

"Malformación en miembro superior"

Elena Blanco Rodríguez¹, Consuelo Naya Cendon², Pablo Rodríguez Blanco³

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. S.A.P. Culleredo. La Coruña

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. S.A.P. Culleredo. La Coruña

Médico Interno Residente (2º año). Medicina Familiar y Comunitaria. C.A.P. Lluís Sayé. Raval Nord. Barcelona

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 134-134

PALABRAS CLAVE

Talidomida. Focomelia. Embarazo. Teratógeno.

INTRODUCCIÓN

Mujer de 53 años, sin hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes: HTA, asma leve moderada e hipercolesterolemia. Tratamiento: enalapril 20 mg/ 24 h, simvastatina 20 mg/ 24 h y budesonida 200 mcg/ 12 h. Acude por primera vez a la consulta por cambio de domicilio y para realizar un control analítico.

Exploración física: constantes normales, buena hidratación de piel y mucosas. AC: rítmica, no se auscultan soplos. AP: normal. Abdomen: no visceromegalias, peristaltismo conservado. Extremidades: malformación en miembro superior derecho (fig. 1), por lo que se le solicita estudio radiográfico (fig. 2).



FIGURA 1

Ausencia de huesos de región hipotenar, fusión de falanges proximales 3ª y 4ª y distales 2ª y 3ª.

PREGUNTA

¿Cuál puede ser la causa de su malformación?

Correspondencia

Dra. Elena Blanco Rodríguez
C/ Posse nº 55-4º dcha. 15006. A Coruña
Correo electrónico: elenablarod@hotmail.com

de los casos de varicela ocurre en adultos aunque con mayor índice de complicaciones y mayor mortalidad que en la infancia. La neumonía es la complicación más frecuente y grave de la varicela del adulto.

Las complicaciones cardíacas de la varicela en adultos sanos son raras, siendo la pericarditis aguda aislada, con o sin derrame pericárdico la forma más habitual de presentación.

El dolor torácico es el síntoma principal de las pericarditis.

El E.C.G. muestra una elevación difusa del ST sin cambios en la morfología del QRS. Al cabo de varios días el segmento ST retorna a la normalidad y existe aplanamiento de la onda T que puede llegar a invertirse.

La pericarditis como complicación de la varicela, aunque poco frecuente, requiere ingreso hospitalario. El tratamiento se basa en aliviar el dolor y el reposo de cara a garantizar la estabilidad del paciente y, por otra parte el empleo de fármacos antivíricos específicos, aciclovir como primera opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Fernández R et al. Miocarditis por virus varicela zoster en el adulto. *An Med In*; 2007; 24(6): 307-308.
2. Myridakis D et al. Varicella myopericarditis mimicking myocardial infarction in a 17 year old boy. *Tex Heart Inst J*.2011; 38(3): 288-290.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO ¿ESCOMBROIDOSIS?

Se aconseja la administración de antihistamínicos H1 en casos leves y broncodilatadores y/o adrenalina en casos de inestabilidad hemodinámica. El uso de corticoides es controvertido.

En la mayoría de los casos la clínica remite en las 24 horas siguientes al consumo. La cefalea persistente del envenenamiento mejora con cimetidina o algún otro antihistamínico similar si los analgésicos habituales no son eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adriá Micó JM, Ibor Alós P. Eritema y palpitations en varón de 21 años. *Práctica clínica. Revista valenciana de Medicina de Familia*. 2005; 24-25.

2. Field-Cortazares J, Calderón Campos R: Escorboidosis, intoxicación por histamina. *Bol Clin Infant Edo. Son*. 2008; 25(2): 91-94.
3. Guíu Solano MA, RocandioCilvetti B, Jiménez Villareal D, Iturralde Orive I, Canduela Fernández C, Sala Ayma J, OtxoaOna A. Escorboidosis: una forma de reacción tóxica por alimentos. Póster presentado al 58º Congreso de la Asociación Española de Pediatría 2009.
4. Auerbach PS, Norris RL. Trastornos producidos por mordeduras de serpiente y por venenos de animales marinos. *Harrison. Medicina Interna*. 17ed. 2008; 2741-2754.
5. Hijano Baola A, Carreño Freire P, Estévez Muñoz JC et al. Sospecha de escombroidosis. *SEMERGEN*. 2005; 31(7):329-30.
6. Morrow JD, Margoles GR, Rowland J. Evidence that histamine is the causative toxin of scombroid-fish poisoning. *N Engl J Med*. 1991; 716-720.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO MALFORMACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR

COMENTARIO

La madre sufrió durante el embarazo náuseas y vómitos importantes, por lo que se le indicó un tratamiento con un medicamento que contenía Talidomida, que fue la causa de su malformación.

La Talidomida fue sintetizada en el año 1954 en Alemania y se introdujo en el mercado europeo en el año 1957 para el tratamiento de la

ansiedad, insomnio, náuseas y vómitos en las mujeres embarazadas, porque no provocaba adicción ni tenía los efectos adversos de los barbitúricos¹.

Sin embargo, tuvo que ser retirada a los pocos años, cuando Lenz publicó un trabajo en 1962 donde relacionaba la ingesta de Talidomida, en los primeros meses del embarazo, con la aparición de malformaciones y/o ausencia de diferentes partes de las extremidades (fig. 1): ausencia de huesos de región hipotenar, fusión de falanges proximales 3ª y 4ª y distales 2ª y 3ª. La presencia de diferentes partes de la

mano unidas al hombro o brazo daba un aspecto parecido a las aletas de una foca, de ahí la denominación de "focomelia" ^{1,2} (figura 2).

Unos días después de su retirada y por un hallazgo casual, cuando un médico le administró talidomida a un paciente con lepra para tratar de sedarlo, se observó que provocaba una regresión de dicha enfermedad¹. Esta observación dio lugar al inicio de estudios sobre los efectos de este fármaco en otras patologías, y se constató que la talidomida tiene un efecto sedante (por activación del centro del sueño), antiinflamatorio (por inhibición de la quimiotaxis y de la fagocitosis), inmunomodulador (por inhibición de TNF-alfa, IFN-gamma e IL-12 e inhibición de la síntesis de Ig M) y un efecto antiangiogénico², por lo que se está usando en el tratamiento de diferentes enfermedades dermatológicas, como psoriasis, eritema nudoso leproso, aftosis recidivante y asociada a VIH-3, enfermedades neoplásicas, como el mieloma múltiple, en el tratamiento de enfermedades reumatológicas, como la artritis reumatoide, lupus eritematoso, enfermedad de Behcet y espondilitis anquilosante.

Los efectos adversos más importantes son la teratogenia, la neuropatía periférica y la sedación, por lo que su uso precisa un programa específico de control. Sólo debe usarse en enfermedades graves o

cuando no respondan a otros tratamientos. En mujeres en edad fértil se debe de realizar test de embarazo antes, durante y después del tratamiento y usar métodos anticonceptivos eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Frías ML. Talidomida: 50 años después. Med. Clin (Barc) 2011. Doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.011
2. Casanova Seuma JM, et al. Talidomida, redescubrir un viejo fármaco. Piel 2003; 18(8):446-58.
3. KhosrariShahi P et al. Efectividad de la talidomida y la dexametasona en el tratamiento del mieloma múltiple resistente al tratamiento: estudio retrospectivo de 36 casos consecutivos. Med. Clin (Barc). 2007; 128(4): 121-4.
4. González González BJ et al. Tratamiento del mieloma múltiple con talidomida y dexametasona: avanzando lentamente. Med. Clin (Barc). 2007; 128 (4): 133-4.
5. Singhal S, Mehta J, Desikan R. Antitumor activity of thalidomide in refractory multiple myeloma. N. Engl J Med. 1999; 341: 1565-71.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN UN BREVE ESPACIO DE TIEMPO

DIAGNÓSTICO

Entre el ECG número uno y el ECG número dos, existen una serie de variaciones de la repolarización a frecuencias cardíacas diferentes evidentes. Estas variaciones vienen determinadas por el retardo de la conducción y bloqueos subsiguientes. Así, cuando el paciente se encuentra a una frecuencia de 68 latidos por minuto, el ECG es rigurosamente normal, segundos después, y con una frecuencia cardíaca de 78 lpm, aparecen en el ECG trastornos de la conducción tales como un bloqueo bifascicular con punto de Wenckebach (Mobitz1) por encima de 78 lpm. Por lo tanto, nos encontramos ante un bloqueo bifascicular frecuencia cardíaca dependiente.

La hipopotasemia podría producir alteraciones en el ECG en función de su severidad, desde aplanamiento e inversiones en la onda T, prolongación del intervalo QT, depresión del segmento ST, aparición de ondas U prominentes, en la hipopotasemia leve. La hipopotasemia severa puede producir prolongación del intervalo PR, disminución del voltaje, ensanchamiento del QRS y en consecuencia, un incremento

de arritmias ventriculares. Determinante de estas alteraciones electrocardiográficas son las cifras de potasio sérico y no la frecuencia cardíaca.

El patrón electrocardiográfico en un Síndrome coronario agudo, sí podría corresponderse con las alteraciones electrocardiográficas presentadas de forma excepcional, pero la instauración en este caso depende de la frecuencia cardíaca, no de una clínica que lo justifique.

El patrón de nuestro paciente en el segundo ECG hubiese sido compatible con una miocardiopatía chagásica. La aparición concomitante de la imagen de hemibloqueo anterior izquierdo y de bloqueo de rama derecha del Haz de His, implican un pronóstico desfavorable en la reversibilidad de la afectación cardíaca en la infección del Trypanosoma cruzi.

Ante los datos sugestivos de Hipertrofia ventricular izquierda y las anteriormente descritas alteraciones de la conducción, se completaría el estudio con un Ecocardiograma para valorar tanto la posible cardiopatía estructural como la fracción de eyección. Hemos de tener en cuenta que nuestro paciente se encuentra asintomático desde el