INTERNAL MEDICINE 2018, NEW ORLEANS RESUMEN DE LAS PRINCIPALES NOVEDADES

Dr. Marcelo Zylberman

Jefe de la Unidad Clínica Médica, Hospital Argerich. GCBA
Jefe del Departamento de Medicina del Instituto Alexander Fleming
marcelozylberman@hotmail.com

Del 19 al 21 de abril de 2018 se desarrolló la Sesión Anual del American College of Physicians (ACP), donde se revisaron y discutieron más de cien temas vinculados a la práctica de la medicina interna. Se resumen aquí los aspectos más destacados de esta reunión.

Gastroenterología, hepatología

En casos de diverticulitis, la videocolonoscopía (VCC) se debe realizar a las ocho semanas del primer episodio. Se espera una recurrencia del 20% a los cinco años y nueva recurrencia del 44% cinco años después. La recurrencia y nueva recurrencia no se asocian a más complicaciones. Para prevenir la recurrencia, no son beneficiosos los probióticos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los corticoides, los antibióticos (ATB) ni la mesalazina. Sólo la dieta y el ejercicio. El mito de las semillas prohibidas es parte del pasado. Ante casos con *Clostridium difficile*, IDSA considera insuficiente evidencia para el uso de probióticos en la prevención primaria y, si se usa, debe hacerse en simultáneo o antes de la administración de ATB.

La Asociación Estadounidense para el estudio de Enfermedades del Hígado (AASLD, su sigla en inglés) no recomienda la detección sistemática para el hígado graso no alcohólico (HGNA) de rutina, salvo en casos de diabetes tipo 2. El *FIB 4* y el *NAFLD score* parecen herramientas más avanzadas que *APRI* para predecir fibrosis avanzada. Se acepta realizar biopsia si hay persistencia de transaminasas elevadas, diabetes u $HOMA > 32$, un índice de $FIB-4 > 2,67$ y un resultado de *fibroscan* > 7 . El tratamiento más prometedor es el que ofrece el receptor farnesoide X (obeticólico), si bien hay varios protocolos en curso.

Para tratar el colon irritable, se recomendó no administrar lactulosa para la constipación y usar polietilenglicol; para el dolor y la distensión, se prefiere la rifaximina.

El control del tratamiento de *H. pylori* no es con serología.

Se debe realizar cuatro semanas después del tratamiento y con 14 días de suspensión de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), bismuto y ATB.

Con el uso crónico de IBP, se demostró un aumento del riesgo de adenocarcinoma de esófago en un estudio realizado en Suecia y de enfermedad por células cromafines gástricas como consecuencia de la hipergastrinemia. En la dispepsia, se aconseja erradicar *H. pylori*. Si el paciente no mejora, administrar IBP durante cuatro semanas y si no mejoró, suspenderlos. En casos de gastroparesia, prescribir metoclopramida y no domperidona, que bajo el alerta de la Administración de Drogas y Alimentos estadounidense (FDA, su sigla en inglés), sólo se usa con consentimiento.

Hepatotoxicidad por drogas (DILI): hoy la causa más frecuente es amoxi/clavulánico, luego isoniazida, trimetoprima/sulfa, nitrofurantoína. Pueden verse hasta en la tercera semana de tratamiento e incluso ya suspendidos. Sólo el 30% de los casos presentan *rash*. La evolución habitualmente es benigna.

En la hemorragia digestiva alta (HDA), los IBP brindan beneficio marginal en úlcera y no deben demorar la realización de endoscopia (VEDA). No hay diferencias en la evolución de VEDA realizada entre las dos y las 12 h del ingreso. Si se observa coágulo adherido, puede usarse IBP en bomba durante 72 h sin intervención endoscópica. El bolo de IBP endovenoso es aceptado, pero no hay diferencias significativas entre las dosis de IBP altas y bajas. Las dosis altas tienen lugar en la esofagitis sangrante. En la recurrencia, no olvidar tratar el *H. pylori*.

Farmacología

El informe de NASEM 2017 encuentra evidencia sólida para cannabis en el dolor crónico y antiemesis por QT. Moderada para trastornos del sueño, apneas, fibromialgia y esclerosis múltiple. Limitada evidencia a favor para *Tourette*, aumento

del apetito en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome postraumático, y escasa evidencia para refutar o recomendar en casos de glioma, epilepsia, anorexia por cáncer, colon irritable, espasticidad por injuria medular, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson y esclerosis lateral amiotrófica. Los aceites y la vaporización no tienen el efecto de los tóxicos cancerígenos del inhalado. *Sativex* es un cannabinoide nasal que se halla en fase 3 de investigación para el dolor por cáncer. Los terpenoides y falvonoides de la planta de cannabis pueden tener efecto antiinflamatorio y aumentar el flujo sanguíneo cerebral.

Los pacientes que reciben taladafil pueden usar tamsulosina si los separan por lo menos 4 h entre sí. El topiramato es un inhibidor de la anhidrasa carbónica y puede causar acidosis hiperclorémica (más severa en el postoperatorio). El aripiprazol puede ocasionar fenómenos de impulsos no controlados con conductas inesperadas. Los IBP aumentan el riesgo de neumonía similar a los anti-H2. Asimismo, aumentan las probabilidades de fracturas y de infección por *C. difficile*, si bien la evidencia no es de buena calidad. No se observa asociación con el déficit de B12, hierro, diabetes ni insuficiencia renal crónica (IRC).

Neurología

En el accidente cerebrovascular, la búsqueda de fibrilación auricular (FA) con Holter prolongado a 10 días, uno, tres y seis meses mostró hasta el 14% de FA cortas o autolimitadas. ¿Merecen anticoagularse? Es una pregunta sin respuesta. En *delirium*, no hay prevención farmacológica. En cirugía cardiovascular se sigue postulando melatonina o su agonista ramelteon para prevenirlo, pero una búsqueda en Cochrane no arrojó beneficios en el conjunto total de postoperatorios. Se recomienda suspender los anticolinérgicos, los opiáceos, los corticoides, anti-H2 y las benzodiacepinas, salvo que las hubiera recibido previamente.

Reumatología

La reposición de vitamina D con dosis bajas y llegar hasta 20 ng/ml sólo es recomendable en pacientes frágiles para evitar caídas o fracturas. Las megadosis con dosajes altos son riesgosas. En 2018 se demostró que ninguna dosis previene ni ocasiona mejoría en pacientes con cáncer. El FAN 1/80 no tiene correlato reumático. El 90% de los pacientes derivados a reumatología por FAN (+) no presentan colagenopatías. El VPP de FAN es del 10% para enfermedad reumática y del 3% para lupus eritematoso sistémico (LES); se trata de un estudio que claramente depende del pretest. El patrón moteado fino es el más frecuente entre los sanos. Para tratar la fibromialgia, hay tres drogas aprobadas: duloxetina (mejor si hay depresión asociada), pregabalina (si existe trastorno del sueño asociado) o milnacipram. Estas

reducen hasta el 30% del dolor; se aconseja no prescribir opiáceos, AINE ni benzodiazepinas. El tofacitinib es útil en el tratamiento de la artritis psoriásica resistente a anti-TNF; el tocilizumab ocasiona el 56% de remisión sostenida libre de esteroides en la arteritis de células gigantes. Las fracturas vertebrales por corticoides son tempranas y hay que tratar cuando empieza el corticoide si los pacientes reciben >2,5 mg de meprednisona durante tres meses o más. El romosuzumab para osteoporosis como bloqueante de escleratina puede causar calcificaciones vasculares y eventos cardiovasculares (CV). Las infecciones en embarazadas con biológicos son menores a las tratadas con corticoterapia. La cohorte sueca no demostró mayor riesgo relativo de cáncer en artritis reumatoides tratadas con biológicos.

Medicina perioperatoria

En los pacientes anticoagulados, se debe medir el riesgo de la cirugía y de la suspensión de la anticoagulación. En endoscopias de bajo riesgo, que no son polipeptomías ni mucosotomías (sólo biopsia) no se debe suspender la anticoagulación. La terapia puente debe emplearse sólo en pacientes con alto riesgo y en procedimientos de alto riesgo. Respecto de los antiagregantes, si el paciente presenta bajo riesgo, suspender, y si el riesgo es alto, interrumpir la tienopiridina durante cinco días y continuar con ácido acetilsalicílico.

Neumonología

Una revisión de Cochrane respalda los corticoides para prevenir la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) severa y reducir la falla a los cinco días en la NAC no severa, con NNT de 18 para evitar una muerte. En un estudio publicado en enero de 2018 en *Clinical Infectious Diseases* no se encontraron diferencias en puntos duros. La utilidad de la procalcitonina parece residir en su LR negativo para neumonía bacteriana si es <0,5 y para reducir los días de ATB. La ecografía aumenta la sensibilidad y se recomienda como complemento de la semiología en NAC. En el derrame pleural, ante la duda de exudado/trasudado, mejor el gradiente proteínas sérica/pleural >3,1: trasudado.

Infectología

En sepsis, el qSOFA (hipotensión, alteración del sensorio y taquipnea de 22), es muy útil al ingreso. Cuando se cumplen dos criterios, es de mal pronóstico. Se aprobó angiotensina II (estudio Athos 3) para refractarios a noradrenalina por aumentar la tensión arterial media, aunque no reduce la mortalidad y puede tener efectos trombóticos. La asociación de fludrocortisona con hidrocortisona (*adrenal trial*)

demonstró utilidad para pacientes libres de vasopresores a 28 días, pero se discute cuánto es biodisponible una droga oral en pacientes mal perfundidos y que la vida media de fludrocortisona es muy errática. Se postula que en pacientes con *hyperclearance* de creatinina por trauma, NPT o jóvenes muy robustos, deberían usarse ATB en dosis mayores que las convencionales.

Cardiología

El TMAO (trimetilamina N-óxido) es un producto derivado de la microbiota intestinal que predice eventos cardiovasculares por su ascenso sérico; se demostró que la dieta permite modificar las concentraciones de TMAO y agregar plaquetas en exceso. El factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF 23) es un marcador de remodelado ventricular. Conocido en la IRC por inhibir el pasaje de 25-OH a 1-25 OH Vit. D y en la reabsorción de fósforo en tubo contorneado proximal, es marcador pronóstico de eventos coronarios. El 3% de las detecciones sistemáticas realizadas en atletas ofrece hallazgos, pero sólo el 0,4% son serios. El TEP como causa de síncope es discutido, pero para el estudio PESIT, el 17% de internados por síncope tienen TEP. En la revisión *JAMA* 2017 se admite dosar dímero D (DD) en internados, pero sólo el 2,5% de los internados presenta TEP y el 0,5% de los síncope. Se debe sospe-

char la presencia de TEP en síncope con taquipnea. El punto de corte del dímero D es más alto en pacientes >50 años (10 x edad: DD esperado). Para NICE, el síncope por 3 P (postural, provocado y con pródromo) es de bajo riesgo y no se requiere internación. La mordedura de lengua y el estado postictal tienen el 96% de sensibilidad para convulsión y no es síncope. El EEG no sirve salvo para pacientes neurológicos. El ecocardiograma rinde en el 5% si el ECG es normal y los estudios de estrés, menos del 1%. El masaje del seno carotídeo rinde pero debe realizarse en un lugar seguro (sin ACV ni soplo). Es positivo si hay caída de la tensión arterial sistólica 30 mm/Hg o pausa en el ECG >3 seg. La prueba de la mesa inclinada (*tilt test*) debe ser sólo en pacientes ambulatorios (rinde en bajo riesgo); el estudio electrofisiológico descarta el alto riesgo si tiene resultado normal. No se debe utilizar la TAC del SNC ni Doppler de cuello. El Holter ambulatorio rinde el 19%. En TEP, el tratamiento ambulatorio mostró iguales resultados en pacientes de bajo riesgo de trombosis y sangrado.

Nefrología

En la insuficiencia renal aguda, se buscan marcadores tempranos; se perfilan KIM 1 y NGAL plasmáticos, los cuales demostraron ascenso en pacientes con platino con creatininas normales. [RAM](#)