

---

## Resúmenes SIIC

---

### ● LA COLONIZACION DE LAS MANOS DE LOS RESIDENTES CON GERMENES RESISTENTES NO AUMENTA CON EL TIEMPO DE ENTRENAMIENTO

Chicago, EE.UU.

El estudio bacteriológico de las manos de los residentes demostró que la colonización y la resistencia bacteriana a los antibióticos no fue mayor en quienes se encontraban en el tercer año respecto de los que cursaban el primero, por lo que se infiere que las bacterias de las que son portadores no tienen significación en la génesis de infecciones intrahospitalarias.

Clinical Pediatrics 45(4): 341-345, May 2006

*Autores:*

Baker K, Katz BZ

*Institución/es participante/s en la investigación:*

Children's Memorial Hospital

*Título original:*

Microbial Colonization of the Hands of Residents

*Título en castellano:*

Colonización Microbiana de las Manos de los Residentes

#### Introducción

Las infecciones hospitalarias siempre acompañaron el ejercicio de la medicina. A medida que la ciencia progresa y las estrategias para la detección de las enfermedades avanzan, se observa la existencia de un mayor número de pacientes inmunocomprometidos o que deben ser sometidos a procesos invasivos, todo lo cual deriva en un aumento del riesgo de contraer infecciones. Es posible que entre 30% y 50% de las infecciones hospitalarias puedan prevenirse, y hay gran preocupación por el aumento de aquellas producidas por cepas microbianas resistentes. Los modos de transmisión incluyen contacto, transmisión aérea, vehículos comunes y transmisión por vectores. En general, la prevención de las transmisiones por contacto se hace mediante el lavado de manos y por pautas destinadas a restringir las interacciones con pacientes infectados con patógenos, como el aislamiento protector, aunque este último no carece de riesgos. Pocos estudios examinaron la colonización de las manos de los trabajadores de la salud fuera del contexto de una infección declarada (colonización se refiere a la transmisión temporaria de microorganismos de la superficie corporal humana sin invasión de los tejidos ni reacción fisiológica). Un estudio enfocado en los recuentos microbianos en las manos de dermatólogos, médicos oncólogos y enfermeras encontró colonización y resistencia de estafilococos coagulasa positivos, difteroides y especies gramnegativas. Las enfermeras estaban colonizadas con gérmenes más resistentes y el personal médico presentaba más patógenos potenciales que el personal no médico del mismo centro. Otro trabajo encontró que el personal médico portaba cepas probablemente más resistentes de *S. aureus* que el personal no médico. Otros estudios analizaron

la prevalencia de infección por *C. difficile* y enterococos y coincidieron con los hallazgos antes mencionados. Por último, varias investigaciones estudiaron las manos del personal y una de ellas encontró que la colonización aumentaba con los años de entrenamiento.

El presente trabajo se refiere a las manos de los residentes, en particular los de pediatría, con el objeto de probar la hipótesis que presupone que los de tercer año se encuentran colonizados con más microorganismos, y más resistentes, en comparación con las manos de los residentes de primer año.

### Metodología

Se obtuvieron muestras de las manos dominantes entre enero y marzo de 2004, el día de la conferencia semanal del departamento entre las 9 y 9:30. Cada semana se tomaron de 5 a 7 muestras. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, presencia o ausencia de anillos, tiempo desde el lavado inmediatamente previo e integridad cutánea. Se dejó constancia de que en el hospital existía libre disposición de jabón líquido antibacteriano y de un producto de limpieza alcohólico sin agua. Cada participante debió sumergir su mano dominante en una solución especial contenida en bolsa estéril y, a través de esta última, masajear la mano con la otra libre. Esta solución se sometió a procedimientos bacteriológicos que consistían en cultivo y análisis de sensibilidad a antibióticos. Por último, se estudió la asociación entre el tiempo de entrenamiento de los residentes y la colonización de sus respectivas manos dominantes con microorganismos resistentes.

### Resultados

Fueron evaluados 26 residentes de primer año y 24 de tercero; dos tercios eran mujeres, pocos tenían uñas largas, usaban anillos o esmalte de uñas y ninguno utilizaba uñas postizas o se había descamado las manos. Todos se habían lavado una hora antes de que se tomaran las muestras. Se aislaron 35 especies grampositivas entre los 26 residentes de primer año, 12 de los cuales eran resistentes a la oxacilina y 13 a la clindamicina, y 24 gérmenes grampositivos en los de tercer año, 9 resistentes a oxacilina y 6 a clindamicina. Seis residentes presentaban microorganismos resistentes a ambos antibióticos. Cada uno de los residentes tenía de 1 a 3 microorganismos grampositivos; 5 de primer año y 8 de tercero tenía un bacilo gramnegativo cada uno y 15 de primero y 10 de tercero tenían 2 microorganismos cada uno. Entre los residentes de primer año predominó el *Staphylococcus epidermidis*, mientras que en el segundo el grampositivo más frecuente fue *S. warnerii*; éste también fue habitual entre los de tercer año, seguido por *S. epidermidis*. Se obtuvieron 5 aislamientos de *Staphylococcus aureus*, 2 correspondientes a residentes de primer año y 3 a los de tercer año. Ninguna de estas especies resultó resistente a la oxacilina.

### Discusión

Los microorganismos resistentes a múltiples antibióticos pueden conducir a la aparición de epidemias de infecciones intrahospitalarias. Varios estudios previos que evaluaron la colonización de las manos del personal asistencial fueron llevados a cabo en el curso de esas infecciones; por lo tanto, la colonización pudo haber sido secundaria a la infección ya declarada. Sobre todo fueron evaluadas las enfermeras y el personal de farmacia y los estudios que incluyeron a médicos no discriminaron entre los de planta y los residentes. Las expectativas de los autores no se cumplieron, dado que no pudieron demostrar un mayor número de gérmenes o resistencia superior a los antibióticos en las manos de los residentes de tercer año respecto de los de primero.

### Conclusión

Sobre la base de este hallazgo, los expertos afirman que, en residentes de pediatría, la colonización de las manos con microorganismos grampositivos de resistencia creciente puede no ser un factor significativo en la evolución a infecciones intrahospitalarias por gérmenes grampositivos resistentes.

## Autoevaluación de Lectura

---

¿Cómo se tipifican los posibles gérmenes que porta la piel cuando se estudia la colonización de las manos del personal asistencial?

**A. Escarificación de las manos y extendido del material que se colorea con Gram, Ziehl Nielsen y Papanicolaou.**

**B. Sumersión de las manos en solución estéril y cultivo de una muestra del líquido.**

**C. Sumersión de las manos en solución salina y colocación de electrodos en eminencias tenar e hipotenar para electroforesis.**

**D. Por inmunofluorescencia y comparación con una escala en que cada longitud de onda corresponde a un germen específico.**

[Respuesta Correcta](#)

---

## ● VALOR DIAGNOSTICO DE LA ECOGRAFIA LUEGO DEL PRIMER EPISODIO DE INFECCION URINARIA FEBRIL EN NIÑOS

Turku, Finlandia

La ecografía renal y del tracto urinario realizada después del primer episodio de infección urinaria febril en los niños puede brindar información clínicamente importante acerca de las alteraciones no relacionadas con el reflujo vesicoureteral.

European Journal of Pediatrics 165(8):556-559, Ago 2006

*Autores:*

Jahnukainen T, Honkinen O, Ruuskanen O, Mertsola J

*Título original:*

Ultrasonography after the First Febrile Urinary Tract Infection in Children

*Título en castellano:*

Ecografía después del primer episodio de infección urinaria febril en los niños

### Introducción

La ecografía renal y del tracto urinario (EcoR) y la cistouretrografía miccional (CUGM) se recomiendan como los principales estudios por imágenes a realizar después de un primer episodio de infección urinaria (IU) en niños pequeños. La ecografía se efectúa para evaluar la ecoestructura del parénquima renal y el espesor de la corteza renal e identificar diversas anomalías anatómicas como hidronefrosis o dilatación de los uréteres, hipertrofia de la pared vesical, ureterocele, entre otras. Por su parte, la CUGM se realiza para detectar reflujo vesicoureteral (RVU) y alteraciones uretrales. Recientemente se cuestionó la importancia de la EcoR de rutina luego de un primer episodio de IU febril. La sensibilidad de este estudio para la detección del RVU, aun de alto grado, y de los defectos parenquimatosos renales fue reducida. El objetivo de este estudio consistió en evaluar el papel de la EcoR para la detección de anomalías significativas en los riñones y el tracto urinario no relacionadas con el reflujo; además, se evaluó si los hallazgos influyen sobre el tratamiento en los niños con un primer episodio de IU febril.

## Pacientes y métodos

Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos y ecográficos de niños entre 0 y 16 años con un primer episodio de IU febril (temperatura = 38° C) atendidos en el hospital entre enero de 1998 y diciembre de 2000. Los pacientes con una anomalía conocida del tracto urinario o riesgo de IU como hidronefrosis detectada en forma prenatal o mielomeningocele fueron excluidos del ensayo. La IU se diagnosticó sobre la base del cultivo de las muestras de orina recolectadas por punción suprapúbica (48%) o por bolsa colectora (2 especímenes) en niños menores de 2 años (52%) y al acecho (chorro medio) en niños mayores. Se consideró significativo el desarrollo de un único patógeno con 100 000 ufc/ml o más en 2 muestras obtenidas por bolsa colectora o en un espécimen recogido por chorro medio al acecho. Cualquier crecimiento bacteriano en la orina obtenida por punción suprapúbica se consideró significativo. En todos los pacientes se realizó EcoR dentro de los 3 días del diagnóstico y CUGM aproximadamente un mes después. Radiólogos pediatras con experiencia efectuaron y evaluaron estos estudios. El RVU se clasificó en grados según los criterios del Comité Internacional de Estudio del Reflujo. Todos los niños con diagnóstico presuntivo de hidronefrosis (diámetro posteroanterior > 10 mm) u otras características que sugirieran uropatía obstructiva fueron evaluados mediante otra EcoR o centellografía renal. Se consideró que este último estudio sugería uropatía obstructiva si el vaciamiento renal era prolongado (> 20 minutos) después de la inyección de furosemida. Antes de la cirugía se realizó pielografía retrógrada. Dos pediatras revisaron los informes de los estudios por imágenes y, además, se consultó con un radiólogo pediatra en caso de necesidad. Cualquier hallazgo anormal en la EcoR fue considerado significativo si influyó sobre el tipo de tratamiento (intervención quirúrgica, esquema antibiótico de profilaxis, necesidad de seguimiento o asesoramiento). El seguimiento comprende la función renal o las imágenes para verificar el desarrollo normal de los riñones, mientras que el asesoramiento es importante, principalmente en pacientes con riñón único o hipoplasia poliquística. Debe enfatizarse la necesidad de evitar las drogas y otros factores potencialmente nefrotóxicos que puedan afectar al riñón remanente. Las alteraciones como la obstrucción en la unión ureteropielica o en la unión ureterovesical, las válvulas uretrales, el ureterocele, el riñón único o poliquístico, la displasia renal o la hipoplasia fueron consideradas patologías con potencial para influir sobre el tratamiento y que, en general, no se visualizan en la CUGM.

## Resultados

La mediana de edad de los niños estudiados fue de 0.5 años (0.03 a 9.5 años). De los 155 pacientes evaluados, 126 (81%) fueron menores de 2 años y las niñas se encontraron más afectadas (59%) que los varones. El agente causal identificado con más frecuencia fue *Escherichia coli* en el 93% de los casos. La CUGM fue anormal en 58 de 154 participantes (37.7%) y el mismo resultado se observó en 23 de las 155 EcoR (14.8%). Las alteraciones encontradas fueron hidronefrosis (diámetro anteroposterior de la pelvis renal > 10 mm) en 8 niños, doble sistema colector en 11, displasia multiquística, hipoplasia renal, riñón único y riñón en herradura, cada una en un paciente. Nueve de 23 niños con EcoR anormal tuvieron CUGM normal y sólo 2 de estos pacientes fueron mayores de 2 años y de sexo femenino. Las alteraciones del tracto urinario se detectaron principalmente por EcoR. La incidencia de IU producidas por gérmenes distintos de *E. coli* fue más alta en los pacientes con alteraciones en el tracto urinario. Cuatro niños con EcoR anormal y CUGM normal presentaron obstrucción significativa en la unión ureteropielica, 3 de los cuales fueron tratados quirúrgicamente (2 varones con una media de edad de 2 meses y una niña de 7 años). El examen ecográfico de los pacientes con obstrucción de la unión ureteropielica que requirieron cirugía mostró hidronefrosis con cálices marcadamente dilatados; en estos casos, la centellografía renal y la pielografía retrógrada sugirieron obstrucción unilateral de la unión ureteropielica. Dos niños con doble sistema colector y 1 con riñón en herradura mostraron dilatación unilateral de la pelvis renal. Los estudios por imágenes posteriores no mostraron RVU u obstrucción y, por consiguiente, recibieron esquema antibiótico de profilaxis (4 a 6 meses) hasta que se descartó progresión de la dilatación piélica por la EcoR de seguimiento.

## Discusión y conclusión

Según los autores, los resultados del presente estudio mostraron que la EcoR detectó alteraciones significativas en el tracto urinario en el 14.8% de los niños evaluados en su primer episodio de IU febril. Aproximadamente la mitad de estos pacientes presentó CUGM normal y las alteraciones en

el tracto urinario se detectaron principalmente por EcoR. En general, se acepta que deben realizarse estudios de diagnóstico por imágenes después del primer episodio de IU para detectar pacientes con riesgo de daño renal; sin embargo, en la actualidad es motivo de debate qué estudios deben efectuarse. Algunos grupos concluyeron que la EcoR realizada al momento del primer episodio de IU tiene un valor limitado, dado que no se produjeron cambios en el tratamiento sobre la base de los hallazgos ecográficos. Por el contrario, los resultados obtenidos en el presente ensayo, junto con los datos de otro estudio publicado recientemente, demostraron que la EcoR encontró alteraciones anatómicas significativas en el tracto urinario alto, no identificadas por la CUGM. En la población estudiada, el tratamiento se cambió de acuerdo con los hallazgos ecográficos en el 5.7% de los niños (4 fueron tratados quirúrgicamente por causas no relacionadas con RVU y 5 en forma conservadora). Las diferencias entre los resultados de este ensayo y los informes previos pueden deberse a la distinta distribución en cuanto al sexo y al espectro de los patógenos subyacentes. Los ensayos anteriores demostraron que las alteraciones funcionales o anatómicas se asocian con más frecuencia con el sexo masculino y con las IU producidas por patógenos distintos de la *E. coli*. En el presente estudio, 6 de los 9 niños que presentaban alteraciones significativas del tracto urinario encontradas en la EcoR fueron de sexo masculino y la incidencia de IU por gérmenes distintos de la *E. coli* fue más alta en aquellos con anomalías en el tracto urinario.

En conclusión, señalan los expertos, se encontraron alteraciones significativas del riñón o del tracto urinario en el 5.7% de los pacientes evaluados. La EcoR es el método de elección en la detección de hidronefrosis, reducción marcada del parénquima renal, hipoplasia renal y enfermedad poliquística, dado que estas alteraciones no se visualizan en la CUGM. Los datos obtenidos sugieren que la EcoR puede cumplir un papel como método principal de diagnóstico por imágenes en los niños con un primer episodio de IU febril, ya que brinda información importante acerca de las alteraciones no relacionadas con el RVU que pueden afectar el tratamiento.

## Autoevaluación de Lectura

---

**¿En qué porcentaje de un grupo de niños entre 0 y 16 años con un primer episodio de infección urinaria febril, la ecografía renal y del tracto urinario fue anormal?**

- A. Aproximadamente un 6%.**
- B. Aproximadamente un 40%.**
- C. Aproximadamente un 15%.**
- D. Aproximadamente un 20%.**

**[Respuesta Correcta](#)**

---

## ● LOS METODOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES SON UTILES EN LA EVALUACION DE LOS TUMORES GASTROINTESTINALES DEL ESTROMA

Zurich, Suiza

La PET y PET/TAC en línea proporcionan información pronóstica y tienen impacto clínico en pacientes con tumores gastrointestinales del estroma. La PET/TAC delimita las lesiones y permite una evaluación más precisa.

European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging 32(2):153-162, Feb 2005

*Autores:*

Goerres GW, Stupp R, Barghouth G

*Institución/es participante/s en la investigación:*

Division of Nuclear Medicine, University Hospital Zurich

*Título original:*

The Value of PET, CT and In-Line PET/CT in Patients With Gastrointestinal Stromal Tumours: Long-Term Outcome of Treatment With Imatinib Mesylate

*Título en castellano:*

Valor de la PET, TAC y PET/TAC en Línea en Pacientes con Tumores Gastrointestinales del Estroma: Resultado a Largo Plazo del Tratamiento Con Imatinib Mesilato

Los tumores gastrointestinales del estroma (GIST [gastrointestinal stromal tumors]) son derivados del mesénquima, específicamente de las células de Cajal. El 90% de los tumores tienen su origen en estómago e intestino delgado. El espectro de manifestaciones clínicas es amplio, desde nódulos detectados de manera incidental a grandes masas tumorales. La condición imprescindible para su diagnóstico es que sean positivos para c-KIT. Hasta hoy, el único tratamiento curativo es la resección quirúrgica; la radioterapia y la quimioterapia son tratamientos de segunda línea. Dentro de la quimioterapia se ha desarrollado el imatinib, un inhibidor del receptor de tirosinquinasa que ha demostrado eficacia en los casos donde la cirugía es inviable o como terapia adyuvante cuando la resección fue parcial.

La tomografía helicoidal con contraste (TH-c) se utiliza para evaluar la respuesta de los GIST al tratamiento; sin embargo, se puede observar un retraso de semanas a meses hasta que los cambios funcionales a nivel celular se expresen a nivel macroscópico y se pueda evaluar el efecto terapéutico. En contraste, la tomografía por emisión de positrones (PET) con F-fluorodeoxiglucosa (FDG), un análogo de la glucosa que se capta a nivel celular pero no se metaboliza, es útil para evaluar esos cambios funcionales a nivel celular. Una disminución en la captación de F-FDG posterior al inicio de un tratamiento con imatinib significa que la respuesta terapéutica es positiva y sugiere un período libre de enfermedad prolongado.

El objetivo del estudio consistió en comparar el valor pronóstico de la PET realizada poco después de iniciar el tratamiento con imatinib con la TH-c. El segundo objetivo fue comparar los resultados de la PET con la TH-c y los resultados de la PET/tomografía computarizada (TAC) en línea con PET y TH-c.

### **Materiales y métodos**

Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de GIST que realizaron estudios por imágenes en los centros y hospitales donde trabajaban los autores. Todos los pacientes incluidos recibieron imatinib en dosis de 400 mg/día u 800 mg/día; en el caso de progresión de la enfermedad con 400 mg/día, la dosis se incrementó a 800 mg/día. Las dosis fueron reducidas en los pacientes que presentaron eventos adversos. Las evaluaciones médicas fueron trimestrales y abarcaron un examen clínico e imágenes. Los estudios por imágenes consistieron en una PET y una TAC en una sola sesión. Los pacientes debían concurrir con un ayuno previo de 4 horas, y a los 45 minutos previos se les inyectó una dosis estándar de FDG y se comenzaron los estudios. La primera secuencia de mapeo

fue de la cabeza a la pelvis. La TAC se realizó sin contraste endovenoso puesto que como parte de la rutina se realizó una TH-c. Luego de la TAC se efectuó la PET, que comenzó por el piso pélvico hacia la cabeza. En los mapeos PET/TAC en línea los datos de la TAC se utilizaron para atenuar la corrección que debe realizarse para la PET y, de esta forma, disminuir el tiempo del estudio. Durante los mapeos, los pacientes fueron supervisados por un técnico. Los datos obtenidos se reconstruyeron con un algoritmo estándar. En un grupo de pacientes se realizó PET/TAC en línea antes y después del tratamiento con imatinib. Los resultados fueron evaluados por más de un médico. Los registros correspondientes a la TAC fueron presentados en escala de grises y los de la PET, en colores.

Los métodos estadísticos utilizados fueron la media  $\mu$ , el error estándar, las curvas de supervivencia de Kaplan Meier y la prueba de cociente de riesgos.

## **Resultados**

Se analizaron los estudios realizados a 34 pacientes, 19 de ellos fueron hombres, con un promedio de edad de  $51.7 \pm 15.2$  años dentro de un rango de 21 a 76 años. Se realizó un total de 78 estudios de PET y de PET/TAC para estadificación y reestadificación tumoral durante el seguimiento. La supervivencia media fue de 44.5 meses con un porcentaje de 78% a los 2 años de evolución del tumor. El tiempo de tratamiento promedio con imatinib fue de 44.5 meses, con 67% de pacientes que, finalizado el protocolo a los 2 años, continuó con el tratamiento. El porcentaje de pacientes que estuvieron libres de enfermedad hasta los 2 años fue del 49% y el tiempo promedio de progresión del tumor fue de 23.5 meses.

En los estudios por imágenes se encontraron lesiones con hipercaptación de FDG en el hígado con mayor frecuencia, pero también en todo el tubo gastrointestinal con extensión mesentérica o sin ella o sobre el omentum y en los tejidos blandos. Las localizaciones extraabdominales comprometieron los ganglios linfáticos del mediastino y axilares, el esófago, el pulmón y los huesos. Estas lesiones fueron confirmadas como GIST por punciones dirigidas con estudio histopatológico.

La PET identificó una lesión tumoral en una costilla en 2 pacientes, que no se observó en la TAC. En 7 pacientes no se encontraron lesiones hipercaptantes de FDG. En 2 pacientes se observaron zonas de sospecha de metástasis en hígado con la TAC pero no se comprobó incremento de la captación de FDG, pero en 1 de estos 2 pacientes sí se observaron zonas de mayor captación en otros órganos. En un sujeto se informó una lesión en el polo inferior del riñón con PET, que se consideró como no tumoral, pero al analizarla con PET/TAC en línea se confirmó la presencia de GIST. En otro paciente se encontraron 3 lesiones pulmonares de menos de 5 mm de diámetro, que no se informaron con la PET pero sí con la PET/TAC en línea.

Las indicaciones de PET y de PET/TAC se habían planteado para la estadificación tumoral, evaluar el efecto terapéutico del imatinib poco después de iniciado el tratamiento, confirmar el efecto favorable del imatinib en el seguimiento, comprobar la progresión de la enfermedad, controlar aquellos pacientes que por el progreso de la enfermedad con dosis bajas de imatinib debieron incrementar la dosis a 800 mg/día, controlar la respuesta al incremento de la dosis, investigar la presencia de lesiones solitarias con hipercaptación de FDG y controlar el estado posquirúrgico de los pacientes.

En 15 pacientes se realizó una comparación entre los informes de la PET/TAC en línea, la PET y la TH-c antes de iniciar el tratamiento. Se encontraron 96 lesiones con la TH-c y 66 con la PET del estudio de la PET/TAC en línea. En las imágenes pequeñas, la captación de FDG fue importante y claramente establecida, mientras que las lesiones de mayor tamaño mostraron menor captación central del marcador, signo que se interpretó como necrosis.

En cuanto a la capacidad para pronosticar la supervivencia con la PET/TAC, se evaluaron 20 de 28 pacientes y se informó una supervivencia del 80% a los 2 años, dato que coincide con la evaluación realizada por estudios de imágenes que evaluaron la respuesta al tratamiento con imatinib.

## **Discusión**

Los resultados de este estudio confirman informes previos que demostraron una disminución en la captación de FDG tempranamente luego de iniciado el tratamiento con imatinib, en aquellos pacientes con respuesta favorable. Los sujetos cuyas lesiones normalizan la captación de FDG tienen mejor pronóstico que aquellos que en los que la hipercaptación se mantiene. En pacientes

que no tienen captación de FDG previa al inicio del tratamiento no se justifica la realización de otro estudio a posteriori. Los autores sugieren que un estudio PET/SCAN posterior al tratamiento puede proporcionar información de utilidad para evaluar la supervivencia y el tiempo libre de enfermedad, mientras que la TH-c no sería útil en este propósito.

El número de lesiones informadas con la TH-c es superior a aquellas observadas con PET, por ello esta última sola no sería un método de utilidad para identificar y caracterizar los GIST. Sin embargo, los autores sugieren que para un estudio de supervivencia las lesiones identificadas por la hipercaptación de FDG tienen mayor importancia clínica que las imágenes informadas con la TH-c.

La TAC suele presentar dificultades diagnósticas en aquellos pacientes con cirugías previas, puesto que los cambios posoperatorios no son específicos. Por otro lado, muchas lesiones identificadas con TAC no pudieron confirmarse histológicamente.

Respecto del estudio con FDG, el espectro encontrado fue amplio, desde lesiones con marcada hipercaptación hasta otras con focos centrales sin captación, quizá por necrosis. Incluso en el mismo paciente se encontraron lesiones con captación alta, mediana o nula. La explicación probable estaría relacionada con las diferencias clonales entre los grupos de células. Del igual modo, algunas lesiones no pueden diferenciarse del parénquima circundante puesto que el grado de captación de las células tumorales es similar al de las células normales para ese tejido. Por ello, un paciente con lesiones activas debería iniciar tratamiento con imatinib a pesar de tener un estudio de PET negativo.

Los estudios de PET/TAC en línea sirven para correlacionar e identificar con mayor precisión las lesiones anatómicas, esto cobra importancia sobre todo al momento de realizar una biopsia. Los autores sugieren que la PET y la PET/TAC son útiles para definir el pronóstico y aportar información clínica útil para la evaluación del tratamiento.

## **Autoevaluación de Lectura**

---

**¿Cuál es la sustancia de contraste que se utiliza para la tomografía por emisión de positrones?**

- A. Gadolinio.**
- B. Iodo radioactivo.**
- C. Ninguna.**
- D. Fluorodeoxiglucosa.**

**[Respuesta Correcta](#)**

---



## ● LOS TRASTORNOS CUTANEOS SON FRECUENTES EN LAS ENFERMEDADES TIROIDEAS

Ludhiana, India

La asociación entre las enfermedades tiroideas y los trastornos cutáneos es compleja. En pacientes con hipotiroidismo, las anomalías más frecuentes incluyen piel seca, trastornos de la pigmentación y caída del cabello.

Indian Journal of Dermatology 51(2):96-99, Abr 2006

*Autores:*

Dogra A, Dua A, Singh P

*Institución/es participante/s en la investigación:*

Hospital Ludhiana

*Título original:*

Thyroid and Skin

*Título en castellano:*

Tiroides y Piel

### Introducción

La piel puede verse comprometida en pacientes con hipertiroidismo o hipotiroidismo. Este último se caracteriza por la presencia de concentraciones de TSH superiores a las 4.20 UI/ml y niveles de T3 y de T4 por debajo de 3.95 y de 12.0 pmol/l, respectivamente. Los trastornos dermatológicos del hipotiroidismo pueden ser específicos o inespecíficos y relacionados con la alteración endocrina; también pueden aparecer otras manifestaciones asociadas con la enfermedad. Este estudio se realizó en el *Dayanand Medical College and Hospital* con la finalidad de establecer los cambios cutáneos que aparecen en individuos con patología tiroidea. Se incluyeron 32 pacientes evaluados durante un período de 3 meses en 2005.

### Observaciones y resultados

Uno de los pacientes presentaba hipotiroidismo congénito, en los restantes el trastorno había comenzado en la edad adulta. De los 32 participantes, con una edad promedio de 39.5 años, 28 eran mujeres. Se detectaron 4 casos de anemia.

*Antecedentes*

El 71.85% de los pacientes informó aumento de peso; otras manifestaciones habituales fueron la taquicardia y el letargo. Cinco sujetos refirieron inquietud mientras que los temblores de manos sólo aparecieron en 3 individuos. Los trastornos de la pigmentación fueron muy frecuentes: 4 pacientes padecían hiperpigmentación difusa, 6 presentaban melasma y en 2 se observó pigmentación periocular (signo de Jelinek).

*Examen cutáneo*

El 56% de los pacientes mostraba la piel seca y gruesa. Otros signos menos frecuentes incluyeron edema de los pies y engrosamiento cutáneo. Cinco sujetos presentaron urticaria (1 tuvo urticaria aguda, los restantes eran casos de urticaria crónica). Nueve enfermos refirieron prurito generalizado (idiopático). Seis pacientes presentaron aumento de la sudoración; 13 padecían caída del cabello en fase telógena y 4 mostraron trastornos ungueales.

Las enfermedades asociadas incluyeron vitiligo, melasma, pénfigo vulgar con diabetes, amiloidosis cutánea, xantelasma de párpados, alopecia areata, alopecia androgénica con seborrea, hipertensión con trastorno convulsivo, micosis superficiales y equimosis.

## Discusión

La relación mujer:hombre fue de 7:1, al igual que lo informado en estudios previos. Debe destacarse que en 4 pacientes se diagnosticó anemia microcítica hipocrómica que contrasta con el hallazgo habitual del hipotiroidismo con anemia perniciosa. Se observó letargo, inquietud o debilidad en el 65.5% de los casos y si bien lo más usual es la disminución del apetito por el menor índice metabólico, 7 de los 32 pacientes de esta serie presentaron aumento de apetito. Los trastornos menstruales, esencialmente oligomenorrea y amenorrea, fueron muy comunes (31.25% de las pacientes). Un porcentaje similar presentó intolerancia al frío, con piel fría y pálida. La hipotermia, agregan los autores, es consecuencia del estado de menor metabolismo que ocasiona descenso de la temperatura central y vasoconstricción cutánea refleja.

El 59.37% de los pacientes tenía piel seca, en algunos casos de tal gravedad que se diagnosticó como ictiosis adquirida. El trastorno tal vez obedezca a la menor biosíntesis de esteroides en la epidermis.

La hiperpigmentación es común en los trastornos tiroideos, en especial en el hipertiroidismo. Sin embargo, en este estudio se encontró hiperpigmentación difusa, melasma y pigmentación periocular en el 37.5% de los enfermos. La anomalía en pacientes con hipertiroidismo obedece a la mayor liberación de hormona adrenocorticotrófica para compensar la mayor degradación de cortisol.

En un estudio previo realizado en 624 pacientes con urticaria crónica idiopática y angioedema, 90 presentaron enfermedad tiroidea, una asociación que se observó en 5 sujetos de la serie presente. La asociación entre ambos trastornos no se comprende con precisión pero se sugirió que existiría cierto agrupamiento entre la presencia de anticuerpos antimicrosomales y la prueba del suero autóloga positiva. Sin embargo, es improbable que la hormona tiroidea *per se* ejerza un efecto *in vitro* sobre la respuesta vascular cutánea a la histamina y sobre la capacidad de liberación de las células cebadas.

Se considera que la dermatopatía tiroidea –mixedema generalizado atribuible al depósito de mucopolisacáridos ácidos en la dermis– es la característica dermatológica más común del hipotiroidismo. En esta serie, 2 enfermos presentaron edema de pie y engrosamiento cutáneo. Los trastornos del crecimiento del pelo se recuperan con el reemplazo hormonal.

## Conclusión

Aunque la muestra incluyó un pequeño número de pacientes no parecen existir dudas de que hay una fuerte asociación entre los signos y síntomas cutáneos y el hipotiroidismo. Se encontró una elevada incidencia de trastornos de la pigmentación y una baja frecuencia de la clásica dermatopatía tiroidea; por lo tanto, en cualquier paciente con estas manifestaciones está indicado el estudio tiroideo, concluyen los autores.

## Autoevaluación de Lectura

---

¿Cuáles son las alteraciones cutáneas más comunes en pacientes con hipotiroidismo?

- A. Trastornos de la pigmentación.
- B. Caída del cabello.
- C. Piel seca y gruesa.
- D. Todas ellas.

[Respuesta Correcta](#)

---

## **EVALUAN EL RIESGO DEL EMBARAZO EN MUJERES CON SINDROME DE MARFAN**

Amsterdam, Países Bajos

Las guías canadienses expresan que el embarazo es relativamente seguro en mujeres con Síndrome de Marfán y compromiso cardíaco mínimo; sin embargo, se les debería aclarar el riesgo del 1% de disección aórtica o de otras complicaciones cardíacas graves, como la endocarditis o la insuficiencia cardíaca congestiva durante el embarazo.

International Journal of Cardiology 110(1):53-59, Jun 2006

*Autores:*

Meijboom LJ, Drenthen W, Pieper PG

*Institución/es participante/s en la investigación:*

Department of Cardiology, Rm B2-240, Academic Medical Center

*Título original:*

Obstetric Complications in Marfan Syndrome

*Título en castellano:*

Complicaciones Obstétricas en el Síndrome de Marfán

### **Introducción**

El síndrome de Marfán es una alteración del tejido conectivo heredada con carácter autonómico dominante; la incidencia estimada es de aproximadamente 1/5 000 recién nacidos, de los cuales el 25% a 30% representa mutaciones nuevas. El embarazo incrementa el riesgo de disección aórtica en las mujeres que presentan este síndrome, y la información respecto de las complicaciones obstétricas y neonatales durante esta etapa es escasa.

El objetivo principal del presente estudio fue comunicar la evolución materna y neonatal del embarazo en un grupo de mujeres con síndrome de Marfán. Además, la hipótesis de los autores fue que la estrategia médica en estas pacientes, con diagnóstico de síndrome de Marfán previo al embarazo, es diferente de la utilizada en las mujeres en quienes se diagnostica después de la gestación.

### **Material y métodos**

Mediante la utilización de un registro nacional de pacientes adultos con enfermedades congénitas fundado por la *Netherlands Heart Foundation* y el *Interuniversity Cardiology Institute the Netherlands* (CONCOR: *CONgenital COR vitia*), se registraron en el presente estudio 122 de 143 mujeres con diagnóstico de síndrome de Marfán. Además de la ya existente en la base de datos, se recabó información personal y familiar y la respectiva al embarazo.

Las complicaciones documentadas se agruparon en intervenciones obstétricas y complicaciones fetales/neonatales. Dentro de las primeras se ubicaron el parto asistido (no por indicación preventiva cardiológica), la ruptura prematura de membrana (antes de las 37 semanas de embarazo), las características del parto (luego de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación), la hemorragia posparto, la placenta previa, la hipertensión gestacional (nuevo inicio de la hipertensión luego de las 20 semanas de embarazo, mayor a 140/90 mm Hg sin proteinuria), preeclampsia (hipertensión gestacional con más de 0.3 g de proteinuria en 24 horas), eclampsia, síndrome HELLP (*Haemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets syndrome*), complicaciones tromboembólicas y diabetes gestacional.

En cuanto a las complicaciones fetales y neonatales, abarcaron bajo peso al nacer, muerte fetal intrauterina (igual o mayor de 20 semanas de gestación), muerte neonatal (antes de los 28 días) y defectos congénitos.

Todas las pacientes tuvieron diagnóstico definitivo de síndrome de Marfán. Los autores compararon las complicaciones obstétricas en mujeres con diagnóstico del síndrome antes del embarazo con las pacientes diagnosticadas luego, con el objetivo de evaluar si el diagnóstico previo se relaciona con

una mejor evolución de la gestación.

## Resultados

De las 122 mujeres incluidas, 59 no tenían hijos; en este grupo, el diagnóstico de síndrome de Marfán se realizó a una edad más joven que en las mujeres con hijos. Además, los cardiólogos de 17 de estas mujeres las habían aconsejado negativamente respecto de un embarazo.

Diez parejas fueron derivadas a un ginecólogo por problemas de fertilidad, en 4 el problema se relacionaba con los hombres, en 4 con las mujeres y en 2 no se estableció la causa.

Se documentaron 142 embarazos en 63 mujeres. El diagnóstico de síndrome de Marfán no se realizó en 37 pacientes antes (o durante) el embarazo a término. En los otros 36 embarazos a término, el intervalo promedio entre el diagnóstico de Marfán antes y después del embarazo fue de 9.2 años.

La incidencia de aborto espontáneo fue del 20%; sin embargo, en 3 mujeres se produjeron 10 abortos. El aborto electivo se realizó sólo en pacientes con diagnóstico de síndrome de Marfán al momento del embarazo. Dos mujeres tenían operación de Bentall previa a 3 embarazos, una de ellas tuvo una disección aórtica tipo B a las 27 semanas de su segundo embarazo, se la trató en forma conservadora, a la semana 34 se realizó cesárea y su hijo nació sano. La reparación quirúrgica de la aorta se realizó después de 10 días del parto.

El 15% de los nacimientos fue prematuro, a las 32 semanas (entre 20 y 36 semanas). En las mujeres con diagnóstico previo de síndrome de Marfán, los motivos para los 7 partos prematuros (19%) fueron ruptura de membrana, incompetencia cervical y cesárea por razones cardíacas. En las pacientes cuyo diagnóstico se realizó luego de la gestación se produjeron 10 (13%) partos prematuros debidos a las mismas razones, además de inducción por muerte fetal intrauterina, traumatismo, embarazo gemelar, placenta previa y razones desconocidas. Se realizaron 2 cesáreas secundarias por distrés fetal en una mujer sin diagnóstico de síndrome de Marfán al momento del embarazo.

La hipertensión gestacional fue más frecuente en pacientes con diagnóstico posterior al embarazo. No se observaron eclampsia, síndrome HELLP ni complicaciones tromboembólicas durante los 111 embarazos a término. En este grupo se produjeron 2 muertes intrauterinas. En total, se observaron 6 muertes neonatales: un niño de una mujer con diagnóstico previo murió por parto prematuro, los 5 fallecimientos restantes se produjeron en pacientes con diagnóstico posterior y fallecieron dentro de los 28 días del nacimiento. En total, a 53 niños (media de edad  $19 \pm 11$  años) se les diagnosticó síndrome de Marfán, 3 de ellos murieron. La incidencia del síndrome en la descendencia fue del 44% en mujeres con diagnóstico previo al embarazo *versus* 54% en pacientes con diagnóstico posterior.

## Discusión

El presente estudio incluyó 142 embarazos en 63 mujeres con diagnóstico definitivo de síndrome de Marfán. Se produjo alguna complicación obstétrica o neonatal en el 40% de todos los embarazos a término. La gestación en mujeres con síndrome de Marfán parece asociarse con alto riesgo de partos prematuros, ruptura de membranas y aumento de la mortalidad en la descendencia. No se observaron diferencias en las complicaciones en las mujeres con diagnóstico previo o posterior al embarazo.

Esta investigación fue prospectiva y se realizó en un grupo de mujeres que sobrevivieron, por lo que no tuvo un diseño apropiado para extraer conclusiones sobre la incidencia de complicaciones cardíacas maternas graves. También es posible que la incidencia de complicaciones esté subestimada, debido a que las pacientes con síndrome grave recibieron un consejo negativo respecto del embarazo.

La incidencia de aborto fue del 20%, mayor a la esperada del 13%; no obstante, si se excluyen los abortos habituales, la incidencia fue del 12.7%. La ruptura prematura de membrana se da en el 1% de la población normal; en este estudio fue del 5% y la mayoría de estos casos también tuvo parto prematuro. Ambas son causas de morbilidad y mortalidad fetal o neonatal. En 3 de los 6 niños nacidos luego de la ruptura prematura de membranas se estableció el diagnóstico de síndrome de Marfán, lo que coincide con la incidencia esperada (50%). De los 3 nacimientos restantes, a la fecha en 1 se sospecha el diagnóstico y los otros 2 murieron poco después del nacimiento.

En 75 embarazos a término, la paciente no conocía que padecía la enfermedad, lo que indica la

dificultad de los médicos para reconocer su presencia. Aparentemente, las pacientes con formas cardiovasculares graves se distribuyen de igual forma y de manera independiente si esta condición se conoce o no antes del embarazo. Se produjo alguna complicación en el 39% de las gestaciones en las pacientes con diagnóstico de síndrome de Marfán previo al embarazo y en el 41% de aquellas con diagnóstico posterior. Las mujeres con diagnóstico conocido mostraron menor incidencia de hipertensión y preeclampsia, posiblemente debido a la utilización de beta bloqueantes. Además, estos agentes se asocian con bajo peso al nacer, que se observó con más frecuencia en las pacientes con diagnóstico previo al embarazo.

En mujeres con diagnóstico conocido se realizaron más cesáreas primarias (31% *versus* 5%), en especial por causas cardíacas. Se desconoce si esta intervención es verdaderamente segura en mujeres con aumento del diámetro aórtico, debido a: 1) la anestesia general produce fluctuaciones en la presión arterial; 2) aumenta las pérdidas de sangre; 3) se incrementa el riesgo de infecciones uterinas y de las heridas y 4) se extiende el período de riesgo de complicaciones tromboembólicas. Por lo tanto, en cada mujer con aumento del diámetro aórtico se deben evaluar las ventajas y desventajas de la cesárea y del parto vaginal. Los autores recomiendan el segundo, también en pacientes con aumento del arco aórtico u operación de Bentall previa.

Si bien se sugiere el empleo de anestesia epidural para aliviar el dolor y, de este modo, reducir la presión arterial y la frecuencia cardíaca, debe tenerse presente que en el 95% de los pacientes con síndrome Marfán se observa ectasia dural, uno de los mayores criterios de la enfermedad, lo que podría producir una dilución considerable del agente anestésico.

De acuerdo con las guías canadienses, el embarazo es relativamente seguro en mujeres con compromiso cardíaco mínimo (diámetro de la raíz aórtica menor de 45 mm e insuficiencia aórtica o mitral no significativa); sin embargo, se debería aclarar el riesgo del 1% de disección aórtica o de otras complicaciones cardíacas graves, como endocarditis o insuficiencia cardíaca congestiva durante la gestación. Antes del embarazo, a todas las mujeres se les debería realizar una resonancia magnética para investigar la existencia de dilatación de la raíz aórtica o en otros segmentos de la arteria. Durante la gestación y el período posparto debería realizarse ecocardiograma para comprobar la progresión de la dilatación aórtica.

### Conclusiones

Además de las complicaciones cardiovasculares, el embarazo en mujeres con síndrome de Marfán se asocia con elevada incidencia de partos prematuros, ruptura prematura de membranas y aumento de la mortalidad en la descendencia.

## Autoevaluación de Lectura

---

¿Cuál es la incidencia de síndrome de Marfán en recién nacidos?

- A. Uno/2 000 recién nacidos.
- B. Uno/3 000 recién nacidos.
- C. Uno/4 000 recién nacidos.
- D. Uno/5 000 recién nacidos.

[Respuesta Correcta](#)

---

## ● LA POLIMIALGIA REUMÁTICA ES UN TRASTORNO MUY FRECUENTE EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Stockerau, Austria

La polimialgia reumática es un síndrome caracterizado por dolor y alteración funcional de los hombros y las caderas en combinación con elevación significativa de los reactantes de fase aguda; por lo general tiene excelente respuesta a los corticoides.

Drugs & Aging 23(5):391-402, 2006

*Autores:*

Nothnagl T, Leeb BF

*Institución/es participante/s en la investigación:*

1st and 2nd Department of Medicine, Centre for Rheumatology, Humanisklinikum Lower Austria

*Título original:*

Diagnosis, Differential Diagnosis and Treatment of Polymyalgia Rheumatica

*Título en castellano:*

Diagnóstico, Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de la Polimialgia Reumática

La incidencia de polimialgia reumática (PR) por lo general se subestima en personas de edad avanzada, dado que es frecuente que los síntomas se asocien con el propio envejecimiento. Sin embargo, la simple determinación de la velocidad de eritrosedimentación permitiría sospechar el diagnóstico. Cuando la enfermedad se identifica correctamente se asocia con pronóstico muy favorable.

### **Epidemiología**

La PR es relativamente infrecuente en personas de menos de 50 años y su frecuencia se eleva considerablemente con la edad. Afecta más a las mujeres que a los varones y diversos estudios mostraron cierta variabilidad geográfica y estacional; esta última motivó la consideración de un origen infeccioso.

En el 15% a 20% de los pacientes con PR se producen hallazgos histológicos compatibles con arteritis de células gigantes (ACG), predominantemente en la arteria temporal (enfermedad de Horton). Al contrario, el 40% a 60% de los sujetos con ACG tiene manifestaciones de PR; sin embargo, debido a que la PR es mucho más frecuente que la ACG, la biopsia temporal sólo se indica en pacientes que presentan síntomas craneales, como cefaleas o claudicación mandibular.

### **Patogenia**

Todavía no se conocen la etiología o la patogenia de la PR ni de la ACG pero se ha considerado la participación de factores ambientales –infecciones (*Chlamydia*, *Mycoplasma*, virus)– y genéticos. Asimismo, al igual que en la artritis reumatoidea, ciertos alelos del sistema mayor de histocompatibilidad se asocian con mayor riesgo de la enfermedad. Probablemente, ciertos polimorfismos en el gen del factor alfa de necrosis tumoral podrían ser importantes.

### **Manifestaciones clínicas**

Por lo general, la PR se inicia con dolor brusco en la región del cuello, los hombros y las caderas, que empeora por la noche y en las primeras horas de la mañana. Los pacientes también pueden presentar rigidez matinal. El dolor de la PR habitualmente es simétrico; además, los pacientes pueden presentar anorexia, pérdida de peso, fiebre, fatiga, depresión y sudoración nocturna. El examen físico revela dolor muscular a la palpación. La falta prolongada de tratamiento induce atrofia de grupos musculares. La sinovitis y la bursitis de hombros y caderas son las causas del dolor. En el 20% de los casos se observa sinovitis de articulaciones periféricas (rodilla o muñeca), manifestación que desaparece rápidamente después de iniciado el tratamiento con corticoides. En el 10% a 14% de los pacientes puede aparecer síndrome del túnel carpiano.

Las alteraciones de laboratorio por lo general son inespecíficas y los reactantes de fase aguda, la velocidad de eritrosedimentación y la concentración de proteína C reactiva se encuentran muy elevadas. En cambio, las enzimas musculares, como la creatinquinasa y la aldolasa, son normales. En ocasiones se observa un incremento de la fosfatasa alcalina.

Los estudios de imágenes no brindan mucha información pero ayudan a excluir otras patologías, entre ellas, metástasis y osteomalacia. La ultrasonografía puede ser útil para detectar derrame y signos de bursitis y sinovitis en la mayoría de los pacientes con PR. En sujetos con ACG, la angiografía por resonancia magnética y la tomografía con emisión de positrones colaboran para identificar los vasos involucrados y evaluar el curso de la enfermedad.

### Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas en combinación con la elevación de los reactantes de fase aguda por lo general permiten establecer el diagnóstico. Se postularon varios grupos de criterios diagnósticos, todos con sensibilidad y especificidad razonables. En 1997, la *European League Against Rheumatism* (EULAR) estableció un grupo de trabajo, uno de cuyos objetivos fue analizar la utilidad de los diferentes sistemas diagnósticos propuestos. Así, se comprobó que el conjunto de criterios establecido por Bird/Word en 1979 se asocia con la sensibilidad y especificidad más altas (99.5%), seguido de los criterios de Hunder, con una sensibilidad del 93.3%.

#### *Diagnóstico diferencial*

Numerosas enfermedades pueden presentar manifestaciones clínicas semejantes a las que se observan en la PR. Entre ellas, mencionan los autores, deben considerarse: 1) artritis reumatoidea de inicio tardío que puede tener un comienzo muy parecido al de la PR, con dolor muscular, decaimiento y poliartritis simétrica; cuando el paciente requiere tratamiento prolongado con corticoides debe considerarse otra patología; 2) hipotiroidismo: en esta situación, sin embargo, es característica la relajación lenta de los reflejos tendinosos profundos, una alteración que no se observa en pacientes con PR; 3) fibromialgia: la mayoría de los pacientes que presentan este trastorno tiene menos de 50 años; además, el dolor tiende a ser más generalizado, no se limita a las extremidades y el inicio es más gradual. Por último, los parámetros de laboratorio suelen ser normales; 4) síndromes paraneoplásicos asociados con dolor que, sin embargo, no suelen responder a los corticoides; 5) polimiositis/dermatomiosis, en la que se observa debilidad muscular proximal simétrica. A diferencia de lo que sucede en la PR, el dolor no es el síntoma principal. Los sujetos con polimiositis o dermatomiosis también suelen presentar autoanticuerpos específicos y cambios puntuales en la electromiografía y en la biopsia de músculo; 6) bursitis y tendinitis: algunos síntomas de la PR simulan, por ejemplo, la bursitis subdeltoidea pero, en estos casos, no hay síntomas sistémicos ni alteraciones bioquímicas; 7) vasculitis sistémicas de pequeños vasos; estas enfermedades se identifican cada vez con mayor frecuencia en sujetos de edad avanzada. Los síntomas pueden simular a los de la PR. En estos casos puede indicarse la búsqueda de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y 8) sinovitis simétrica seronegativa en remisión con edema, un trastorno frecuente en personas seniles, asociado con excelente pronóstico con el tratamiento con corticoides.

### Tratamiento

La administración de esteroides se asocia con mejoría rápida de los síntomas en pacientes con PR, un fenómeno que también tiene valor diagnóstico. De hecho, cuando esto no sucede, debe considerarse algún otro diagnóstico. No existe consenso en relación con la dosis óptima inicial de corticoides pero se considera adecuada la administración de 15 a 20 mg de prednisolona por día o equivalentes, con descensos graduales, por lo general de 5 mg cada 14 días. En términos generales, el pronóstico de la PR es bueno; no obstante, algunos pacientes requieren tratamiento sostenido con corticoides para mantenerse en remisión. En una minoría de casos pueden ser útiles los antiinflamatorios no esteroides pero los riesgos de estos fármacos en términos de enfermedad coronaria e hipertensión arterial obligan a reconsiderar esta opción de terapia.

La gravedad de la PR varía notablemente de un paciente a otro; los individuos refractarios al tratamiento habitual pueden recibir metotrexato, azatioprina o antagonistas del factor alfa de necrosis tumoral. Aquellos que presentan ACG deben recibir inmediatamente dosis elevadas de corticoides para evitar las complicaciones oculares.

Los efectos adversos más frecuentes de la terapia con esteroides incluyen osteoporosis, diabetes e

infecciones; los pacientes deben recibir calcio y suplementos de vitamina D y se recomienda la valoración de la densidad mineral ósea. Además, los sujetos deben ser controlados por el mayor riesgo a presentar hipertensión, cataratas y debilidad muscular.

### **Criterios de respuesta. Resumen**

Los criterios de respuesta de la EULAR incluyen la mejoría clínica y la modificación en los reactantes de fase aguda. Existe un índice de actividad, útil para estudios de investigación y en la práctica diaria. La PR es una enfermedad frecuente en personas de edad avanzada; se caracteriza por dolor y compromiso funcional con reducción sustancial de la calidad de vida. El tratamiento oportuno y adecuado mejora notablemente las manifestaciones clínicas y permite que el paciente retome sus actividades habituales. Sin embargo, para efectuar el diagnóstico correcto es requisito fundamental considerar que "la PR puede estar presente", concluyen los autores.

## **Autoevaluación de Lectura**

---

**¿Cuáles son las manifestaciones características de la polimialgia reumática?**

- A. Dolor en hombros, cuello y caderas.**
- B. Elevación de los reactantes de fase aguda.**
- C. Excelente respuesta a los corticoides.**
- D. Todas ellas.**

**Respuesta Correcta**

---

Trabajos Distinguidos, Serie Clínica Médica, integra el Programa SIIC de Educación Médica  
Continuada