Sacroileitis y enfermedad de Behçet

Sr Director:

Se ha sugerido en diversas ocasiones que la Enfermedad de Behçet (EB) formase parte del grupo de las espondiloartropatías seronegativas. Existen estudios donde se objetiva la existencia de sacroileitis en pacientes diagnosticados de EB, junto a la coexistencia de la positividad de los antígenos HLA-B51 y HLA-B27. Añadimos un caso más a la literatura destacando la existencia de una sacroileitis bilateral en una paciente con EB con exploración anodina y radiografía normal.

Se trata de una mujer de 27 años, fumadora de 6 cig/día y diagnosticada de EB desde hacía dos años en base a una clínica ocular (uveítis anterior) y mucocutánea (pseudofoliculitis cutánea y aftas bucogenitales). No había presentado complicaciones y seguía tratamiento con prednisona (15 mg/día), pentoxifilina, talidomida y anticonceptivos orales. Refiere cuadro de una semana de dolor en cara posterior de muslo derecho progresivo y agudizado con los movimientos incapacitando la deambulación. Asimismo refiere dolor en hombro izquierdo autolimitado, sin signos inflamatorios, una semana antes. Niega antecedente traumático anterior o clínica similar previamente. Se acompaña de la aparición de pápulas-pústulas generalizadas de predominio en extremidades, junto a hiperemia conjuntival y aftas bucogenitales dolorosas. En los últimos días febrícula vespertina y síndrome general. Niega clínica digestiva. A la exploración se encuentra afectada por el dolor. Foliculitis palpebral bilateral con exploración de polo anterior normal. Afta en mucosa yugal derecha. No adenopatías cervicales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen sin masas o megalias, no doloroso. Lasegue -Fabere derecho dudoso. Extremidades con papulopústulas, sin edemas, cordón venoso o signos de flogosis.

En analítica destaca un aumento de parámetros inflamatorios (PCR: 4,1 mg/dl) con leve leucocitosis y anemia normocítica. Resto de bioquímica completa normal. Las determinaciones de HLA-B27 y HLA-B51 resultaron negativas. Radiografías de tórax, columna lumbar, pelvis y caderas sin hallazgos significativos. TC pelvis con afectación de ambas sacroiliacas, predominantemente derecha, con esclerosis subcondral y discretos signos de erosión (Fig. 1). Gammagrafía ósea: En la fase precoz vascular, aumento de captación con hiperemia en ambas sacroiliacas. En la fase tardía, ósea, aumento de la captación del trazador en sacroiliacas, de predominio en la derecha. Moderado aumento de captación de la articulación esternocostoclavicular izquierda compatible con artropatía inflamatoria.

Fig. 1.

La afectación articular en la EB ocurre hasta en un 50% y suele ser oligoarticular, no erosiva y de predominio en miembros inferiores. Afecta a grandes articulaciones, sobretudo a rodillas, tobillos y codos presentando un curso subagudo, intermitente y no deformante. Las articulaciones sacroiliacas no suelen afectarse por lo que no se considera la EB dentro de las espondiloartropatías. Varios autores han descrito el hallazgo frecuente de sacroileitis en la EB, dependiendo en gran medida del grado de afectación y de la técnica de imagen utilizada (1-4). Existen a su vez trabajos que no objetivan una clara relación comparando con la población general (5,6). Aunque sea más frecuente la forma oligoarticular que la sacroiliaca, el hallazgo de sacroileitis en la EB hace que sea necesario realizar un diagnóstico diferencial con las espondiloartropatías seronegativas (7). Otro punto importante a destacar, a propósito de nuestro caso, es la necesidad de utilizar técnicas de imagen apropiadas, ya que en grados leves-moderados en donde la exploración y la radiografía simple pueden ser normales, es necesario la utilización de la TC o la RMN para el diagnóstico (8-10).

I. M. Arias, M. Ramos-Casals¹, G. Espinosa¹, R. Reyes²

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón. ¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico. Barcelona

- Olivieri I, Gemignani G, Pecori F, Semeria R, Pasero G. Coexisting ankylosing spondylitis and Behçet's syndrome: a report of six cases. In: O'Duffy JD, Kokmen E, editors. Behçet's Disease: Basic and Clinical Aspects. New York: Marcel Dekker, 1991: 247-52.
- Moll JMH, Haslock I, Macrae IF, Wright V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behçet's syndrome. *Medicine (Baltimore)* 1974; 53: 343-64.
- Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behçet's disease. *N Engl J Med* 1999; 341: 1284-91.
- Cheng YK, Thong BY, Chng HH. Behçet's disease: experience in a tertiary rheumatology centre in Singapore and a review of the literature. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33: 510-4.
- Chamberlain MA, Robertson RJ. A controlled study of sacroiliitis in Behçet's disease. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 693-8.
- Hyun Kyu Chang, Deok Hee Lee, Seung Mun Jung, Soo Jung Choi, Jeong Uk Kim, Young Joon Choi, et al. The Comparison Between Behçet's Disease and Spondyloarthritides: Does Behçet's Disease Belong to the Spondyloarthropathy Complex? *J Korean Med Sci* 2002; 17: 524-9.
- Grana Gil J, Sánchez Meizoso MO. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial de la enfermedad de Behçet. *Rev Clin Esp* 2002; 202: 20-2.
- Olivieri I, Gemignani G, Camerini E, Semeria R, Pasero G. Computed tomography of the sacroiliac joints in four patients with Behçet's syndrome: confirmation of sacroileitis. *Br J Rheumatol* 1990; 29: 264-7.
- Collantes Estévez E, Muñoz Gomariz E. Estrategias diagnósticas en las espondiloartropatías. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 27-9.
- Maghraoui AE, Tabache F, Bezza A, Abouzahir A, Ghafir D, Ohayon V, et al. A controlled study of sacroiliitis in Behçet's disease. *Clin Rheumatol* 2001; 20: 189-91.

Misión del internista en el hospital moderno

Sr. Director:

El editorial publicado recientemente en su revista (1), que expone con acertada sistematización cual es la misión e influencia de la Medicina Interna en el conjunto del hospital, transmite al lector una visión de la especialidad con la que, en general, nin-

gún internista podría estar en desacuerdo. No obstante, creo que quizá enfoca el tema de un modo demasiado tradicional y un tanto restrictivo. Los modestos comentarios que siguen, basados en experiencias ajenas y propias, únicamente pretenden ampliar dicha perspectiva.

Estoy de acuerdo en que muchos internistas, sobremanera en los grandes hospitales, han ido derivando con el tiempo en cuasi-especialistas, muy probablemente buscando una satisfacción profesional que no encontraban siendo “generalistas”. Sin embargo, también es cierto que otros internistas, entre los que me encuentro, convencidos de que debíamos preservar nuestra idoneidad para atender de forma integral al hombre enfermo, hemos buscado otras maneras de salir del “status quo establecido” sin perder nuestra vocación primaria. Para ello nos hemos distanciado del clásico modelo hospitalario vertical, basado en Servicios Clínicos con frecuencia compartimentados en un espacio físico circunscrito y organizados para satisfacer fundamentalmente las necesidades del estamento médico. En este sentido hemos explorado y participado en formas alternativas de organización de la asistencia dentro del propio hospital y hemos sido capaces de poner en marcha Unidades con un concepto mucho más transversal y polivalente de la asistencia. Unidades en las que el paciente es “la estrella” en torno a la cual gira el trabajo del resto de actores para conseguir que no solamente reciba una atención con un alto grado de seguridad y calidad científico-técnica sino que disfrute también de un elevado nivel de confortabilidad. En tal sentido, para lograr que la combinación de todas las acciones sea eficiente es esencial la protocolización de los diversos procedimientos que se llevan a cabo así como la educación sanitaria del paciente y sus cuidadores(2,3) La gestión de tales Unidades requiere, por lo tanto, un arduo trabajo de coordinación entre los diferentes profesionales implicados en la asistencia del paciente (internistas, especialistas, personal de enfermería, personal no sanitario), algo para lo que el internista “generalista”, por definición, debe estar especialmente dotado.

En mi hospital funcionan en la actualidad una Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), dos Unidades de Corta Estancia —una para procesos urgentes que hemos denominado Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH) y otra para procesos programados que hemos denominado Hospital de Semana— y un Hospital de Día Médico de carácter polivalente (que atiende pacientes de cualquier tipo, no sólo los oncohematológicos) En todas ellas el internista es parte fundamental del engranaje asistencial y, entre otros resultados, hemos conseguido constituir “circuitos asistenciales alternativos” para algunos enfermos (por ejemplo, el paciente agudizado con procesos crónicos ya diagnosticados que menciona el editorial), permitiendo su óptimo manejo sin llegar a ocupar una cama de hospitalización tradicional (4) Por supuesto, en todas estas unidades, sobremanera en la UHD y en la UARH, el internista goza de total autonomía para aplicar el método clínico y no sólo dedicarse a los aspectos terapéuticos sino también diagnosticar enfermedades hasta entonces ocultas en el paciente (5).

Creo que en el hospital del futuro los “Servicios de Medicina Interna” no deberían buscar, como dice el editorial, la manera de “evitar o disminuir la pérdida de pacientes reagudizados y determinados agudos a unidades de corta estancia” sino que, muy al contrario, deberían promocionar la “salida” de sus médicos fuera del reducido ámbito del Servicio, bien como piezas fundamentales de Unidades alternativas a la hospitalización tradicional, como las referidas arriba, o bien buscando protagonizar otros papeles dentro de la organización sanitaria que aporten un valor añadido al paciente. Son ejemplos de estos últimos algunas experiencias hospitalarias, como el internista de apoyo para la atención de pacientes quirúrgicos durante su ingreso (6), y otras en el terreno de la Atención Primaria, como el internista consultor de patologías médicas antes de decidir la derivación del paciente a la asistencia especializada (7).

Finalmente coincido con el editorial en que los criterios de hospitalización de pacientes van a cambiar mucho en los próximos años y en que cada vez habrá más áreas asistenciales polivalentes. Además, el paciente será atendido cada vez más “con el hospital” y cada vez menos “en el hospital”, apoyándose para ello en los avances de la tecnología sanitaria, en los modernos sistemas de información y, por supuesto, en las nuevas formas de organización asistencial. El objetivo ha de ser que cada paciente, en cada momento de su historia de salud-enfermedad, sea atendido en el mejor lugar terapéutico (4) Y, sin lugar a dudas, en mi humilde opinión es el internista “generalista” el llamado a llevar a cabo este cambio dentro del hospital.

M. F. Fernández-Miera

Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

1. De Portugal Álvarez J. Misión de la Medicina Interna y su influencia en el conjunto del Hospital. *An Med Interna* (Madrid) 2005; 22: 559-60.
2. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S y grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 620-6.
3. Del Castillo Rueda A, Khosravi Shahi P. Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria. *An Med Interna* (Madrid) 2005; 22: 509-10.
4. Fernández-Miera MF, Misas Martínez ML, Sampedro García I, Flores Liaño G, Sanroma Mendizábal P, Baños Canales MT, et al. Circuitos asistenciales alternativos en un hospital moderno. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2005; 6: 15-24.
5. Fernández-Miera MF, Escalada-Sarabia C, Sampedro-García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 37-38.
6. Monte R, Rabuñal R, Rigueiro MT, García MJ, Casariego E, Guerrero J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 345-50.
7. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC) La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 2004; 46-52

Diagnóstico simultáneo de carcinoma microcítico de pulmón y enfermedad de Hodgkin

Sr. Director:

El cáncer de pulmón, incluido el carcinoma de células pequeñas, es uno de los segundos tumores que se describen en enfermos tratados previamente por linfoma de Hodgkin (1-7). Sin embargo, el diagnóstico simultáneo de estos dos procesos es excepcional; de hecho, no hemos encontrado casos previos de presentación simultánea de carcinoma microcítico de pulmón y linfoma de Hodgkin (Medline; MeSH: “*carcinoma, small cell*” and “*Hodgkin disease*”). Presentamos un paciente en que el diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón coincidió con el de enfermedad de Hodgkin de localización inguinal.

Varón de 50 años, fumador activo de más de dos cajetillas al día desde la juventud; había sido alcohólico. En los dos meses previos al diagnóstico había padecido prurito y una pérdida de peso cerca-