

proceso inflamatorio.

De acuerdo con el Servicio de Cirugía Torácica, se decidió intervenir a la paciente. Se practicó una lobectomía superior izquierda postergándose la extirpación de la tumoración basal derecha. El resultado anatómo-patológico fue compatible con *leiomioma pulmonar de bajo grado de malignidad*.

El leiomioma primario es una neoplasia infrecuente (1-4% de los sarcomas primarios de tejidos blandos) (1). Es un tumor maligno de células musculares lisas, que afecta más veces al tracto gastrointestinal y genital femenino (2). En el pulmón, puede ser de origen endobronquial, vascular y parenquimatoso y tener localización periférica o central. Los de origen parenquimatoso son los más frecuentes y forman masas bien delimitadas que pueden alcanzar grandes dimensiones (3,4). Muchos de estos tumores cursan de forma asintomática, constituyendo un hallazgo incidental, también pueden presentarse con tos, dolor torácico, o hemoptisis (3).

Es infrecuente que metastaticen por vía linfática, por lo que las lesiones pulmonares no suelen acompañarse de adenopatías hiliares o mediastínicas, como en el carcinoma. El pulmón es también uno de los asientos más frecuentes de metástasis de todos los sarcomas de tejidos blandos, por lo que siempre debemos excluir esta posibilidad y confirmar el origen primario del tumor (5).

El diagnóstico se basa en técnicas inmunohistoquímicas e histológicas donde se observan células fusiformes con proliferación en láminas y núcleos pleomórficos (1-4,6).

La resección completa del tumor disminuye la aparición de recidiva local (1) y es considerada como uno de los factores más importantes para el pronóstico y para la predicción de recidivas, otros factores a considerar son el grado histológico y el estadio tumoral (6,7). Este tipo de tumores son débilmente sensibles a la radioterapia, y responden pobremente a la quimioterapia (8).

**P. Benito García, A. Fuertes Martín, E. Santos Corraliza, S. Bahamonde Cabria, R. Merchán Rodríguez**

*Servicio de Medicina Interna II. Hospital Clínico Universitario. Salamanca*

1. Matsumoto J, Sugiura H, Morikawa T, Kaji M, Kondo S, Okushiba S, et al. A case of Primary Leiomyosarcoma of the Chest Wall Successfully Resected under the Video-assisted Thoracoscopic Approach. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 7: 368-70.
2. Pérez Villa J, Muntané MJ, Venegas MP, Viladot J. Leiomyosarcoma de laringe: a propósito de un nuevo caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001; 52: 254-7.
3. Fraser RS, Colman N, Müller NL, Pare PD. Neoplasias pulmonares. En *Fundamentos de las enfermedades del tórax*. Ed. Masson 3ª ed. Barcelona; 2006. p. 393-4.
4. Grande Sáez C, González Quijada S, Dueñas Gutiérrez C, Marrero Calvo M, Martín Ezquerro, Ceballos Barón I. Leiomyosarcoma multicéntrico en paciente VIH. *An Med Interna* 2002; 19: 377-378.
5. Petrov DB, Vlassov VI, Kalaydjiev GT, Plochev MA, Obretenov ED, Stanoev VI, et al. Primary pulmonary sarcomas and carcinosarcomas - postoperative results and comparative survival analysis. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23: 461-6.
6. Redón Henao J, Sánchez Mora N, Álvarez Fernández E. Leiomyosarcoma de mediastino anterior. *Rev Esp Patol* 2004; 37: 99-103.
7. Regnard JF, Icard P, Guibert L, Montpreville VT, Magdeleinat P, Levasseur P. Prognostic factors and results after surgical treatment of primary sarcomas of the lung. *The Annals of Thoracic Surgery* 1999; 68: 227-31.
8. Buch Villa E, Arnau A, García Aguado R, Sabater V, Canto A, Fernández Centeno A, y cols. Leiomyosarcoma pulmonar. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 465-7.

## Asociación entre el uso de fármacos antipsicóticos y las alteraciones metabólicas en población adulta española

Sr. Director:

Es conocido que las alteraciones metabólicas como la obesidad, diabetes o dislipemia aumentan el riesgo de padecer eventos cardiovasculares (1-2). En España, los datos aportados por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) indican que la prevalencia poblacional de la obesidad es superior al 14%, con una clara tendencia al incremento progresivo alcanzando su máximo entre los 40 y los 50 años (3-4). En otro aspecto, la utilización de fármacos antipsicóticos (ATP) está aumentando, y produce efectos secundarios en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos, ocasionando un aumento del peso (5-6). No obstante, existen sensibles controversias entre los diferentes autores, puesto que los efectos de clozapina, olanzapina y risperidona pueden producir un aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos (6), o bien, un mayor riesgo de padecer diabetes mellitus (2). La influencia de cada medicamento, resulta difícil de cuantificar, como también lo es, discernir si determinadas alteraciones biológicas son causa o efecto del exceso de peso (5). El objeto del estudio fue evaluar la asociación entre las principales alteraciones metabólicas (diabetes, dislipemia en presencia de obesidad) y el uso regular de fármacos ATP típicos y atípicos, en pacientes adultos atendidos por cinco equipos de atención primaria en un ámbito poblacional español.

Se realizó un estudio de carácter retrospectivo y multicéntrico, con muestreo sistemático, a partir de los registros médicos de pacientes adultos seguidos en régimen ambulatorio y en situación de práctica clínica habitual. La población de estudio estuvo formada por cinco equipos de atención primaria gestionados por Badalona Serveis Assistencials SA. El tipo de organización de los equipos es de carácter reformado, con gestión de titularidad pública y provisión de servicios privada, concertados con el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes atendidos entre el 1 de julio de 2004 y el 30 de junio de 2005, con edad superior a 20 años. Se consideraron pacientes en uso regular de ATP los que: a) iniciaron el tratamiento 3 meses antes del estudio, b) estaban en el programa de prescripciones crónicas del centro, c) acudieron con regularidad a las citas programadas para la obtención de las recetas médicas, y d) presencia de un registro constatado de la dosis diaria, el intervalo de tiempo y la duración de cada tratamiento administrado. Fueron excluidos los pacientes que no acudieron a los centros, los desplazados o fuera de zona y los que sufrían enfermedades mentales incapacitantes. Se consideró obesidad, por la presencia de un exceso de peso por acumulación de tejido graso, cuando el índice de masa corporal (IMC, kg/m<sup>2</sup>) fue superior a 29 (criterios de la NCEP8). Además, se obtuvo información de la prescripción farmacológica de medicamentos ATP (atípicos y típicos), emitida en las historias clínicas informatizadas según las recomendaciones realizadas por el facultativo o especialista de referencia. Los diferentes principios activos se agruparon en cinco categorías: a) atípicos (amisulprida, clozapina, quetiapina, ziprasidona); b) olanzapina; c) risperidona; d) típicos (clorpromazina, clotiapina, flufenazina, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, pipotiazina, tiaprida, tioproperazina, tioridazina, zuclopentixol); y e) haloperidol. Las diferentes comorbilidades, diagnósticos o motivos de consulta en población historizada fueron cuantificados a partir de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP: Lamberts y Wood), ver tabla 1. Los datos fueron validados, restándose la confidencialidad de los registros marcada por la ley. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, con valores de media, desviación típica (DE), intervalos de confianza del 95%

TABLA I  
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SERIE ESTUDIADA SEGÚN LA PRESENCIA DE OBESIDAD

Variabes estudiadas	Ausencia de obesidad (n = 30.843)	Presencia de obesidad (n = 11.594)	p
Sujetos en tratamiento con ATP (porcentaje)	n = 344 (1,1%)	n = 207 (1,8%)	< 0,001
Índice de masa corporal (DE), kg/m <sup>2</sup>	25,0 (3)	33,8 (3,6)	< 0,001
<b>Agrupación de ATP</b>			
Típicos*	36,6	38,2	NS
Haloperidol	11,3	12,1	NS
Atípicos**	6,7	8,7	NS
Olanzapina	23,3	18,8	NS
Risperidona	22,1	22,2	NS
<b>Generales</b>			
Edad media (DE), años	48,2 (18,8)	57,9 (15,5)	< 0,001
Sexo (mujeres)	52,4	59,9	< 0,001
<b>Antecedentes o comorbilidades</b>			
Hipertensión arterial	19,9	47	< 0,001
Dislipemia	22,6	35,9	< 0,001
Diabetes mellitus	9	19	< 0,001
Fumadores	29,2	18,5	< 0,001
Cardiopatía isquémica	3,5	6,2	< 0,001
Accidente cerebrovascular	2	2,3	0,042
Eventos cardiovasculares	6,3	9,2	< 0,001

Valores expresados en porcentaje o media (DE: desviación típica); p: significación estadística; NS: no significativo; ATP: antipsicóticos; cHDL: colesterol-lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol-lipoproteínas de baja densidad; \*Típicos (clorpromazina, clotiapina, flufenazina, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, pipotiazina, tiaprida, tioproperazina, tioridazina, zuclopentixol); \*\*Atípicos (amisulprida, clozapina, quetiapina, ziprasidona).

(IC), pruebas paramétricas de la ji al cuadrado y de comparación de medias (*t* de Student) y multivariante de regresión logística para la corrección del modelo (estadístico de Wald). Se utilizó el programa SPSSWIN versión 12, estableciendo una significación estadística para valores de  $p < 0,05$ .

Se obtuvo información de 42.437 pacientes (Tabla I), con promedio de edad de 50,9 (17,8) años; mujeres el 59,9%. La prevalencia de obesidad en población atendida fue del 27,3% (IC: 26,9-27,7%). El 1,3% de los pacientes ( $n = 551$ ) recibían tratamiento ATP (IC95%: 0,4-2,2%). No hubo diferencias significativas entre ATP típicos (48,8%) y atípicos (51,2%) o por principios activos ( $p = NS$ ). En presencia de obesidad, presentaron dislipemia el 35,9% y diabetes mellitus el 19,0% de los pacientes. En el modelo logístico final, corregido por edad y sexo, la obesidad se asoció una relación independiente con el uso de ATP (odds ratio OR = 1,5; IC: 1,3-1,8), hipertensión (OR = 2,4; IC: 2,2-2,6), diabetes (OR = 1,4; IC: 1,3-1,5) y dislipemia (OR = 1,3; IC: 1,2-1,4),  $p < 0,001$ .

En general, los resultados observados pueden favorecer la idea de que las estrategias de prevención y tratamiento de la obesidad en nuestro medio son poco efectivas. Es posible que se genere una cierta actitud de relajamiento o de resistencia a dedicar demasiados esfuerzos a este problema de salud pública, cuando otros factores de riesgo cardiovascular son más eficaces a las intervenciones de los profesionales sanitarios. Estos resultados son similares a los descritos en la literatura consultada (2,5-7), no obstante, el impacto que ejerce la obesidad sobre la salud, obliga a un abordaje preventivo y éste sólo se puede llevar a cabo a través de la generalización de las actividades educativas (6). Nuestros resultados invitan a la reflexión, dada la elevada asociación entre las alteraciones metabólicas y el uso de ATP. En especial, a la prevención del aumento del peso, la adecuada indicación del tratamiento y la posterior supervisión de los pacientes que reciben tratamiento ATP, en especial en los

pacientes con un elevado riesgo cardiovascular (6-7). No se han encontrado diferencias entre el uso de ATP típicos o atípicos con la obesidad, posiblemente a un sesgo de selección de los pacientes o a una baja potencia estadística, debido al escaso número de pacientes en cada grupo (9). Otras limitaciones obligan a ser cautelosos en la generalización de los resultados. Entre ellas destaca el propio diseño observacional del estudio (carencia de validez externa, infravaloración de datos), la posible variabilidad de los profesionales de los centros, la coordinación de niveles (continuum asistencial) y la falta de ajuste de las dosis prescritas (5). En el futuro, serán necesarias nuevas investigaciones que confirmen la consistencia de los resultados, además de evaluar las estrategias orientadas a reducir los factores de riesgo cardiovascular, para conseguir actuaciones más coste-efectivas (5,10). En conclusión, el uso de ATP se asocia a la obesidad, importante factor de riesgo cardiovascular, en presencia de diabetes y dislipemia. En nuestra muestra no se observaron diferencias entre el uso de ATP típicos o atípicos. Serán necesarios nuevos estudios en situación de práctica clínica habitual que refuercen la consistencia de los resultados.

**A. Sicras Mainar, J. Rejas Gutiérrez<sup>1</sup>, R. Navarro Artieda, M. Blanca Tamayo<sup>2</sup>**

Dirección de Planificación. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. <sup>1</sup>Health Outcomes Research. Unidad Médica. Pfizer, SA. Madrid. <sup>2</sup>Psiquiatría. Serveis Assistencials. Badalona

1. Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, García-Yébenes MJ. Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 616-8.

2. Mackin P, Watkinson HM, Young AH. Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *Diabetologia* 2005; 48: 215-21.
3. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem LI, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 460-6.
4. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 196-7.
5. Tandon R, Nasrallah HA. Subjecting meta-analyses to closer scrutiny: little support for differential efficacy among second-generation antipsychotics at equivalent doses. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 935-7.
6. Haupt DW. Differential metabolic effects of antipsychotic treatments. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006; 16 (Supl. 3): S149-55.
7. Wu RR, Zhao JP, Liu ZN, Zhai JG, Guo XF, Guo WB, Tang JS. Effects of typical and atypical antipsychotics on glucose-insulin homeostasis and lipid metabolism in first-episode schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 2006; 186: 572-8.
8. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Adult Treatment Panel III final report. *Circulation* 2002; 106: 3143-421.
9. Sackett DI, Haynes RB, Gibson EC, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet* 1975; 1: 1205-07.
10. Goudie AJ, Cooper GD, Halford JC. Antipsychotic-induced weight gain. *Diabetes Obes Metab* 2005; 7: 478-87.

hallazgos que se confirmaron en la tomografía axial computerizada abdominal. Tras realizarse estudios serológicos se demuestra una IgM positiva a *Leptospira*, y una IgA e IgG positiva a *Yersinia enterocolitica*, confirmadas posteriormente a las 2 semanas con seroconversión. El resto de serologías resultaron negativas (VHA, VHB, VHC, CMV, VEB, VIH, Salmonella, Herpes, Brucella). El diagnóstico final fue una leptospirosis anictérica y una ileitis por *Yersinia*, con adenitis mesentérica. La paciente presentó una buena evolución clínica tras tratamiento con doxiciclina 1 semana.

La Leptospirosis es una zoonosis producida por una espiroqueta cuyo reservorio son animales salvajes y domésticos, sobre todo roedores, eliminándose por la orina. El contagio se produce a través del contacto directo con estos animales, o con agua o terrenos contaminados (1). Se caracteriza por afectar a grupos de riesgo con exposición ocupacional o recreativa, como agricultores, pescadores, cazadores, mineros o veterinarios. La mayoría de las ocasiones (90%) produce una forma anictérica, como el caso descrito. Asimismo puede producir una forma grave de afectación sistémica (fiebre icterohemorrágica o síndrome de Weil) (2-4). En nuestro medio es una enfermedad poco frecuente, y en las series publicadas la mayoría de los enfermos presentaban un antecedente epidemiológico característico de esta infección (5).

La *Yersinia* es otra bacteria zoonótica, cuyo reservorio también son animales como perros, gatos y animales de granja (6). La *Yersinia enterocolitica* es el tercer patógeno entérico más frecuente tras la *Salmonella* y el *Campylobacter jejuni*, siendo una causa emergente de diarrea en el adulto, pudiendo ocasionar una síndrome apendicular (7).

Nuestro caso es el primero descrito en la literatura médica (MEDLINE) de coinfección aguda de estas dos zoonosis, junto a la ausencia de antecedentes epidemiológicos característicos. El hecho de compartir la vía de adquisición, a partir de comida o agua contaminada, obliga a plantearse el papel de la salud pública en las zoonosis emergentes (8-10).

## Zoonosis emergentes

Sr. Director:

En los últimos años se ha observado un aumento de enfermedades bacterianas zoonóticas. Presentamos un caso en el que destaca la coinfección aguda y la ausencia de factores epidemiológicos para este tipo de infecciones.

Mujer de 31 años, médico internista, sin hábitos tóxicos, ni antecedentes de interés. Reside en ámbito urbano, sin contacto con animales. No toma leche sin pasteurizar y niega haber realizado viajes recientes o actividades recreativas tipo caza o pesca. Estando previamente bien refiere comenzar hace 15 días con dolor abdominal, fiebre de 39 °C y diarrea leve, seguido posteriormente de síndrome general con adelgazamiento de 4 kg, y febrícula. La exploración era normal. En la analítica destacaba Hb 12 gr/dl, plaquetas 575.000/mm<sup>3</sup>, leucocitosis 14.840/mm<sup>3</sup>, con 11.520 neutrófilos/ul, con linfocitos estimulados, VSG: 55 mm/1<sup>o</sup>hora, Tasa de Protrombina: 69%, PCR: 11,2 mg/l, y alteración de pruebas de función hepática (GPT 89 U/L, GOT 57 U/L, GGT 33 U/L, FA 169U/l) con lipasa de 291 U/l. Resto de parámetros generales y estudio de inmunidad resultaron normales. El sedimento de orina presentaba leucocituria (10-12 leucos/campo) y hematuria (7-8 hematias/campo), con cilindros granulosos. En la ecografía abdominal se objetivó engrosamiento y edema del íleon terminal y colon ascendente, con adenopatías adyacentes, líquido en el fondo de saco de Douglas y fosa iliaca derecha,

**I. M. Arias Miranda, E. M. Fonseca Aizpuru, M. E. González García, A. G. Barrero López**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias*

1. Levett PN. Leptospirosis. *Clin Microbiol Rev* 2001; 14 (2): 296-326
2. Pumarola Suárez T, Jiménez de Anta Losada MT. Leptospirosis. *Medicine* 2002; 8 (69): 3688-92.
3. Carrasco I, Arguis P, Miquel R, González-Martín J. Varón de 73 años con fiebre prolongada y alteración de las pruebas hepáticas. *Med Clin (Barc)* 2007; 128: 111-7.
4. Palaniappan RU, Ramanujam S, Chang YF. Leptospirosis: pathogenesis, immunity, and diagnosis. *Curr Opin Infect Dis* 2007; 20 (3): 284-92.
5. Menéndez Calderón M.J, Nuño Mateo FJ, Fonseca Aizpuru EM, Otero L. Leptospirosis en Asturias. *An Med Interna* 2005; 22: 548-9.
6. Marcos Sánchez F, Albo Castaño MI, del Valle Loarte P, Joya Seijo D. Infecciones por *Yersinia*. *Medicine* 2006; 09: 3449-55.
7. Feeney GF, Kerlin P, Sampson JA. Clinical aspects of infection with *Yersinia enterocolitica* in adults. *Aust N Z J Med* 1987; 17 (2): 216-9.
8. Rodríguez-Vidigal FF, Vera-Tomé A, Muñoz-Sanz A. Leptospirosis. *Medicine* 2006; 09: 3571-6.
9. Meslin FX, Stöhr K, Heymann D. Public health implications of emerging zoonoses. *Rev Sci Tech* 2000; 19 (1): 310-7.
10. Higgins R. Emerging or re-emerging bacterial zoonotic diseases: Bartonellosis, leptospirosis, Lyme borreliosis, plague. *Rev Sci Tech* 2004; 23 (2): 569-81.