

de eventos adversos en la utilización de estos fármacos en dicha indicación<sup>1,5</sup>.

El hecho de que el tratamiento con silodosina sea eficaz no significa que deba usarse de manera indiscriminada, sino que está indicado en una serie de casos y circunstancias, como son la presencia de una litiasis en el uréter distal menor a 10 mm, en pacientes sin sepsis y sin insuficiencia renal, y con dolor controlado con analgesia habitual, que nos permita adoptar una actitud conservadora frente al tratamiento activo con litotricia extracorpórea con ondas de choque o cirugía endoscópica. El periodo de duración aproximado del tratamiento es de 4 semanas. A partir de las 4 semanas de tratamiento, si persiste la litiasis, se debe optar por procedimiento instrumental, que dependerá del tamaño de la misma. Generalmente, cuando la litiasis es menor de 10 mm, se aloja en el segmento distal del uréter y no se ha producido la expulsión con alfa-bloqueantes, debemos optar por la realización de una ureteroscopia, que ha demostrado ser el tratamiento instrumental más eficaz<sup>1,2</sup>.

No se ha demostrado una eficacia real de silodosina (ni otros alfa-bloqueantes) en litiasis mayores a 10 mm, ni situadas en el uréter proximal, por lo que no debe usarse de forma sistemática en estas situaciones. Es evidente que el uso de este fármaco aumenta la tasa de expulsión de litiasis y disminuye la necesidad de procedimientos instrumentales. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) con o sin analgésicos opiáceos no impide el uso de alfa-bloqueantes como TME, advirtiendo previamente al paciente del tiempo de tratamiento y la aparición de posibles efectos adversos. La utilización de glucocorticoides como tratamiento coadyuvante con alfa-bloqueantes no está indicada de forma sistemática porque el beneficio que aportan es pequeño, y no aumentan de forma significativa la tasa de expulsión de litiasis, por lo que debe reservarse para casos en los que los AINE convencionales estén contraindicados o en circunstancias en las que exista una elevada sospecha de edema urotelial que provoque la impactación de la litiasis<sup>1,2,4</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores hemos tenido en cuenta las instrucciones y las responsabilidades éticas, y cumplimos los requisitos

de autoría y declaramos la no existencia de conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Arrabal-Martín M, del Cano-García MC. Tratamiento médico expulsivo de la litiasis ureteral con bloqueadores adrenérgicos alfa. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:251-2.
2. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, et al. Guidelines on Urolithiasis. European Association of Urology (EAU); 2015 [consultado 28 Ene 2016]. Disponible en: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urolithiasis-2015-v2.pdf>
3. Silodosina MedP EU-FT [Internet] [consultado 28 Ene 2016]. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/001092/WC500074180.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001092/WC500074180.pdf)
4. Huang W, Xue P, Zong H, Zhang Y. Efficacy and safety of silodosin in the medical expulsion therapy for distal ureteral calculi: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;81:13-22.
5. Benítez Camps M, Cerain Herrero MJ, de Miguel Llorente N, Martorell Sole E, Flores Mateo G, Pedro Pijoan AM, et al. Eficacia y seguridad de tamsulosina para el tratamiento conservador del cólico nefrítico: revisión sistemática con metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:239-47.

A. Alcántara Montero<sup>a,c,\*</sup> y C.I. Sánchez Carnerero<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito, Badajoz, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

<sup>c</sup> Miembro del Grupo de Trabajo de Nefrourología de SEMERGEN, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [a.alcantara.montero@hotmail.com](mailto:a.alcantara.montero@hotmail.com) (A. Alcántara Montero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.004>  
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Asociación de evento tromboembólico con síndrome de Bardet-Biedl



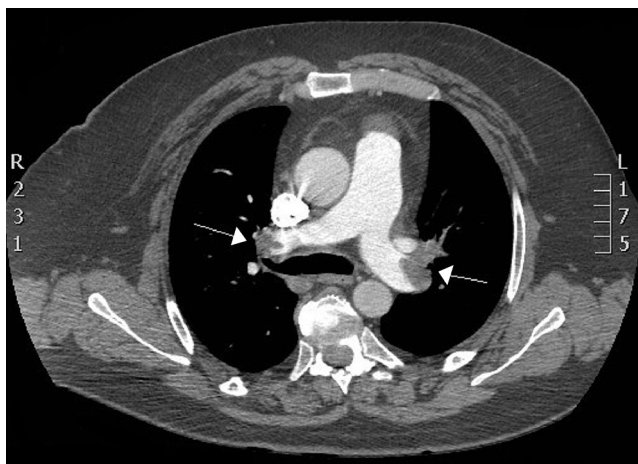
### Thromboembolic events and Bardet-Biedl syndrome

El síndrome de Bardet-Biedl (SBB) es una alteración genética poco frecuente, de tipo autosómica-recesiva. Fue descrita por primera vez en 1920, por George Bardet, con una tétrada de criterios diagnósticos: retinosis pigmentaria, polidactilia, obesidad e hipoplasia genital<sup>1</sup>. Años más tarde, se añadieron los criterios de retraso mental y enfermedad renal. La

heterogeneidad de síntomas hace que sigan aumentando los criterios diagnósticos como alteraciones dentales, malformaciones faciales, alteraciones en el habla y el lenguaje o en las relaciones<sup>2</sup>.

El diagnóstico se basa en los datos clínicos que son confirmados por secuenciación de genes causantes de enfermedad en el 80% de los pacientes<sup>3</sup>. Han sido descritas mutaciones en 15 genes causantes de SBB<sup>4</sup>. Hasta 1988 solo se habían diagnosticado alrededor de 500 casos en el mundo<sup>5</sup>.

Describimos, a continuación, el caso de un paciente de 52 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y SBB que cumplía los criterios de obesidad, retinosis pigmentaria con ceguera secundaria y polidactilia, que acude por disnea de reposo de 2 días de evolución, con dolor



**Figura 1** Defectos de repleción compatibles con tromboembolismo de arterias pulmonares (flechas).

de características pleuríticas y nicturia, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física fue anodina, con leves edemas en miembros inferiores y crepitanes bibasales a la auscultación. El paciente confesó ser activo, con paseos matutinos e independencia para las actividades de la vida diaria.

Ante los datos gasométricos (hipoxemia con hipocapnia) y la disnea de rápida instauración, se realizó una TAC de arterias pulmonares, por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) (fig. 1).

Se confirmó el diagnóstico de TEP con afectación de la práctica totalidad del árbol pulmonar, desde ramas segmentarias a principales, así como imágenes en relación con trombosis venosa profunda (TVP) en vena poplítea derecha.

Se comenzó tratamiento con reposo, heparina de bajo peso molecular y acenocumarol, y fue dado de alta varios días después tras estar asintomático.

El SBB está asociado a alteraciones renales, oculares, metabólicas, neurológicas y hormonales, principalmente. No está descrito en la literatura asociación a fenómenos trombóticos. En este caso describimos un paciente con SBB, que padece una TVP y TEP, sin que se halla constatado ningún factor predisponente asociado.

Es difícil evaluar la posible asociación entre ambos fenómenos, por ello, presentamos este caso donde, por primera

vez, se recoge la aparición de ambos procesos de forma simultánea. Se necesitan más trabajos para poder establecer si existe asociación posible entre ambos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

## Bibliografía

1. Martín CJ. Síndrome de Lawrence-Moon-Biedl. *Rev Clin Esp.* 1958;69:164-5.
2. Beales PL, Elcioglu N, Woolf AS, Parker D, Flinter FA. New criteria for improved diagnosis of Bardet-Biedl syndrome: results of a population survey. *J Med Genet.* 1999;36:437-46.
3. Forsythe E, Beales PL. Bardet-Biedl syndrome. *Eur J Hum Genet.* 2013;21:8-13.
4. Janssen S, Ramaswami G, Davis EE, Hurd T, Airik R, Kasanuki JM, et al. Mutation analysis in Bardet-Biedl syndrome by DNA pooling and massively parallel resequencing in 105 individuals. *Hum Genet.* 2011;129:79-90.
5. Sapp J, Nishimura D, Johnston J, Stone E, Heon E, Sheffield V, et al. Recurrence risk for Bardet-Biedl syndrome: Implications of locus heterogeneity. *Genet Med.* 2010;12:623-7.

J. Lecumberri Muñoz<sup>a,\*</sup>, J.F. López-Caleya<sup>b</sup>  
y P. Quintana Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Radiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javierlecumberri90@gmail.com](mailto:javierlecumberri90@gmail.com)  
(J. Lecumberri Muñoz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.003>  
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## ¿Tesis doctoral tradicional o por compendio de publicaciones?



### Traditional doctorate thesis or by a compendium of publications?

El aumento del número de estudios de investigación y tesis doctorales escritas, supervisadas o evaluadas por médicos de atención primaria es una de las consecuencias positivas de la creciente presencia de la medicina familiar en las universidades<sup>1</sup>. Las tesis doctorales se han considerado siempre como una modalidad de «literatura gris» y,

por ello, de difusión muy limitada a pesar de los hallazgos que contengan<sup>2</sup>. Por ello se han establecido normas en las diferentes facultades de medicina que contemplan la posibilidad u obligatoriedad de publicar el contenido de la tesis, en parte o en su totalidad, antes de su defensa, y en muchas universidades se acepta la presentación de tesis por compendio de publicaciones (TCP)<sup>3,4</sup>. En este artículo presentamos ventajas e inconvenientes de la tesis tradicional (TT), el texto que presenta los resultados de un trabajo de doctorado, y es redactado específicamente con ese propósito, frente a la TCP, para su consideración tanto al escribir una tesis como al evaluarla.