

ISSN 0304-4858 | e-ISSN: 2173-2302

Gaceta Médica de Bilbao

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Volumen 111. Número 1.
Enero-Marzo 2014

Publicación incluida en:

el BIRENE, BN, BNCS, CCPP,
CIBCHACHO (Argentina),
CINDOC, Excep, Med,
IMBIOMED (México), IME/Ín-
dice Médico Español, Inguma/
Euskaltzaindia, Latindex,
NIWI, U.S LC, U.S. NLM
(NLMUID 7505493), U.S.
UnR, SCOPUS, Scirus y
SCIENCE DIRECT

www.acmbilbao.org

Decana de las revistas
médicas de España

Fundada en 1894



Euskaraz dagoen lehen aldizkari zientifiko biomedikoa

¿Quieres ser académico?

AHORA TE PUEDES INSCRIBIR EN LÍNEA A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

WWW.ACMBILBAO.ORG

The image shows a screenshot of the website www.acmbilbao.org. The browser address bar shows the URL. The website header includes the logo of the Academia de Ciencias Médicas de Bilbao and navigation links: La Academia, Gaceta Médica de Bilbao, Noticias y Agenda, Formación, Secciones y Sociedades, Pacientes, and Documentación. A search bar is present with the text "Escriba las palabras clave ...". The main content area features a large image of a person holding a clipboard with the organization's logo and name. Below the image, there is a section titled "COMUNICADOS Y NOTICIAS" with several news items. A large, stylized hand cursor is pointing towards the registration area. On the right side, there are two buttons: "REGISTRATE" (highlighted in teal) and "INSCRÍBETE" (in dark grey). A red starburst graphic contains the text "CUOTA REDUCIDA DEL 50% PARA ESTUDIANTES". The footer includes logos for IMQ, the Basque Government, and Bilbao, along with a contact form.

Entérate antes que nadie y participa de sus actividades, secciones, cursos y conferencias, tanto de Medicina, como de otras Ciencias de la Salud

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao es la decana de las academias de ciencias de la salud de todo el Estado.

GACETA MÉDICA DE BILBAO



Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director

Juan Ignacio Goiria

Jefe de redacción

Julen Ocharan Corcuera

Secretaria de redacción

María Elena Suárez González

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Ignacio Antépara
Julián de Castro
Juan José Díaz Franco
Isidoro García Sánchez
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
Nerea Leal
Gabriel Martínez Compadre
Gregorio Mediavilla Tris
Guillermo Quindós Andrés
Alfredo Rodríguez Antigüedad
Elena Sánchez Chamorro

Felisa Aizpurua
Ángel Barturen
Carmen de la Hoz
Santiago Eguiraun
Juan Gervás
Itziar Ibarra
M.^a José López de Goikoetxea
M.^a José Martínez Bengoechea
Rosa Inés Muñoz González
Vicente Piñeiro
Alfonso Rodríguez Fernández
Juan José Zarranz Imirizaldu

Luis Alciturri
Antonio Celada Cotarelo
Carlos de la Riva
M.^a Carmen N. Espinosa Furlong
Fco. Javier Goldaracena
Jesús Iturralde
Arsenio Martínez Álvarez
Juan Carlos Maté
Julen Ocharan Corcuera
Lorenzo Rodríguez González
M.^a Elena Suárez González

Comité editorial internacional

Anestesia y Reanimación

Juan Heberto Muñoz, D. F. México

Cirugía Digestiva-Oncología

Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile

Farmacología Clínica

Patrick du Souich, Montreal, Canadá

Hipertensión

Alberto Zanchetti, Milán, Italia

Nefrología

Ricardo Correa-Rotter, D. F. México

Odontología Pediátrica

Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel

Virología

Luc Montaigner, París, Francia

Cardiología

Carlos Morillo, Canadá

Cirugía Vascul y Angiología

Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.

Gastroenterología

Henry Cohen, Montevideo, Uruguay

Medicina Interna

Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.

Neurología

F. Barinagarrementeria, México

Psiquiatría

Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.

Ciencias de la Alimentación

Flaminio Fidanza, Perugia, Italia

Economía de la Salud

Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.

Hematología

Alejandro Majlis, Santiago, Chile

Medicina del Trabajo

Pierre Brochard, Burdeos, Francia

Odontología

Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.

Radiodiagnóstico

Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

Comité editorial (presidentes de las secciones)

Académicos Jóvenes

Daniel Zarranz Sarobe

Biología

Cinta Altés

Cirugía General y Laparoscopia

Carlos Pérez

Comunicación Médica

Alvaro Ortega Altuna

Educación Médica

Jesús Morán Barrios

Estudiantes de Medicina

Gillen Oarbeascoa Royuela

Geriatría

Arantza Pérez Rodrigo

Hematología

José M.^a Beltrán

Medicina Deportiva

José Antonio Lekue

Médico Taurina

José Luis Martínez Bourio

Neurofisiología

Carmen Bilbao

Oftalmología

Juan Durán

OVAL

Juan Ignacio Goiria

Psicosomática

Isabel Usobiaga

Rehabilitación

Luis Arsuaga

Salud Laboral

Alfonso Apellaniz

Traumatología

Antonio Arrien

Vacunas

Lucila Madariaga

Análisis Clínicos

Mikel Longa

Cardiología

Andrés Bodegas

Cirugía Plástica

Francisco García Bernal

Cuidados Paliativos

Jacinto Bátiz

Educación para la salud

Amado Cuadrado

Farmacía

Juan del Arco

Gestión Sanitaria

Jon Darpón

Homeopatía

María Luz Ramos

Medicina Familiar

José Antonio Estévez

Nefrología-Hipertensión

Julen Ocharan Corcuera

Neurología

Juan José Zarranz Imirizaldu

Oncología Médica

Guillermo López Vivanco

Pacientes

Francisco Villar

Psiquiatría

Fernando Marquín Bascones

Relaciones exteriores

Juan José Sánchez Milla

Salud Pública

Isabel Izarzugaza

Urgencias

Gabriel Gutiérrez

Valoración del daño corporal

Alberto Pascual Izaola

Anestesia y Reanimación

Antón Arizaga

Ciencias de la Alimentación

Javier Aranceta

Cirugía Vascul y Angiología

Ángel Barba

Dolor (Tratamiento del)

María Luisa Franco

Endocrinología

Begoña Quintana

Gastroenterología

Juan Antonio Arévalo

Ginecología y Obstetricia

Álvaro Gorostiaga

Medicina del Trabajo

Juan José Díaz Franc

Medicina Interna

Ciriaco Aguirre

Neumología

Luis Alberto Ruiz Iturriaga

Odontología

Alberto Anta

Otorrinolaringología

Iñaki Riaño

Pediatría

Jesús Rodríguez Ortiz

Radiodiagnóstico

Arsenio Martínez Álvarez

Reumatología

Eduardo Úcar

Toxicomanías

Javier Ogando

Urología

Ander Astobieta

Veterinaria

Ramón A. Juste

Contacto

© Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.
C/ Lersundi 9, 5.º. C. P. 48009 Bilbao. Bizkaia. España. Tel.: +(34) 94 423 37 68.

Web: www.acmbilbao.org. E-mail: academia@acmbilbao.org

Envío de artículos a Gaceta Médica de Bilbao: gacetamedica@acmbilbao.org
Normas de publicación en Gaceta Médica de Bilbao: <http://www.acmbilbao.org/gaceta-medica-de-bilbao/>

SUMARIO CONTENTS AURKIBIDEA

Gaceta Médica de Bilbao



Volumen 111. Número . Enero-Marzo 2014
Volume 111. Number 1. January-March 2014
111. liburukia. 1.Zenbakia. 2014ko Urtarrila-Martxoa

Editorial / Editorial / Editoriala

- Crisis y salud** 1
Crisis and health
Krisia eta osasuna
Cosme Naveda Pomposo
- Décimo aniversario de Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios** 3
Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios' tenth anniversary
Fundación de Estudios Sanitarios-Osasun Ikaskuntza Fundazioaren hamargarren urteurrena
Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios

In Memoriam

- In memoriam Antonio Villanueva Edo** 5
Ex presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Former president of the Academy of Medical Sciences of Bilbao
Bilboko Medikuntza Zientzien Akademiako Presidente Ohia
- In memoriam Albert Jovell** 7
Presidente de honor de la Sección de Pacientes de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Honorary President of the Patient's Section of the Academy of Medical Sciences of Bilbao
Bilboko Medikuntza Zientzien Akademiako Gaixoen Saileko Ohorezko Presidentea

Alertas farmacéuticas / Pharmaceutical alerts / Alerta farmazeutikoa

- El uso continuado de omeprazol puede producir deficiencia de vitamina B12** 9
Long-term use of omeprazole may cause vitamin B12 deficiency
Omeoprazolaren erabilera jarraituak B12 bitaminaren urritasuna sor dezake
Juan del Arco
- Finalización de la revisión del balance beneficio-riesgo de ranelato de estroncio** 10
Completion of the review of the benefit-risk balance of strontium ranelate
Estrontzio ranelatoaren onura-kalteak balantzearen berrikustearen amaiera
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Significado de la calcificaciones arteriales mamográficas
The meaning of mammographic arterial calcifications
Kaltzifikazio arterial mamografikoen esanahia

José Antonio López Ruiz

12

Notas clínicas / Clinical notes / Ohar klinikoa

Quiste del canal de Nuck. Presentación de dos casos y revisión de la literatura
Cyst of the canal of Nuck. Presentation of two cases and review of the literature
Nuck-kanaleko kistea. Bi kasuen aurkezpena eta literaturaren berrikustea

Izaskun Markinez Gordobil, Fernando Garnateo Nicolás, Marta García Fernández, Fernando Manuel Domínguez Franjo, Idoia Irureta Urretabizkaia, Lorena Reka Mediavilla

18

Síndrome del cascanueces

Nutcracker Syndrome

Intxaur-hauskailu sindromea

Edurne López-Uralde Pérez-Albéniz, Ana López-Viñaspre Muguerza, Jesús Iturralde-Iriso, Amadou Adaguye, Ana Sauto-Gutiérrez, Sheila García Rivas

22

Aneurisma micótico diagnosticado por TAC

Mycotic aneurysma diagnosed by CT

Aneurisma mikotikoa OTA diagnostikatu

Carla de la Guerra Acebal, Ana Moreno Rodrigo, Arantzazu Maiz Egaña

25



Nota de prensa multimedia

inicio

quienes somos

servicios

clientes

trabaja con nosotros

nota 2.0

contacto

Comunicación Sanitaria

Especialistas

en comunicación sanitaria y
 en la difusión de congresos
 de ciencias de la salud
 desde 1996

más información

Comunicación
Sanitaria

amplia especialización

Comunicación
en Congresos

más de 100 gestionados

Comunicación
de Crisis

pautas de gestión

Formación
de Portavoces

expertos en comunicar

Gabinete
de Prensa

gestión de medios

Creación
de Líderes

de opinión / referentes

Consultoría
Estratégica

de comunicación

Oficinas centrales. Plaza de San José 3, 1.º dcha. 48009 Bilbao (Bizkaia). Tel.: (+34) 94 423 48 25.

E-mail: info@docorcomunicacion.com. Web: www.docorcomunicacion.com

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil

EDITORIAL

Gac Med Bilbao. 2014;111(1):1-2



Crisis y salud

Crisis and health

Krisia eta osasuna

La salud de una sociedad está influenciada por múltiples factores que de forma convergente modulan un resultado en términos de salud poblacional.

Uno de esos factores, pero no el único, e incluso puede que no sea ni siquiera el principal, es el relativo a la sanidad, entendiendo como tal la provisión de servicios sanitarios tanto desde las administraciones públicas como desde ámbitos privados.

Estamos inmersos en una situación de crisis económica que destaca por la afectación transversal a muchos de los factores que influyen directamente en la salud de la población.

Es el momento de centrarnos no sólo en la sanidad, sino en la idea global de salud y en valorar cómo todos esos factores están influyendo de forma directa, y negativa en la actualidad, en la salud de las personas.

Situaciones de paro, de inestabilidad y precariedad laboral, de carencias en necesidades básicas, que han situado a muchas familias al borde de la exclusión social, están repercutiendo de forma tan grave en la salud tanto física como psíquica de los ciudadanos, que nos obligan a reflexionar sobre cuál será el coste en salud al que nos deriva el camino emprendido. Un camino que parece que de momento seguirá siendo el mismo ya que el presupuesto para sanidad sigue una línea decreciente, lo que implica una infradotación de recursos para una sanidad sostenible y de calidad.

Permanecer mudos ante este panorama, conviviendo en nuestra labor profesional diaria con personas cuya salud vemos cómo se va deteriorando, no nos parece de recibo. Cuestiones que creíamos olvidadas como la alimentación insuficiente o deficitaria o ciudadanos sin vivienda donde poder mantener los hábitos higiénicos necesarios para preservar su salud, están volviendo a hacerse presentes en el día a día de la realidad social ac-



Cosme Naveda, presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia.

tual. La inseguridad en que muchas personas viven por no tener garantizadas algunas de las necesidades básicas y derechos fundamentales, como pueden ser el de la vivienda o el de la alimentación, hacen que los profesionales médicos seamos testigos de un aumento de los riesgos para la salud. Familias enteras ven peligrar su salud emocional debido a un sentimiento de indignidad hasta ahora desconocido para ellas.

Ahora bien, tampoco queremos abanderar posturas demagógicas que propugnen soluciones maravillosas

que sabemos de antemano que no son más que brindis al sol.

Una situación tan compleja obliga a todos a adoptar unas actitudes responsables y acordes a la realidad que nos afecta:

Por lo que se refiere a la Administración

La necesaria dotación presupuestaria para poder satisfacer de forma eficiente la oferta sanitaria es una responsabilidad que incumbe a los gestores políticos y, por delegación, a los responsables de las empresas sanitarias públicas.

En una situación como la actual, es preciso reformar y priorizar, apostar por intervenir en los temas que consideramos vitales y relegar a un segundo término aquellos aspectos sanitarios cuya importancia consideremos relativa. La estrategia de intervención debe diseñarse bajo un criterio profesional y no meramente economista, por lo que es sencillamente indispensable contar con la participación de los profesionales sanitarios en el análisis y en la toma de decisiones.

Políticas retributivas: La administración está tomando medidas restrictivas que afectan a los profesionales sanitarios con reducciones salariales muy importantes y ampliación de la jornada laboral. La desmotivación entre los profesionales y la rabia contenida son factores no despreciables a la hora de valorar su repercusión en la calidad de la asistencia que se presta. Creemos que este camino ha tocado fondo y el colectivo de profesionales sanitarios no podría soportar nuevos recortes en este ámbito sin que se derivaran consecuencias no deseadas.

Políticas tributarias: En este contexto, iniciativas como el "copago" se enmarcan en una política tributaria, siendo el "copago" una modificación de un impuesto indirecto ya existente en la actualidad.

Somos conscientes de que su aplicación en nuestra Comunidad Autónoma es consecuencia de una resolución judicial y que, por tanto, no admite mucho margen de maniobra, al tiempo que nos congratulamos al conocer que se están estudiando medidas para paliar en lo posible la repercusión de esta medida en la población económicamente más desfavorecida.

Son por tanto medidas de tipo político y no profesionales, pero es evidente que afectan tanto a la situación de los profesionales sanitarios como a la de nuestros pacientes.

Nos sorprende y nos decepciona que no se encaren medidas de gestión de alta complejidad, aunque sus resultados sean patentes a más largo plazo, ya que su necesaria implantación es imprescindible para la sostenibilidad del sistema, y que sólo se recurran a medidas de tipo impositivo que son de dudosa efectividad, de alta repercusión social, injustas en muchas ocasiones y de resultados, si los hubiera, *cortoplacistas*.

Política de prestaciones: Es posiblemente una de las áreas en las que más se puede trabajar, priorizando las prestaciones sanitarias que cuentan con el aval científico de la evidencia y de la eficiencia y postergando las que se sustentan en la complacencia y en criterios políticos ajenos a la labor profesional.

La política de recortes a ultranza a nivel general, está provocando una situación que, lejos de suponer un ahorro en los aspectos relativos a la salud, van a provocar, a medio plazo, un aumento del gasto por el deterioro global de los indicadores de salud.

Por lo que se refiere a los profesionales

Los profesionales tenemos que ser, más que nunca, conscientes de que la sociedad ha confiado en nosotros y ha puesto en nuestras manos una serie de recursos que se derivan de los impuestos de nuestros conciudadanos. Nosotros debemos devolverle esa confianza haciendo el uso más racional y eficiente posible de los mismos. Hoy en día, sería inaceptable financiar técnicas o utilizar recursos cuya eficacia no sea incontestable. Reclamamos y reivindicamos una Agencia solvente, independiente y profesional, que marque las prioridades del Sistema Nacional de Salud al margen de coyunturas políticas o intereses industriales o particulares.

Debemos orientar nuestra actividad clínica hacia una "desmedicalización" de nuestras decisiones diagnósticas y terapéuticas, entendiendo como tal el evitar indicar pruebas, tratamientos y medicaciones que no sean estrictamente necesarias, haciendo especial hincapié en todas aquellas medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Para ello sería necesario establecer los mecanismos normativos precisos para la salvaguarda jurídica de estas decisiones y evitar así derivas hacia la medicina defensiva

Por lo que se refiere a los usuarios

Hay que trabajar y reforzar la educación sanitaria para que la población tome conciencia que todo acto sanitario conlleva un coste y que, de un uso correcto de los recursos, se derivarán beneficios para todos, de forma que se pueda mantener la calidad asistencial en los temas prioritarios y siendo conscientes de que no se puede satisfacer una demanda absoluta y creciente.

Actualmente, no nos podemos permitir el "todo y todo gratis". En ciertas prestaciones se podría evaluar una contribución proporcional a los ingresos, de forma que los que más tienen aporten en consonancia y de forma solidaria, para poder mantener las prestaciones a los que no pueden satisfacer esa aportación.

El paciente debe asumir la autorresponsabilidad en el cuidado de su salud y la corresponsabilidad en el tratamiento de su enfermedad.

Esta corresponsabilidad debe incluir el correcto uso en la utilización del sistema sanitario, no debiéndose desdeñar el contemplar algún sistema disuasorio del abuso.

El Colegio de Médicos de Bizkaia entiende que debe hacer públicas estas reflexiones, dirigidas a todos y en especial a aquellos que tienen la misión y la responsabilidad de diseñar la política sanitaria, siempre desde el compromiso de velar por la salud de los ciudadanos.

Cosme Naveda

Presidente. Colegio de Médicos de Bizkaia.



Décimo aniversario de Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios

Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios' tenth anniversary

Fundación de Estudios Sanitarios-Osasun Ikaskuntza Fundazioaren hamargarren urteurrena

Diez años se han cumplido en 2013 desde que el Colegio de Médicos de Bizkaia, junto con la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao decidió crear Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios; un organismo cuya misión principal es proveer a los colegiados y académicos de formación continuada, acreditada y de calidad.

Dirigida desde el comienzo por la Dra. Belén Fernández, esta Fundación se ha ido consolidando hasta convertirse en una de las organizaciones más prestigeadas en lo que a formación médica y sanitaria se refiere.

Existían motivos para sentirse orgulloso y para compartir con todos vosotros una jornada de celebración, una tarde en la que festejar el camino de progresión que ha experimentado la Fundación desde sus comienzos hasta ahora y en la que contaros cuáles son los planes a futuro.

Para ello, el día 26 de septiembre organizamos un evento en las instalaciones del Colegio en el que, además de invitar a todos los colegiados y académicos, se quiso contar también con la presencia del profesor Pedro Miguel Etxenike, toda una autoridad en el campo de la Física, reconocida en innumerables ocasiones, y al que le pedimos que compartiera con los asistentes su visión sobre cómo se vive desde la ciencia este momento de crisis.

La mesa presidencial estuvo compuesta por el presidente de la Fundación, que lo es también del Colegio, Cosme Naveda, por el vicepresidente de la Fundación, Juan Ignacio Goiria, por la directora Belén Fernández y por el secretario de la Fundación, asimismo secretario del Colegio, Rafael Olalde, que actuó como maestro de ceremonias. Todos ellos tuvieron palabras de agradeci-

miento para todos los profesionales implicados, comenzando por los anteriores presidentes y siguiendo por todos los docentes, alumnos y personas y organizaciones que han colaborado en la buena marcha de la institución.

Durante el acto, se pudo presenciar el estreno del vídeo Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios, donde el presidente de la Fundación, la directora, un docente de la misma y una alumna, nos explican qué es la Fundación, qué metas persigue, cuáles son los servicios que ofrece y qué necesidades formativas cubre para los colegiados y académicos, y también para otros profesionales sanitarios.

Cabe destacar dentro de la intervención del presidente, Cosme Naveda, el mensaje que trasladó a todos los presentes y del que queremos hacernos eco a través de este artículo: "Es un hecho que, después de estos diez años de recorrido, la Fundación de Estudios Sanitarios está consolidada y es una entidad proveedora de formación médica y sanitaria acreditada de primer orden. Ahora bien, en la actualidad nos enfrentamos a un nuevo reto: el anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales, presentado en agosto y que sin duda alguna se convertirá en Ley, recoge que los Colegios Profesionales estarán obligados a acreditar a aquellos profesionales que lo soliciten y que, para ello, deberán organizar un sistema de acreditación.

Desde el Colegio de Médicos de Bizkaia pensamos que esta circunstancia, nos ofrece un marco magnífico para plantearnos que, hoy más que nunca, el Colegio y las Sociedades Científicas tenemos una excelente ocasión de colaboración y trabajo conjunto. Deberemos empezar a pensar en crear entre uno y otras, un órgano



De izquierda a derecha, Rafael Olalde, Belén Fernández, Pedro Miguel Etxenike, Cosme Naveda y Juan Goiria, en el acto de conmemoración del décimo aniversario de la Fundación.

acreditador conjunto, en el que el Colegio pudiera asumir el papel de instrumento aglutinador y logístico, y las sociedades científicas aportarían su conocimiento a la hora de establecer cuáles serían los requisitos para la acreditación en cada una de las especialidades.

Cuando llegue el momento, pendiente de desarrollo normativo y reglamentario, el Colegio de Médicos de Bizkaia no sólo estará preparado para asumir esa tarea, sino que nos encontraremos con que nuestra Fundación ya está ofreciendo a nuestros colegiados la formación que podrán utilizar para solicitar la acreditación profesional.

Podremos ofrecer a nuestros profesionales la solución completa: podrán seguir formándose a través de los

cursos, talleres y seminarios que ofrece la Fundación y después, presentar todas esas acreditaciones formativas ante ese órgano acreditador”.

Una vez finalizadas todas las intervenciones, los asistentes pudieron disfrutar de un rato de conversación y saludos durante el cóctel que puso punto final a la celebración.

Esperamos que, dentro de otros diez años, cuando organicemos el vigésimo aniversario de Osasun Ikaskuntza Fundazioa-Fundación de Estudios Sanitarios, volvamos a encontrarnos todos de nuevo para celebrar que nuestra Fundación sigue ofreciendo servicio a todos nuestros médicos para que estén cada vez más y mejor formados.

IN MEMORIAM

Gac Med Bilbao. 2014;111(1):5-6



Antonio Villanueva Edo

Ex presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Former president of the Academy of Medical Sciences of Bilbao

Bilboko Medikuntza Zientzien Akademiako Presidente Ohia

Hace unos días, atendiendo a la llamada del Padre, el Dr. Villanueva Edo, nos dejó. Su partida, no por esperada, dejó de sorprendernos. Su marcha me hace recordar la letra de una canción latinoamericana que dice:

*Cuando un amigo se va
algo queda vacío,
que no lo puede llenar
la llegada de otro amigo*

¡Qué verdad! Éste es mi estado de ánimo ante su mencionada e irreversible ausencia.

Antonio hizo la Primaria y el Bachillerato en el Colegio de su Bilbao natal, de los Rvdos. Hermanos de las Escuelas Cristianas de La Salle, en la década de los 40. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza obtiene la licenciatura en dicha Ciencia que, unos años más tarde, completará con la lectura, en la misma Facultad de su tesis doctoral “Proteínas en líquido cefalorraquídeo en meningitis”, calificada con un sobresaliente cum laude.

De vuelta a su querido Bilbao, se inscribe en el Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, al tiempo que solicita el ingreso en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, y en el Instituto de Especialidades Médicas del Hospital de Basurto, siendo destinado, como Médico Interno al Servicio de Medicina Interna II del mencionado centro, bajo la supervisión de D. Enrique de Miguel López de Montenegro. Transcurridos cinco años y tras pasar las pruebas pertinentes, la Universidad de Valladolid le confiere los títulos académicos de Especialista en Medicina Interna y en Aparato Digestivo.

En 1962 contrae matrimonio con una compañera de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Dra. Ana Echevarría, pediatra puericultora, mujer inteligente y dinámica,



que colabora, estrechamente, en todo cuanto emprende su marido que, no es poco.

En 1964, pasa a ejercer como Especialista que es, en la Sección de Digestivo del Departamento de Medicina Interna del Hospital de Cruces, como Jefe Clínico, a las órdenes del Dr. D. Mariano Álvarez Coca. En este tiempo, ejerce el arte sanador, y compagina esta faceta con una sólida educación cristiana a su prole —cinco vástagos— con la valiosa ayuda de Ana, su esposa.

Desde su graduación como licenciado en Medicina, participa con acusada actividad y marcado entusiasmo en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, en diver-

sas juntas de gobierno de la misma y en el Consejo de Redacción de la Gaceta Médica de Bilbao. En 1980 y en la asamblea general de la asociación científico-cultural que nos ocupa, es elegido presidente para el bienio 1981-82 de la misma. Seguirá escrupulosamente el lema académico "Faciám ut potero" (Haré lo que pueda). Su legado académico como conferenciante, como ponente o moderador de mesas redondas, como expositor, como coleccionista, como organizador... etcétera, es cuantioso y de gran calidad.

El Dr. Villanueva Edo hace la licenciatura en Historia en la Universidad de Deusto, y después accede al grado de Doctor con la tesis "Historia de la tuberculosis en Vizcaya" calificada con sobresaliente cum laude. Es miembro de número de la Sociedad Bascongada de Amigos del País, en cuyo ingreso leyó su estudio sobre "Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao". Diplomado en Sanidad. Diplomado en Medicina del Trabajo. Miembro de las asociaciones española y vasco-navarra de Gas-

troenterología. Miembro de la Asociación de Médicos Escritores, con publicaciones como: "Señores de Bizkaia y Caballeros de Castilla", "Historia de la tuberculosis en Vizcaya", "Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao", "El médico fiel".

El Dr. Villanueva Edo, fue hombre inteligente, muy culto y educado, trabajador infatigable, gran amigo de sus amigos que, a lo largo de su existencia siguió el lema de su querida Academia, y que poco antes de partir lo pudo formular como "Feci quoad potui" (Hice lo que pude), ¡y vaya si lo hiciste!

Tu recuerdo será para muchos de los que te conocimos, tratamos y apreciamos, un referente a imitar.

Descansa en paz.

José Antonio de Cearra y de Asúa
Ex presidente. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

IN MEMORIAM

Gac Med Bilbao. 2014;111(1):7-8



Albert Jovell

Presidente de honor de la Sección de Pacientes de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Honorary President of the Patient's Section of the Academy of Medical Sciences of Bilbao

Bilboko Medikuntza Zientzien Akademiako Gaixoen Saileko Ohorezko Presidentea

El pasado 26 de noviembre, el doctor Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, director del Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), y presidente de honor de la Sección de Pacientes de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, entre otros cargos, falleció víctima de un cáncer.

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y doctor en Salud Pública por la Universidad de Harvard. Asimismo, fue condecorado por la Organización Médica Colegial como colegiado de honor nacional con emblema de oro, por su labor como médico y, fundamentalmente, por la creación del Foro Español de Pacientes, impulsando su voz y situándole como un elemento activo y colaborador en la mejora continua del sistema sanitario español. Este Foro forma parte junto con la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y la Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas del Consejo Social de la Organización Médica Colegial (OMC).

Su defensa de los pacientes dentro de la profesión le llevó a aceptar el ofrecimiento que, desde la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao se hizo para ponerse al frente de la recientemente creada Sección de Pacientes, participando en su presentación y puesta en marcha. Todos los que tuvimos el placer de conocerle, no podemos por menos que reconocer su gran valía profesional y, especialmente humana. Su personal bonhomía fue una característica ideal para su tarea de representante y defensor de los pacientes. Posterior-



mente, cuando su batalla con el cáncer se recrudeció, cedió gentilmente la responsabilidad de la presidencia de la sección académica a Francisco Villar, pasando a ostentar la presidencia de honor de esta sección.

Tal y como se recoge desde la OMC, Jovell llevó a cabo una intensa actividad investigadora y académica, en la que destacó la dirección de cursos en el ámbito de la gestión sanitaria, ética y evaluación de servicios sanitarios, llegando a escribir más de 190 artículos científicos.

También fue autor de diversos libros, como "Análisis de regresión logística", "Liderazgo afectivo", "La con-

fianza", "Cáncer: Biografía de un superviviente", "El médico social" y "Te puede pasar a ti".

En el ámbito de la investigación destacó en proyectos como "Evidencia científica en fibrosis quística de páncreas", "Calidad de la información en Internet en diabetes", "Mapa de asociaciones de mujeres en España", "El paciente oncológico" y "El futuro de la profesión médica", además de otros proyectos internacionales.

Desde la ACMB compartimos el dolor que todas las personas que le conocieron y, especialmente, su familia, siente hoy, tras esta gran pérdida.

ALERTA FARMACÉUTICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):9

El uso continuado de omeprazol puede producir deficiencia de vitamina B12

Long-term use of omeprazole may cause vitamin B12 deficiency

Omeoprazolaren erabilera jarraituak B12 bitaminaren urritasuna sor dezake

Debido a la aparición hace varias semanas en determinados medios de comunicación de una noticia sobre que el consumo prolongado de omeprazol puede incrementar el riesgo de demencia, se han producido numerosas preguntas tanto en las farmacias como en las consultas médicas.

Es importante informar adecuadamente a los usuarios de que:

- 1 Esta noticia procede de la publicación de un estudio en el que se confirma que el consumo continuado de inhibidores de la bomba de protones y antihistamínicos H2 aumenta el riesgo de deficiencia de vitamina B12.
- 2 Este efecto ya era conocido y se advierte del mismo en las fichas técnicas de omeprazol.
- 3 Los datos se refieren al consumo prolongado de estos medicamentos.
- 4 Diversos estudios relacionan el déficit de vitamina B12 con el desarrollo de demencia, pero el estudio mencionado no se ha realizado en sujetos con demencia sino con deficiencia de vitamina B12.
- 5 No existe ninguna razón para que los pacientes a los que su médico haya prescrito omeprazol dejen de tomar este medicamento.
- 6 Todos los medicamentos deben utilizarse siempre de manera racional y en las condiciones de uso previstas para cada uno de ellos.

Información adicional sobre el consumo prolongado de omeprazol

Dicha información ha surgido a raíz de la publicación

en la revista JAMA de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se afirma que existe una asociación entre la deficiencia de vitamina B12 y el consumo de inhibidores de la bomba de protones y antihistamínicos H2.

Esta disminución de la absorción de la vitamina B12 es un efecto bien conocido de los fármacos que aumentan el pH gástrico y está recogido en la ficha técnica de omeprazol, en la que ya se advierte que: "omeprazol puede reducir la absorción oral de la vitamina B12. Esto debe tenerse en cuenta en los pacientes con niveles basales bajos de vitamina B12 y que siguen un tratamiento de larga duración con omeprazol".

Por tanto, el titular que ha aparecido en algunos medios de comunicación resulta en exceso alarmista y puede causar un miedo injustificado en las personas que utilizan este medicamento.

No obstante, sí que debemos aprovechar la ocasión para recordar que el uso de este medicamento y del resto de los que modifican el pH gástrico no está exento de riesgos y que debe vigilarse que su consumo no sea excesivo ni injustificado.

Pueden acceder al abstract en inglés del artículo publicado en JAMA en el siguiente enlace <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1788456>.

Juan del Arco
Director Técnico.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.

ALERTA FARMACÉUTICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):10-11

Finalización de la revisión del balance beneficio-riesgo de ranelato de estroncio (▼ Osseor[®], ▼ Protelos[®]): restricciones de uso

Completion of the review of the benefit-risk balance of strontium ranelate (▼ Osseor[®], ▼ Protelos[®]): use restrictions

Estrontzio ranelatoaren onura-kalteak balantzearen berrikustearen amaiera: (▼ Osseor[®], ▼ Protelos[®]): Erabileraren murrizketak

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa en la [nota informativa MUH \(FV\) 02/2014](#) a los profesionales sanitarios sobre las conclusiones del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) sobre el balance beneficio-riesgo de ranelato de estroncio.

El CHMP, una vez revisadas las recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC) recogidas en la [nota informativa MUH \(FV\) 01/2014](#), ha considerado que el incremento del riesgo cardiovascular (infarto agudo de miocardio) asociado a ranelato de estroncio se puede controlar adecuadamente restringiendo su uso a pacientes con alto riesgo de fractura, sin patología cardiovascular y que además no puedan utilizar otra alternativa terapéutica.

Teniendo en cuenta estas conclusiones, la AEMPS informa de lo siguiente:

- Ranelato de estroncio solo debe utilizarse en la prevención de fracturas en pacientes con osteoporosis severa y alto riesgo de fractura, que no pueden utilizar ninguna otra alternativa terapéutica. La decisión de utilizar ranelato de estroncio debe realizarla un médico con experiencia en el tratamiento de esta patología.
- Ranelato de estroncio no debe utilizarse en pacientes que presenten o hayan presentado cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, patología cerebro-vascular, o que sufran hipertensión arterial no controlada. En caso de que alguna de estas circunstancias ocurriera durante el tratamiento, éste

deberá interrumpirse.

- Antes de comenzar el tratamiento, y periódicamente a lo largo del mismo, debe evaluarse el riesgo cardiovascular del paciente y, en base a ello, valorar la pertinencia de iniciar o continuar el tratamiento.

Con objeto de garantizar que ranelato de estroncio se utiliza exclusivamente en la población de pacientes en la que actualmente se considera que el balance beneficio/riesgo es favorable, la AEMPS iniciará los trámites para calificar Osseor y Protelos como medicamentos de diagnóstico hospitalario e informará de la fecha concreta de entrada en vigor de dicha calificación.

La ficha técnica y prospecto de los medicamentos con ranelato de estroncio (Osseor/Protelos) se actualizará una vez estos cambios se reflejen en la correspondiente Decisión de la Comisión Europea.

Mientras tanto, la AEMPS recomienda cumplir con las restricciones arriba indicadas.

Se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al [Centro Autónomo de Farmacovigilancia](#) correspondiente, pudiéndose realizar a través de la web <https://www.notificaram.es>.

REVISIÓN EUROPEA

Con anterioridad, el 10 de enero de 2014 la AEMPS publicó la [nota informativa MUH \(FV\) 01/2014](#). En ésta se informaba de lo siguiente.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informa a los profesionales sanitarios sobre

las recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) tras la revisión del balance beneficio-riesgo de ranelato de estroncio, autorizado para el tratamiento de la osteoporosis severa en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fracturas y de la osteoporosis severa en hombres adultos con riesgo elevado de fractura.

En abril de 2013, la evaluación periódica de los datos de seguridad constató un mayor riesgo de infarto de miocardio en pacientes tratados con ranelato de estroncio en ensayos clínicos en comparación con los tratados con placebo. Como consecuencia, se restringieron las condiciones de uso con objeto de minimizar el riesgo cardiovascular y se inició una revisión detallada del balance beneficio-riesgo, que es la que el PRAC acaba de finalizar. (ver [Nota informativa de la AEMPS MUH \(FV\) 11/2013](#)).

Además, la seguridad de este medicamento ya había sido previamente evaluada en relación con el riesgo de tromboembolismo venoso y de reacciones cutáneas graves (ver [Nota informativa MUH \(FV\) 04/2012](#)).

Riesgo cardiovascular y tromboembólico de ranelato de estroncio

En esta revisión se han analizado los datos de acontecimientos tromboembólicos y cardíacos procedentes de los ensayos clínicos (3.803 pacientes tratados con ranelato de estroncio y 3.769 con placebo, correspondientes a 11.270 y 11.250 pacientes-año respectivamente).

Estos datos muestran, en comparación con placebo, un incremento de 4 casos de acontecimientos cardíacos graves por cada 1000 pacientes tratados durante un año (1.000 pacientes-año), de estos casos adicionales, 2 serían de infarto de miocardio. Se encontró un incremento similar para el tromboembolismo, con 4 casos adicionales por cada 1.000 pacientes-año en pacientes tratados con ranelato de estroncio en comparación con los pacientes que recibieron placebo.

Adicionalmente se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo restringido al subgrupo de pacientes con menor riesgo cardiovascular, sin que los resultados ofrezcan garantías de que la limitación de la utilización del uso de ranelato de estroncio a estos pacientes tenga un impacto en los riesgos observados, debido, entre otros aspectos, a la incertidumbre asociada al menor tamaño de la muestra.

Además el PRAC ha considerado muy cuestionable el impacto de las restricciones de uso introducidas en abril de 2013 sobre la reducción del riesgo cardiovascular en la población que utiliza ranelato de estroncio. Esto es debido a que se trata de un uso prolongado y en pacientes de edad avanzada, cuyo riesgo cardiovascular puede aumentar a lo largo del tiempo, lo que dificulta el cumpli-

mento de las restricciones en el contexto clínico y asistencial.

Beneficios de ranelato de estroncio sobre la prevención de fracturas osteoporóticas

Los referidos riesgos se han considerado en el contexto de un beneficio modesto del ranelato de estroncio en la prevención de fracturas, particularmente sobre las fracturas consideradas más graves. La reducción de fracturas observada por 1.000 pacientes-año es de 0,4 fracturas de cadera; 5,1 fracturas no vertebrales (fundamentalmente de costillas/esternón, pelvis/sacro y húmero) y de 15,4 en nuevas fracturas vertebrales.

Además, los datos de eficacia una vez excluidos los pacientes con mayor riesgo cardiovascular (de acuerdo con las restricciones de uso establecidas en 2013) no son concluyentes, de modo que no es posible afirmar que se mantienen los referidos efectos en la prevención de fracturas con las restricciones actuales.

Conclusiones del PRAC sobre la revisión del balance beneficio-riesgo

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, otros riesgos importantes que se pueden asociar al uso de ranelato de estroncio (reacciones adversas cutáneas graves, alteraciones de la conciencia, convulsiones, hepatitis y citopenias) y las dudas sobre la utilidad de las restricciones de uso actuales en la reducción de riesgos importantes a largo plazo, el PRAC ha concluido que actualmente el balance beneficio-riesgo de ranelato de estroncio es desfavorable, por lo que ha recomendado la suspensión de la autorización de comercialización.

Protelos® y Osseor® están autorizados mediante un procedimiento de registro centralizado europeo, por lo que esta recomendación deberá ser valorada por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y posteriormente hacerse efectiva mediante la correspondiente Decisión de la Comisión Europea.

En espera de que se produzca la decisión final europea sobre ranelato de estroncio, la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios recomienda a los profesionales sanitarios:

- No iniciar nuevos tratamientos con Protelos®/Osseor®.
- En cuanto a los tratamientos actualmente en curso, valorar que las condiciones de uso actualmente autorizadas se cumplen, particularmente la limitación de la indicación a osteoporosis severa con alto riesgo de fracturas, y no administrarlo a pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular, o aquellos con hipertensión arterial no controlada.



Significado de la calcificaciones arteriales mamográficas

José Antonio López Ruiz

Grupo Preteimagen. Centro de Radiodiagnóstico. Bilbao

Recibido el 28 de septiembre de 2013; aceptado el 21 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Mama;
Mamografía;
Calcificación arterial
mamaria;
Enfermedad arterial co-
ronaria

Resumen: *Objetivos:* Poner de manifiesto una posible e importante utilidad, adicional a la detección precoz del cáncer de Mama de la mamografía: la detección de mujeres con factores de riesgo cardiovascular. *Método:* Revisión bibliográfica específica en la "US National Library of Medicine, National Institute of Health" (PubMed) acerca del aspecto mencionado, bajo la siguiente hipótesis: La presencia de calcificaciones arteriales mamarias, visualizadas en las mamografías, constituye un factor de riesgo cardiovascular. *Resultados:* La mayor parte de los artículos revisados apuntan a la utilidad de las mamografías para detectar factores de riesgo cardiovascular. *Conclusiones:* Las mamografías no sólo permiten una detección precoz del cáncer de mama, sino que también pueden detectar mujeres con factores de riesgo cardiovascular. Dicho hallazgo en las mamografías debería hacerse constar en los informes radiológicos.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Breast;
Mamography;
Breast arterial calcifica-
tion;
Coronary disease

The meaning of mammographic arterial calcifications

Abstract: *Subjects:* To present one possibly and important additional usefulness of the mammography : women's detection with cardiovascular factors risk. *Methods:* Bibliographical specific review in the " US National Library of Medicine, National Institute of Health " (PubMed) about the mentioned aspect, under the hypotheses: Presence of arterial mammary calcifications in mammography, constitutes a factor of cardiovascular risk. *Results:* Most of the revised articles point out the usefulness of the mamography to detect women at cardiovascular risk. *Conclusions:* Mammography not only allows an early detection of breast cancer, but also can detect women with factors of cardiovascular risk. Such possible findings should be certified in the radiological reports.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Kaltzifikazio arterial mamografikoen esanahia

Laburpena: *Helburuak:* mamografiaren erabilpenei, bular minbizia detektatzeaz aparte, gainontzeko erabilpen bat gehitu: arrisku faktore kardiobaskularra aurkitu emakumeetan. *Metodoak:* "US National Library of Medicine National Institute of Health"eko bibliografia espezifikoren gainbegiraketa helburuetan azaldutako gaiei buruz, hurrengo hipotesia mantenduz: bularretako kaltzifikazio arterialak aurkitzeak (mamografiaren bidez aurkituak) arrisku faktore kardiobaskularra dakar. *Emaitzak:* Gainbegiratutako artikuluen gehiengoak aditzera ematen du mamografiak baliogarriak izan liratekela arrisku faktore kardiobaskularrak aurkitzeko. *Ondorioak:* mamografiak ez dira bakarrik baliogarriak bular minbiziaren aurkikuntza goiztiarrerako. Horrez gain, erabili daitezke arrisku faktore kardiobaskularra aurkitzeko. Honetakoak mamografiatan aurkitzekotan, iruzkin radiologikoetan azaldu beharko lirateke.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Bularra;
Mamografia;
Bular kaltzifikazio arteriala;
Gaixotasun koronarioa

Introducción

La mamografía (MRx) es una herramienta básica para la detección precoz del cáncer de mama, y los múltiples resultados obtenidos en las diversas campañas de detección precoz (PDPCM) así lo resaltan. Y, previsiblemente, dicho papel protagonista va a continuar a corto y medio plazo, hasta que se descubran otros métodos (probablemente no radiológicos) más sensibles, específicos y económicos, para la detección precoz del cáncer de mama en grandes volúmenes de población.

Pero durante los últimos años se viene prestando atención a otras facetas no directamente relacionadas con la detección de lesiones mamarias. Una de ellas es el significado de las calcificaciones de las arterias mamarias (CAM) visualizadas en la MRx.

El presente trabajo es una revisión que pretende poner de manifiesto la posibilidad de que las mamografías no "solo" permiten la detección precoz del cáncer de mama, sino que pueden proporcionar una información crucial con respecto al riesgo cardiovascular de las mujeres que se realizan mamografías.

Métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la "US National Library of Medicine, National Institute of Health" (PubMed), acerca del aspecto mencionado, bajo la hipótesis: La presencia de calcificaciones arteriales mamarias, visualizadas en las mamografías, constituye un factor de riesgo cardiovascular.

Para ello, se han utilizado principalmente los siguientes términos de búsqueda:

"breast arterial calcification" (72 resultados), "breast arterial calcification coronary" (27 resultados), "breast arterial calcification coronary disease" (23 resultados), "coronary calcium" (54.957 resultados), "coronary ct" (17.875 resultados).

Resultados

La revisión bibliográfica realizada señala, en una o más publicaciones, que:

- Existe clara correlación entre la presencia de calcificaciones arteriales mamarias (CAM) y la presencia

de calcificaciones arteriales coronarias (CAC) ¹⁻¹⁷.

- Existe clara correlación entre la presencia de calcificaciones arteriales mamarias (CAM) y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular ^{1,18,19,20-24}.
- La presencia de CAM es un factor independiente de riesgo de enfermedad coronaria y cardiovascular en general ^{5,9}.
- Las CAM se correlacionan con otros factores o enfermedades inicialmente no cardiovasculares ^{2,25-33}.
- Las CAM no se correlacionan con riesgo cardiovascular ^{28,34,35}.
- La presencia de CAM no se suele citar en los informes radiológicos, aunque debiera hacerse constar ^{3,12,14-17}.
- La presencia de CAC constituye un importante factor de riesgo cardiovascular ³⁶⁻⁴².
- La TC coronaria para la cuantificación del calcio arterial (TCCC) es el procedimiento principal para evaluar el riesgo coronario ^{36,38,40,42,43}.
- La TCCC es un procedimiento bien tolerado por los pacientes ^{39,44-46}.

Discusión

Cada día se realizan miles de mamografías en España, sobre todo con el propósito de realizar una detección precoz del cáncer de mama, pero también como modo de estudio ante diversas situaciones en Patología Mamaria.

Aunque con algunas críticas negativas, se acepta de manera casi unánime que la MRx es la exploración radiológica fundamental en la que se basan las campañas de PDPCM en todo el mundo, contribuyendo (junto con otros avances diagnósticos y terapéuticos) a la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer de mama.

Pero durante las dos últimas décadas (principalmente), se ha focalizado la atención hacia otros aspectos no meramente diagnósticos de la MRx, como el significado de las calcificaciones arteriales ocasionalmente visibles en mamografía (CAM).

El hallazgo mamográfico de calcificaciones arteriales mamarias (CAM) es fácilmente visualizable (Figuras 1 y 2). Su Prevalencia varía en función de la edad de las mu-

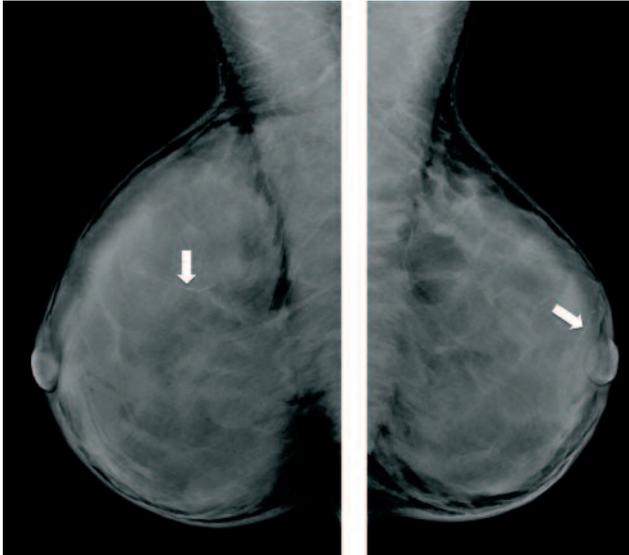


Figura 1. Mujer asintomática pre-menopáusica, de 41 años. Mamografía de cribado. Obsérvese (flechas) la presencia de calcificaciones arteriales bilaterales.

jes, reportándose tasas que oscilan ampliamente, entre 3-41%^{1,2,3,18,19,25,32}. Está clasificado como Categoría 2 del sistema BI-RADS⁴⁷, es decir, como hallazgo benigno, aunque su presencia puede ser considerada normal y no ser citada en los informes radiológicos.

Su observación ha sido objeto de diversos estudios que la han asociado con diversas situaciones, tales como diabetes^{2,24,25,27}, hipertensión arterial sistémica^{11,13,18,24}, hiperparatiroidismo^{26,29}, la raza³¹, etc.

Si bien las CAM se observan con cierta frecuencia en la MRx, en mujeres de edad avanzada, su presencia no era considerada relevante tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, hasta la publicación del denominado "Doorlopend Onderzoek Morbiditeit en Mortaliteit" (The DOM Project) en 1998^{7,17}. En el citado proyecto, realizado en la ciudad de Utrecht (Holanda), el 9% de las mujeres estudiadas (entre 50 y 68 años) presentó CAM, y se encontró una clara asociación entre las CAM y el riesgo de muerte cardiovascular, en especial si existía diabetes concomitante.

Numerosos trabajos han encontrado relación entre las CAM y las calcificaciones encontradas en diversos territorios, tales como arterias carótidas^{5,19,20}, aorta y arterias coronarias¹⁻¹⁷. En otros estudios^{7,17}, las CAM detectadas en MRx de "screening" (cribado) se asociaban a infarto de miocardio y/o accidente cerebro-vascular. Otros autores²¹ han encontrado que las CAM identifican mujeres con marcadores de riesgo cardiovascular en su suero.

La mayoría de autores han dirigido su atención a su relación con el riesgo coronario, entendiendo como tal la presencia de calcificación en las arterias coronarias (CAC)³⁶⁻⁴². En este sentido, algunos resultados no resultan totalmente concluyentes o no encuentran una asociación significativa^{28,34,35}, aunque predominan los datos bibliográficos que encuentran una clara relación entre CAM y CAC y, por lo tanto, con el riesgo coronario y mortalidad cardiovascular^{1-17,18,19,20-24}. No faltan autores, incluso, que consideran a las CAM como un factor independiente que

indica enfermedad arterial coronaria^{5,9}.

Las CAM se han asociado también a una reducción de la densidad mineral ósea³⁰, por lo que Reddy J³⁰ sugiere que las mujeres con osteopenia/osteoporosis también presentan riesgo cardiovascular. Sin embargo, apenas existen referencias bibliográficas adicionales al respecto.

En 2007, Topal U¹² indagó acerca de la relación entre la presencia de enfermedad coronaria y calcificaciones arteriales en mamografía, aunque sobre pacientes con antecedentes de padecimiento coronario, o sospecha del mismo. En este grupo de 123 pacientes, de edades comprendidas entre 40 y 77 años, examinadas con angiografía coronaria, encontró signos de enfermedad coronaria en 80 casos. Por otro lado, 49 pacientes estudiadas presentaron calcificaciones mamográficas y 74 pacientes no las presentaron. Se observó asociación entre CAC y CAM en 36 casos (73%), mientras que, entre las pacientes que no presentaban CAM (74) se observó CAC en 44 casos (60%).

No abundan los trabajos encaminados a estudiar la presencia de CAC en la población general "sana". En un estudio multicéntrico publicado en 2007³⁷, sobre hombres y mujeres de 45-74 años, sin antecedentes de enfermedad coronaria u otros problemas cardiovasculares, se encontró una prevalencia media de CAC de 62%, sin distinguir sexo. Puede citarse también el trabajo de Budoff MJ³⁶, basado en un estudio multiétnico de aterosclerosis de 6.807 personas (47% hombres), de 62 años de

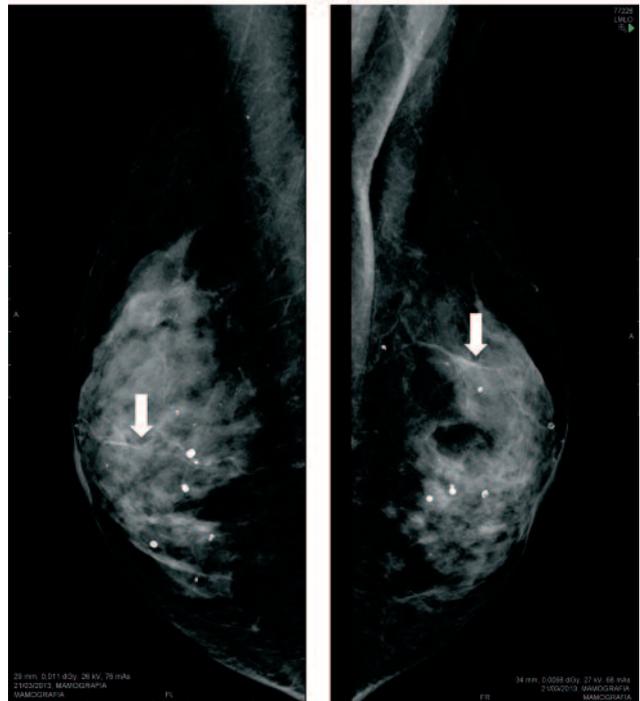


Figura 2. Mujer asintomática post-menopáusica, de 68 años. Mamografía de cribado. Obsérvese (flechas) la presencia de calcificaciones arteriales bilaterales.

media, en donde se encuentra una prevalencia de CAC del 50%. En todos los estudios citados, la detección de CAC se llevó a cabo mediante tomografía computarizada (TC)

Precisamente, en los últimos años se han producido avances tecnológicos en la TC que han posibilitado el diseño de equipos ultrarrápidos de alta resolución espacial, que permiten la adquisición, no invasiva, de imágenes de las arterias coronarias de gran resolución a muy bajas dosis de radiación, sin el uso de contraste intravenoso^{38,39,41}. De hecho, se especula con que la angiografía coronaria mediante TC pudiera sustituir a las técnicas invasivas (como el cateterismo cardíaco) en las tareas de diagnóstico^{39,43}. Para algunos⁴¹, la simple presencia de CAC es un factor predictivo independiente de muerte por enfermedad cardiovascular.

La TC coronaria para la cuantificación del calcio arterial (TCCC) fue una técnica incorporada a la "Guía Europea para la Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica" en el año 2003, estableciéndose, entonces, que la cuantificación de calcio coronario está especialmente indicada para pacientes de "riesgo medio"⁴⁸.

Para la obtención de imágenes válidas y representativas en la TCCC, la frecuencia cardíaca en reposo no debe superar las 65 pulsaciones. Si es superior, es necesaria la administración de betabloqueantes, cuyo uso resulta habitual en estas situaciones, sin haberse observado efectos adversos reseñables^{39,44-46}.

El sistema más comúnmente utilizado para cuantificar el grado de calcificación coronaria mediante TC es el de Agatston⁴⁹. Se admite que las personas con un "score" elevado presentan un incremento de problemas coronarios, e incluso muerte por infarto de miocardio, en un plazo de 2-5 años tras el test⁴¹.

La mayor parte de referencias bibliográficas hacen alusión a la posible presencia de CAC sobre pacientes que presentaban CAM. En menor grado, las que tratan de buscar una relación entre enfermedad coronaria (en general), en pacientes con síntomas cardiológicos estudiadas mediante angiografía invasiva, y CAM.

A pesar de los múltiples trabajos publicados, en los que se encuentra una clara relación entre la presencia de calcificaciones en ambos territorios (mama y arterias coronarias), la TCCC en mujeres/pacientes con calcificación arterial en mamografía (CAM) no está contemplada actualmente en ninguna guía o protocolo.

Lo ideal sería disponer de resultados basados en estudios comparativos, con métodos no invasivos (TCCC, sin contraste intravenoso), entre las dos poblaciones sanas (con/sin calcificaciones arteriales mamográficas), aunque tales estudios no han sido realizados hasta la fecha.

Dadas las abundantes referencias bibliográficas que vinculan las CAM con las CAC y, por lo tanto, con riesgo cardiovascular en general, sería aconsejable hacer constar la presencia mamográfica de CAM en los informes radiológicos^{3,12,14-17} y sugerir una evaluación cardiovascular especializada, que incluya una TCCC.

Conclusión

Respondiendo a la hipótesis planteada, y tras revisión bibliográfica, cabe afirmar que la presencia de calcificaciones arteriales mamarias, visualizadas en las mamografías,

puede constituir un factor (incluso independiente) de riesgo cardiovascular.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existe.

Bibliografía

- 1 Adkins JR, Gamblin TC, Christie DB, Collings C, Dalton ML, Dale PS Mammography as screening for coronary artery disease *Am J Surg* 2007;73(7):717-21
- 2 Dale PS, Richards M, Mackie GC Vascular calcifications on screening mammography identify women with increased risk of coronary artery disease and diabetes *Am J Surg*. 2008;196(4):537-40
- 3 Freitas-Júnior R, Candido Murta EF, Cerqueira Oliveira El significado clínico das calcificações vasculares na mamografia: devemos valorizá-las? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(8):377-9
- 4 Hekimoglu B, Simsir BD, Oztürk E, Yücesoy C, Akdemir R The association of intramammary arterial calcifications detected on mammography with coronary artery disease and its risks factors *JBR-BTR* 2012;95(4):229-34
- 5 Iribarren C, Go AS, Tolstykh I, Sidney S, Johnston SC, Spring DB Breast vascular calcification and risk of coronary heart disease, stroke, and heart failure *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13(4):381-9
- 6 Kataoka M, Warren R, Luben R, Camus J, Denton E, Sala E, et al How predictive is breast arterial calcification of cardiovascular disease and risk factors when found at screening mammography? *AJR Am J Roentgenol* 2006;187(1):73-80
- 7 Kemmeren JM, Van Noord PAH, Beijerinck D, Fracheboud J, Bang JD, Van der Graaf Y Arterial calcification found on breast cancer screening mammograms and cardiovascular mortality in women. The DOM Project *Am J Epidemiol* 1998;147(4):333-41
- 8 Maas AHEM, Van der Schouw YT, Atsma F, Beijerinck D, Deurenberg JJM, Mali WPM et al Breast arterial calcifications are correlated with subsequent development of coronary calcifications, but their aetiology is predominantly different *Eur J Radiol*. 2007;63:396-400
- 9 Oliveira ELC, Freitas-Junior R, Afiune-Neto A, Murta EFC, Ferro JE, Melo AFB Vascular calcifications seen on mammography: an independent factor indicating coronary artery disease *Clinics* 2009;64(8):763-7
- 10 Rafeh A, Castellanos MR, Khoueiry G, Meghani M, El-Sayegh S, Wetz RV, et al Association between coronary artery disease diagnosed by coronary angiography and breast arterial calcifications on mammography: meta-analysis of the data *J Womens Health (Larchmt)* 2012;21(10):1053-8
- 11 Rotter MA, Schnatz PF, Currier AA Jr, O'Sullivan DM Breast arterial calcifications (BACs) found on screening mammography and their association with cardiovascular disease *Menopause* 2008;15(2):276-81

- 12 Topal U, Kaderli A, Topal NB, Ozdemir B, Yesilbursa D, Cordan J, et al Relationship between the arterial calcification detected in mammography and coronary disease. *Eur J Radiol* 2007;63(3):391-5
- 13 Crystal P, Zelinger J, Crystal E Breast arterial calcifications as a cardiovascular risk marker in women *Expert Rev Cardiovasc* 2004;2(5):753-60
- 14 Pecchi A, Rossi R, Coppi F, Ligabue G, Modena MG, Romagnoli R Association of breast arterial calcifications detected by mammography and coronary artery calcifications quantified by multislice CT in a population of post-menopausal women. *Radiol Med* 2003;106(4):305-12
- 15 Fiuza Ferrerira EM, Szejnfeld J, Faintuch S Correlation between intramammary arterial calcifications and CAD *Acad Radiol* 2007;14(2):144-50
- 16 Schnatz PF, Marakovits KA, O'Sullivan DM The association of breast arterial calcification and coronary heart disease *Obstet Gynecol* 2011;117:233-41
- 17 Van Noord PA, Beijerinck D, Kemmeren JM, Van der Graaf Y Mammograms may convey more than breast cancer risk: breast arterial calcification and arteriosclerotic related diseases in women of the DOM cohorte *Eur J Cancer Prev* 1996;5(6):483-7
- 18 Cetin M, Cetin R, Tamer Prevalence of breast arterial calcification in hypertensive patients *Clin Radiol* 2004;59(1):92-5
- 19 Dale PS, Graham J, Nichols KW, Catchings T, Richards M Mammography as a screening tool for peripheral vascular disease *Am J Surg* 2006;192(4):488-91
- 20 Markopoulos C, Mantas D, Revenas K, Kouskos E, Tzonou A, Liapis C, et al Breast arterial calcifications as an indicator of systemic vascular disease *Acta Radiol.* 2004;45(7):726-9
- 21 Pidal D, Sánchez Vidal MT, Rodríguez JC, Corte MD, Pravia P, et al Relationship between arterial vascular calcifications seen on screening mammograms and biochemical markers of endotelial injury *Eur J Radiol.* 2009;69:87-92
- 22 Sedighi N, Radmard AR, Radmehr A, Hashemi P, Hajizadeh A, Taheri AP Breast arterial calcification and risk of carotid atherosclerosis: focusing on the preferentially affected layer of the vessel wall *Eur J Radiol* 2011;79(2):250-6
- 23 Taskin F, Akdilli A, Karaman C, Unsal A, Koseoglu K, Ergin F. Mammographically detected breast arterial calcifications: Indicators for arteriosclerotic diseases? *Eur J Radiol.* 2006; 60:250-5
- 24 Cetin M, Cetin R, Tamer N, Kelekçi S Breast arterial calcifications associated with diabetes and hypertension *J Diabetes Complications.* 2004;18(6):363-6
- 25 Dale PS, Mascarenhas CR, Richards M, Mackie G Mammography as a screening tool for diabetes *J Surg Res.* 2010;159(1):528-31
- 26 Duhn V, D'Orsi ET, Johnson S, D'Orsi CJ, Adams AL, O'Neil Ch Breast arterial calcification: a marker of medial vascular calcification in chronic kidney disease *Clin J Am Soc Nephrol* 2011;6:377-82
- 27 Fuster Selva MJ, Orozco Beltrán D, Sáez Castán J, Merino Sánchez J Association between breast arterial calcifications and degree of control and severity of diabetes. *Med Clin (Barc).*2004;122(9):329-33
- 28 Maas AHEM, Van der Schouw YT, Beijerinck D, Mali WPTM, Van der Graaf Y Arterial calcifications seen on mammograms: cardiovascular risk factors, pregnancy and lactation *Radiology* 2006;240:33-8
- 29 Sommer G, Kopsa H, Zazgornik J, Salomonowitz E Breast Calcifications in Renal Hyperparathyroidism *AJR Am J Roentgenology.* 1987;148:855-7
- 30 Reddy J, Bilezikian JP, Smith SJ, Mosca L Reduced bone mineral density is associated with breast arterial calcification *J Clin Endocrinol Metabol* 2008;93:208-11
- 31 Reddy J, Son H, Smith SJ, Paultre F, Mosca L Prevalence of breast arterial calcifications in an ethnically diverse population of women. *Ann Epidemiol.* 2005;15(5):344-50
- 32 Baum JK, Comstock CH, Joseph L Intramammary arterial calcifications associated with diabetes *Radiology* 1980;136(1):61-2
- 33 Leinster SJ, Whitehouse GH Factors wich influence the occurrence of vascular calcification in the breast *Br J Radiol* 1987;60(713):457-8
- 34 Henkin Y, Abu-Ful A, Shai I, Crystal P Lack of association between breast artery calcification seen on mammography and coronary artery disease on angiography *J Med Screen.* 2003;10(3):139-42
- 35 Zgheib MH, Buchbinder SS, Abi Rafeh N, Elya M, Raia C, Ahern K, et al Breast arterial calcifications on mammograms do not predict coronary heart disease at coronary angiography *Radiology.* 2010;254(2):367- 73
- 36 Budoff MJ, Nasir K, Katz R, Takasu J, Carr JJ, Wong ND, et al Thoracic aortic calcification and coronary herat disease events: the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA) *Atherosclerosis* 2011; 215(1): 196-202
- 37 Schmermund A, Lehman N, Bielak LF, Yu P, Sheedy PF, Cassidy-Bushrow AE, et al Comparison of subclinical coronary atherosclerosis and risk factors unselected populations in Germany and US-America *Atherosclerosis.*2007;195(1):e207-16
- 38 Genders TSS, Pugliese F, Mollet NR, Meijboom WB, Weustink AC, Van Mieghem CA, et al Incremental value of the CT coronary calcium score for the prediction of coronary artery disease *Eur Radiol* 2010; 20:2331-40
- 39 Hoffmann U, Brady TJ, Muller J Cardiology patient page. Use of new Imaging techniques to screen for coronary artery disease *Circulation* 2003;108(8);e50-3
- 40 Shaw LJ, Raggi P, Schisterman E, Berman DS, Callister TQ Prognostic value of cardiac risk factors and coronary artery calcium screening for all-cause mortality. *Radiology* 2003;228:826-33
- 41 Shemesh J, Henschke CI, Shaham D, Yip R, Farooqi AO, Cham MD, et al Ordinal scoring of coronary artery calcifications on low-dose CT scans of the Chest is predictive of death from cardiovascular disease *Radiology* 2010;257: 541- 48

- 42 Brown ER, Kronmal RA, Bluemke DA, Guerci AD, Carr JJ, Goldin J, et al. Coronary Calcium Coverage Score: Determination, Correlates, and Predictive Accuracy in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Radiology* 2008; 247(3):669-75
- 43 Rumberger JA Using noncontrast cardiac CT and coronary artery calcification measurements for cardiovascular risk assesment and management in asymptomatic adults *Vasc Health Risk Manag* 2010;6:579-91
- 44 Guaricci AI, Schujf JD, Cadematiri F, Brunetti ND, Montrone D, Maffei E, et al Incremental value and safety of oral ivabradine for heart rate reduction in computed tomography coronary angiography *Int J Cardiol.* 2012;156(1):28-33
- 45 Maffei E, Palumbo AA, Martini C, Tedeschi C, Tarantini G, Seitun S, et al. "In-house" pharmacological management for computed tomography coronary angiography: heart rate reduction, timing and safety of different drugs used during patient preparation *Eur Radiol.* 2009;19(12):2931-40
- 46 McCollough CH, Ulzheimer S, Halliburton SS, Shanek K, White RD, Kalender WA Coronary artery calcium: a multi-institutional, multifaceter International standard for quantification at cardiac CT *Radiology* 2007;243: 527- 38
- 47 BI-RADS: Sistema de Informes y Registro de datos de Imagen de Mama. Atlas de Diagnóstico por la Imagen de Mama. Mamografía, Ecografía, Resonancia Magnética. SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica). Edición revisada. 2009 . ISBN-13: 978-84-611-0911-1
- 48 Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. 2004
- 49 Agatston AS, Janowitz WR, Hildner FJ, Zusmer NR, Viamonte MJr, Detrano R Quantification of coronary artery calcium using ultrafast computed tomography *J Am Coll Cardiol* 1990;15(4):827-32.

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):18-21

Quiste del canal de Nuck. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Izaskun Markinez Gordobil, Fernando Garnateo Nicolás, Marta García Fernández, Fernando Manuel Domínguez Franjo, Idoia Irureta Urretabizkaia, Lorena Reka Mediavilla

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Alto Deba (Mondragón, Gipuzkoa)

Recibido el 12 de enero de 2014; aceptado el 14 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Quiste;
Hidrocele;
Canal de Nuck

Resumen: El quiste o hidrocele del canal de Nuck es una anomalía congénita poco frecuente debida a una obliteración incompleta del proceso vaginalis que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal de la mujer. Suele presentarse como una tumoración en la zona inguinal o en labio mayor no dolorosa y no reductible. Puede ser confundida, entre otras cosas, con la hernia inguinal, con la que coexiste en un tercio de los casos. El método diagnóstico principal del quiste de Nuck es la ecografía que permite realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías. Existe consenso en que el tratamiento de estos quistes debe ser la resección quirúrgica. Se presentan dos casos de quiste del canal de Nuck. En el primer caso el quiste fue confundido con una hernia inguinal y se descubrió intraoperatoriamente. En ambos casos, el tratamiento fue quirúrgico con extirpación del quiste.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cyst;
Hydrocele;
Canal of Nuck

Cyst of the canal of Nuck. Presentation of two cases and review of the literature

Abstract: The cyst or hydrocele of the canal of Nuck is a rare congenital disorder due to incomplete obliteration of the processus vaginalis accompanying the round ligament into the inguinal canal of women. It usually appears as a painless and nonreducible lump in the inguinal or labia area. It may be confused, inter alia, with inguinal hernia as in one third of the cases both entities are associated. The main diagnostic method of the cyst of Nuck is the ultrasonography, which allows differential diagnosis with other pathologies. There is consensus that the treatment should be surgical resection of the cyst. We present two cases of cyst of the canal of Nuck. In the first case the cyst was mistaken with an inguinal hernia and was diagnosed during operation. In both cases, the treatment consisted in surgical resection of the cyst.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Nuck-kanaleko kistea. Bi kasuen aurkezpena eta literaturaren berrikustea

Laburpena: Nuck-en kanalaren kistea edo hidrozelea, ez ohizko jaiotzetiko anormaltasuna da, emakueen iztaiko kanal barruan lotailu biribilarekin doan vaginalis prozesuaren obliterazio osatugabeatik agertzen dena. Aurkeztu ohi da minik ematen ez duen eta gutxitu egiten ez den tumore bat bezala iztai aldean edo ezpain nagusietan. Iztaiko herniarekin, beste gauza batzuen artean, nahas daiteke eta kasuetako tertzio batean batera existitzen dira patologia biak. Nuck-en kanaleren kistea diagnostikatzeko metodo nagusia ekografia da, beste patologia batzuekin diagnostiko diferentziala egitea baimentzen duena. Adostasuna dago kiste hauen izan behar den tratamenduan: erauzketak kirurgikoa. Nuck-en kanalaren bi kiste kasu aurkezten dira. Lehen kasuan kistea iztaiko herniarekin nahasi zen eta kirurgia berean estalgabetu zen. Bi kasuetan, tratamendua kistearen erauzketak kirurgikoa izan zen.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Kistea;
Hidrozelea;
Nuck-en kanala

Introducción

El quiste o hidrocele del canal de Nuck es una anomalía congénita debida a una obliteración incompleta del proceso vaginalis dentro del canal inguinal^{3,8}.

Es una entidad poco frecuente, mayoritariamente diagnosticada en la misma cirugía ante sospecha previa de hernia inguinal. El diagnóstico es principalmente ecográfico^{1,9}.

Caso clínico 1

Mujer de 30 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que tras ser diagnosticada de hernia inguinal derecha en el contexto de tumoración inguinal de años de evolución, es intervenida de manera programada de hernia inguinal. En la intervención, se halla tumoración quística en el ligamento redondo que se reseca y se envía a estudio anatomopatológico. Se repara la hernia inguinal mediante hernioplastia. El resultado anatomopatológico resulta en un quiste de 2,5 cm de diámetro, sin atipias ni signos de malignidad, compatible con quiste de Nuck.

Tras 22 meses desde la intervención, la paciente se encuentra asintomática.

Caso clínico 2

Mujer de 44 años, hipertensa, que es derivada a consultas de Cirugía General por presentar tumoración inguinal derecha de 2 años de evolución, levemente molesta a la palpación, no reductible, móvil, y que ha crecido últimamente. Porta ecografía inguinal donde se observa lesión quística de 3,3 cm de diámetro máximo, sin poder precisar si se trata de hernia con saco herniario relleno de contenido líquido o bien una bursitis del iliopsoas (figura 1). Ante duda diagnóstica, se decide solicitar RMN: a nivel inguinal derecho, adyacente a los vasos ilíacos, se observa una lesión quística de 3 cm de diámetro aproximado, con morfología en “coma”, con la porción corta orientada hacia la cavidad abdominal, hallazgos sugestivos de quiste de Nuck (figuras 2 y 3).

Se decide intervención quirúrgica programada hallando quiste en zona inguinal y hernia crural. Se repara hernia crural mediante hernioplastia y se reseca quiste enviándolo a Anatomía Patológica. El estudio de la pieza

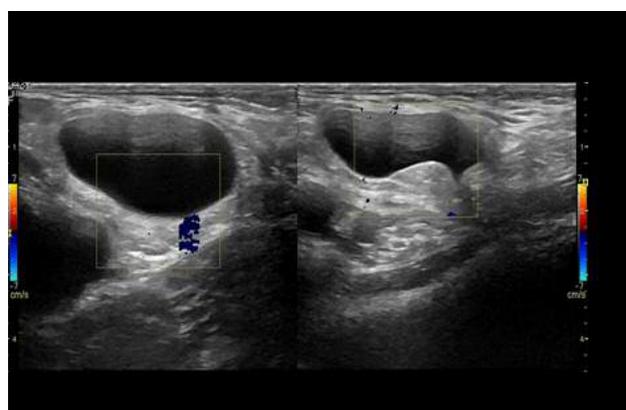


Figura 1. Ecografía inguinal donde se observa lesión quística de 3,3 cm.

resulta en una lesión quística benigna de 3,5 x 2 x 1,5 cm compatible con quiste de Nuck.

A los 3 meses de la intervención, la paciente se encuentra bien.

Discusión

El proceso vaginal es una invaginación del peritoneo parietal en el canal inguinal que acompaña al ligamento redondo en la mujer y al cordón espermático en el hombre.

El proceso vaginal localizado en el canal inguinal en la mujer se denomina canal de Nuck y se forma alrede-

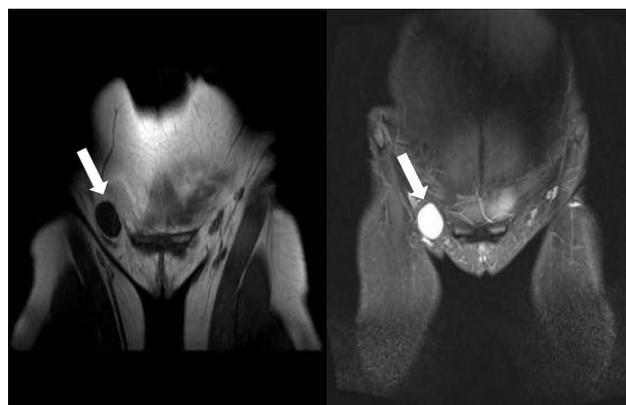


Figura 2. Cortes coronales de RMN inguinal. Quiste de Nuck (flechas) en fase T1 (izquierda) y en fase T2 (derecha).

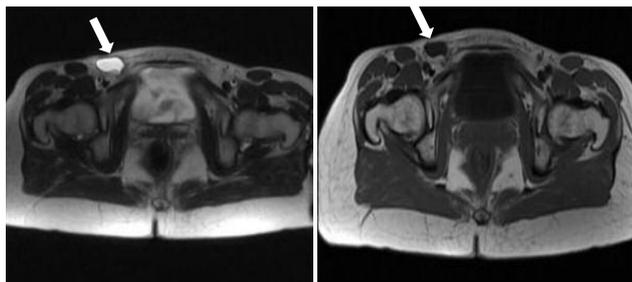


Figura 3. Cortes sagitales de RMN inguinal donde se observa quiste de Nuck con morfología en “coma” (flechas) en fase T2 (izquierda) y fase T1 (derecha).

dor de la sexta semana de gestación^{2,6,7}.

El canal de Nuck tiende al cierre espontáneo de forma fisiológica tras el nacimiento, generalmente en el primer año de vida, eliminando la comunicación entre el escroto, o labios mayores, y la cavidad peritoneal. La obliteración parcial de la porción proximal, que deja abierta la porción distal del proceso vaginal, puede resultar en un saco con contenido líquido seroso (hidrocele o quiste del canal de Nuck o hidrocele del cordón espermático)¹⁻¹⁰.

El acúmulo de líquido en el quiste se debe a un desequilibrio entre formación y reabsorción de éste en el revestimiento epitelial que cubre el proceso vaginal, en el segmento distal. Este desequilibrio se debe a una alteración del drenaje linfático que puede ser idiopático, lo más frecuente, o causado por una inflamación o traumatismo^{1-4,9,10}. Se han sugerido también otras causas más raras como endometriosis, complicación del shunt ventriculoperitoneal o hidrocele de meconio^{1,2}.

El quiste de Nuck es una entidad poco frecuente con pocos casos descritos en la literatura¹⁻¹⁰. Es más frecuente su aparición en la infancia aunque también se han documentado casos en adultos^{1,2,3,5-8,10}.

Hay 3 tipos de quistes de Nuck:

- *Enquistados.* Los más frecuentes, donde la obliteración de proceso vaginal es normal con persistencia de un segmento distal, sin existir comunicación con la cavidad peritoneal^{1,3,6,8}.
- *Funcionantes.* El fallo de la obliteración del proceso vaginal es parcial, de forma que persiste la comunicación con el peritoneo a través del anillo inguinal profundo que permite sólo el paso de líquido. La patogenia es la misma que en las hernias congénitas, salvo que en este último caso, el fallo del cierre es mayor y permite el paso de contenido intestinal^{1,3,6,8}.
- *Tipo en reloj de arena.* Poco frecuente. El anillo inguinal constriñe el hidrocele con lo que hay 2 quistes, el quiste situado proximalmente presenta comunicación con la cavidad peritoneal y el distal no (hidrocele bicolular)^{6,8}.

Clínicamente, el quiste de Nuck suele presentarse como una tumoración no reductible, no dolorosa, translúcida y fluctuante en la zona inguinal o en la zona del labio mayor. En raras ocasiones causa dolor^{1-6,9,10}. Ninguna de nuestras pacientes presentó dolor. La fascia del oblicuo externo suprayacente puede dificultar la transluminación en algunos casos. Los quistes son normal-

mente pequeños, de aproximadamente 3 cm, aunque también están descritos quistes superiores a 10 cm^{1,2,5}. En los dos casos presentados, los quistes fueron de 3,5 cm y 2,5 cm en su diámetro máximo.

Debido a que el quiste de Nuck es una entidad poco frecuente y poco conocida por los clínicos, es normalmente confundida con la hernia inguinal, y es que, en un tercio de los casos coexisten ambas patologías. Ambos casos de este trabajo presentaron, además del quiste de Nuck, hernia inguinal o crural^{1,2,6,7,9,10}. El diagnóstico diferencial se debe hacer, por tanto, con la hernia, tanto inguinal como crural, pero también con el quiste de Bartholino, la adenopatía, el aneurisma arterial o venoso, el hematoma postraumático, los tumores, la endometriosis del ligamento redondo y, si se infecta, también con el absceso^{1-4,6-9,10}.

El quiste de Nuck es raramente diagnosticado solamente con los hallazgos clínicos, de hecho, la mayoría de los casos descritos en la literatura fueron diagnosticados durante la cirugía realizada por sospecha de hernia inguinal^{1,7,9}, como sucedió en nuestra primera paciente. El método diagnóstico principal del quiste de Nuck es la ecografía. La imagen ecográfica es de un quiste de paredes finas, bien definido, hipocóico que puede tener diferentes formas (alargado, pesa, coma, reloj de arena, etc.)^{1-6,9}. La ecografía nos permite realizar el diagnóstico diferencial con la hernia inguinal o femoral, que aparecen ecográficamente como hiperecóicas, protuyendo a través del orificio herniario al saco herniario (epiplón o intestino) y varían con maniobras de Valsalva. La ecografía dúplex no muestra ninguna vascularidad en los casos del quiste del canal de Nuck, a diferencia de los linfomas malignos^{1,4,9,10}.

La información sobre la RM es aún escasa y es, además, considerada menos coste-efectiva si se compara con la ecografía, pero se puede recurrir a la RM, o incluso a la TAC, cuando el diagnóstico ecográfico no es concluyente², como fue el caso de una de nuestras pacientes donde la ecografía no dejaba clara la naturaleza de la lesión. En la RM el hidrocele aparece como un quiste simple hipointenso en fase T1 e hiperintenso en fase T2 por su contenido líquido (figuras 2 y 3). No realza tras administrar gadolinio^{1,3}.

Existe consenso general en cuanto al tratamiento de estos hidroceles: la resección quirúrgica y ligadura del cuello del proceso vaginal en el anillo profundo, además de colocación de material protésico para cerrar el defecto herniario si existiese^{1-3,5-7,10}. La punción ecodirigida permite vaciar el quiste pero no está recomendada puesto que suele recidivar^{3,6}.

Conclusión

A pesar de que el quiste del canal de Nuck es una patología poco frecuente, debería ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de la tumoración inguinal en la mujer. La ecografía permite realizar el diagnóstico de quiste de Nuck, diferenciándolo de otras patologías.

Declaración de autoría

Todos los autores han participado en la elaboración de

este artículo. Izaskun Markinez ha diseñado y redactado el texto. Fernando Garnateo e Idoia Irureta han realizado contribuciones y correcciones al texto. Marta García ha reunido los datos y las imágenes. Fernando Domínguez y Lorena Reka han buscado la bibliografía. Todos los autores están de acuerdo con la versión final del texto. Izaskun Markinez es la responsable del artículo.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Agradecimientos

A Leire Hernaiz.

Bibliografía

- 1 Jagdale R, Agrawal S, Chhabra S, Jewan SY. Hydrocele of the canal of Nuck: value of radiological diagnosis. *J Radiol Case Rep.* 2012;6:18-22.
- 2 Fernández Rodríguez T, Valero López I, Herzog Verrey R, Joleini Joleini S, Salcedo Joven I, Segura Grau A. Revisión de masas inguinales. Dos casos de quiste del canal de Nuck. *EuroEco* 2012;3:77-79.
- 3 Beltrán Marín M, Mayayo Sinués E, Angulo Hervias E. Solution to case 18: Hydrocele of the canal of Nuck. *Radiologia.* 2010;52:270-2.
- 4 Esposito F, De Fronzo S, Migliaccio B, Oresta P. Probable inguinal mass in a girl after omphalocele repair: US findings. *J Ultrasound.* 2013;16:33-5.
- 5 Nuñez Delgado Y, Garófano Jerez JM, Eisman Hidalgo M, Titos Vílchez, Carrasco-Chinchilla L, Olmedo-Sánchez E. Quiste del canal de Nuck: una entidad poco frecuente. *RAPD online* 2012;35:356-7.
- 6 Akkoyun I, Kucukosmanoglu I, Yalinkilinc E. Cyst of the canal of Nuck in pediatric patients. *N Am J Med Sci.* 2013;5:353-6.
- 7 Caviezel A, Montet X, Schwartz J, Egger JF, Iselin CE. Female hydrocele: the cyst of Nuck. *Urol Int* 2009;82:242-5
- 8 Janssen K, Klinkner D, Kumar T. Encysted hydrocele of canal of nuck: a case report with review of literature. *J Surg Tech Case Rep.* 2011;3:97-8.
- 9 Safak AA, Erdogmus B, Yazici B, Gokgoz AT. Hydrocele of the canal of Nuck: sonographic and MRI appearances. *J Clin Ultrasound.* 2007;35:531-2
- 10 Stickel WH, Manner M. Female hydrocele (cyst of the canal of Nuck): sonographic appearance of a rare and little-known disorder. *J Ultrasound Med.* 2004;23:429-32.

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):22-24

Síndrome del cascanueces

Edurne López-Uralde Pérez-Albéniz^a, Ana López-Viñaspre Muguerza^b, Jesús Iturralde-Iriso^b, Amadou Ada-Gueye^a, Ana Sauto-Gutiérrez^a, Sheila García-Rivas^c

(a) Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Comarca Araba. (Vitoria-Gasteiz. Álava)

(b) Médico de familia. Centro de salud Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz. Álava)

(c) Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo (Logroño. La Rioja)

Recibido el 13 de enero de 2014; aceptado el 14 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Síndrome del cascanueces;
Atención primaria;
Dolor abdominal

Resumen: El síndrome del cascanueces es una compresión extrínseca de la vena renal izquierda producida como consecuencia de su atrapamiento entre la aorta y la arteria mesentérica superior, por disminución del ángulo normal entre estos dos troncos arteriales. Debido a este fenómeno, se produce una hipertensión de la vena renal izquierda, varices en la vena gonadal izquierda y hematuria unilateral; con menor frecuencia presenta dolor pelviano crónico o disuria. Se presenta por igual en ambos sexos y su prevalencia verdadera no se conoce. Es una enfermedad de baja incidencia y debe sospecharse en pacientes jóvenes, varones o mujeres, con síntomas de larga evolución sin otras afecciones que los justifiquen. La flebografía retrógrada es la técnica de elección para su diagnóstico. El tratamiento del síndrome del cascanueces depende de la severidad del cuadro y de la sintomatología. Puede tratarse quirúrgicamente o mediante procedimientos endovasculares. Presentamos el caso de una paciente en la que su diagnóstico se demoró tres años, aunque finalmente fue tratada mediante embolización de la vena gonadal izquierda y colocación de *stent* en la vena renal izquierda desapareciendo toda la sintomatología.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Nutcracker syndrome;
Primary care;
Abdominal pain

Nutcracker Syndrome

Abstract: Nutcracker syndrome is an extrinsic compression of the left renal vein produced as a result of entrapment between the aorta and superior mesenteric artery by decreasing the normal angle between these two arterial trunks. Because of this phenomenon, hypertension of the left renal vein varices in the left gonadal vein and unilateral hematuria less frequently have chronic pelvic pain or dysuria is produced. It occurs equally in both sexes and its true prevalence is not known. It is a low incidence of disease and should be suspected in young patients, male or female, with longstanding symptoms without other conditions that warrant. Retrograde venography is the technique of choice for diagnosis. The treatment of nutcracker syndrome depends on the

severity of the disease and the symptoms. It can be treated surgically or by endovascular procedures. We present the case of a patient in whom the diagnosis was delayed three years, but was finally treated by embolization of the left gonadal vein and stent placement in the left renal vein all the symptoms disappearing.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Intxaur-hauskailu sindromea

Laburpena: Intxaur-hauskailu sindromea giltzurrun ezkerreko lido konpresioa da, aorta eta goiko mesenteriko arteriala artean arrapatzen delako, bi enbor hauen arteko angelu normala jaisten da eta. Delako fenomeno hori, ezkerreko giltzurrun lido hipertentsioa, ezkerreko gonadal lido barizeak eta unilateral hematuria agertzen dira, gutxiagotan pelbiseko mina kronikoa edo disuria sortzen dira. Berdin gertatzen da sexu bietako eta bere benetako prebalentzia ez da ezagutzen. Gaixotasunaren intzidentzia txikia da eta susmatu behar da gaixo gazteen artean, gizon edo emakume, denbora luzeetatik sintomak dituztenen artean eta beste baldintzarik gabe. Benografia Retrograda diagnostiko teknika onena da. Intxaur-hauskailu sindromeren tratamendua gaixotasunaren larritasuna eta sintomak araberakoa da. Trata daiteke ebakuntzarekin edo hodien barnetik prozedurekin. Gaixo baten kasua aurkezten dugu, noren diagnostikoa hiru urtez atzeratu egin zen, baina, azkenik, ezker gonadal lido enbolizazioarekin eta stent ezkerreko giltzurrun lido barruan stent batekin tratatu zioten, hori egin eta gero sintoma guztiak desagertu ziren.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Intxaur-hauskailu sindromea;
Lehen mailako arreta;
Abeleko mina

Introducción

El síndrome del cascanueces es una compresión extrínseca de la vena renal izquierda producida como consecuencia de su atrapamiento entre la aorta y la arteria mesentérica superior¹, por disminución del ángulo normal entre estos dos troncos arteriales². Esta anomalía puede ser congénita o asociarse a ptosis renal izquierda, disminución de grasa perirrenal, lordosis lumbar acentuada y también con el embarazo³. Debido a este fenómeno, se produce una hipertensión de la vena renal izquierda, varices en la vena gonadal izquierda y hematuria unilateral³, con menor frecuencia presenta dolor pelviano crónico o disuria¹.

Caso clínico

Mujer de 31 años de edad que acude a consulta de atención primaria en octubre de 2008 por dolor pélvico acompañado de dolor en la porción anterior de ambos muslos y ambas pantorrillas. Antecedentes personales de alergia a contrastes yodados y diabetes insípida por microadenoma de hipófisis en tratamiento con desmopresina.

El dolor no cede con analgesia por lo que en un primer momento, sospechando que la clínica podría estar en relación con alguna patología ginecológica, se decide derivar a dicho servicio. Realizan exploración y ecografías ginecológicas y una laparoscopia exploradora, siendo todo normal.

A continuación, y ante la sospecha de que pudiera tener un origen neurológico, se deriva a Neurología para estudio, donde realizan resonancia magnética de columna, punción lumbar y electromiograma, estando todas las pruebas dentro de la normalidad. Ante la sospecha de patología intraabdominal que estuviera produ-

ciendo el dolor, se realiza una TC abdominopélvica que se informa como normal.

Por parte de Urología se realiza una cistoscopia, en la que el único hallazgo es un cierto grado de cervicotrigonitis. Se realiza también una gastroscopia siendo ésta normal.

Ante la falta de resultados y ya que la paciente continúa con la clínica, se decide derivar a la Unidad del Dolor, que llevan a cabo una infiltración del ganglio impar transdiscal que no es efectiva.

Tras el hallazgo en una ecografía abdominal de afilamiento de la vena renal izquierda en la zona de salida de la arteria mesentérica superior, el servicio de Cirugía Vasculardecide realizar una flebografía renal, en la que se observa una compresión a nivel de la vena renal izquierda (figura 1), diagnosticándose así, tres años después (en mayo del 2011), un síndrome del cascanueces. Se trató mediante embolización de la vena gonadal izquierda y colocación de *stent* en la vena renal izquierda, desapareciendo toda la sintomatología.

Discusión

El síndrome del cascanueces fue descrito de manera inicial por De Schepper en 1972 como "síndrome de atrapamiento de la vena renal izquierda". Es un cuadro clínico análogo al síndrome de la arteria mesentérica superior, en el que la tercera porción duodenal es comprimida entre la arteria mesentérica superior y la aorta, dando lugar a un cuadro obstructivo intestinal³.

Se presenta por igual en ambos sexos y su prevalencia verdadera no se conoce. Es una enfermedad de baja incidencia y debe sospecharse en paciente jóvenes, varones o mujeres, con síntomas de larga evolución sin otras afecciones que los justifiquen².

Clínicamente puede permanecer silente o manifestarse de diferentes maneras: hematuria macro o microscópica, dolor en fosa renal izquierda y/o abdominal, proteinuria recurrente en jóvenes, síndrome de fatiga crónica, varicocele, dolor pelviano crónico o disuria^{1,2,3}.

Característicamente, la sintomatología suele intensificarse con el ortostatismo y/o el ejercicio. Frecuentemente se presenta como episodios de hematuria macro o microscópica que se pueden acompañar de dolor en fosa renal izquierda y/o dolor abdominal. También se ha relacionado con episodios de proteinuria recurrente en jóvenes, así como con el síndrome de fatiga crónica.

El dolor es el segundo síntoma más frecuente, caracterizándose por dolor abdominal o en flanco izquierdo; en ocasiones puede irradiarse a muslo y nalga⁴. Puede cursar con varicocele izquierdo y varices lumbares, ésta obstrucción al flujo gonadal también se relaciona con síntomas congestivos pelvianos (dolor pélvico crónico, dispareunia, disuria y dismenorrea)³.

Es una patología difícil de diagnosticar mediante métodos rutinarios, aunque la primera herramienta diagnóstica debería ser la exploración física. Si el paciente presenta síntomas de congestión pélvica y hematuria, asociado a dolor en flanco izquierdo con irradiación al área glútea, disconfort pélvico y varices pélvicas en la mujer o varicocele en el varón, constituye una fuerte base en el diagnóstico⁵.

Inicialmente debe realizarse un estudio de hematuria para descartar otras causas más frecuentes. La cistoscopia nos informará de la emisión de orina hemática por el meato uretral izquierdo³. Técnicas de imagen como la resonancia magnética con contraste o una TC pueden darnos el diagnóstico⁵. La flebografía retrógrada es la técnica de elección, puesto que nos permite llevar a cabo cálculos de gradientes de presión entre la porción distal de la vena renal y la vena cava inferior³. Dada la utilidad de la ecografía dópler y su inocuidad, puede tratarse de una herramienta útil en el *screening* de la proteinuria ortostática para evaluar si la causa es un síndrome del cascanueces.

El tratamiento del síndrome del cascanueces depende de la severidad del cuadro y de la sintomatología.



Figura 1. Flebotomografía renal, en la que se observa una compresión a nivel de la vena renal izquierda.

Son indicaciones de tratamiento la hematuria persistente o anemizante, el dolor lumbar o pelviano incapacitante, o la presencia de síntomas congestivos pelvianos acentuados, con exclusión de otros diagnósticos diferenciales. Si decidimos tratarlo, disponemos de procedimientos quirúrgicos abiertos como son la nefropexia medial, *by-pass* de la vena renal, transposición de la vena renal izquierda o el autotrasplante de riñón izquierdo⁵. Otra opción sería el tratamiento endovascular mediante dilatación con balón o *stent* o mediante cauterización química intrapélvica. Estos últimos presentan resultados favorables y menor morbilidad a corto plazo, aunque su eficacia y seguridad debe ser comprobada a largo plazo³.

Conclusiones

El síndrome del cascanueces es una entidad poco frecuente y difícil de diagnosticar por la variabilidad de sus síntomas y porque frecuentemente es un diagnóstico de exclusión. Habría que sospecharlo en paciente jóvenes, varones o mujeres, con síntomas sugestivos de larga evolución sin otras afecciones que lo justifiquen.

La prueba de elección para el diagnóstico es la flebotomografía, pero pueden utilizarse otras técnicas menos invasivas como la resonancia magnética o la TC. Sin olvidar que siempre la exploración física es la herramienta diagnóstica más potente de la que disponemos.

En el caso de estar indicado tratarlo activamente disponemos de tratamientos quirúrgicos o endovasculares, careciendo estos últimos de seguimientos a largo plazo hasta el momento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- 1 Alcocer-Gamba MA, et al. Tratamiento endovascular exitoso del síndrome de cascanueces con stent autoexpandible. Arch Cardiol Mex. 2012;82:303-7.
- 2 Dellavedova T, Racca L, Ponzano RM, Minuzzi S, Olmedo JJ, Minuzzi G. Síndrome de Cascanueces. Comunicación de un caso. Rev Mex Urol 2010; 70 (1): 51-54.
- 3 D. Santos Arrontes, R. Salgado Salina, V. Chiva Robles, J.M. Gómez de Vicente, I. Fernández González, J. Costa Subias, A. Páez Borda, A. Berenguer Sánchez. Síndrome de Cascanueces. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2003; 27 (9): 726-731.
- 4 Andrew K. Kurklinsky, Thom W. Rooke. Nutcracker phenomenon and nutcracker syndrome. Mayo Clin Proc. June 2010; 85 (6): 552-559.
- 5 Younes El Harrech, Hassan Jira, Jaouad Chafiki, Mohamed Ghadouane, Ahmed Ameur, Mohamed Abbar. Actitud expectante en el síndrome del cascanueces. Actas Urol Esp. 2009;33(1):93-96.

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):25-27

Aneurisma micótico diagnosticado por TAC

Carla de la Guerra Acebal, Ana Moreno Rodrigo, Arantzazu Maiz Egaña

Servicio de Medicina Interna. Hospital Mendaro. Mendaro. Gipuzkoa.

Recibido el 8 de diciembre de 2013; aceptado el 12 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Aneurisma;
Micótico;
TAC

Resumen: Presentamos el caso de un varón de 62 años, con antecedentes de reciente intervención quirúrgica, que ingresa en nuestro servicio por febrícula prolongada y ocasional dolor lumbar, siendo diagnosticado de aneurisma micótico. Se realiza a continuación una revisión del tema por lo poco frecuente de la entidad y la importancia de un rápido diagnóstico para evitar un fatal desenlace.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Aneurysm;
Mycotic;
CT

Mycotic aneurysm diagnosed by CT

Abstract: We present a case of a sixty two years old male with recent abdominal surgery, that he is admits in our hospital with fever and back pain since three weeks. We review the main clinical features of mycotic aneurysm because of the difficult diagnosis and the importance of prompt diagnosis to avoid a fatal outcome.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Aneurisma;
Mikotiko;
OTA

Aneurisma mikotikoa OTA diagnostikatu

Laburpena: 62 urteko gizonetzko baten kasua aurkeztu dugu, orain dela gutxi interbentzio kirurgiko bat egin duena. Iraupen luzeko febríkula eta tartekako min lunbarretatik ingresatu zen gure zerbitzuan eta aneurisma mikotikoa diagnostikatu zitzaion. Gai honen azteketa bat egin dugu, entitate hau oso arraroa delako eta heriotza ekiditzeko garrantzi handia duelako diagnostiko azkarrak.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

Los aneurismas micóticos son una entidad muy poco frecuente, causada por la infección de las paredes arteriales. A principios de siglo la mayoría de estas enfermedades eran secundarias a émbolos sépticos por endocarditis bacteriana o sífilis, pero en los últimos años, debido a los cambios sociales, así como a distintos avances tanto diagnósticos como terapéuticos, han condicionado un cambio en el origen de esta patología, siendo ahora la arteroesclerosis el principal lugar donde asientan estos aneurismas. La etiología también ha sufrido variaciones de acuerdo a los cambios infecciosos propios de la época y ahora son la *Salmonella* y los *Staphylococcus* las principales bacterias implicadas. Lo que continúa siendo un reto aún en este siglo es conseguir un diagnóstico precoz de la entidad, ya que es necesaria una alta sospecha clínica por lo anodino de su presentación clínica. Instaurar un tratamiento médico-quirúrgico adecuado será primordial para prevenir la morbi-mortalidad asociada a su rotura.

Caso clínico

Presentamos un caso de un varón de 62 años, fumador, hipertenso y con antecedente destacable de colocación de malla tras intervención quirúrgica de hernia inguinal en abril de 2013, que ingresa en nuestro servicio por cuadro de 3 semanas de evolución de febrícula no mayor de 37,9, de predominio vespertino, junto con dolor lumbar ocasional y en zona periumbilical, sin otra clínica infecciosa asociada.

En la exploración física destacaba una temperatura axilar de 37,7, una auscultación cardíaca rítmica, sin soplos y una palpación abdominal con molestia en la zona periumbilical. En la analítica tan solo llamaba la atención una mínima leucocitosis, sin neutrofilia. Los hemocultivos iniciales resultaron negativos. Se solicitó una ecografía abdominal que puso en evidencia la existencia de un aneurisma de la aorta infrarrenal, por lo que se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal (figura 1) que confirmó el aneurisma de aorta infrarrenal de 53 mm, con trombosis mural concéntrica y tejido perianeurismático, de densidad de partes blandas, con borrosidad del contorno aórtico. Todo ello, sugestivo de aneurisma micótico, probablemente secundario a bacteriemia transitoria y asintomática tras intervención quirúrgica reciente con colocación de cuerpo extraño (malla), en paciente con factores de riesgo cardiovascular y probablemente portador de aneurisma no conocido hasta la fecha.

En este momento se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y se traslada a un hospital terciario de referencia para intervención quirúrgica por parte del servicio de Cirugía Vascul.

Discusión

Los aneurismas infectados, también conocidos como aneurismas micóticos, fueron descritos por primera vez en 1885 por William Osler¹. Son muy poco frecuentes, y representan entre el 0,75-2,50% de todos los aneuris-

mas aórticos^{2,3}. Pueden darse en arterias sanas o con más frecuencia en arterias con patología de base, principalmente arterioesclerosis.

Se describen varios mecanismos patogénicos, la embolización séptica a distancia desde cualquier foco séptico, infecciones por contigüedad, causas iatrogénicas y traumáticas e incluso infección primaria de la pared arterial originada en aquellos puntos con defectos intimaes, como áreas de trombos o placas de aterosclerosis⁴. Pueden localizarse en cualquier parte del lecho

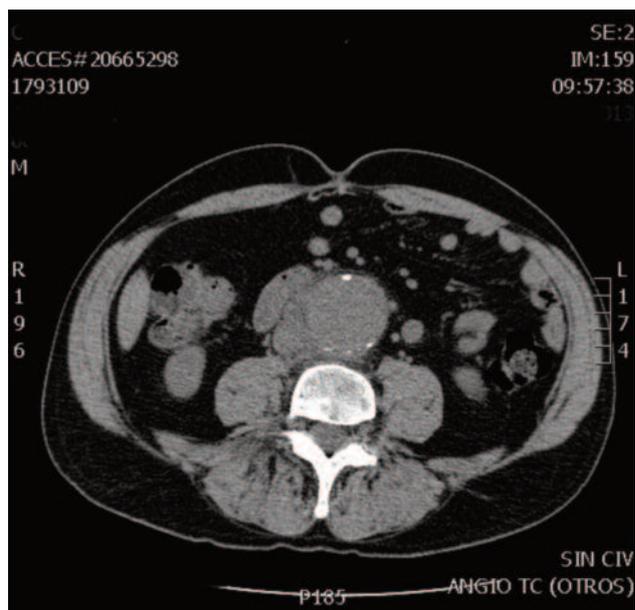


Figura 1. Angio-TAC.

vascular arterial y *Salmonella* y *Staphylococcus*^{4,5} son en la actualidad los gérmenes implicados con mayor frecuencia.

La clínica en general es anodina e inespecífica, dificultando el diagnóstico inicial, por lo que es importante una alta sospecha y un diagnóstico precoz, ya que su evolución natural es hacia la rápida destrucción de la pared del vaso y su rotura. Los hemocultivos solo son positivos en un 50% de los casos.

La TAC es la técnica diagnóstica de elección y la que nos permite diferenciarlos de los ateromatosos⁴. Sus características propias incluyen masa de partes blandas perianeurismática, no captante, con contornos irregulares, trombosis del aneurisma y con menos frecuencia gas mural y calcificaciones arteriales^{3,6,8}.

El tratamiento, además de cobertura antibiótica^{5,6}, prolongada durante al menos 6 semanas, debe de ser quirúrgico, con desbridamiento, resección y limpieza del área; asociado en la mayoría de los casos a *bypass* extraanatómico o tratamiento endovascular en los casos de mayor riesgo^{6,7,8}.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Bibliografía

- 1 Osler W. The gulstonian lectures on malignant endocarditis. *BMJ*. 1885;1:467-70.
- 2 Oderich GS, Panneton JM, Bower TC, et al. Infected aortic aneurysms: aggressive presentation, complicated early outcome, but durable results. *J Vasc Surg*. 2001;34:900-8.
- 3 Macedo TA, Stanson AW, Oderich GS, Johnson CM, Panneton JM, Tie ML. Infected aortic aneurysms: imaging findings. *Radiology*. 2004;231:250-7.
- 4 Urbano J, Arjonilla MA. Aneurismas micóticos: diagnóstico radiológico y alternativas terapéuticas. *Radiología*. 2002;44:273-9.
- 5 Lee WK, Mossop PJ, Little AF, Fitt GJ, Vrazas JI, Hoang JK, et al. Infected (mycotic) aneurysms: spectrum of imaging appearances and management. *Radiographics*. 2008;28:1853-68.
- 6 Gonda RL Jr, Gutierrez OH, Azodo MVU. Mycotic Aneurysms of the Aorta: Radiologic Features. *Radiology* 1989;168:343-6.
- 7 Brown SL, Busuttill RW, Baker JD. Bacteriologic and surgical determinants of survival in patients with mycotic aneurysm. *Jour. Vasc. Surg* 1984;4:541-7.
- 8 Massaguer S, Pages M, Sánchez M, Real M, Ayuso JR. Características por TC de los aneurismas micóticos. *Radiología*. 2003;45:21-3.

BILBAOPRAXIS

Una fórmula para el éxito

BILBAOPRAXIS

Preparación magistral a partir de la experiencia de la revitalización de Bilbao

Cada dosis del preparado contiene todos los principios activos necesarios para realizar, con un alto grado de satisfacción, cualquier tipo de congreso, jornada o encuentro profesional en vivo del Sector de las Ciencias de la Salud.

Bilbaopraxis está compuesto por

Bilbao Convention Bureau

Bilbao Turismo

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Qué es Bilbaopraxis y cuándo debe utilizarse

Es una organización y una oferta de servicios en la que confluyen las experiencias, capacidades y voluntades de la **Academia de Ciencias Médicas de Bilbao**, y de las instituciones y organismos que representan a **la ciudad de Bilbao**.

El objetivo es completar una propuesta muy atractiva para que Bilbao sea la respuesta a su necesidad de un proyecto integral y de una sede para su congreso profesional en cualquiera de las áreas o sectores de las Ciencias de la Salud (medicina, farmacia, biología, veterinaria, bioquímica, enfermería, investigación...)

Antes de tomar Bilbaopraxis

Si usted es un profesional de la salud, o miembro responsable de una organización sanitaria, científica, docente, académica o colegio profesional, si representa al sector privado o al público y está pensando en proponer o dinamizar un encuentro profesional especializado, sea cual sea su dimensión, antes de tomar otro compuesto alternativo piense en la composición y en las ventajas únicas de Bilbaopraxis.

Bilbao ya es, desde hace tiempo un modelo de regeneración urbana, una ciudad de servicios con una amplia y atractiva oferta congresual, organizativa y profesional, de ocio, cultural, gastronómica, comercial, paisajística, humana...

Ahora también, gracias al apoyo de la **Academia de Ciencias Médicas de Bilbao**, la ciudad se convierte en un centro de atracción especializado para congresos y encuentros profesionales sectoriales específicos.

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, como socio estratégico de Bilbaopraxis aporta prestigio, experiencia y conocimiento. El bagaje de prestigiosos profesionales implicados no solo en el ejercicio de la profesión, sino también en la investigación y difusión de conocimientos, descubrimientos, técnicas de vanguardia, lo último en tratamientos y praxis profesional, deontología...

La implicación y decidido compromiso de la Ciudad

A través de Bilbao Turismo y Bilbao Convention Bureau permite aglutinar una serie de servicios complementarios (hasta llegar al proyecto "llave en mano") y poner a su disposición una serie de opciones mejoradas y ventajosas en ocio y disfrute de la ciudad.

Bilbaopraxis puede recomendarle un completo equipo de profesionales cualificados y homologados para que den forma a su proyecto, desde un encuentro de trabajo para un pequeño grupo de médicos o científicos, una presentación de un fármaco, una notificación de interés..., hasta un gran congreso nacional o internacional. Las mejores sedes, las más originales, los mejores profesionales del sector de organización de congresos y eventos, los mejores hoteles y estancias, una eficaz comunicación, una gran imagen, un completo y atractivo entorno cultural y de ocio.

No tome Bilbaopraxis sin antes estar convencido de su eficacia.

Póngase en contacto con nosotros y vea cómo podemos ayudarle de manera individualizada, ofreciéndole una propuesta a la medida de sus necesidades y expectativas.

Posibles efectos secundarios

En algunos casos se han descrito estados de euforia que se van desapareciendo con el tiempo. No hay casuística que indique que una utilización continuada de Bilbaopraxis esté desaconsejada.

El Museo Vasco de Historia de la Medicina ya tiene presencia en

Internet

www.ehu.es

Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia

Inicio euskara español english Campus Álava | Campus Bizkaia | Campus Gipuzkoa

Perfiles | Estudios | Estructura UPV/EHU | Investigación | Acceso a la Universidad | Áreas temáticas | Servicios | Directorio | Intranet

Buscar

» Inicio Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia (MHM)

Información general

Exposición Permanente

Exposiciones Virtuales

Publicaciones del Museo

Otras publicaciones

Links
Museología Médica

Museo Vasco de Historia de la Medicina

Accesibilidad | Información Legal | Contacto | Mapa Web | Ayuda UPV/EHU

Información general, exposición permanente, exposiciones virtuales, publicaciones del Museo, enlaces de museología médica, etc.

Visítalo en:

<http://www.bizkaia.ehu.es/p209-shmhmhm/es/>

Museo Vasco de Historia de la Medicina. UPV/EHU. Campus de Leioa (Bizkaia).
Tel.: (34) 946 012 790 / (34) 946 012 270. Correo electrónico: museomed@ehu.es
Visitas: de lunes a viernes, de 8:00 a 14:00 h en periodo lectivo (visitas concertadas).

euskaraz bai sano!

e ikurrak Osakidetzako profesional eta zerbitzu elebidunak identifikatzen ditu.

Ikusten duzunean, hartu arnasa, zabaldu ahoa eta egin euskaraz sano!

e es el símbolo que identifica a los profesionales y a los servicios bilingües de Osakidetza.

Donde lo veas podrás ser atendido en euskera sin consulta previa.

