

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 18, número 1, suplemento 1, junio 2017

2ª AS JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFYC

GdT Ecografía
SAMFYC

9 y 10 de Junio

MÁLAGA 2017

acm

Comité Científico

Coordinador

D. Cristóbal Trillo Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina del Deporte. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de la SAMFyC.

Miembros

D. Mohamed Solimán Berchíd Débdi

Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. Mohamed Solimán Berchíd Débdi

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. Enrique Cruz Ramírez

Médico de Familia. FEA Urgencias Hospital Can Misses. Ibiza. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. Francisco José Guerrero García

Médico de Familia. Centro de salud Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. José Manuel Recio Ramírez

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

Comité Organizador

Coordinadora

D^a. Carmen Gómez Montes

Médico de Familia. CS de Estepona. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

Miembros

D. Antonio López Téllez

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

D. Héctor Leonardo Lugo Ramos

Médico de Urgencias. HLA Hospital Puerta del Sur Jerez. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Eloísa Fernández Santiago

Vicepresidente

Jesús Sepúlveda Muñoz

Vicepresidente

Alejandro Pérez Milena

Secretaria

Herminia M^a. Moreno Martos

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Alejandro Pérez Milena

Vocal provincial de Almería:	M ^a Pilar Delgado Pérez	<i>pdelgadomedico@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Cádiz:	Antonio Fernández Natera	<i>natera38@gmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Juan Manuel Parras Rejano	<i>juanprj@gmail.com</i>
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jpardo.sevilla@gmail.com</i>
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Málaga:	Rocío E. Moreno Moreno	<i>roemomo@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	<i>leonorjl04@yahoo.es</i>

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

Medicina de Familia Andalucía

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Ángeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
Beatriz Pascual de la Piza. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torío Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorencio. *Almería*

Representantes internacionales

Manuel Bobenrieth Astete. Chile
Cesar Brandt. Venezuela
Javier Domínguez del Olmo. México
Irma Guajardo Fernández. Chile
José Manuel Mendes Nunes. Portugal
Rubén Roa. Argentina
Víctor M. Sánchez Prado. México
Sergio Solmesky. Argentina
José de Ustarán. Argentina



Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia
Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponibile en formato electrónico en la web de SAMFyC
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría: Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. + 34 958 80 42 01 y fax + 34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:
Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC
C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún
medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias,
grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos
aparecidos en este número sin la autorización expresa por
escrito del titular del copyright.

Maqueta: EFS



Revista Med fam Andal
Volumen 18, número 1,
suplemento 1, junio de 2017

"La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración de las 2^{as} Jornadas Andaluzas de ecografía en Medicina de Familia, donde se incluyen resúmenes de las comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas. Gracias por vuestra colaboración".



Prólogo

[...]

Cuando acabé mi especialidad hace veinte años, no podía imaginar que una herramienta, por aquel entonces tan del ámbito de los hospitales como la ecografía, iba a ser, pasado el tiempo, utilizada en nuestras consultas. En estos años, la medicina de familia en Andalucía ha tenido un importante desarrollo, y es destacable el aumento de diferentes herramientas que han ido aumentando de manera notable nuestra capacidad resolutive, siendo la SAMFyC coparticipe de estos avances. La realización de ecografías es útil y eficiente como ayuda al diagnóstico cuando es utilizada por las manos expertas de un médico de familia en el contexto de la Atención Primaria.

[...]

Paloma Porrás Martín

Presidenta SAMFyC

[...Extracto del Prólogo de la guía de práctica clínica "Ecografía en Atención Primaria" de SAMFyC]

La ecografía como novedad en un centro de salud: análisis DAFO

García Sardón P¹, Pardo Álvarez J², Pedregal González M³

¹Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva

²Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

³Unidad Docente De Medicina Familiar Y Comunitaria De Huelva.

Ámbito del caso

Atención primaria.

Objetivos

Obtener información sobre la opinión de los profesionales de un centro de salud (CS) sobre la implantación y utilización de la Ecografía como herramienta de aproximación diagnóstica en Atención Primaria (AP) mediante un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades).

Diseño

Análisis DAFO.

Material y método

Profesionales del CS que acuden a la sesión de análisis DAFO: 6 Médicos de Familia (MF), 4 Residentes de Familia y 8 enfermeras.

Explicación del análisis DAFO y posterior coloquio dirigido sobre los cuatro puntos para la obtención de información y opiniones de los participantes.

Resultados

8 asistentes (45%) considera muy adecuada la utilización de la Ecografía en AP.

Debilidades: baja formación del MF en Ecografía; falta de habilidad por poca práctica; escasez de tiempo.

Amenazas: falta de equidad entre CS que no tienen Ecografía; papel del residente que inicia su formación y motiva al tutor, existiendo contacto directo con la Ecografía que puede peligrar cuando acaba el ciclo del residente ya que no se asegura que los siguientes se formen en Ecografía garantizando este feedback.

Fortalezas: herramienta de aproximación diagnóstica útil; ventaja de la Ecografía dirigida por el conocimiento previo del paciente por su MF; no invasivo y accesible.

Oportunidades: aumentar las herramientas y capacidades del MF; Mayor interés por formación.

Conclusiones

La Ecografía es una herramienta muy útil y de necesaria implantación en AP. Es importante incrementar la formación en los CS. El MF debe conocer la normalidad objetivable en las exploraciones con esta técnica, siempre acompañando las aproximaciones diagnósticas de nuestra mejor herramienta: el diagnóstico clínico.

Palabras clave: Ultrasonography, Primary Health Care, Analysis.

Tuberculosis extrapulmonar: presentación de un caso

Gómez Montes C

CS de Estepona (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Bulto en región inguinal izquierda, fiebre.

Historia clínica

Se trata de paciente femenina lactante de 21 años de edad, de origen marroquí, quien consulta el 26 de enero de 2017 por aumento de volumen de región inguinal de 10 días de evolución que ha empeorado en los últimos 3 días acompañados de fiebre y escalofríos.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Paciente lactante. Al examen físico observamos una paciente en buenas condiciones generales, febril (38°C). En región inguinal izquierda se palpa tumoración muy dolorosa a la palpación, no fluctuante, no calor y no permite explorar canal inguinal. Se deriva al hospital de referencia y se diagnostica como un absceso bacteriano, no logrando tener éxito el tratamiento con antibiótico indicado. Se realiza ecografía en AP; se observa imagen redondeada, heterogénea con características distintas a las vistas en los abscesos desde el punto de vista ecográfico. Analítica normal con marcadores para hepatitis B y C negativos y VIH negativo. El 09 de febrero, y al ser contacto de paciente con TBSP, se realizó Mantoux que fue positivo y radiografía de tórax donde no se observa signos de TBC. Se indica isoniazida. Se deriva de nuevo al hospital de referencia siguiendo la misma conducta. El 23 de febrero drena de forma espontánea consultando la paciente, tomando muestras para cultivo de bacterias y de *Mycobacterium tuberculosis*. El 24 de marzo se aísla *Mycobacterium tuberculosis* complex. Esto permitió el diagnóstico de escrófula.



Ecografía en AP: se observa imagen redondeada, heterogénea con características distintas a las vistas en los abscesos desde el punto de vista ecográfico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

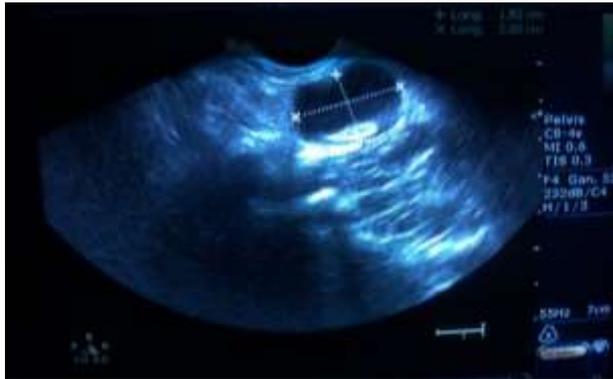
Bultoma inguinal, hernia inguinal, absceso, escrófula.

Tratamiento, planes de actuación

Se instaura tratamiento con RIMSTAR (Rifampicina, pirazinamida, etambutol e isoniazida). Además se cultiva pseudomona aeruginosa y Serratia marcescens que se tratan con ciprofloxacino por antibiograma.

Evolución

El 5 de mayo de 2017 aparece nueva lesión en región inguinal derecha (contralateral). Se realiza nueva ecografía reportando lesión de 2.85cm x 1.82 cm de bordes regulares, contenido anecogénico, con imagen lenticular en su base hiperecogénica de 1.31 cm que genera sombra posterior. Ecografía abdominal normal.



Nueva ecografía que reporta lesión de 2.85cm x 1.82 cm de bordes regulares, contenido anecogénico, con imagen lenticular en su base hiperecogénica de 1.31 cm que genera sombra posterior.



Ecografía normal.



Conclusiones

La TBC extrapulmonar puede tener presentación inguinal y la ecografía nos ayuda a aclarar la naturaleza del bultoma y su enfoque clínico.

Palabras clave: tuberculosis extrapulmonar, ecografía, absceso inguinal.

Adenopatía que oculta un linfoma no Hodgkin

Gómez Montes C

CS de Estepona (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

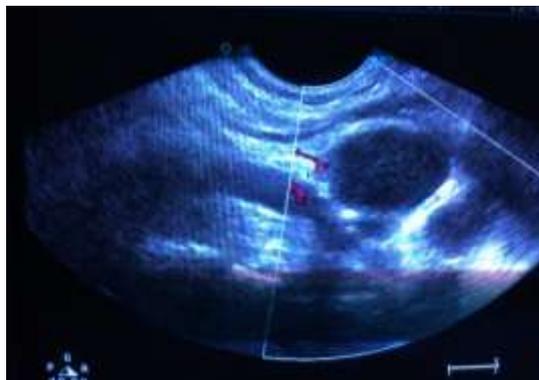
Bulto en región inguinal derecha.

Historia clínica

Paciente masculino de 29 años quien consulta el 21 de febrero de 2017 por presentar bulto en región inguinal derecha. Niega otros síntomas.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Fumador. Al examen físico se palpa adenopatía, dolorosa de 1 cm, móvil, dura, no adherida a planos superficiales ni profundos. Resto del examen físico normal. Se realiza ecografía observando imagen ovalada, de 1 cm x 1.58 cm con pérdida de la arquitectura ganglionar normal (bordes regulares, contenido hipoecogénico con pérdida del hilio ganglionar). Se deriva a Cirugía. Analítica normal.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adenopatía inguinal.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a Cirugía.

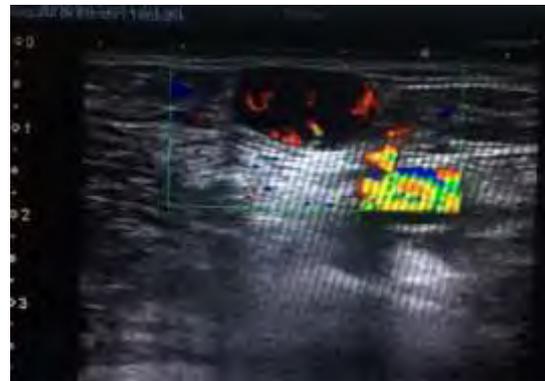
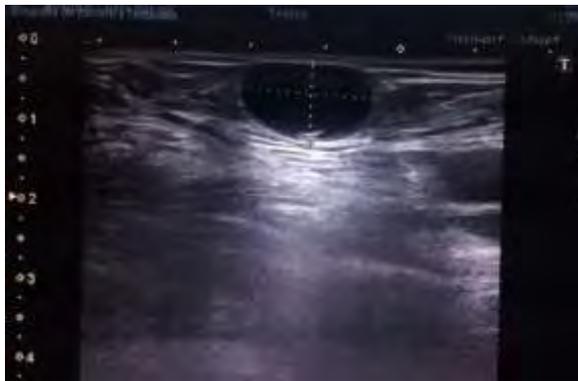
Evolución

Radiología repite ecografía confirmando los hallazgos sugiriendo PAAF. Cirugía decide exéresis de adenopatía inguinal derecha. Anatomía patológica (29 mayo 2017) reporta linfoma no Hodgkin de

inmunofenotipo B. Se realiza TAC cuello, tórax, abdominal y pélvico como estudio de extensión concluyendo normal.
Pendiente de realización de PET-TAC.



Ecografía en hospital



Conclusiones

La ecografía se puede realizar en atención primaria en adenopatías, permitiéndonos orientar las conductas diagnósticas y terapéuticas de forma precoz, Esto permite derivar al paciente, de forma dirigida, para su pronta atención en otros servicios especializados.

Palabras clave: ecografía, adenopatía Hodgkin.

Hallazgo poco habitual ante una epigastralgia

Caraballo Ramos I, Martínez Chaves V

CS de Villacarrillo (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Epigastralgia y vómitos.

Historia clínica

Paciente de 72 años que acude a consulta por presentar episodio de dolor epigástrico y vómitos alimenticios atribuidos a transgresión dietética. Era la segunda ocasión que los presentaba, con buen control de los síntomas en 48 horas.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes familiares: hermano fallecido de Ca hepático y otro hermano de Ca de pulmón.

Antecedentes personales: espondiloartrosis y gonartrosis.

Exploración física: buen estado general, normocoloreada, con auscultación cardiopulmonar normal y abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio sin defensa ni megalias.

Pruebas complementarias: se solicitó analítica y estudio mediante ecografía abdominal. Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con transaminasas normal.

En Ecografía abdominal realizada en centro de salud se detecta una LOE de contornos bien definidos y aspecto lobulado, de baja ecogenicidad y sin actividad Doppler, dependiente de área pancreática y en relación directa con borde craneal del cuerpo del páncreas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio Clínico: quiste pancreático.

Diagnóstico diferencial: pseudoquiste pancreático, cistoadenoma seroso (siempre benigno), cistoadenoma mucinoso (potencialmente maligno), cistoadenocarcinoma mucinoso (maligno) o tumor mucinoso papilar intraductal (con fuerte capacidad de malignización según la localización).

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva de forma preferente a consultas de Digestivo.

Evolución

Se realiza estudio de la LOE pancreática mediante RMN abdomen que confirma que se trata de una lesión quística de páncreas de unos 4 cm con dilatación ductal y atrofia glandular sugestiva de tumoración intraductal productora de mucina. Actualmente pendiente de valoración por Cirugía.

Conclusiones

Los tumores pancreáticos son poco habituales. El más frecuente es el pseudoquiste pancreático (90%), siendo menos frecuentes (10%) los verdaderos tumores quísticos pancreáticos. La mayoría de los pacientes no presentan ninguna molestia hasta estadios avanzados, como nuestra paciente que está actualmente asintomática sin medicación. Suelen ser mujeres sin antecedentes clínicos de interés. Gracias al rápido acceso al estudio de imagen en el Centro de Salud se detectó la LOE pancreática y se realizó la oportuna derivación de forma precoz.

Palabras clave: páncreas.

Un caso de dolor abdominal recurrente

Caraballo Ramos I, Martínez Chaves V

CS de Villacarrillo (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia clínica

Paciente de 49 años que acude a consulta por presentar desde hace dos semanas dolor abdominal en flancos intermitente, con náuseas. Refiere empeoramiento en la última semana con estreñimiento y vómitos. No sensación febril ni molestias urinarias.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes personales: intervenido de fractura de tibia. Fumador, no bebedor. Consultas previas en Atención Primaria por episodios de dolor abdominal.

Exploración Física: buen estado general, normocoloreado, eupneico. Abdomen blando, depresible, doloroso en FID con Blumberg positivo.

Pruebas complementarias: analítica realizada 3 días antes con leucocitosis 17210 y 12470 neutrófilos.

En Ecografía Abdominal realizada en centro de salud sin preparación previa, se aprecia en FID imagen redondeada en el corte transversal en diana, no compresible, y alargada en el longitudinal de unos 6 x 2,4 cm, con líquido alrededor.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio Clínico: plastrón apendicular.

Diagnóstico diferencial: distintas causas de absceso en fosa iliaca derecha (colitis inflamatoria, ileocectitis por yersinia, linfadenitis mesentérica...)

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a urgencias hospitalarias.

Evolución

Es ingresado en el hospital y se realiza al día siguiente TAC abdominal que descarta afectación apendicular y sí cambios inflamatorios en íleon, con áreas hipodensas parietales que sugieren colecciones, la de mayor tamaño (47 x 22 mm) en pared lateral, con burbuja de aire en su interior. Ha seguido tratamiento conservador. Actualmente en tratamiento con metotrexate para enfermedad de Crohn ileal con absceso ileal.

Conclusiones

El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente en nuestro ámbito y ante un cuadro de dolor en FID, en muchas ocasiones lo inespecífico del contexto obliga a la realización de pruebas de imagen para poder determinar la causa. La ecografía abdominal resulta muy útil y es la prueba de imagen inicial de elección, permitiendo detectar la existencia de líquido libre en Douglas y abscesos de forma rápida, lo que permite una derivación con un diagnóstico más aproximado y fiable.

Palabras clave: dolor abdominal, Crohn.

Hallazgo de LOE hepática en paciente con epigastralgia y pérdida de peso

Martín Jiménez A¹, Ruz Franzi I², Gragera Hidalgo M³

¹Servicio de Urgencia Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

²Médico de Familia. CS Olivillo. Cádiz

³MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho con pérdida de peso acompañante.

Historia clínica

Atendemos en la consulta de atención primaria (AP) a una paciente de 70 años de edad que presentaba desde hace un mes molestias en epigastrio y dolor en hipocondrio derecho con síndrome constitucional acompañante.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, sin hábitos tóxicos.

En la exploración se aprecia buen estado general, piel y mucosas normocoloreadas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Blumberg negativo. Puñopercusión renal negativa.

Solicitamos analítica, pautamos tratamiento con omeprazol y procinéticos, revisando en una semana en nuestra consulta donde realizamos estudio ecográfico abdominal.

La analítica revelaba discreta elevación de enzimas hepáticas y de LDH.



En la ecografía se observó una masa sólida, hiperecoica con el parénquima hepático, y que parece estar unida a la parte inferior del lóbulo hepático izquierdo. La masa es homogénea, de bordes poco definidos y no vascularizada. Se aprecia además imagen de engrosamiento del tubo digestivo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Metástasis hepáticas.

De manera general, el hallazgo de metástasis hepáticas condiciona un mal pronóstico. Estas constituyen la primera causa de lesión maligna en el hígado.

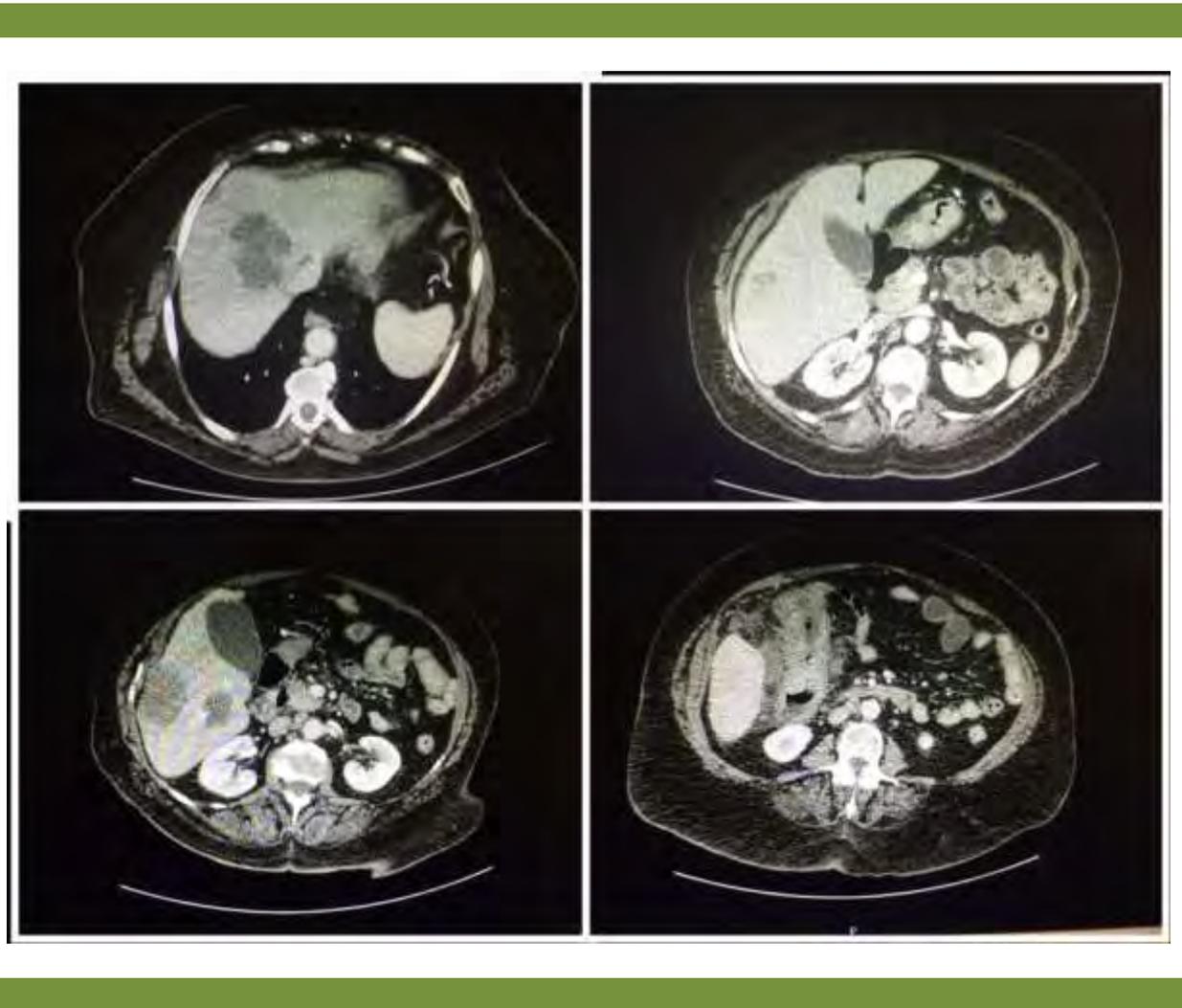
Entre las localizaciones más frecuentes del tumor primario se encuentran: vesícula biliar, colon, estómago, páncreas, mama y pulmón.

Es importante en el estudio ecográfico de una lesión ocupante de espacio (LOE) hepática prestar atención a la ecogenicidad de la lesión, ya que nos puede orientar hacia el origen del tumor primario.

Las lesiones hiperecoicas, su origen tiende a ser digestivo, más frecuentemente colon.

Tratamiento, planes de actuación

Ante estos hallazgos en la ecografía realizada desde AP derivamos al servicio de urgencias donde realizaron TAC en la que se evidenció una neoplasia de ángulo hepático colónico como tumor primario con múltiples metástasis hepáticas.



Evolución

La paciente ingresó desde Urgencias en el servicio de digestivo para completar el estudio siendo diagnosticada de Adenocarcinoma de Colon.

Conclusiones

En este caso se documenta la importancia de clasificar las LOE hepáticas sugestivas de metástasis según las características ecogénicas para orientar el diagnóstico. Otra razón más que permite fundamentar la ecografía abdominal como una herramienta más del Médico de Familia.

Palabras clave: metástasis hepáticas, LOE hepática.

Estudio ecográfico del cólico renal en urgencias

Martín Jiménez A¹, Ruz Franzi I², Hurtado Soriano R³

¹Servicio de Urgencia Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

²Médico de Familia. CS Olivillo. Cádiz

³MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal izquierda y hematuria.

Historia clínica

Paciente varón de 62 años que consulta en urgencias por cuadro de dolor en fosa renal izquierda y hematuria. Entre sus antecedentes personales destaca cólicos nefríticos de repetición valorados en alguna ocasión por el servicio de urología, fibrilación auricular persistente anticoagulado y diabético en tratamiento.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Ante este caso no llegamos a realizar radiografía simple de abdomen al disponer de un ecógrafo en el área de urgencias, se optó por explorar vías urinarias mediante ecografía y el estudio reveló una dilatación de la vía excretora en riñón izquierdo con una imagen hiperecogénica en uréter proximal sugestiva de litiasis.

En la analítica general solicitada se observó un deterioro de la función renal.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cólico renoureteral izquierdo. Uropatía obstructiva izquierda.

Aunque la radiografía simple de abdomen es un estudio de imagen rápido, tiene una utilidad limitada en el cólico renal, detectando cálculos ureterales con una sensibilidad en torno al 50%. En cuanto al estudio ecográfico de la mayoría de cólicos renales podremos observar algún grado de ectasia por ecografía, esto no debe considerarse como un signo de complicación. De hecho el grado de ectasia no tiene relación directa con la intensidad del dolor, esto estaría más relacionado con la velocidad de instauración de la obstrucción, cuanto

más rápida, más intensidad. De esta forma, su uso en el cólico renal simple no es obligado pero sí cuando el cólico es complicado o existen dudas diagnósticas de la causa obstructiva.

Tratamiento, planes de actuación

Se comentó el caso con Urología que decidió ingresar al paciente para tratamiento médico.

Evolución

La evolución en planta fue favorable, el dolor se controló mediante analgésicos en perfusión continua y la función renal se normalizó progresivamente. El paciente fue dado de alta con cita para litotricia programada.

Conclusiones

Contar con un ecógrafo en los servicios de urgencias y con Médicos de Familia capacitados en la técnica permite en muchas ocasiones resolver de manera precisa cuadros clínicos como el cólico renal presentado en este caso, en el que se observó un deterioro de la función renal. Además la ecografía acortó el tiempo de estancia en urgencias de nuestro paciente.

Palabras clave: cólico renoureteral, uropatía obstructiva, pielocaliectasia renal.

Carcinoma hepatocelular en paciente asintomático

Ruz Franzi¹, Martín Jiménez A², Andrés Vera J¹

¹Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Servicio de Urgencia Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hipertransaminasemia y aumento de GGT.

Historia clínica

Paciente varón de 72 años, clínicamente asintomático y que acude a consulta para realización de una analítica anual de rutina.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Como antecedentes clínicos, destaca consumo abusivo de alcohol sin criterios de dependencia, hipertensión arterial e hipertrofia benigna de próstata. Tras realización de analítica anual de rutina se observó en la bioquímica general una AST 150; ALT: NORMAL (21); GGT 287; LDH 272; FA 145. Resto de la bioquímica, hemograma y orina normales. Puntualizar que el perfil hepático en la analítica de hace un año fue normal. En la exploración física destaca una hepatomegalia moderada.

La ecografía abdominal realizada en Atención Primaria mostró un hígado homogéneo de superficie lisa, apreciándose en el lóbulo hepático derecho, nódulos hiperecogénicos sugestivos de neoplasia como primera posibilidad. Además, hepatomegalia de 19,80 cm e hipertrofia del lóbulo caudado. Esplenomegalia de 15,41 cm.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Nódulos hepáticos hiperecogénicos sugestivo de neoplasia primaria o metastásica. El paciente fue derivado al servicio de urgencia hospitalario, donde le realizaron un TAC de abdomen. Se apreció una tumoración de gran tamaño que ocupa la práctica totalidad del lóbulo hepático derecho, con diámetro aproximado de 15,5 cm de densidad heterogénea, sugestivo de *carcinoma hepatocelular*. El carcinoma hepatocelular es la neoplasia primaria de hígado más frecuente. En España, los factores etiopatogénicos más frecuentes son la infección crónica por el virus de la hepatitis C y el alcoholismo; otro factor, es la infección por el virus de la hepatitis B.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente quedó ingresado en el servicio de Digestivo del hospital. Se le realizó punción de la lesión hepática, confirmándose el diagnóstico de carcinoma hepatocelular. Además presentó una serología positiva a la infección por el virus B de la hepatitis.

Evolución

El paciente fue derivado al servicio de oncología encontrándose en la actualidad en tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

Este caso clínico, muestra la importancia de la ecografía en el ámbito de la atención primaria. Su fácil accesibilidad en medicina de familia, permitió reconocer a través de la ecografía los signos de sospecha de un carcinoma hepatocelular, y de esta forma, facilitar y adecuar la correcta derivación del paciente a un segundo nivel hospitalario.

Palabras clave: hipertransaminasemia, carcinoma hepatocelular, atención primaria.

Divertículo vesical en paciente con microhematuria aislada

Ruz Franzi I¹, Martín Jiménez A², Frutos Hidalgo E¹

¹Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Servicio de Urgencia Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hematuria microscópica aislada.

Historia clínica

Acude a nuestra consulta, una paciente mujer de 63 años de edad, para valoración de analítica de rutina anual.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Como antecedentes, destaca dislipemia, hipertensión arterial y ser exfumadora de tabaco desde hace cinco años. En la analítica de rutina, se observa en el sistemático de orina Hematíes ++ (x 1/ μ L) y en el sedimento urinario eritrocitos 23 (x 1/ μ L). Resto de urianálisis normal. Hemograma y bioquímica general dentro de la normalidad, incluyendo función renal. No presentaba sintomatología clínica alguna desde el punto de vista urinario. Exploración física: abdomen normal, sin masas ni megalias.

Realizamos ecografía abdominal, observando una imagen quística en cara dorsal de vejiga con refuerzo posterior, de paredes finas y bien delimitadas.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Divertículo vesical. Los divertículos vesicales pueden ser congénitos o adquiridos, estos últimos como consecuencia de obstrucción uretral persistente. Pueden ser únicos o múltiples. Dentro de la patología que puede afectar a los divertículos, destaca la litiasis intradiverticular. También se han descrito tumores en la pared del divertículo. En nuestro caso el diagnóstico diferencial se plantea principalmente con quiste de ovario, ureterocele y aneurisma de arteria iliaca.

Tratamiento, planes de actuación

Tras diagnóstico ecográfico de imagen de divertículo vesical, la paciente es derivada al servicio de urología para valoración y estudio complementario si necesitase.

Evolución

Tras evaluación en el servicio de urología, se le repitió a la paciente, la ecografía abdominal confirmándose el diagnóstico de divertículo vesical. Es dada de alta y remitida a atención primaria para control evolutivo y ecográfico anual.

Conclusiones

En este caso se reporta el diagnóstico de divertículo vesical de forma incidental, sin clínica previa excepto microhematuria aislada. Se pone de relieve la importancia de la ecografía abdominal en atención primaria, como complemento exploratorio al quehacer diagnóstico del médico de familia.

Palabras clave: divertículo vesical, hematuria microscópica aislada, atención primaria.

Dolor en fosa renal

Martínez Chaves V, Caraballo Ramos I

Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar intenso y recurrente con cada acceso de tos.

Historia clínica

Varón de 80 años de edad, sin antecedentes ni alergias, con excelente calidad de vida, no fuma desde hace 8 años, consulta por un cuadro catarral de evolución tórpida. Su motivo de consulta dolor lumbar inicialmente leve, coincidiendo con los accesos de tos. Se había intensificado especialmente en los últimos días y aumentaba mucho con la tos. No refería síntomas urinarios ni musculoesqueléticos. Tenía intervalos libres entre los episodios de dolor. Estaba convencido que eran los riñones.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Buen estado general.

ACR: tonos puros y rítmicos. Hipoventilación en base dcha.

Abdomen sin hallazgos. PPFR negativa. TA: 140/85 mm Hg Sat O₂: 95%, FC. 80 lpm.

Exploraciones complementarias:

Rx Tórax: Infiltrados / atelectasia en base derecha.

Ecografía abdominal/renal: Aneurisma disecante de aorta abdominal que se extiende desde el tronco celiaco hasta la bifurcación de las iliacas con un gran trombo intramural.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infección respiratoria de vías bajas. Atelectasia/condensación en LID.

Aneurisma disecante de aorta abdominal de gran tamaño.

Tratamiento, planes de actuación

Ante los hallazgos ecográficos consideramos conveniente su valoración hospitalaria urgente por cirugía vascular.

Evolución

Al día siguiente el paciente estaba programado para intervención, previo TAC abdominal urgente.

Evolución postoperatoria satisfactoria.

Conclusiones

La disponibilidad de la ecografía en atención primaria al alcance del médico de familia, ha permitido en este caso el diagnóstico de una patología potencialmente mortal y ha orientado el diagnóstico y derivación del paciente de forma rápida y eficaz. De otra forma probablemente no se hubiera diagnosticado o se hubiera atribuido el dolor lumbar a la patología osteoarticular o a las molestias propias de la tos.

Palabras clave: aneurisma aorta, dolor lumbar.

Un paso más al reconsultar

Ríos del Moral M¹, Terroba Nicolás M², Tortosa García F¹

¹UGC Río Nacimiento. Almería

²Almería Periferia. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Urgencias centro de salud.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y náuseas.

Historia clínica

Mujer de 87 años que hace 5 horas tras la ingesta de alimentos ha comenzado con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho que irradia en cinturón hacia la espalda, se acompaña de sensación nauseosa sin vómitos. Hábito intestinal estreñido, dentro de lo habitual, última deposición ayer de consistencia y coloración normal. Refiee orina colúrica y niega acolia. Afebril.

Hace dos días estuvo en urgencias por el mismo motivo y se le administró *Metroclorpramida* y *Buscapina* intramuscular, cediendo el dolor.

Episodios de dolor abdominal en otras ocasiones que han cedido con analgesia. No estudiada por dolor abdominal.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Gonartrosis, hipertensión arterial.

Tratamiento activo: Enalapril 20 mg /24h, Tramadol 100 mg /24h.

Aceptable estado general, con tinte icterico de conjuntiva y zona toracoabdominal. TA: 140/92, Tª: 35.6, FC: 89 lpm.

Abdomen blando, depresible, muy doloroso en todo el marco cólico principalmente en hipocondrio derecho con palpación de más de 5 centímetros y Murphy positivo, Blumberg negativo, no signos de peritonismo, ruidos hidroaereos.

Ecografía abdominal en centro de salud: se visualiza hígado con ecoestructura y tamaño normal sin lesiones ocupantes de espacio con vesícula de paredes no engrosadas con imagen hiperecoica en su interior de unos 4 mm x 5 mm con sombra acústica posterior sugerente de litiasis biliar con imagen en medusa que sugiere dilatación de los conductos biliares intrahepáticos y dilatación de la vía biliar principal de 8 mm. Riñón derecho: Imagen anecoica de unos 12.6x 12.8 mm en corteza renal sugerente de quiste simple renal. Riñón izquierdo: imagen de igual características en corteza de mayor dimensión 60.4 mm x 71.2 mm.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cólico biliar secundario a coleditiasis.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia simple, Pancreatitis aguda, Ulcus péptico perforado, obstrucción intestinal, síndrome coronario agudo...

Tratamiento, planes de actuación

Se canaliza vía venosa periférica:

-Extracción de analítica con hemograma, bioquímica y coagulación.

-Reposición hidroelectrolítica con glucosalino 1500 ml y salino isotónico 1500ml, en 24 horas.

-Y tratamiento analgésico intravenoso (Meperidina + Metamizol)

Se deriva a Urgencias hospitalaria para completar estudio.

Evolución

Favorable

Conclusiones

El dolor abdominal inespecífico puede convertirse en uno de los trastornos más graves aun presentando síntomas poco llamativos, como anorexia, náuseas...

Palabras clave: coleditiasis, ictericia, Murphy.

Ecografía antes de intervenir

Ríos del Moral M¹, Terroba Nicolás M², García Martínez F³

¹UGC Río Nacimiento. Almería

²Almería Periferia. CS La Cañada. Almería

³CS Virgen Del Mar. Almería

Ámbito del caso

Centro de salud.

Motivos de consulta

Tumoración abdominal.

Historia clínica

Varón de 42 años que acude a atención primaria para reconsultar acerca de tumoración en epigastrio desde hace más de 7 años que ha ido aumentando de tamaño, con dolor leve a moderado, haciéndose más intenso con la práctica de ejercicio. Niega sintomatología digestiva alguna, excepto pirosis.

En la consulta de digestivo a la que asiste para seguimiento de su hepatopatía lo han derivado con diagnóstico de lipoma a la consulta de cirugía general.

Tras estas indicaciones en atención especializada el paciente se encuentra reticente y quiere saber si es necesaria la intervención de dicha lesión ya que no le ocasiona ninguna sintomatología.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes personales: Hepatopatía alcohólica y esteatosis hepática. (Actualmente niega hábitos tóxicos). Infarto Agudo de Miocardio inferolateral no Q. Hernia de Hiato.

Exploración: no asterixis. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo. Palpación de una tumoración dolorosa al tacto en epigastrio.

Analítica: Colesterol total 214; Bilirrubina total: 1,31 (Bilirrubina Directa: 0.45 y Bilirrubina Indirecta: 0.86); GGT: 385 y GOT: 42. Resto normal.

Ecografía abdominal atención primaria: hígado de ecoestructura y tamaño normal sin LOES. Vía biliar alitiásica y de paredes no engrosadas. Vía biliar no dilatada sin litiasis en su interior. Riñones de tamaño y ecoestructura normal sin litiasis. Páncreas normal.

Ecografía de partes blandas: imagen heterogénea subcutánea de 43x13 mm que comunica con cavidad abdominal sugerente de hernia de pared abdominal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

-Hernia epigástrica.

Diagnóstico diferencial: tumoraciones de partes blandas (lipomas, metástasis).

Tratamiento, planes de actuación

Conservador.

Evolución

Favorable.

Conclusiones

Destaca la importancia de la ecografía de partes blandas, como una herramienta perfecta, ante la sospecha de tumoraciones subcutáneas, antes de intervenir.

Nos permitió poder evaluar la región y establecer el diagnóstico correcto de una patología totalmente diferente, que de haber intervenido mediante cirugía menor nos hubiésemos llevado una gran sorpresa.

Es pues una herramienta auxiliar para realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas que cursan con aumento de volumen en la región abdominal.

Palabras clave: hernia epigástrica, lipoma, tumoración subcutánea.

Doctor me duele la espalda, ¿qué tengo?

Rodríguez Pappalardo V, Cutiño Ruiz D, Ye T

CS de Camas, Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor de espalda lumbar derecho.

Historia clínica

Paciente de 82 años que acude a urgencias del centro de salud por dolor lumbar derecho desde hace 7 días. No ha sufrido ningún traumatismo previo ni ha realizado esfuerzo físico. Si se ha notado una zona indurada que le ha ido aumentando de tamaño y su mujer al mirarle le ha visto esa zona enrojecida y de consistencia dura.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Padece hiperplasia de próstata, hipertensión arterial, síndrome antifosfolípido primario, hemorragia digestiva por ulcus duodenal. En la exploración realizada en la consulta se objetiva una zona de aproximadamente 15x10cm lumbar derecha que a la palpación muestra engrosamiento de la piel, consistencia dura y aumento de temperatura. Decidimos realizar una ecografía de la zona afecta observándose una colección de morfología anfractuosa y contenido homogéneo situada en flanco derecho que presenta dificultad para su medición debido a su gran tamaño y morfología irregular de 6x11x4.5cm. Hígado de tamaño y morfología normales sin lesiones ocupantes de espacio. Vesícula biliar alitiásica de características normales. Bazo sin hallazgos relevantes. Riñones de morfología, tamaño grosor cortical y ecogenicidad normales. No se observa líquido libre intraperitoneal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante el hallazgo derivamos al paciente al servicio de urgencias del hospital para descartar hematoma encapsulado perirrenal a pesar de que el paciente no ha sufrido traumatismo alguno, sin descartar otra causa.

Tratamiento, planes de actuación

Al llegar el paciente al servicio de urgencias se le realiza otra ecografía que muestra hallazgos similares a la nuestra. Se decide su drenaje quirúrgico evacuándose aproximadamente 1000 cc de líquido purulento.

Evolución

Tras el drenaje quirúrgico realizado en el mismo quirófano el paciente sufre un cuadro de hipotensión, taquipnea que necesito intubación orotraqueal, ventilación mecánica y uso de drogas vasoactivas ingresando en uci donde desarrolló un cuadro de shock séptico con fracaso multiorgánico que derivó en exitus.

Conclusiones

La ecografía en atención primaria y la hospitalaria presentaron hallazgos similares pero el resultado final no fue satisfactorio. Dado el contenido evacuado y el dolor lumbar previo se hizo un diagnóstico de presunción de espondilodiscitis.

Palabras clave: Low, Back, Pain.

Una variante anatómica dolorosa

Martín Jiménez A¹, Frutos Hidalgo E², Escribano Tovar Á³

¹Médico De Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²MIR de MFyC. CS El Olivillo. Cádiz

³MIR de MFyC. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en flanco izquierdo.

Historia clínica

Paciente varón de 47 años de edad. Acudió a urgencias del centro de salud por dolor localizado "a punta de dedo" en flanco izquierdo. En la exploración del abdomen refería dolor palpación profunda en hipocondrio izquierdo, con moderada defensa, resto de exploración sin interés. Se pautó analgésicos y se solicitó analítica general. A las dos semanas volvemos a atender al paciente con similar sintomatología a pesar del tratamiento.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

En la segunda visita en la exploración aparecía además puñopercusión renal izquierda positiva. Los resultados analíticos fueron normales. Se decidió realizar ecografía abdominal en el mismo acto en la que observamos en el riñón izquierdo un doble sistema excretor izquierdo con dilatación ureteropielocalicial del sistema que drenaba en los grupos calicales inferiores.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

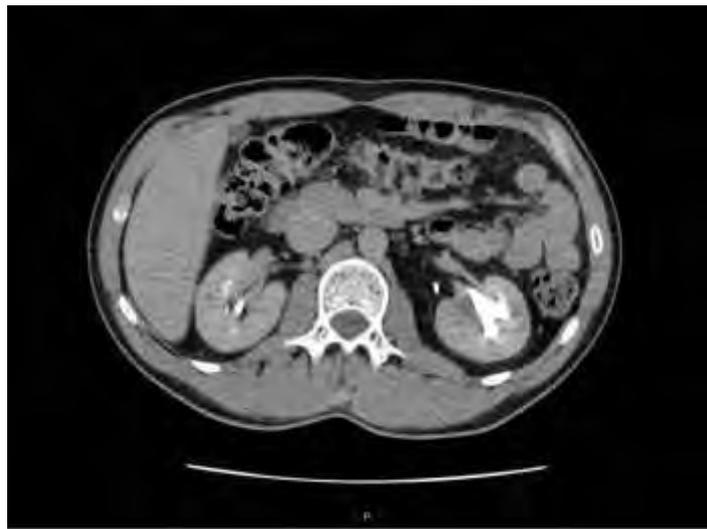
Doble sistema colector izquierdo con dilatación de la vía excretora de los grupos calicales inferiores.

Tratamiento, planes de actuación

Ante la falta de respuesta a los analgésicos y los hallazgos ecográficos encontrados, se decidió derivar al servicio de urología para completar estudio.

Evolución

Desde el servicio de urología realizaron Uro-TAC que confirmó un doble sistema excretor izquierdo incompleto en el riñón izquierdo como variante anatómica. Además se apreciaba discreta ectasia pielocalicial izquierda en el sistema más inferior, secundaria a una litiasis de 5 mm localizada en el tercio proximal del ureter homolateral. Con este estudio el paciente fue propuesto para cirugía para liberar la obstrucción.



Conclusiones

La presencia de hidronefrosis en un sistema colector duplicado es infrecuente y merece ser derivado a atención especializada para su estudio, ya que en muchas ocasiones requerirá tratamiento quirúrgico.

La duplicación del uréter es la anomalía congénita más frecuente del sistema urinario, pudiendo tener un origen genético. La incidencia global en adultos es aproximadamente del 0,8%, es más frecuente en mujeres siendo la duplicación unilateral hasta seis veces más frecuente que la bilateral.

Palabras clave: doble sistema colector, hidronefrosis.

Hallazgo incidental que no incidentaloma

García López A, Nieves Alcalá S, Fernández Zabala S

CS de Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hallazgo analítico asociado a dolor abdominal anodino.

Historia clínica

Debido a un hallazgo analítico donde el perfil colestásico del paciente se encontraba alterado y refería dolor abdominal de tipología dispeptica funcional, se le propone la posibilidad de realizar una eco en consulta.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Paciente de 82 años que presenta un deterioro cognitivo mixto moderado que le hacen perder parcialmente la autonomía, presentando un Barthel de 80. Hipertenso, dislipémico y con una gonartrosis severa bilateral. Hasta hace pocos meses realizaba paseos acompañado pero a día de hoy debido a su proceso artrósico y demencia no sale de casa.

Anamnesis: debido a una analítica rutinaria donde aparece un perfil colestásico disociado, comenzamos a creer la historia de dolor abdominal de tipo anodino que tiene el paciente ya que tras haber sido explorado en varias ocasiones no presenta ningún hallazgo exploratorio.

Eco abdominal: presenta un diámetro de pared vesicular engrosado con calculo en su interior de 2,2 cm. Llama la atención, una cuantía moderada de líquido en toda la cavidad abdominal que tras valorar la vejiga se aprecia solución de continuidad con imagen vegetante en su interior de 3,5 cm x 2,3 cm en sus diámetros compatibles con proceso neoplásico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Colecistitis crónica, cáncer vesical con uroabdomen por rotura de pared vesical.

Tratamiento, planes de actuación

Se habla con la familia dada la naturaleza del cuadro y se consensua el tratamiento. Se derivará a urología para la realización de una primera valoración y posibilidades terapéuticas dado los antecedentes personales y situación basal del paciente.

Evolución

El paciente no presenta mala situación clínica en el momento actual y vive ajeno a los problemas que han surgido.

Conclusiones

Dada la situación basal del paciente, ¿fue idónea la realización de una ecografía abdominal?: dados los hallazgos ecográficos encontrados, aun nos seguimos preguntando cual decisión terapéutica es la mejor y redundando en lo mismo, dado el deterioro cognitivo del paciente y la situación clínica estable del mismo es recomendable continuar su estudio por urología, teniendo en cuenta la dificultad que se tuvo a la hora de realizar la eco dada la mala colaboración del mismo.

Palabras clave: colestasis, ascitis, ca vesical.

Neuralgia postherpética paraneoplásica

García López A, Casado Martín M, Aguilera Luna A

CS de Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Neuralgia postherpética refractaria a tratamiento de 3 escalón analgésico.

Historia clínica

Paciente de 57 años que desde hace varios meses es tratado de una neuralgia postherpética lumbar necesitando dosis de fentanilo de 225 transdérmico para mejora de la clínica sin llegar a ceder por completo el dolor, lo que ocasiona múltiples visitas a consulta así como a traumatología.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes personales: hipertenso, flutter auricular, diabetes mellitus tipo II de años de evolución, dislipemia y hernia discal lumbar.

Anamnesis: acude manifestando de nuevo la refractariedad de la neuralgia pero a su vez comenta que "le ha salido un bultito" a nivel de mesogastrio, que no sabe lo que puede ser.

Exploración: tumoración en mesogastrio, dura de gran tamaño y adherido a planos profundos.

Ecografía clínica: imagen heterogénea de márgenes mal definidos con áreas anecoicas-hipoecoicas en su interior de unos 10 cm de diámetro.

Se avisa a internista de referencia para comentar el caso y no da mucha importancia a los hallazgos ecográficos citándolo en 5 días en consulta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Probable síndrome linfoproliferativo maligno (¿mesotelioma?).

Tratamiento, planes de actuación

Tras ser valorado en consultas de medicina interna el paciente es ingresado para estudio.

Evolución

Tras dos semanas ingresado el paciente fallece por las complicaciones surgidas por el proceso neoplásico.

Conclusiones

Sospechar la existencia de un cuadro enmascarado ante la presencia de una neuralgia postherpética que no cede al tratamiento.

Palabras clave: neuralgia, analgesia, tumor.

IR POR DELANTE. El valor de la ecografía en atención primaria

Cutiño Ruiz D, Pérez Delgado de Torres M, De Santiago Cortés R

CS de Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Centro de salud y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Epigastralgia de 2 meses de evolución.

Historia clínica

Mujer de 49 años que acude a consulta por epigastralgia de dos meses de evolución, en ocasiones irradiada a hipocondrio derecho.

Sin fiebre, ictericia ni síndrome constitucional, aunque refiere pérdida de peso no cuantificada.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No FRCV. Bloqueo tubárico en 2008 como anticoncepción definitiva.

A la exploración, abdomen blando y depresible, sin masas ni organomegalias. Buena coloración de piel y mucosas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En primera instancia se inicia tratamiento con Omeprazol 20 mg, se solicita endoscopia digestiva alta y se deriva a consultas de digestivo.

A las 2 semanas vuelve a consultar por ausencia de mejoría, por lo que se decide realizar ecografía abdominal en centro de salud, en la que objetivamos dilatación de vía biliar intra y extrahepática, además de una masa en cabeza pancreática de unos 2.5 cm de diámetro máximo. Hígado de tamaño y morfología normales sin lesiones ocupantes de espacio. Vesícula biliar alitiásica de características normales. Bazo sin hallazgos relevantes. Riñones de morfología, tamaño grosor cortical y ecogenicidad normales.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se objetiva en analítica GOT 646 mU/ml, BT 3.04 mg/dL, BD 2.2 mg/dL, Amilasa 253 mU/ml. Resto sin alteraciones significativas.

En la ecografía realizada se objetiva la dilatación de vía biliar, pero no se explora bien el páncreas por difícil acceso, por lo que se solicita TAC abdominal para confirmar diagnóstico.

Evolución

La paciente ingresa en planta de digestivo. Se realiza CPRE con biopsia que confirma adenocarcinoma de páncreas sin signos de infiltración vascular o mesentérica.

Se inició tratamiento con QT neoadyuvante y posterior valoración de resecabilidad mediante angioTAC.

Se realiza duodenopancreatectomía en 05/2017.

Actualmente en seguimiento por oncología, sin signos de enfermedad activa.

Conclusiones

El caso expuesto manifiesta una de las muchas posibilidades que ofrece la implementación de la ecografía en atención primaria.

La ecografía puede tener un papel fundamental y determinante para el paciente, tanto en el diagnóstico como en la toma de decisiones. Este caso es un claro ejemplo.

Palabras clave: abdominal pain, adenocarcinoma, páncreas.

Hallazgo ecográfico de un teratoma ovárico en mujer anciana, atendida en atención primaria

Andrés Vera J¹, León Tercero J², Ruz Franzi I¹

¹CS Olivillo. Cádiz

²CS Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal acompañado de síndrome febril.

Historia clínica

Paciente mujer de 78 años de edad que acude a consulta del centro de salud (CS) por dolor abdominal a nivel de hipogastrio y región periumbilical y fiebre de 38°C desde hace unas doce horas.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Entre sus antecedentes personales, destaca enfermedad de Alzheimer y diabetes tipo 2. A la exploración física presenta un abdomen blando y depresible, con dolor moderado a la palpación en región periumbilical, hipogastrio y fosa iliaca derecha, sin defensa a la palpación. Resto de la exploración física, dentro de la normalidad. En la analítica de orina realizada en el CS, se observa hematíes ++ y leucocitos ++.

Se realiza ecografía abdominal en el CS, observándose un gran quiste en el ovario izquierdo que consta de una imagen principalmente sólida hiperecogénica compacta y de una imagen líquida anterior anecogénica

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste ovárico. Se instaura a la paciente tratamiento antibiótico oral y se deriva a consulta externa de ginecología. Tras realización de TAC abdominal, se confirma el diagnóstico de *teratoma ovárico*. El teratoma ovárico es la neoplasia ovárica benigna más frecuente en mujeres jóvenes menores de 45 años de edad. A menudo es un diagnóstico incidental; otras veces se manifiesta con una complicación, una torsión. La lesión es bilateral en el 10% de los casos. Diagnóstico diferencial con absceso pélvico, rabdomiosarcoma, neuroblastoma pélvico y adenopatías tumorales pélvicas.

Tratamiento, planes de actuación

Se plantea la posibilidad de tratamiento quirúrgico con extirpación de dicho teratoma. Los familiares de la paciente, deciden posponer tratamiento quirúrgico, a no ser que se presenten complicaciones en el cuadro clínico.

Evolución

La paciente permanece estable asintomática en la actualidad.

Conclusiones

La ecografía permitió en nuestro caso el diagnóstico incidental de un quiste ovárico, confirmándose con posterioridad el diagnóstico de teratoma ovárico. La ecografía abdominal en atención primaria, constituye una potente herramienta diagnóstica para discernir lesiones neoplásicas.

Palabras clave: quiste ovárico, teratoma ovárico, atención primaria.

Hallazgo ecográfico de Litiasis Renal asintomática, como consecuencia de infecciones urinarias de repetición

Martín Jiménez A¹, Gómez Prieto D², Sayago Gil S³

¹CS Olivillo. Cádiz

²CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

³CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición.

Historia clínica

Paciente varón de 75 años de edad. Acude a consulta de atención primaria para valoración de analítica de rutina anual. Se observa en el sistemático de orina, leucocitos (+++), hematíes (++) y nitritos positivo. Sin disuria, ni fiebre ni dolor abdominal ni dolor en ambas fosas renales.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Entre sus antecedentes personales de interés, destaca haber padecido en anteriores ocasiones, cuadros de ITU asintomáticos. Además, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Como se indicó en la historia clínica, se observó en la analítica actual signos de infección urinaria. El paciente se encontró totalmente asintomático. En la exploración física, el abdomen se encontró blando y depresible, sin megalias ni dolor a la palpación. Puño-percusión renal bilateral negativa. En la bioquímica general, no se apreció alteración de la función renal. Se solicitó urocultivo, aislándose *Escherichia coli*.

Se realiza ecografía abdominal en atención primaria, observándose ectasia pielocalicial renal izquierda además de una imagen hiperecoica de 7,7 mm que deja sombra sónica posterior en zona caudal del riñón izquierdo.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se deriva al paciente al servicio de urología. Tras realización de uro-TAC se confirma la litiasis en riñón izquierdo, apreciándose además, la presencia de litiasis en uréter proximal izquierdo así como ectasia de la vía urinaria izquierda (ureteropielocalicial) de forma secundaria.

Tratamiento, planes de actuación

A través del servicio de urología, se le practicó al paciente litotricia extracorpórea por ondas de choque.

Evolución

El paciente continúa asintomático desde el punto de vista clínico, no apreciándose en la última analítica realizada signos de ITU.

Conclusiones

La ecografía realizada en el centro de salud, permitió diagnosticar la causa de las ITU de repetición. De forma directa se obtuvo el diagnóstico de litiasis renal y secundariamente de litiasis ureteral. La ecografía en atención primaria, supone un importante complemento diagnóstico de patología urinaria.

Palabras clave: litiasis renal, litiasis ureteral, atención primaria.

Me falta un trozo de hígado

Martínez Granero M, De Santiago Cortés R, Sevilla Ramírez N

CS de Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, consultas aparato digestivo.

Motivos de consulta

Dolor abdominal sin náuseas ni vómitos. No alteraciones de tránsito intestinal, no pérdida de peso ni de apetito.

Historia clínica

Varón rumano de 31 años consulta por dolor abdominal persistente de meses de evolución. No síndrome constitucional

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Refiere haber sido intervenido en Rumanía en 2003 de úlcera gástrica y haber sido diagnosticado allí de quistes hidatídicos sin precisar qué tipo de tratamientos recibe.

Exploración: abdomen blando, depresible no masas ni megalias, hígado a 1.5 TD.

Ante la persistencia del dolor abdominal se decide realizar analítica y ecografía.

Analítica: Hemograma normal, Bioquímica hepática; GOT: 18u, GPT 35 u, GGT 65, FA 125, BT: 2.67mg/dl, BD: 1.4mg/dl, resto sin hallazgos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Realizamos ecografía en centro de salud: nos llama la atención la ausencia de parte del hígado y vesícula biliar. Algo aumentado de tamaño; 16,8 cm, encontramos imagen 3.14 x 3.3 entre VII-VIII segmento hepático, de aspecto heterogéneo en cuyo interior alternan imágenes hipoeoicas con imágenes hiperecogénicas.

El otro hallazgo sorprendente es una imagen bien definida y con reborde y de aumento de densidad.

Ante los resultados de la ecografía se deriva a consultas de aparato digestivo con juicio clínico de hidatidosis hepática con diseminación extrahepática. Aparentemente falta un trozo de hígado.

Allí se le realiza TAC de abdomen y pelvis el cual confirma la cirugía de lóbulo hepático y vesícula con resección de segmentos V-VI, pequeña lesión residual entecho de hepatectomía. Hidatidosis peritoneal con múltiples lesiones en gotera paracólica en región laterovesical derecha.

Tratamiento, planes de actuación

En digestivo se inicia tratamiento con Albendazol 400 cada 12 horas descansando 14 días y repetir.

Evolución

Tras la primera tanda presenta ictericia motivo por el cual repetimos ecografía sin que encontremos nuevos hallazgos, quedando pendiente de nueva analítica y revisión por digestivo y cirugía para valorar indicación quirúrgica.

Conclusiones

En este caso la ecografía permite enfocar el caso de manera clara en primera instancia aunque por los hallazgos decidimos interconsulta con atención especializada y realizar otra prueba de imagen (TAC).

Palabras clave: abdominal pain, hidatidosis.

Falso imagen de tumoración vesical ecográfico en paciente con microhematuria asintomática

Andrés Vera J¹, Rico Rangel M², Aznar Zamora C³

¹CS Olivillo. Cádiz

²CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

³CS Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Microhematuria aislada asintomática.

Historia clínica

Paciente de 57 años de edad que acude al centro de salud para realización de analítica de rutina. Sin clínica urológica alguna. Se observa en el sistemático de orina hematíes (+++) de forma aislada.

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Entre sus antecedentes de interés, destaca ser fumadora de tabaco de 20 cigarrillos al día, además de dislipemia en tratamiento con estatinas, así como hipertensión arterial en tratamiento con anticálcico. No presenta disuria ni dolor abdominal ni en ambas fosas renales. En la exploración física, el abdomen fue blando y depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias. Puño-percusión renal negativa bilateral. En la analítica de orina, se apreció la mencionada microhematuria aislada. Resto de la analítica (hemograma y bioquímica, incluyendo perfil renal) dentro de la normalidad. Se solicitó urocultivo, siendo normal.

Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud, apreciándose una imagen hiperecogénica, exofítica, protuyendo en la luz vesical, en cara posterior de la vejiga y con una relativa pequeña base de implantación. Es derivada con carácter preferente al servicio de urología, con el diagnóstico de probable tumoración vesical.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En el servicio de urología le repiten la ecografía abdominal descartándose el diagnóstico de tumor de vejiga. La falsa imagen exofítica hiperecogénica fue atribuida a impronta uterina.

Diagnóstico diferencial con divertículo vesical y neurofibromatosis vesical.

Tratamiento, planes de actuación

No fue preciso tratamiento alguno; se descartó patología vesical concomitante.

Evolución

La paciente permanece asintomática. No obstante, se realizarán controles periódicos en función del grado de hematuria microscópica.

Conclusiones

En nuestro caso la ecografía nos permitió la captación de una posible patología vesical tumoral que posteriormente fue descartada. La utilidad ecográfica en atención primaria, no solamente permite diagnosticar patología, si no también establecer posibles diagnóstico de sospecha.

Palabras clave: tumoración vesical, ecografía abdominal, atención primaria.

Fundación

SIMFYC



3^{AS} JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFYC



JAÉN 2018

<http://www.jornadasecografiasamfyc.com> • info@jornadasecografiasamfyc.com

