^a*; REPARAZ PADRÓS, Jesus**; ÚRIZ AYESTARAN, Javier**;
CASTIELLO TAMBO, Jesús**; SOLA BONETA, Julio**

**Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra, Pamplona*

***Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona*

Objetivo:

La larva migrans cutánea es una afección causada por la penetración en la piel de larvas de nematodos, principalmente *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma braziliense*, *Uncinaria stenocephala*, y *Bunostomum phlebotomum*. Éstos viven en el intestino de animales eliminando con las heces los huevos al suelo, donde permanecen latentes y se transforman en larva. Ésta penetra la epidermis y se desplaza diariamente (desde pocos mms hasta 1-2cms) donde describe un surco fácilmente reconocible; siendo un proceso que se autolimita en un plazo de semanas o meses. Comunicamos el caso de una turista española que tras viaje a África presentó un cuadro compatible con larva migrans.

Caso clínico:

Paciente de 26 años sin antecedentes personales de interés que tras un viaje a Senegal y Gambia acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar desde hace 6 días en dorso de pie izquierdo una lesión serpinginosa, sobreelevada y eritematosa que progresa desde el pliegue interdigital hasta el antepié. En la anamnesis refiere que, tras meterse en una charca de barro, sintió picadura en esa zona. Exploración física sin hallazgos significativos salvo lo referido anteriormente. Análítica de sangre y orina normal.

Debido a su intenso prurito es ingresada en el servicio de enfermedades infecciosas donde se inicia tratamiento con Albendazol v.o. 400 mg/12 horas; el servicio de cirugía intenta extracción del parásito enviando muestras al laboratorio de Microbiología, no apreciándose existencia de larva. Tras 5 días de ingreso y evolución favorable se da alta hospitalaria. En una revisión posterior se le introdujo protectores gástricos por intolerancia digestiva.

Conclusiones:

- El diagnóstico de larva migrans es principalmente clínico. El estudio histológico es poco rentable y en él se observan cambios inflamatorios inespecíficos y, excepcionalmente, la presencia de la larva.
- La evolución en general es favorable con curación espontánea en semanas o meses, debido a la muerte de la larva.
- Para prevenir la larva migrans en zonas tropicales se recomienda utilizar ropa y calzado protector .

INFECCIONES BACTERIANAS

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

GOIENETXE DEL RÍO, Muskilda; CUENDE GARCÉS, Ana; LINAZISORO UGARTE, Aintzane; ARZELUS ARAMENDI, Edurne; BERECIBAR OIARZABAL, Cristina; CASADO FRANCISCO, Ana; CARRERA MACAZAGA, Jose Antonio; JIMENO BADIOLA, Begoña; MILLET SANPEDRO, Manuel; GARDE ORBAIZ, Carmen; GOENAGA SANCHEZ, Miguel Ángel

Hospital Donostia, San Sebastián

Objetivos:

Evaluar las características y evolución de los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda y tratados con antibiótico endovenoso en Hospitalización a Domicilio.

Métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo. Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda (complicada y no complicada) ingresados en Hospitalización a Domicilio para TAID desde el 1/Enero/05 hasta el 31/Diciembre/2007. Las variables incluidas han sido edad, sexo, antecedentes personales, pruebas de imagen realizadas (ECO/TAC), servicio de procedencia, tratamiento antibiótico administrado, duración y aparición de complicaciones.

Se ha clasificado a los pacientes en diverticulitis aguda no complicada (DANC) y diverticulitis aguda complicada (DAC). Criterios de DANC: sin absceso, fístula, oclusión, perforación ni complicaciones sépticas.

Resultados:

La muestra es de 46 pacientes, edad media 57 años (35% mayores de 65 años), 25 hombres y 21 mujeres. En 42 pacientes el diagnóstico se ha realizado mediante prueba de imagen (TAC: 34/ECO: 8). Pacientes con diagnóstico de DANC 32 y DAC 14. El 22% presenta comorbilidad (EPOC, Cardiopatía, DM, IRC, ECV, neoplasia añadida). Los servicios de procedencia han sido: C. General (40), Urgencias (3), UEI (1), MI (1), Hospitalización a Domicilio (1). Duración media del tratamiento en el Hospital: 3 días. El tratamiento administrado al 91% de los pacientes ha sido ertapenem, con una duración media de 10 días (7 en Hospitalización a Domicilio). Tan sólo 2 pacientes han precisado ingreso hospitalario tras iniciar el tratamiento domiciliario (1 para IQ programada y 1 por absceso de 6 cm.). El 98% de los pacientes ha completado el TAID de forma satisfactoria.

Conclusiones:

Consideramos que el tratamiento de la diverticulitis aguda en Hospitalización a Domicilio es una buena alternativa al ingreso hospitalario, dada su seguridad (a pesar de que un 30% de los pacientes fueron diagnosticados de diverticulitis complicada sólo hubo 1 reingreso urgente), eficacia (el 98% finalizaron tratamiento en domicilio sin complicaciones) y cómoda posología (el 91% tratados con ertapenem).

PROTOCOLO DE LAS CELULITIS EN HAD

GARDE ORBAIZ, Carmen; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; MILLET SANPEDRO, Manuel; ARZELUS ARAMENDI, Edurne; CUENDE GARCÉS, Ana; GOIENETXE DEL RÍO, Muskilda; LINAZISORO UGARTE, Aintzane; BERECIBAR OIARZABAL, Cristina; JIMENO BADIOLA, Begoña; CASADO FRANCISCO, Ana; CARRERA MACAZAGA, Jose Antonio

Hospital Donostia, San Sebastián

Objetivo:

Conocer las características, tratamiento aplicado y evolución de los pacientes ingresados con diagnóstico de celulitis en un servicio de HAD.

Método:

De forma retrospectiva se han recogido los datos de los pacientes ingresados en los años 2005-2007 con diagnóstico de celulitis o erisipela en nuestro servicio. Las variables incluidas han sido, edad, sexo, servicio de procedencia, localización, antecedente, cultivos, tratamiento parenteral administrado y duración, tratamiento secuencial y evolución.

Resultados:

En los tres años han sido incluidos en el estudio 166 pacientes, 37 en 2005, 68 en 2006 y 61 en 2007. El 58% de ellos eran varones. La edad media era de 62 años. La localización más frecuente ha sido extremidades inferiores con un 73%, seguido de extremidades superiores, un 19% y cara un 8%. El servicio de procedencia habitual es Urgencias (81%) seguido de la unidad de Enfermedades Infecciosas (8%). El antecedente más frecuente fue la herida local (37%) seguido de la micosis interdigital (16%) y causa desconocida (16%). En sólo 16 pacientes el cultivo local fue positivo, estando el *S. aureus* presente en el 69% de ellos. La estancia media intrahospitalaria fue de 1,4 días. El tratamiento parenteral habitual fue Ceftriaxona 2 gr/día (72%) seguido de Levofloxacino (15%). La duración media del tratamiento parenteral fue de 6,5 días. Al 81% se les realizó tratamiento secuencial, y el antibiótico más empleado fue Amoxi-clavulánico en el 69% de los casos, seguido de Levofloxacino (19%), con una media de duración de 6,6 días. A lo largo de la evolución, el 20% de los pacientes precisó un segundo antibiótico que en el 76% de las veces fue Clindamicina. Sólo reingresaron 2 pacientes a causa de la celulitis y 3 más lo hicieron por causas ajenas a la misma.

Conclusiones:

El tratamiento parenteral de la celulitis en el domicilio es una excelente alternativa al ingreso hospitalario, dada la sencilla dosificación, buena tolerancia, seguridad y respuesta a los antibióticos habituales empleados. La espera de respuesta al antibiótico administrado en el área de observación de urgencias aporta seguridad para el traslado al domicilio.

ABSCESOS HEPÁTICOS: REVISIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA

ALÁEZ CRUZ, José Ignacio; SOLA GALARZA, Amaya; SOLA BONETA, Julio; ÚRIZ AYESTARAN, Javier; CASTIELLO TAMBO, Jesús;
REPÁRAZ PADRÓS, Javier; FERNANDEZ LADRÓN, Valentina; SUAREZ LÓPEZ, Amaya

Hospital de Navarra, Pamplona

Introducción:

El absceso hepático es una patología infrecuente con alta morbimortalidad.

Método:

Describir los casos de absceso hepático en el Servicio de Enf. Infecciosas del Hospital de Navarra entre los años 2002-2008 y revisión de la literatura respecto del tema.

Resultado:

En 14 casos revisados, la edad promedio fue 46 años. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y dolor abdominal con una duración promedio de 19 días. El 28% de los casos presentaba co-morbilidad por ser inmuno suprimido, haber sido sometido a procedimiento invasor previo. No se logró identificar el origen en la mayoría de los casos (65%). El estudio de imagen más solicitado fue la TC de abdomen. En 35% se estableció la etiología mediante el cultivo del absceso. Tan sólo se constató bacteriemia en 2/14 (14%) pacientes. La mayoría de los casos se trataron con dos o más antimicrobianos y drenaje percutáneo en 6/14 (42%). El número de exitus fue de 1 paciente (7,1%).

Conclusiones:

Las características de los casos de absceso hepático encontradas en este estudio concuerdan con lo descrito en la literatura médica.

ABSCESOS ESPINALES EPIDURALES. REVISIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA

ALÁEZ CRUZ, José Ignacio; SOLA BONETA, Julio; ÚRIZ AYESTARAN, Javier; CASTIELLO TAMBO, Jesús; REPARAZ PADRÓS, Javier;
FERNANDEZ LADRÓN, Valentina

Hospital de Navarra, Pamplona

Introducción:

El absceso espinal constituye una complicación infecciosa poco frecuente con una morbi-mortalidad significativa. En los últimos años su incidencia ha experimentado un aumento progresivo. El objetivo del presente trabajo es recoger las características clínicas y microbiológicas de una serie de abscesos espinales.

Metodo:

Se evaluaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de absceso espinal epidural en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Navarra.

RESULTADO. Se obtuvieron seis casos, todos ellos varones, con edad superior a 40 años. La incidencia fue de 0,6/10.000 ingresos/año. La clínica predominante al inicio fue, fiebre 4/6, algias locales 5/6, la clínica neurológica apareció en 5/6 en los primeros 5 días en forma de parestesias 3/5 y alteraciones sensitivas 2/5. El germen más frecuente fue *Staphylococcus aureus* 4/6. Dos de los pacientes eran VIH, dos diabéticos, uno intervenido de ADC gástrico con catéter de PAC y otro padecía hepatopatía de origen enólico. Se instauró tratamiento médico en todos ellos, ninguno fue candidato a tratamiento quirúrgico. Uno de los pacientes falleció.

Conclusiones:

El absceso epidural es una patología infrecuente, aunque grave, por lo que debe mantenerse un alto nivel de sospecha en todo paciente con síntomas sistémicos como fiebre y deterioro del estado general con dolor espinal o radicular asociado, sobre todo en mayores de 50 años con alguna patología debilitante.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN NEUMONÍAS COMUNITARIAS (NAC) EN UN HOSPITAL TERCIARIO. ADHERENCIA AL PROTOCOLO VIGENTE DESDE 2006

DELGADO VICENTE, Miriam*; SANJUÁN LOPEZ, Ainhoa*; GAINZARAÍN ARANA, Gainzarain Arana*;
CANUT, Andrés**; ORIÑUELA, Itziar*; ANDÍA BERROJALBIZ, Ander*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apostol, Vitoria - Gasteiz

** Servicio de Microbiología. Hospital Santiago Apostol, , Vitoria - Gasteiz

Introducción:

En Enero de 2006, la comisión de infecciosas puso en marcha una guía sobre el tratamiento antibiótico empírico en pacientes con NAC. Según la gravedad del paciente, en base a la escala Fine, se aconseja que pacientes Fine I reciban amoxicilina y en Fine II-V se emplee ceftriaxona, añadiendo un macrólido hasta que se conozca la negatividad en la antigenuria de legionella. Los pacientes mayores de 65 años aconseja amoxicilina-clavulánico. Como antibiótico alternativo se recomienda levofloxacin.

Objetivo:

Analizar la adherencia al protocolo para el tratamiento antibiótico de pacientes con NAC.

Material:

Pacientes ingresados por NAC durante el segundo semestre de 2006.

Resultados:

Se analizaron 202 pacientes con NAC. Edad media 60,82 años (2-98), 50,5% mayores de 70 años y 62,9% hombres. Un 45% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico empírico según el protocolo. El servicio con más adherencia fue Medicina Interna en un 71,8% seguido de UCI con un 57%, Neumología con 41,8% y Urgencias con 26,6% de adherencia. La antibioterapia más empleada fue monoterapia con amoxicilina-clavulánico (28,7%), levofloxacin (26,7%) y ceftriaxona (7.9%). La asociación amoxicilina-clavulánico-macrólido se empleó un 12% y ceftriaxona-macrólido un 11%.

Conclusión:

Menos de la mitad de los pacientes que ingresan por NAC reciben el antibiótico empírico según el protocolo vigente. La causa más frecuente de falta en la adherencia se produce al no asociar un macrólido cuando se desconoce el resultado del antígeno de Legionella en orina. El antibiótico más empleado es monoterapia con amoxicilina-clavulánico.

ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS POR NEUMONÍA COMUNITARIA (NAC), EN UN HOSPITAL TERCIARIO, SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD DE FINE. COMPARACIÓN CON EL PERÍODO ANTERIOR

DELGADO VICENTE, Miriam*; SANJUÁN LOPEZ, Ainhoa*; GAINZARAÍN ARANA, Gainzarain Arana*; CANUT, Andrés**;
ORIÑUELA, Itziar*; ANDÍA BERROJALBIZ, Ander*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apostol, Vitoria - Gasteiz

** Servicio de Microbiología. Hospital Santiago Apostol, , Vitoria - Gasteiz

La escala Fine es una herramienta validada para estratificar el riesgo de mortalidad en la NAC a partir de datos clínicos, analíticos y de comorbilidad. Nuestro hospital ha elaborado un protocolo que ayuda a decidir la ubicación de los pacientes en función de su gravedad según la escala desarrollada por Fine et al (N Engl J Med 1997;336: 243-250).

Objetivo:

Conocer el seguimiento del protocolo de nuestro hospital (iniciada a partir de Enero de 2006) en lo referente a la adecuación del ingreso de pacientes con NAC comparándolo con un período anterior en el que no se utilizaba la escala Fine.

Pacientes y métodos:

Revisión de pacientes con diagnóstico de NAC durante Julio a Diciembre de 2006 comparándolo con el mismo período de 2005.

Resultados:

El hospital Santiago da cobertura a 121.600 habitantes con 260 camas. Se incluyeron 121 pacientes en 2005 y 202 en 2006. El ingreso se ajustó a la escala de gravedad Fine en un 67,3% en 2005 y 87,6% en 2006, con diferencias estadísticamente significativas si comparamos ambos períodos ($p < 0.005$). La escala de gravedad según Fine se calculó en 4,1% de los pacientes en 2005 y en el 28,2% en 2006 también con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.005$).

Conclusiones:

Aunque la escala de gravedad Fine sólo fue calculada en un 28,2%, el ingreso se ajustó al protocolo (y por tanto a su gravedad) en un 87,6% de los pacientes que ingresan por NAC. La instauración del protocolo ha supuesto una mayor adecuación del ingreso de los pacientes.

INFECCIÓN RESPIRATORIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: FACTORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA

GARDE ORBAIZ, Carmen; MILLET SANPEDRO, Manuel; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; ARZELUS ARAMENDI, Edurne; CUENDE GARCÉS, Ana; SARASQUETA EIZAGUIRRE, Cristina; GOIENETXE DEL RÍO, Muskilda; BERECIBAR OIARZABAL, Cristina; JIMENO BADIOLA, Begoña; CASADO FRANCISCO, Ana; CARRERA MACAZAGA, Jose Antonio

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

Las infecciones respiratorias por P. aeruginosa se asocian a mala función respiratoria, baja calidad de vida y alta frecuencia de hospitalización.

Métodos:

Estudio prospectivo de 6 años(2000-2005) de pacientes ingresados en HaD con infección respiratoria por P. aeruginosa para administración de tratamiento antibiótico parenteral. Se analizan variables clínicas, tratamiento, recidiva, tiempo libre de recidiva (TLR) y factores pronósticos.

Resultados:

Se registraron 111 episodios en 81 pacientes. Bronquiectasias fue la patología más frecuente(57%). El tratamiento más administrado fue ceftazidima y tobramicina(61%). La estancia media fue de 14 días. El 80% tenían un grado de obstrucción respiratoria S-MS (severo-muy severo). El 35% finalizaron el tratamiento con cultivo positivo. La mediana de seguimiento hasta la recidiva fue de 144 días. El 65% de los episodios recidivaron, y con más frecuencia los que tenían bronquiectasias, mayor grado de obstrucción respiratoria y llevaban aerosolterapia. El TLR en los pacientes con grado de obstrucción S-MS se redujo de 1080 a 139 días, los que terminaban con cultivo positivo de 248 a 78 días y los que en el antibiograma tenían alguna resistencia frente a antibióticos antipseudomónicos, de 390 a 97 días. El análisis multivariante mostró la independencia de la severidad en el grado de obstrucción respiratoria y la resistencia antibiótica en el incremento de la probabilidad de recidivar.

Conclusión:

Los pacientes infectados por P. aeruginosa en peor situación clínica o con alguna resistencia antibiótica frente a antibióticos antipseudomónicos, recidivan más y probablemente en menos tiempo que los demás. Los servicios de Hospitalización a Domicilio son una buena alternativa para reducir el prolongado tiempo de ingreso de estos pacientes.

ROTURA ESPLENICA EN ENDOCARDITIS POR S BOVIS, A PROPOSITO DE UN CASO

AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; BUSTINDUY ODRIÓZOLA, M^oJesus; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; ARRIZABALAGA, Julio; PÉREZ FERNANDEZ, Naiara; ELOLA ZEBERIO, Maitane; FUERTES RODRIGUEZ, Ana

Hospital Donostia, San Sebastián

Motivo de ingreso:

Mujer de 63 años con prótesis valvular mitral y AC x FA que ingresa en Reumatología por febrícula de una semana con lumbalgia incapacitante de 48 horas.

Evolución durante el ingreso:

- Día + 2. Hemocultivos (+) para S.bovis, RMN discitis L5-S1. Ante la posibilidad de discitis ± endocarditis se realiza interconsulta a nuestra unidad y se inicia tratamiento (tto) con ampicilina y gentamicina.
- Día + 4. Ecocardiograma: Endocarditis sobre válvula protésica mitral con severa estenosis asociada. Se ajusta antibiótico según antibiograma (ceftriaxona 2g i.v /24h) y se traslada la paciente a UEI. Refiere dolor pleurítico en costado izquierdo.
- Día + 7.TAC T-A-P: Gran infarto esplénico.
- Primeras dudas, se plantea cirugía cardíaca, condicionada por posible absceso esplénico.
- Día + 17: Se asocia Rifampicina (mejorar llegada ATB a prótesis). PAAF esplénico por TAC por sospecha de absceso. Cultivo PAAF(-).
- Se decide control radiológico del infarto, supuestamente aséptica, y se programa IQ cardíaca.
- Día + 22: Rotura espontánea de bazo purulento con shock hipovolemico, disociación electromecánica, RCP avanzada y esplenectomía urgente. Pasa a Intensivos con FMO por shock mixto. Buena recuperación.
- Día + 31, IQ cardíaca con recambio valvular
- Post-operativo complicado pero satisfactorio.

Conclusión, endocarditis x S.bovis + infartos esplénicos, dudas planteadas:

- ¿Indicaciones quirúrgicas?
- ¿Qué operar?
- ¿Tiempos operatorios?
- ¿Quién opera?
- ¿Son los infartos asépticos?
- ¿Es la PAAF segura y fiable para el diagnóstico?
- ¿Esta bien asociada la Rifampicina?

-...

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARENTERAL EN DOMICILIO (TAPD) EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI). SITUACIÓN EN 2008

GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel*; CUENDE GARCÉS, Ana*; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier*; GARDE ORBÁIZ, Carmen*; BUSTINDUY ODRIÓZOLA, M^e Jesús*; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz*; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel*; ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe**; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco*; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio*; ARRIZABALAGA, Julio*

**Hospital Donostia, San Sebastián*

***Hospital Santiago Apostol, Gaztedi, Vitoria - Gasteiz*

Objetivo:

Evaluar resultado del TAPD en pacientes diagnosticados de EI durante un año

Métodos:

Identificaron todos casos de EI diagnosticados en Hospital Donostia durante 2008. Utilización de registro prospectivo de casos. TAPD administrado por la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD).

Resultados:

25 casos de EI, 11 casos (44%) con TAPD. 82% varones, 18% mujeres. Rango edad 37-83 años, media 61 años. Pacientes evaluados por internista o infectólogo, 3 pts requirieron IQ. Válvulas afectadas: mitral natural (4), aórtica (4- 2 protésicas, 2 naturales-), tricúspide (2), pulmonar y cable de marcapasos (1). Un caso 2 válvulas (Ao p +Mi n). Microorganismos aislados: S epidermidis (3), S bovis (3), G morbillorum, S gallolyticus, S oralis, enterococcus sp y negative (1). Todos iniciaron tto en hospital. Antibióticos utilizados: ceftriaxona (4-con gentamicina 3), ampicilina/gentamicina (4), vancomicina/gentamicina (3). 4 casos tto cambiado a daptomicina. Vía utilizada : VP (5), CCIP (5) and CC (1). Media estancia en hospital: 16 d (rango 3-40 d), en domicilio 23 d (rango 2-49 d). De media el 57% (rango 11-90%) tto realizado en domicilio. 8 casos (73%) buena respuesta clínica. 3 pacientes reingresaron (días 2, 20, 21), dos por problemas de acceso venoso, uno hemorragia intracerebral. Seguimiento (rango 2-9 meses) 10 pacientes curaron y 1 falleció (hemorragia intracerebral).

Conclusiones:

Tras una cuidadosa selección y seguimiento de los pacientes y con una UHAD bien preparada las EI pueden ser tratadas en el domicilio con seguridad.

Además de S viridians otros microorganismos pueden ser tratados sin, por ello, empeorar los resultados.

EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA EN RELACIÓN CON PATOLOGÍA PERIODONTAL

EGUILUZ PINEDO, Amaya; MERINO, J. Manuel; IBARGUREN PINILLA, Maialen; LEIZAOLA ARREGUI, Katixa;
AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena; GARCIA GUTIERREZ, Francisco;
VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

Las embolias sépticas pulmonares son una patología normalmente relacionada con endocarditis tricuspídea, tromboflebitis séptica e infección de catéteres centrales. La enfermedad periodontal es una etiología inusual de la misma. Se revisa la bibliografía, encontrando menos de 10 casos descritos.

Caso Clínico:

Presentamos el caso de un varón de 35 años que tras flemón dentario que coincide en el tiempo con la práctica de buceo, comienza con fiebre, tos, hemoptisis y dolor pleurítico cambiante, objetivándose en la Rx de tórax un nódulo en LSI con base pleural y una lesión cavitada en LID. Se realiza angioTAC objetivándose nódulos múltiples bilaterales; mínimo derrame pleural izquierdo con atelectasia pasiva asociada; condensación parenquimatosa periférica en LSI, LII y LSD; sin defectos de repleción sugestivos de TEP. En posteriores controles radiológicos el nódulo evoluciona a la cavitación. Se descarta patología autoinmune y neoplásica. Los estudios de micobacterias resultan negativos y el cultivo de esputo es positivo para *Bacteroides* sp. y *Prevotella melaninogenica*. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico con desaparición de la clínica y control radiológico normal. Se ha repetido el episodio en 2 ocasiones más, una en relación con manipulación dentaria y la segunda coincidiendo con la práctica de buceo.

Conclusión:

Se etiqueta el cuadro como embolia séptica secundaria a bacteriemia en relación con patología periodontal. La periodontitis es una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la embolia séptica pulmonar. La práctica de buceo desconocemos si ha podido jugar un papel en la etiología del proceso, pero no podemos descartarlo.

ARTRITIS DE TOBILLO POR MYCOBACTERIUM KANSASII EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

LÓPEZ AZKARRETA, Iñigo; AGUIRREBENGOA IBARGUREN , Koldo; LÓPEZ SORIA, Leire Mónica; MONTEJO BARANDA, Miguel

Hospital de Cruces, Barakaldo

Introducción:

Las artritis e infecciones musculoesqueléticas por *M. Kansasii* son extremadamente raras en pacientes infectados por el VIH

Objetivo:

Descripción de un caso reciente de artritis de tobillo en varón con infección por VIH

Material y métodos:

Varón de 37 años e infección VIH C-3 conocido desde 1999 (esofagitis por *Candida* en el año 2000 y toxoplasmosis cerebral en 2002). En febrero de 2007 inicia dolor en tobillo derecho, siendo diagnosticado de esguince de dicha articulación. En abril de ese año, una RNM muestra una artritis erosiva y sinovitis de toda la articulación con lesión osteocondral (osteonecrosis) en cúpula astragalina. En ese momento recibía emtricitabina-tenofovir y efavirenz con respuesta inmunoviológica.

En marzo de 2008 se realizó desbridamiento de la lesión astragalina y limpieza de la sinovial mediante artroscopia. En cultivo se aisló *M. Kansasii*, recibiendo isoniacida, rifampicina y etambutol, que mantiene en la actualidad.

En Marzo del presente año se recurrió a artrodesis por persistencia de impotencia funcional y grave afectación ósea en calcáneo y astrágalo con práctica destrucción de este último

Conclusión:

M. Kansasii debería ser tenido en cuenta como agente etiológico de una monoartritis subaguda o crónica en pacientes inmunodeprimidos

INFECCIÓN PROTÉSICA ARTICULAR (IPA) PRECOZ POR S. AUREUS: COMPARACIÓN ENTRE SASM Y SARM

BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^a Jesús; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; ARRIZABALAGA AGUIRREAZALDEGUI, Julio; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; GARCIA ARENZANA, José María; DE LA HERRAN, Gaspar; MORENO, Enrique; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

S. aureus es un microorganismo frecuente como causa de IPA. No es conocida la relación entre la resistencia a meticilina y la gravedad del cuadro. Objetivo: Determinar si existen diferencias en la evolución y gravedad de las infecciones protésicas articulares por S. aureus, comparando infecciones por S. aureus meticilin sensibles (SASM) y por S. aureus resistentes a meticilina (SARM).

Material y métodos:

Estudio retrospectivo sobre las IPA tratadas en nuestro Servicio, valorando las infecciones por S aureus entre los años 2002 y 2007, y la evolución en los dos grupos, al año de finalización de tratamiento: Curación, Fracaso (Espaciador permanente, Artrodesis, Amputación) Situación indefinida (Paciente con dolor y/o PCR positivas, sin criterios de infección activa al alta), Éxitus, factores de riesgo, tratamiento antibiotico y quirúrgico utilizado, tiempo de tratamiento endovenoso, tiempo de tratamiento total y tiempo de normalización de la proteína C reactiva (PCR).

Resultados (SASM/SARM)

El número total de infecciones ha sido de 45, 37 (82%) SASM y 8 (18%) SARM. Edad media 71/ 73, Sexo: 51%/57% hombres. De los pacientes SASM: 17 infecciones eran precoces, 9 tardías, 9 hematógenas y 2 intraoperatorias. Evolucionan a Curación 62%, Fracaso 21%, Indefinida 5%, Exitus 8%. Los 8 pacientes con infección por SARM: precoces. Comparamos las dos series de infecciones precoces: La situación final de la infección fue en los SASM: 11 Curaciones (64%), Fracaso en 4(23%): Una amputación, 1 artrodesis y 2 espaciadores permanentes y Exitus 2(1%). El número de complicaciones fue de 4 frente a 0; Entre los SARM (8) el 100% evolucionó favorablemente a curación con recambio en 2 tiempos en 1 paciente, y limpieza quirúrgica sin recambio a 7. La media de tratamiento endovenoso en el primer grupo fue de 53 frente a 16 días. El tiempo de normalización de la PCR fue de 106 frente a 124 días. El tiempo de tratamiento total fue de 193 días frente a 115 días. Se ha hallado diferencias significativas en el tiempo de tratamiento endovenoso (Mayor en las SASM) pero no en el resto de parámetros analizados.

Conclusiones:

La infección protésica por S aureus es una patología grave, con una mortalidad de un 8% del total. Fracasan con el tratamiento, con la consiguiente afectación de la calidad de vida de los pacientes un 21%. En nuestro grupo de pacientes no hay diferencias significativas de resultados entre SASM ó SARM.

INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES POR GÉRMENES GRAM NEGATIVOS

LÓPEZ AZKARRETA, Iñigo; LÓPEZ SORIA, Leire Mónica; MARTÍNEZ RIENDA, Inés; GAZTELURRUTIA ABAITUA, Lourdes;
AGUIRREBENGOA IBARGUREN, Koldo

Hospital de Cruces, Barakaldo

Introducción:

La infección es la principal complicación tras la implantación de una prótesis articular. Los gérmenes gram negativos (GGN): enterobacterias y *Pseudomonas aeruginosa* suponen un 10-15% de los casos

Objetivo:

Describir los casos de infecciones de prótesis articulares (IPA) (cadera y rodilla) por GGN

Material y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo/retrospectivo con los casos de IPA por GGN aparecidos en nuestro hospital entre los años 2000 y 2008. Reunían el criterio de selección los pacientes con cultivo articular positivo tras artrocentesis y/o cultivo positivo en 2 o más muestras quirúrgicas apropiadas. Se excluyeron infecciones polimicrobianas

Resultados:

Se detectaron 14 casos (7 caderas y 7 rodillas) en pacientes con una media de edad de 72.2 años (rango 49-87 años). 2002 fue el año con más casos (3). El germen más frecuente fue *E. coli* (6 casos), seguido de *E. cloacae* (4 casos). 12/14 pacientes (86%) tenían algún factor de riesgo, sobre todo recambio o infección protésica previa. Las formas clínicas de presentación de IPA fueron: 6 precoces, 6 tardías y 2 crecimientos no esperados. La sensibilidad de los GGN a ciprofloxacino fue del 79%. En un 50% de los pacientes se logró la curación definitiva

Conclusiones:

- 1) Los GGN suponen una causa no infrecuente de IPA
- 2) Sólo el 43% de los casos se manifestaron como IPA precoz
- 3) El ciprofloxacino mantiene su vigencia no impedida por el factor resistencia bacteriana
- 4) El pronóstico estas IPA no es demasiado favorable (curación en el 50% de los casos)

FIEBRE Y DOLOR LUMBAR EN POSTOPERATORIO DE RTU PROSTÁTICA

GARCÉS HORNA, Vanesa; HERRERO TORRÚS, Marta; CALLEJO PLAZAS, María Jesús; CABRERIZO GARCÍA, Jose Luis; IGUZQUIZA PELLEJERO, María Jesús; VALLE PUEY, Juan; CECILIO IRAZOLA, Álvaro; NAVARRO, María Elena; SANJOAQUÍN CONDE, Isabel; LETONA CARBAJO, Santiago

HCU Lozano Blesa, Zaragoza

Presentamos el caso de un varón de 72 años con antecedentes de: endocarditis en la juventud, que ingresa programado para RTU de próstata. En dicho procedimiento se intenta anestesia intradural sin éxito. Tras postoperatorio sin complicaciones es dado de alta. Dos días después presenta dolor lumbar con irradiación ciática derecha y posteriormente disminución de agudeza visual en ojo izquierdo y fiebre.

A la exploración física destacaba taquicardia. Mantenía postura antiálgica con dolor a la movilidad de cadera derecha, sin déficit neurológico y con reflejos conservados. En fondo de ojo izquierdo imagen compatible con embolismo séptico.

En la analítica presentaba leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Los hemocultivos mostraron repetidamente *Staphylococcus aureus*, por lo que se ajustó terapia según antibiograma. Ante la posibilidad de endocarditis infecciosa se realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico sin imágenes sugestivas de vegetación. La gammagrafía con galio evidenció proceso infeccioso en L5, psoas derecho y captación pulmonar. El TC toraco-abdominal mostró derrame pleural izquierdo (Fig. 1), colecciones sugestivas de abscesos en psoas (Fig. 2) y alteración de espinosas L4-L5.

Se llevó a cabo drenaje de abscesos y colocación de tubo torácico para el derrame pleural (exudado). Se mantuvo antibiótico intravenoso hasta completar seis semanas y se retiraron los drenajes. Dos meses después fue dado de alta.

Exponemos un cuadro de bacteriemia persistente por *Staphylococcus aureus*, cuyo origen reside en el catéter para anestesia intradural. A pesar de tratamiento antibiótico intensivo resulta una situación grave, con evolución tórpida y afectación de múltiples órganos.

BACTERIEMIAS POR SARM: SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA

ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel;
GARCÍA ARENZANA, Jose Maria; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco;
IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^e Jesús; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

Las infecciones invasivas por *S. aureus* resistentes a meticilina (SARM) son causa creciente de morbi-mortalidad. Es prioritario conocer las alternativas terapéuticas para su manejo.

Material y Métodos:

Revisión de bacteriemias por SARM detectadas en nuestro hospital en Agosto- Marzo 2009. Se valora comorbilidad, CMI a antibióticos utilizados (microdilución).

Resultados:

13 bacteriemias: mediana de edad 67 años (41-92), con comorbilidades relevantes (Charlson)

Ingreso en 9 / 13 pacientes en los últimos 6 meses (entre 1 y 4 veces). Y 2 / 4 residentes en centros sociosanitarios.

La CMI a la vancomicina fue de 1 mcg/ml en 9 de los 13 casos y de 2 mcg/ml en 4 de 13. La CMI a linezolid fue 2 mcg/ml en 2 de 13 y de 4 mcg/ml en 8 de 13.

Resistencias en otros antibióticos: gentamicina 3/13, eritromicina 6/13, clindamicina 2/10, cotrimoxazol 1/13, ciprofloxacino 9/13, tetraciclinas 0/10, cloranfenicol 1/4, rifampicina 0/6 y mupirocina 1 / 4.

Conclusiones:

- Las alternativas terapéuticas a las bacteriemias por SARM pueden estar comprometidas en un porcentaje relevante.
- En nuestras muestras hasta en un tercio de los casos la sensibilidad a la vancomicina estaba disminuida y 2/3 de la del linezolid estaba en los límites aceptados.
- Es importante monitorizar las resistencias a antibióticos para poder conocer las alternativas terapéuticas.

E. COLI BLEE: CARACTERÍSTICAS Y RESISTENCIAS EN UN PERIODO DE 5 AÑOS (2004-2008)

OTAMENDI, Isabel*; NAVASCUÉS, Ana M^a*; ÁLVARO VARELA, Ana Isabel*; GARCÍA-IRURE, José Javier*;
GUILLÉN GRIMA, Francisco**; ÚRIZ AYESTARAN, Javier***

**Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra, Pamplona*

*** Departamento de Ciencias de la Salud. U. Pública de Navarra, Pamplona*

**** Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona*

Introducción:

En los últimos años se ha producido un incremento del número de cepas de E. coli productoras de β-lactamasas de espectro extendido (BLEE). Éstas plantean un problema, tanto por sí mismas como por los altos porcentajes de co-resistencia que llevan asociados, con lo que las opciones terapéuticas quedan mermadas; por ésto, es conveniente realizar estudios locales para conocer su epidemiología y resistencias.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de las cepas de E. coli BLEE aisladas en el Hospital de Navarra en el periodo 2004-2008. Se ha analizado: sexo y edad de los pacientes, tipo de muestra, origen nosocomial/comunitario y porcentajes de resistencia.

Resultados:

Se detectaron 191 cepas de E. coli BLEE (3%) de un total de 6297 cepas de E. coli, produciéndose un incremento significativo ($p < 0,05$): 2004: 0,8%, 2005: 2,7%, 2006: 2,7%, 2007: 3,9%, 2008: 4,5%. Se aislaron en 162 pacientes, 87 mujeres (53,7%) y 75 hombres (46,3%), cuya media de edad fue de 70 y 67 años respectivamente. La muestra con mayor número de aislamientos fue orina (60,2%) seguida de exudado de herida (14,1%), hemocultivo (9,9%) y esputo (3,1%). El origen fue principalmente comunitario (66,5%).

Los porcentajes de resistencia de E. coli BLEE en comparación a los de E. coli no BLEE fueron: ciprofloxacino 73,8% vs 27%, cotrimoxazol 58,1% vs 31,9%, amoxicilina-clavulánico 27,2% vs 16,9%, gentamicina 15,2% vs 8,7%, amikacina 1% vs 0,1%, piperacilina-tazobactam 1,04% vs 0,5%, nitrofurantoína 2,6% vs 2,2% norfloxacino 76,5% vs. 25,6%. No hubo ninguna cepa resistente a carbapenems. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$), excepto en piperacilina-tazobactam y nitrofurantoína.

Conclusiones:

Se ha producido un incremento constante del aislamiento de E. coli BLEE, principalmente en muestras urinarias de origen comunitario pertenecientes a pacientes de edad avanzada. Destaca la alta co-resistencia a otros grupos de antibióticos, permaneciendo con menor resistencia los aminoglucósidos, piperacilina-tazobactam y nitrofurantoína.

CARACTERÍSTICAS DE LOS AISLAMIENTOS DE M. TUBERCULOSIS COMPLEX EN EL ÁREA DE TUDELA (NAVARRA)

NAVASCUÉS, Ana M^a*; ÁLVARO VARELA, Ana Isabel*; GIL-SETAS, Alberto**; RUBIO OBANOS, Teresa*

* *Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra, Pamplona*

** *Laboratorio de Microbiología. Hospital de Reina Sofía, Tudela*

Introducción:

La tuberculosis (TB) constituye un importante problema de salud pública, que en España ha sufrido un cambio en su epidemiología debido principalmente a la presencia de la inmigración.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de los antibiogramas de M. tuberculosis complex del área de Tudela, realizados desde 2004 hasta febrero de 2009 en el H. de Navarra mediante el sistema BACTEC460TB.

Resultados:

Se procesaron 60 antibiogramas (2004-18; 2005-10; 2006-10; 2007-6; 2008-10; 2009-6). De éstos, 34 (56,7%) correspondieron a pacientes autóctonos siendo 19 hombres (55,9%; edad media 47 años) y 15 mujeres (44,2%; edad media 42 años). De los 26 antibiogramas (43,3%) correspondientes a inmigrantes, 19 eran hombres (73%; edad media 30 años) y 7 mujeres (27%; edad media 43 años). Su lugar de origen fue: 11 de Magreb, 6 de Sudamérica, 5 de Europa Occidental (Portugal), 2 de Europa Este, 1 de Asia y 1 de África Negra. En cuanto a las resistencias, únicamente se produjeron en 5 cepas y todas eran de inmigrantes: 2 resistentes a INH (1 Magreb, 1 África Negra), 2 a INH+STREP (1 Magreb, 1 Europa Este) y una multirresistente (Colombia). Los % de resistencia totales en esta población inmigrante son de: 19,23% INH, 11,54% STREP, 3,84% RIF, 3,84% ETM y 3,84% de MR.

Conclusiones:

Los antibiogramas de población autóctona suponen poco más del 50% del total. En población inmigrante se dieron mucho más casos en varones, los cuales presentaron una menor edad media. El alto nivel de resistencia a Isoniazida recomienda que se inicie el tratamiento con cuatro fármacos en esta población, hasta disponer del resultado del antibiograma.

TUBERCULOMAS CEREBRALES E INTRAMEDULARES MÚLTIPLES: A PROPÓSITO DE UN CASO

IBARGUREN PINILLA, Maialen; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; URTASUN, Miguel; LEIZAOLA ARREGI, Katixa; EGUILUZ, Amaia; ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz; GARCÍA, Francisco

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

La asociación de tuberculomas intracraniales e intramedulares es una entidad infrecuente de la que sólo hay 6 casos descritos hasta ahora en la literatura.

Caso Clínico:

Presentamos el caso de una mujer gestante de 31 años que comienza con fiebre, diplopía y agitación psicomotriz en el contexto de una infección dentaria. Ante el hallazgo de abscesos múltiples en la RMN craneal se inicia tratamiento con Ceftriaxona, Linezolid, Metronidazol y Aciclovir. Tras una mejoría inicial, y con todo el estudio microbiológico negativo, de nuevo presenta fiebre y focalidad neurológica, encontrándose un patrón miliar en el TAC torácico y abscesos medulares además de los intracraniales conocidos. Tanto el Ziehl-Neelsen como el cultivo del esputo son positivos para Mycobacterium Tuberculosis. Con el diagnóstico de tuberculosis miliar con tuberculomas cerebrales e intramedulares múltiples, se comienza tratamiento tuberculostático. Tras el diagnóstico, la paciente reingresa periódicamente con signos de hipertensión intracranial, apreciándose en las pruebas de imagen aumento del edema perilesional de los tuberculomas. Se requieren dosis altas de corticoides y diuréticos osmóticos para control de la clínica, consiguiendo siempre mejoría sólo transitoria. En el último ingreso, se inicia tratamiento con Talidomida, como terapia inmunomoduladora descrita en casos de tuberculosis miliar con mala evolución y severa reacción inflamatoria a pesar de tratamiento tuberculostático.

Conclusión:

se trata éste de un caso raro de tuberculomas intramedulares e intracraniales múltiples en una paciente cuyo único factor de inmunosupresión era el embarazo. Destaca el complicado manejo del edema cerebral, y el uso de Talidomida como fármaco inmunomodulador.

DOLOR ABDOMINAL EN VARÓN DE 21 AÑOS

VALLE PUEY, Juan; CECILIO IRAZOLA, Álvaro; MARTÍN FORTEA, M^ª Pilar; MATÍA SANZ, Marta; GÓMEZ DEL VALLE, Carmen;
LETONA CARBAJO, Santiago; AIBAR AGUERRI, Miguel Ángel; GARCÉS HORNA, Vanesa; HERRERO TORRÚS, Marta;
PELAY CACHO, Raquel

HCU Lozano Blesa, Zaragoza

Presentamos el caso de un varón de 21 años que ingresa por fiebre de tres semanas de evolución, náuseas, vómitos y dolor abdominal. A la exploración destaca dolor abdominal difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal.

Entre las pruebas complementarias destacan elevación de reactantes de fase aguda y mínimo derrame pleural derecho. Los cultivos de sangre, orina y esputo (incluido micobacterias), la prueba de tuberculina y las serologías de virus, Toxoplasma, Leishmania, lúes y Borrelia son negativas.

Se realiza ecografía abdominal, apreciándose ascitis moderada. La paracentesis muestra 580 leucocitos/mm³ (99% linfocitos) y ADA elevado (103 U/L). En el TAC abdominal aparece hepatoesplenomegalia, ascitis y engrosamiento peritoneal, compatible con peritonitis de proceso crónico. Ante los hallazgos clínicos-radiológicos sugestivos de tuberculosis peritoneal y la ausencia de confirmación microbiológica, se realiza laparotomía con toma de biopsia, que resulta diagnóstica.

Se inicia tratamiento con isoniacida, pirazinamida, rifampicina y etambutol, evolucionando favorablemente.

La tuberculosis abdominal es la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar (1-3% de toda la enfermedad tuberculosa) e incluye la afectación del tracto gastrointestinal, peritoneo y órganos sólidos (por contigüidad), y ganglios (por diseminación linfática). Su hallazgo más característico es la ascitis, de tipo exudado con predominio linfocítico y ADA elevado (valores >30 U/L tienen una sensibilidad del 93% y especificidad del 96%). La confirmación diagnóstica generalmente precisa laparoscopia con biopsia peritoneal y cultivo para micobacterias, dada la baja rentabilidad del estudio de M. tuberculosis en líquido ascítico. El tratamiento tuberculostático no difiere del de las formas pulmonares, obteniendo resultados similares.

PACIENTE CON TUBERCULOMAS INTRACRANEALES Y MEDULARES MÚLTIPLES CON RESPUESTA PARADÓJICA A TUBERCULOSTÁTICOS

DELGADO VICENTE, Miriam*; SANJUÁN LOPEZ, Ainhoa*; GAINZARAÍN ARANA, Juan Carlos*;
CANUT, Andrés**; ORIÑUELA, Itziar*; ANDÍA BERROJALBIZ, Ander*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apostol, Vitoria - Gasteiz

** Servicio de Microbiología. Hospital Santiago Apostol, , Vitoria - Gasteiz

Caso clínico:

Varón, 34 años, ingresa por cuadro de 10 días de cefalea, febrícula y somnolencia. Exploración neurológica normal. TAC craneal con ligera dilatación ventricular sin lesiones focales. LCR turbio, 250 leucocitos (66% polimorfonucleares), glucosa 32 mg/dl (glucemia 90 mg%), 1105 mg/dl de proteínas, ADA 61. Analítica de sangre dentro de valores normales. Se inició tratamiento empírico endovenoso con ceftriaxona, vancomicina, aciclovir, metilprednisolona y triple terapia antituberculosa oral. Serología VIH, VHB, VHC, Sífilis y Toxoplasma negativas. Cultivo de LCR, auramina y BK, PCR para virus y M. tuberculosis negativos. Ante la sospecha de Meningitis Tuberculosa (MTB) se mantuvo únicamente con tuberculostáticos. El paciente mejoró clínicamente pero a los 24 días de tratamiento debuta con hemiparesia izda, retención urinaria, disfonía, nistagmus, trastorno deglutorio, hipoacusia, hipo y picos febriles de 40°C. No presentó disminución del nivel de conciencia ni inestabilidad hemodinámica. La RMN mostró lesiones nodulares cerebrales y medulares compatibles con tuberculomas. Se aumentó la corticoterapia mejorando clínica y radiológicamente. Transcurridos ocho meses continúa con tuberculostáticos y presenta leve impotencia funcional de pierna izquierda.

Conclusión:

La sospecha clínica de MTB es suficiente para iniciar tratamiento. Un resultado microbiológico negativo no excluye el diagnóstico. La respuesta paradójica es un fenómeno poco habitual que se manifiesta como la aparición de lesiones, o empeoramiento de las preexistentes, a pesar de tratamiento apropiado. Se debe a un mecanismo de hipersensibilidad a proteínas procedentes de las micobacterias y no a resistencia del tratamiento. El manejo consiste en corticoterapia y mantenimiento del tratamiento antituberculoso.

PIE DOLOROSO Y FIEBRE EN RELACIÓN A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena; ARRIZABALAGA, Julio; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^a Jesús; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

Mycobacterium tuberculosis puede alcanzar el esqueleto (principalmente columna vertebral y grandes articulaciones, pero también pequeñas articulaciones) durante la fase bacteriémica de la primoinfección tuberculosa y permanecer en estado latente durante mucho tiempo. La tuberculosis (TB) osteoarticular es de curso lento e insidioso y por ser difícil diagnosticarla puede pasar desapercibida.

Objetivos:

Alertar a los médicos. Ante la presencia de dolor articular y fiebre de meses de evolución debe plantearse el diagnóstico de TB esquelética y descartarse con pruebas adecuadas.

Caso clínico:

Mujer caucásica de 25 años, sin antecedentes de interés, que consultó por dolor en el pie derecho de 5 meses de evolución, fiebre, tos y pérdida no cuantificada de peso. La radiografía simple del pie mostró signos de osteopenia y la resonancia magnética del pie fue compatible con edema a nivel de 2^o, 3^o y 4^o metatarsianos proximales y colección abscesiforme de 1,2 cm en dorso externo. Además, se realizaron análisis general, cuya alteración más relevante fue la elevación de la proteína-C reactiva (39 mg/dL); una prueba de la tuberculina que resultó positiva (17mm), y una radiografía de tórax que mostró patrón intersticial. Tanto el cultivo del esputo como el exudado obtenido tras aspirar el absceso del pie fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Tratamiento: Asociación de isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

Conclusión:

Con este caso queremos destacar la importancia de sospechar que *Mycobacterium tuberculosis* puede estar implicado ante un cuadro de dolor articular y fiebre de meses de evolución para que tomemos las medidas necesarias para identificarlo.

OTRAS INFECCIONES VIRALES Y FÚNGICAS

MENINGITIS DE LIQUIDO CLARO TRAS INFLAMACIÓN PAROTIDEA

SUAREZ LÓPEZ, Amaya; PEREZ RICARTE, Sara; FERNANDEZ LADRÓN, Valentina; LASA INCHAUSTI, Begoña;
ALÁEZ CRUZ, José Ignacio; ÚRIZ AYESTARAN, Javier

Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona

Varón 19 años, previamente sano, que acudió a urgencias por vómitos, cefalea y fiebre de 38°C de 48 horas de evolución. Nueve días antes, inflamación parotidea bilateral, por lo que había tomado tratamiento con antiinflamatorios.

El paciente no presentaba antecedentes personales de interés

En la exploración física se objetivaba temperatura axilar de 37,5°C con presión arterial de 120/70 mm Hg. Consciente, colaborador, con buen estado general. En exploración: hipertrofia amigdalар bilateral con secreción fibrinosa y empastamiento parotídeo bilateral. No visceromegalias, ni signos de orquitis. La exploración neurológica mostraba importante rigidez de nuca con maniobras meníngeas positivas, sin focalidad a otro nivel neurológico. El resto de la exploración fue normal

En urgencias se realizó analítica, ECG y radiografía de tórax, todos ellos sin alteraciones significativas

El paciente ingresó en el servicio de Enfermedades infecciosas.

En analítica de ingreso: VSG: 33 mm. Fibrinógeno: 553. PCR: 23. Resto normal

Se solicitó TAC cerebral sin alteraciones morfológicas, por lo que se realizó punción lumbar con: Hematíes: 5. Leucocitos: 1.040 (PMN:20%; MN:80%). Glucosa: 61. Proteínas: 0,88 g/l. y cultivo negativo

Las serologías mostraron Ac anti-parotiditis IgG negativo y Ac anti-parotiditis IgM positivo. Las serologías de VIH, VHB, VHC fueron negativas

Se inició tratamiento antiinflamatorio, inicialmente vía intravenosa y posteriormente vía oral. Desaparición de la fiebre a las 48 horas de ingreso y mejoría de los signos meníngeos. Al alta, afebril, sin cefalea ni rigidez nuchal.

El Diagnóstico fue de meningitis urliana en paciente con infección parotidea por paramixovirus.

VARICELA EN EL EMBARAZO. UN RIESGO EVITABLE

CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier; PAISAN, Ana; VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel;
VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; BUSTINDUY ODRIOZOLA, M^e Jesús; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio;
ARRIZABALAGA, Julio; AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz

Hospital Donostia, San Sebastián

Introducción:

Del 3-9% de las mujeres en edad fértil son susceptibles para la varicela y se calcula que puede haber entre 0,1-0,7/103 embarazos.

En el embarazo la varicela puede presentar 3 tipos de complicaciones:

- Mayor morbi-mortalidad para la madre.
- Complicaciones para el feto: Embriopatía por varicela o varicela congénita. Riesgo de malformaciones en los dos primeros meses de embarazo: 1-2%.
- Complicaciones para el recién nacido: varicela neonatal. Causada en las 3 últimas semanas de embarazo y aparece en los primeros 12 días de vida.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de todos los casos de mujeres embarazadas que padecen varicela entre los años 2000 y 2007. Se realiza seguimiento a los recién nacidos durante 1 año.

Resultados:

Se recogen 11 casos en total. Edad media: 30,52 años (23-40). 2 pacientes inmigrantes. 6 casos referían contacto en las dos semanas previas.. Una de ellas refería haber pasado varicela en la infancia. Ninguna refería vacunación previa.

1 caso en 2º trimestre (s19). 10 casos en 3er trimestre (9 se inician entre 5 días antes y dos días después del parto; 1 caso 10 días antes. 7 pacientes fueron tratados con Aciclovir iv durante una mediana de tiempo de 3 días (1-6). Solo dos RN menores de 38 semanas. Todos los partos vaginales.

Se administro gammaglobulina específica anti-varicela zoster a 10 RN en 3er trimestre. No hubo casos de varicela neonatal. Ninguna de las madres padeció complicaciones.

Conclusiones:

- En las madres infectadas de varicela entre 5 días antes y 2 después del parto no se ha objetivado casos de varicela neonatal.
- Es importante la administración de gammaglobulina específica anti-varicela zoster al RN.
- Es recomendable evitar tener embarazadas susceptibles mediante la vacunación en las mujeres en edad fértil.

INFARTOS ESPLÉNICOS COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME MONONUCLEÓSSICO POR VIRUS EPSTEIN-BARR O CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

IBARRA UGARTE, Sofía; FERRERO BENÉITEZ, Oscar Luis; BARAIAETXABURU ARTETXE, Josu; MUÑOZ SÁNCHEZ, Josefa; ZUBERO SULIBARRÍA, Zuriñe; SANTAMARÍA JAÚREGUI, Juan Miguel

Hospital de Basurto, Bilbao

La infección aguda por VEB o CMV en pacientes inmunocompetentes es habitualmente asintomática o bien se manifiesta como síndrome mononucleósico. En estos pacientes son poco frecuentes las complicaciones y la aparición de infartos esplénicos ha sido descrita muy raramente. Presentamos dos pacientes jóvenes, inmunocompetentes que a los pocos días del inicio de los síntomas presentaron dolor agudo en hipocondrio izquierdo, objetivando en el TAC imágenes compatibles con infartos esplénicos. Con tratamiento conservador ambos evolucionaron favorablemente.

La rareza de fenómenos vasculares en pacientes inmunocompetentes durante infecciones víricas tan prevalentes, sugieren un papel no determinante del agente infeccioso. Algunos casos descritos se asocian a otras condiciones de hipercoagulabilidad subyacente pudiendo tratarse de un efecto aditivo. Las citoquinas con actividad proinflamatoria que se producen durante la infección aguda, así como la estimulación de factores de crecimiento o la inducción transitoria de anticuerpos antifosfolípido en algunos casos por la activación policlonal de linfocitos B contribuiría a estos efectos vasculares. El papel de fármacos antivíricos para disminuir estos fenómenos no ha sido dilucidado.

Conclusiones:

- Los infartos esplénicos se pueden presentar durante una infección aguda por CMV o VEB
- Ante un cuadro de fiebre e infartos esplénicos además de descartar causas más frecuentes como endocarditis infecciosa, habría que valorar estas infecciones víricas
- El síntoma fundamental es dolor agudo en hipocondrio izquierdo que obliga a realizar pruebas de imagen para descartar la rotura esplénica
- No siempre es necesaria la esplenectomía
- Es necesario descartar trastornos de hipercoagulabilidad subyacente

COMPLICACIONES DE LA MONONUCLEOSIS (MI), POCO FRECUENTES PERO GRAVES

CALAHORRA GÁZQUEZ, Lorena; NAVARRO ELIZONDO, Marien; RUBIO OBANOS, Teresa; TOMAS HERREROS, Maria Nieve; CEBAMANOS MARÍN, Jose Antonio; LAFUENTE MARTINEZ, Nuria

Hospital Reina Sofía, Tudela

Introducción:

La MI se caracteriza por la presencia de fiebre, odinofagia, adenopatías linfáticas y linfocitosis atípica. Es una enfermedad banal pero puede presentar complicaciones

Material y métodos:

Hemos revisado las serologías solicitadas en el último año

Resultados:

- En el periodo de un año se realizó Paul-Bunnell en 407 siendo positivos 42 (10.07%)
- La positividad del Paul-Bunnell es algo más elevada en hombres que en mujeres siendo de 57% en ellos y 43% en ellas
- Es más frecuente en el grupo de edad de 11 a 20 años (el 69% de los casos).
- Las peticiones para Paul-Bunnell procedían de Atención Primaria y Servicio de Urgencias con un porcentaje del 47 y 31% respectivamente.

Presentamos un caso de un paciente de 15 años que acude por vómitos con dolor abdominal y fiebre de hasta 38.5. Hace un mes presentó una MI con buena recuperación del mismo y con analítica de control normal, demostrando en ecografía y TAC hematoma subcapsular esplénico

Con el diagnóstico de hematoma de bazo en el contexto de mononucleosis, se ingresa para tratamiento conservador. Permaneció asintomático. Los TAC de control a los 10 y 20 días muestran persistencia de la colección subcapsular esplénica realizándose drenaje percutáneo, con desaparición de la colección

Conclusiones:

- Hay que tener en cuenta, que enfermedades banales como MI pueden presentar complicaciones, aunque el porcentaje que se describa en la literatura sea mínimo.
- Y dichas complicaciones se deben tener en cuenta para evitar que pasen desapercibidas.

CANDIDEMIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

ÚRIZ AYESTARAN, Javier*; FERNANDEZ LADRÓN, Valentina**; SUAREZ LÓPEZ, Amaya**; SOLA BONETA, Julio*; CASTIELLO TAMBO, Jesús*; REPARAZ PADRÓS, Jesús*

**Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona*

***Medicina Interna. Hospital de Navarra, Pamplona*

Objetivos:

Descripción de las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los episodios consecutivos de candidemia en nuestro hospital en el período 2001-2008.

Metodos:

Revisión de los episodios consecutivos de candidemia durante ocho años de acuerdo a un protocolo de vigilancia de bacteriemia/fungemia en nuestro hospital. El Hospital de Navarra tiene 500 camas carece del Servicio de Pediatría.

Resultados:

Se han detectado 65 episodios de candidemia (2,33 %) del total de hemocultivos positivos , 56 casos eran nosocomiales (86%), con una estancia previa de 16 días. La edad media era de 63,6 años, 41 pacientes eran varones (63%). Veintinueve pacientes tenían enfermedad tumoral (51,8 %). El número de pacientes ingresados en servicio quirúrgicos era de 14 (21,5 %), 29 pacientes en UCI (44,6%) y 22 en servicios médicos. Cincuenta y seis llevaban catéteres venosos (86 %), treinta y cinco recibían nutrición parenteral (53,8 %). Habían recibido antibioterapia previa cincuenta y dos (80 %).El foco de bacteriemia mas frecuente fue el catéter venoso en veinticinco casos (38,5 %), foco primario en dieciocho pacientes (27,6 %). La frecuencia de aislamiento fue: C.albicans treinta y siete aislamientos (57 %), C. tropicalis 13 (20 %) , C. parapsilosis 4 (6 %), C. glabrata 3 (4,6 %) casos , un aislamiento de C. guillemondi y de C. krusei , en seis aislamientos no se identificó la especie (9,2 %).El estudio de sensibilidad realizado en 58 aislamientos demostró resistencia a los azoles en 10 casos (17,2 %) La estancia media fue de 19,62 días. Fallecieron 29 pacientes (41,5%), de los cuales 6 eran éxitos relacionados.

Conclusiones.

Baja incidencia de candidemias. La mayoría de los casos se presentan en pacientes con estancias previas largas, y múltiples factores de riesgo. Alta mortalidad global.

CANDIDEMIA. COMPARACIÓN ENTRE DOS PERÍODOS

ÚRIZ AYESTARAN, Javier*; GARCÍA-IRURE, Jose Javier**; NAVASCUÉS ORTEGA, Ana M^a**;
ALVARO VARELA, Anabel**;
FERNANDEZ LADRÓN, Valentina*; SUAREZ LÓPEZ, Amaya*; PEREZ RICARTE, Sara*

*Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra, Pamplona

**Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra, Pamplona

Objetivos: Comparar los posibles cambios en aspectos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos de candidemias entre dos períodos de tiempo 1º período (1993-2000), 2º período (2001-2008). Metodo. Revisión de las candidemias consecutivas en los dos períodos de estudio. El análisis estadístico se realizó con el programa EPIDAT, se aplicó el Test de Fisher para las variables cuantitativas y la T de Student para las cuantitativas.

Resultados:

	1993-2000	2001-2008	
Candidemias/ Hemocultivos positivos	48/2160	65/2791	N.S.
Area Medicina	19	22	N.S.
Area Quirúrgica	17	14	N.S.
UCI	12	29	p
Varones	32	41	N.S.
Edad edia	55,65/(22,48)	63,60/(16,11)	p(D.E.)
Enf. No fatal	22	23	N.S.
Neoplasia	12	29	p
ADVP	12	4	p
Foco primario	19	18	N.S.
Foco catéter v	17	25	N.S.
UCI	10	30	p
Al. Parenteral	14	35	p
Intubación	16	42	p
ATB previos	28	52	p
Catéter v.	31	56	p
Intrahosp.	29	56	p
C. albicans	35	37	N.S.
Estancia media	20,43/(24,54)	19,62/(15,19)	N.S (D.E.)
Exitus	13	27	N.S

Conclusiones. Mayor número de candidemias en ADVP en el 1º período, por el contrario en el 2º período más pacientes con neoplasias, mas factores de riesgo intrahospitalario, mas fungemias intrahospitalarias Aumento de los aislamiento de Candida no albicans pero sin significación estadística.

FUNGEMIA POR AEROBASIDIUM PULLULANS EN PACIENTE ADVP

GARCÍA GUTIÉRREZ, Francisco Jesús; RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco; IDIGORAS, Pedro;
VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel; CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier;
GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel; IRIBARREN LOYARTE, José Antonio

Hospital Donostia, San Sebastián

Presentamos el caso de un varón de 45 años, ADVP activo que ingresa por tos, expectoración amarillenta y rinorrea de un mes de evolución, acompañado de fiebre, artralgias, vómitos, diarreas y malestar general de 1 semana de evolución. Valorado por su médico de cabecera quien realiza pruebas complementarias con Rx de tórax y analítica completa normales, con tratamiento antibiótico con amoxicilina clavulánico durante 5 días sin mejoría clínica por lo que lo remite para ingreso y estudio. En la anamnesis refiere disnea de medianos esfuerzos, con dolor torácico de características pleuríticas. La exploración general fue normal a excepción de la presencia de hepatomegalia de 5 traveses de dedo y esplenomegalia. En las pruebas complementarias apareció únicamente un aumento de VSG y PCR. La placa de tórax fue normal en el TAC solo se apreció hepatoesplenomegalia y el ecocardiograma no mostró verrugas sugerentes de endocarditis infecciosa. El cultivo de esputo y las baciloscopias de esputo y orina fueron negativas. Al 5º día los hemocultivos fueron informados como positivos a *Candida albicans*. Fue tratado con antibióticos y antifúngicos presentando clara mejoría clínica por lo que fue dado de alta con el diagnóstico de síndrome febril en ADVP en probable relación a infección respiratoria y probable candidemia. En el seguimiento en consultas se recibió el resultado definitivo positivo en dos hemocultivos a *Aureobasidium pullulans* y *Scharyomyces cerevisiae*.

Comentarios:

La infección por *Aureobasidium Pullulans* es poco frecuente. Es un saprobio que esta ampliamente distribuido en ambientes húmedos como en las hojas, en la tierra, en papel húmedo, y en muros pintados. Inicialmente a 25º grados forma colonias blancas o cremosas, pero posteriormente conforme madura se cambia a un color marrón oscuro y después a negro. Es un microorganismo frecuentemente aislado en la piel como contaminante pero raramente causa infección cutánea, y solo unos pocos casos de infección profunda han sido descritos. Se han publicado 11 casos hasta la fecha de infección secundaria a diálisis peritoneal, algunos casos aislado de queratitis, así como casos esporádicos de infección por catéter y septicemia secundaria, micosis subcutánea en 1 transplantado renal, infección nosocomial diseminada, neumonía en transplantado hepático, infección de la mandíbula, infección sistémica en un paciente con leucemia y una infección oportunista en bazo. Nuestro paciente fue tratado con un curso de Fluconazol ante la presencia de un hemocultivo positivo a candida que se pensó que podía ser un contaminante y que posteriormente ante el segundo hemocultivo y la posterior identificación, demostró ser el hongo que nos incumbe. El paciente presentó una buena evolución clínica y fue dado de alta afebril y hemodinámicamente estable con control en consultas externas.

El propósito de este trabajo es hacer notar que la presencia de Hongos poco frecuentes en muestras estériles en el escenario clínico de un paciente con fiebre sin foco con antecedentes de cierta inmunosupresión, debería tenerse en cuenta con significación clínica, y se debería iniciar tratamiento antifúngico con la mayor brevedad posible con el fin de evitar complicaciones posteriores o aumento de la morbimortalidad.

INDICE DE AUTORES

AGUD APARICIO, Jose Manuel.....	16
AGUIREBENGOA IBARGUREN , Koldo.....	19, 71, 73
AIBAR AGUERRI, Miguel Ángel.....	79
ALÁEZ CRUZ, José Ignacio.....	18, 24, 64, 85, 63
ALMEIDA LLAMAS, Victoria.....	25
ALONSO-VILLAVERDE LOZANO, Carlos.....	3
ÁLVARO VARELA, Ana Isabel.....	57, 76, 77, 90
ANDÍA BERROJALBIZ, Ander.....	65, 66, 80
ANDONEGUI YURRITA, Josune.....	48
ANTÓN ARANDA, Enrique.....	21
APRAIZ GARMENDIA, Leire.....	16
ARAMBURU BENGOETXEA, M ^o Jose.....	32, 33, 34, 72
ARAMBURU, M. Jose.....	17
ARAZO GARCÉS, Piedad.....	27, 28, 29, 30, 31
ARRINDA YEREGUI, Jose María.....	54
ARRIZABALAGA AGUIRREAZALDEGUI, Julio.....	17, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 68, 69, 72, 81 86
ARROITA GONZÁLEZ, Gorka.....	16, 22, 25, 42
ARZELUS ARAMENDI, Eduarne.....	61, 62, 67
AZKUNE GALPARSORO, Harkaitz.....	17, 32, 33, 34, 38, 39, 41, 43, 53, 68, 69, 70, 72, 75, 78, 86
BARAIAETXABURU ARTETXE, Josu.....	87
BELOQUI PÉREZ DE OBANOS, Raquel.....	49
BERECIARTUA, Elena.....	19
BERECIBAR OIARZABAL, Cristina.....	61, 62, 67
BETOLAZA NANCLARES, Soledad.....	42
BLANCO RAMOS, José Ramón.....	27, 28, 29
BLANCO VIDAL, María José.....	20, 23
BLANES, M.....	5
BUSTINDUY ODRIOZOLA, M ^o Jesús.....	17, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 68, 69, 72, 75, 81, 86
CABALLERO ASENSIO, Ruth.....	49
CABRERA ZUBIZARRETA, Alberto.....	23
CABRERIZO GARCÍA, Jose Luis.....	74
CALAHORRA GÁZQUEZ, Lorena.....	55, 88
CALLEJO PLAZAS, María Jesús.....	74
CAMINO ORTIZ DE BARRÓN, Xabier.....	32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 68, 69, 75, 78, 81, 86, 91,
CANUT, Andrés.....	65, 66, 80
CAPELLÁN PEREZ, Jose Felix.....	54
CARRERA MACAZAGA, Jose Antonio.....	61, 62, 67
CASADO FRANCISCO, Ana.....	61, 62, 67
CASTELL, L.....	5
CASTIELLO TAMBO, Jesús.....	15, 18, 57, 63, 64, 89
CASTILLA CATALÁN, Jesús.....	15
CAZALLAS TARAZAGA, Juan.....	20, 23, 26, 37
CEBAMANOS MARIN, Jose Antonio.....	55, 88
CEBERIO HUALDE, Leticia.....	22, 42
CECILIO IRAZOLA, Álvaro.....	74, 79
COLLINET, Wakilkiria.....	47
COMÍN ORCE, Ana.....	30, 31
CRESPO AVELLANA, Manuel.....	56

INDICE DE AUTORES

CRUSELLS CANALES, M ^e José.....	27, 28, 29
CUENDE GARCÉS, Ana.....	61, 62, 67, 69
CUESTA, J.....	29
DE LA HERRAN, Gaspar.....	72
DE LA ROSA, G.	5
DELGADO VICENTE, Miriam.....	65, 66, 80
ECHEVARRÍA URANGA, Javier.....	37
ECHEVERRÍA ECHEVERRÍA, Aitxiber.....	49
EGUILUZ PINEDA, Amaia.....	32, 40, 70, 78
EGURVIDE, Maria Victoria.....	19
ELOLA ZEBERIO, Maitane.....	68
ERDOZAIN CASTIELLA, Jose Gabriel.....	19
ESCALANTE BOLEAS, Mikel.....	21
ESQUILLOR RODRIGO, Maria Jose.....	49
FERNANDEZ LADRÓN, Valentina.....	18, 24, 63, 64, 85, 89, 90
FERNANDEZ, J.....	5
FERRERO BENÉITEZ, Oscar Luis.....	87
FORTUN, J.....	5
FRAGO MARQUÍNEZ, Itziar.....	16, 25, 42
FUERTES RODRIGUEZ, Ana.....	68
GABILONDO ZELAIA, Ixtasne.....	26
GAINZARAÍN ARANA, Gainzarain Arana.....	65, 66
GAINZARAÍN ARANA, Juan Carlos.....	80
GARCÉS HORNA, Vanesa.....	74,79
GARCIA ARENZANA, Jose Maria.....	72, 75
GARCIA GUTIERREZ, Francisco Jesús.....	33, 70, 91
GARCÍA-IRURE, José Javier.....	76, 90
GARCÍA-LECHUZ, Juan.....	27, 28, 30, 31
GARCÍA, Francisco.....	38, 41, 78
GARDE ORBAIZ, Carmen.....	61, 62, 67, 69
GAZTELURRUTIA ABAITUA, Lourdes.....	73
GIL-PÉREZ, Desiré.....	27, 28, 29, 30, 31
GIL-SETAS, Alberto.....	49, 55, 77
GOENAGA SÁNCHEZ, Miguel Ángel.....	32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 61, 62, 67, 68, 69, 72, 75, 81, 86, 91
GOIENETXE DEL RÍO, Muskilda.....	61, 62, 67
GOIKOETXEA, Josune.....	19
GÓMEZ DEL VALLE, Carmen.....	79
GONZALEZ RODRIGUEZ, Catalina Isabel.....	49
GRIVE ISERN, Nuria.....	42
GUILLÉN GRIMA, Francisco.....	76
GUTIERREZ DUBOIS, Jorge.....	49
HERÁNDEZ, Desiré.....	31
HERNÁNDEZ ALMARAIZ, Jose Luis.....	50
HERNÁNDEZ GARCÍA, Jerónimo.....	21
HERNÁNDEZ, Maria Ines.....	30
HERRERO TORRÚS, Marta.....	74, 74
IBARGUREN PINILLA, Maialen.....	17, 32, 40, 41, 70, 78
IBARRA BARRUETA, Olatz.....	20, 26

INDICE DE AUTORES

IBARRA UGARTE, Sofía.....	87
IDIGORAS, Pedro.....	91
IGUZQUIZA PELLEJERO, María Jesús.....	74
IRIBARREN LOYARTE, José Antonio.....	17, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 53, 68, 69, 72, 75, 81, 86, 91
JIMENO BADIOLA, Begoña.....	61, 62, 67
LAFUENTE MARTINEZ, Nuria.....	88
LANDEO FONSECA, Alvaro.....	55
LASA INCHAUSTI, Begoña.....	24, 85
LEIZAOLA ARREGI, Katixa.....	34, 78, 70
LETONA CARBAJO, Santiago.....	74, 79
LINAZISORO UGARTE, Aintzane.....	61, 62
LÓPEZ AZKARRETA, Iñigo.....	71, 73
LÓPEZ SORIA, Leire Mónica.....	71, 73
MARTI CABANE, Juan.....	21
MARTÍN FORTEA, M ^º Pilar.....	79
MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, Eduardo.....	20, 23, 26, 37
MARTÍNEZ RIENDA, Inés.....	50, 73
MATÍA SANZ, Marta.....	79
MAYO SUÁREZ, José.....	20, 23, 26, 37
MENEU, J.....	5
MERINO, J. Manuel.....	70
MIGUÉLEZ VIDALES, José Luis.....	37
MILAGROS, Montes.....	53
MILLET SANPEDRO, Manuel.....	61, 62, 67
MIRÓ, J. M.....	5
MONTEJO BARANDA, José Miguel.....	5, 19, 71
MORENO, Enrique.....	72
MUÑOZ SÁNCHEZ, Josefa.....	87
NAVARRO ELIZONDO, Marien.....	55, 88
NAVARRO, María Elena.....	74
NAVASCUÉS ORTEGA, Ana M ^º	57, 90
NAVASCUÉS, Ana M ^º	76, 77
ORIÑUELA, Itziar.....	65, 66, 80
ORTIZ DE ZARATE IBARRA, Zuriñe.....	34, 38, 39, 40, 41, 43, 69, 75
OTAMENDI, Isabel.....	76
PAISAN, Ana.....	86
PARDILLOS TOMÉ, Ana.....	56
PASCUAL CATALÁN, Ascensión.....	27, 28, 29, 30, 31, 56
PASCUAL TOMÉ, Lydia.....	17, 43
PELAY CACHO, Raquel.....	79
PÉREZ FERNANDEZ, Naiara.....	68
PÉREZ MARTÍN, Jaime Jesús.....	10
PEREZ RICARTE, Sara.....	24, 85, 90
PÉREZ SALAZAR, Marta.....	55
PÉREZ ZAFRILLA, Beatriz.....	4
PORTU ZAPIRAIN, Joseba.....	16, 22, 25, 42
PUELLES EMALDIBARRA, Nagore.....	16, 22, 25, 42
RAFECAS, A.....	5

INDICE DE AUTORES

RAGA BORJA, Salvador.....	50
RAMOS PAESA, Carlos.....	27, 28, 29, 30, 31, 56
REPÁRAZ PADRÓS, Javier.....	63, 64
REPÁRAZ PADRÓS, Jesús.....	15, 18, 57, 89
RIMOLA, A.....	5
RODRIGUEZ ELETA, Francisco.....	55
RODRIGUEZ ZABALETA, Maier.....	43
RODRÍGUEZ-ARRONDO, Francisco.....	7, 32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 53, 68, 69, 72, 75, 81, 86, 91
RUBIO OBANOS, Teresa.....	49, 55, 77, 88
RUBIO RUBIO, María Victoria.....	56
RUIZ CAMPS, Isabel.....	6
RUIZ DEL BARRIO, Inmaculada.....	21
SAEZ DE ADANA ARRONIZ, Ester.....	22, 42
SAN MIGUEL LÓPEZ DE URALDE, Sonia.....	16, 22, 25, 42
SANJOAQUÍN CONDE, Isabel.....	27, 28, 29, 74
SANJUÁN LOPEZ, Ainhoa.....	65, 66, 80
SANTAMARÍA JAÚREGUI, Juan Miguel.....	87
SANTAMARÍA MAS, Maribel.....	42
SARASQUETA EIZAGUIRRE, Cristina.....	17, 67
SEGURA, Andreu.....	9
SOLA BONETA, Julio.....	15, 18, 57, 63, 64, 89
SOLA GALARZA, Amaya.....	63
SORIA BLANCO, Luis Miguel.....	50
SUAREZ LÓPEZ, Amaya.....	18, 24, 63, 85, 89, 90
TARABINI-CASTELLANI CIORDIA, Paola.....	16, 42
TOLEDO ATUCHA, Estefanía.....	15
TOMAS HERREROS, Maria Nieva.....	88
ÚRIZ AYESTARAN, Javier.....	15, 18, 24, 57, 63, 64, 76, 85, 89, 90
URRA ZALBIDEGOITIA, Elena.....	50
URTASUN, Miguel.....	78
VALERO TENA, Esther.....	56
VALL MAYANS, Martí.....	8
VALLE PUEY, Juan.....	74, 79
VILLAR GOMEZ, Irama.....	19
VON WICHMANN DE MIGUEL, Miguel Ángel.....	32, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 68, 69, 70, 72, 75, 81, 86, 91
YURRITA ANDONEGUI, Josune.....	47
ZUBERO SULIBARRÍA, Zuriñe.....	87
ZUBILLAGA AZPIROZ, Elena.....	33, 53, 54, 70, 78, 81