

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 19, número 1, suplemento 1, octubre 2018

3ª JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFyC

GdT Ecografía SAMFyC

JAÉN 2018

4 de Octubre

Palacio de Congresos de Jaén IFEJA

www.jornadasecografiasamfyc.com • info@jornadasecografiasamfyc.com

acm Asociación Andaluza de Congressos Médicos

Comité Científico

Coordinador

Dr. D. Cristóbal Trillo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga
Coordinador del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

Miembros

Dr. D. M. Solimán Berchid Débdi
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de Villacarrillo (Jaén)
Miembro del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

Dra. D^a. M^a Dolores Domínguez Pinos
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Especialista en Radiodiagnóstico.
UGC Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario. Málaga
Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.
Miembro del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

Dra. D^a. Carmen Virtudes Gómez Montes
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de Estepona (Málaga)
Miembro del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

Dr. D. Francisco José Guerrero García
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Gran Capitán. Granada
Distrito Sanitario Granada-Metropolitano
Miembro del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

Comité Organizador

Coordinadora

Dra. D^a. Justa Zafra Alcántara
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud José López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Miembros

Dr. D. José Castro Gómez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Almanjáyar. Granada
Miembro del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

Dr. D. José Manuel Recio Ramírez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Servicio de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba
Miembro del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Ecografía

**JUNTA DIRECTIVA DE LA
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohorquez Colombo

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocal provincial de Almería:

Vocal provincial de Cádiz:

Vocal provincial de Córdoba:

Vocal provincial de Huelva:

Vocal provincial de Jaén:

Vocal provincial de Málaga:

Vocal provincial de Granada:

Vocal provincial de Sevilla:

M^a Pilar Delgado Pérez

Antonio Fernández Natera

Juan Manuel Parras Rejano

Jesús E. Pardo Álvarez

Justa Zafra Alcántara

Rocío E. Moreno Moreno

Francisco José Guerrero García

Leonor Marín Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

natera38@gmail.com

juanprj@gmail.com

jpardo.sevilla@gmail.com

justazafra@hotmail.com

roemomo@hotmail.com

franguerrero72@yahoo.com

leonorj104@yahoo.es

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Tel: 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 Extremadura Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO DITORIAL

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 Sordio 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*
Cristóbal 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

Medicina de Familia. Andalucía

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)

Disponible 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
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:
Encarnación Figueredo



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal
Volumen 19, número 1,
suplemento 1, octubre de 2018

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración de las 3as Jornadas Andaluzas de ecografía en Medicina de Familia, donde se incluyen resúmenes de las comunicaciones que han sido aceptadas y/o defendidas. Gracias por vuestra colaboración.



Prólogo

[...] la gran mayoría de los problemas clínicos se solucionan en atención primaria.....hemos aprovechado para realizar en el primer día unas jornadas de ecografía, eso hace unos años era impensable, que los médicos de familia hiciéramos ecografías; pues cada día más, los médicos de familia hacemos ecografías [...]

Justa Zafra Alcántara

Presidenta Comité Organizador

27 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFyC

Coordinadora Comité Organizador 3as Jornadas Andaluzas de Ecografía en EP. SAMFyC

[...extracto de la entrevista realizada por Canal Sur Tv el 6 de octubre de 2018]

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

"Más allá de lo habitual". La importancia de la ecografía en atención primaria

Yera Cano R¹; Ortiz Viana M^aC²; Peña Salas C¹

¹MIR de MFyC. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospital.

Motivos de consulta

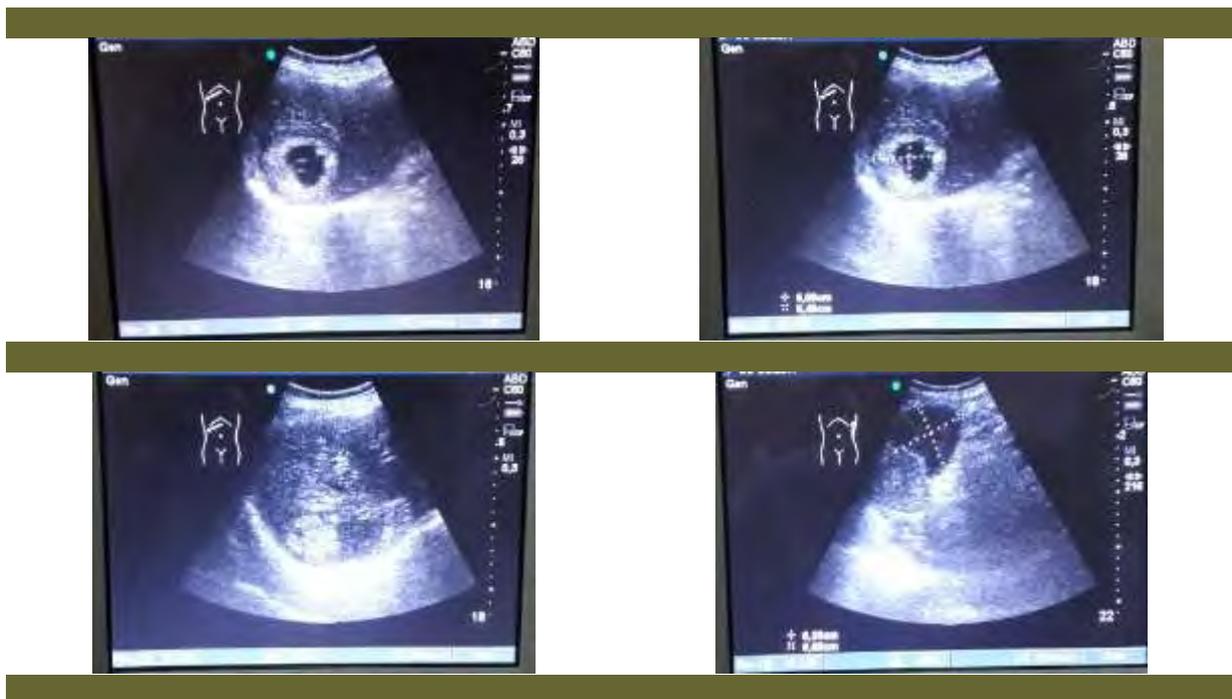
Molestias abdominales inespecíficas de varios días de evolución.

Historia clínica

Mujer de 67 años de edad acude a consulta por molestias abdominales de una semana de evolución sin otra clínica asociada.

Enfoque individual

No alergias medicamentosas y con antecedentes de HTA, neoplasia en mama izquierda intervenida en 2005 y menopausia. En tratamiento con irbesartan/hidroclorotiazida. Acude a consulta refiriendo molestias abdominales intermitentes, que no guardan relación con la ingesta de alimentos. No síntomas constitucionales. Exploración: BEG, eupneica, bien hidratada y perfundida. ACR normal. Abdomen normal. Se realiza ecografía de abdomen en consulta: Lesión ocupante de espacio (LOE) hepática en segmento VI del lóbulo hepático derecho, posterior, de 4,5x4,28cm de diámetro, hiperecogénica con centro anecoico y ecos en su interior como tabicaciones. Solicitamos analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con perfil hepático, renal y marcadores tumorales y radiografía de tórax. TAC de abdomen con contraste preferente previa consulta telefónica con radiología.

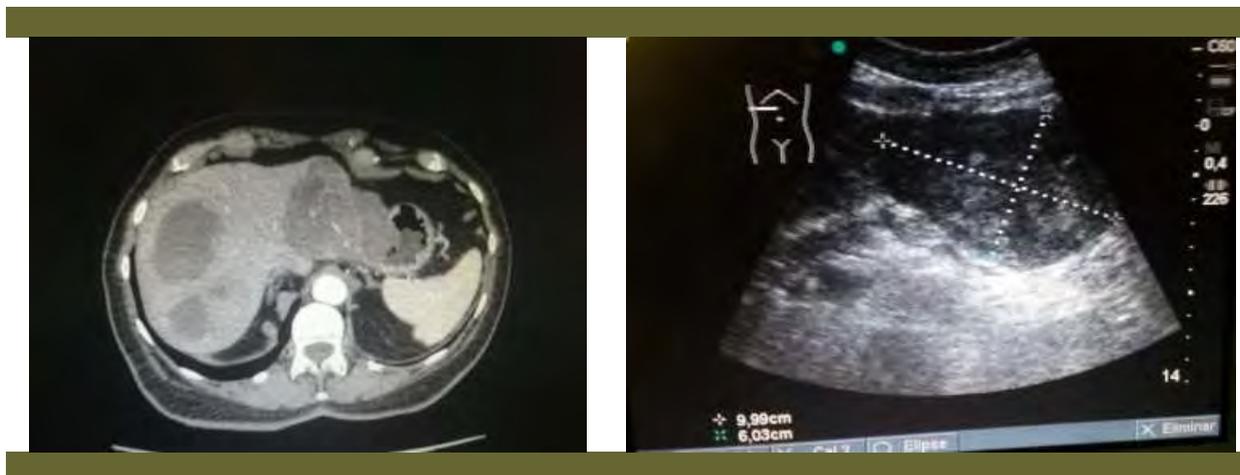


Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

LOE lóbulo hepático derecho a filiar. A diferenciar con hepatocarcinoma, hemangioma complicado, quiste hidatídico, Hiperplasia nodular focal, metástasis.

Tratamiento, planes de actuación

Ecografía de control: Tres LOES hiperecoicas con las características descritas previamente y con Doppler vascular negativo. Lesión heterogénea en epigastrio >10cm y anecoica en hipocondrio izquierdo sugerente de masa gástrica. Analítica y RX de tórax normal. Pendiente TAC abdomen.



Evolución

TAC abdomen: Hallazgos compatibles con tumor estromal gástrico (GIST) con metástasis hepáticas. Se ingresa en Medicina interna: FDA con biopsia: GIST Imunofenotipo CD 117 (+), CD 34(+). TAC de tórax para estudio de extensión y analíticas de control normales.

Conclusiones

La ecografía en Atención Primaria es una herramienta muy útil para ayudarnos a enfocar mejor nuestra sospecha clínica. Posee una gran sensibilidad, pero es poco específica, de ahí la necesidad de un mayor estudio para confirmar el diagnóstico. La prevalencia de los GIST es 1/100.000, dan síntomas cuando están muy evolucionados. La cirugía es el primer paso cuando sea posible, por ser altamente curativa en GIST primarios sin metástasis asociadas. Imatinib es una opción terapéutica de inicio en tumores inoperables para mejorar la resecabilidad. Imatinib, Sunitinib, Regorafenif, mejoran el pronóstico y supervivencia de estos tumores.

Palabras Claves Mesh

Metástasis, tumor, ecografía.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Que nos cuenta la ecografía en un caso de vómitos en atención primaria

Gómez Montes CV¹, Sierra Villalba A², González Fernández S³

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Estepona. Málaga

²Médico de Familia. Lyme Clinic. Marbella (Málaga)

³Médico de Familia. Centro de Salud Albarizas. Marbella (Marbella)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, náuseas y vómitos, pérdida de peso.

Historia clínica

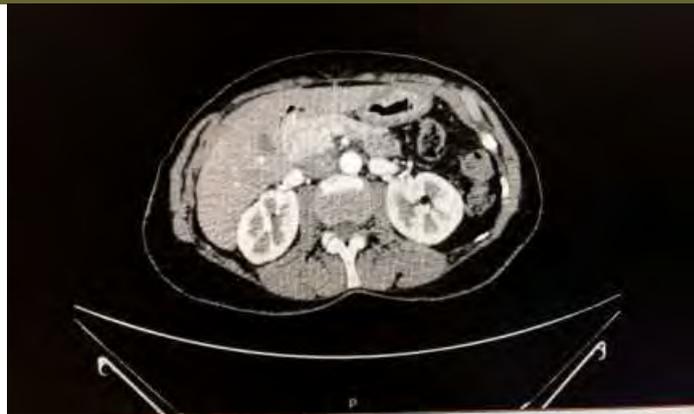
Paciente femenina de 60 años que consulta por presentar dolor abdominal en epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos, que han cedido post a tratamiento con cisapride y omeprazol. Refiere pérdida de peso de 2 kg en unos meses. Examen físico normal, TA 110/70, Peso 57 Kg, Talla 154 cm, PA: 91 cm Hb 13.5, Hto 40 gr, albúmina 4,2 g/dl, FG 95, Colesterol 171 mg/dl, Calprotectina 127 picogr/ g. Sangre oculta negativo, HP negativo.

Enfoque individual

Se le realiza una ecografía abdominal en atención primaria (4 abril 2018) donde se concluye litiasis vesicular. Se observa además una lesión de 3,97 × 4,92 cm, que ocupa el área vesicular y la región antral gástrica, de bordes regulares, contenido eco mixto y Doppler dudoso, Colédoco normal. Se deriva a Digestivo.



Lesión de 3,97 × 4,92 cm que ocupa el área vesicular y la región antral, de bordes regulares, contenido eco mixto y Doppler dudoso



TC toracoabdominal con contraste.
Neoplasia de cabeza-cuerpo uncinado del páncreas probablemente de tipo endocrino (3NOMO, estadio II A)

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumoración epigástrica a filiar.

Tratamiento, planes de actuación

En Digestivo se le repite la ecografía confirmando hallazgos y se pide una RMN toracoabdominal con contraste donde concluyen neoplasia de cabeza-cuerpo uncinado del páncreas probablemente de tipo endocrino (3NOMO estadio II A). Piden alfa fetoproteína 2 ng/ml, CEA < 0.5ng/ml, Ca 19.97.9.

Realizan eco-endoscopia observando la lesión en cuello pancreático donde toman biopsia. La anatomía patológica (30 mayo 2018) realiza técnicas inmunohistoquímicas: sinatopsisina y CD-56 positividad difusa en células neoplásicas. Cromogranina: positividad parcheada, beta-catenina: positiva en membranas celulares. Índice de proliferación Ki 67: 4% en la muestra. La biopsia reporta proliferación celular compatible con tumor neuroendocrino bien diferenciado.

Evolución

En lista de espera quirúrgica para duodenopancreatectomía cefálica.

Conclusiones

La ecografía abdominal pasa a ser una extensión del examen físico para el médico de familia, permitiéndonos realizar diagnósticos presuntivos, derivaciones rápidas acordes a los hallazgos encontrados y soluciones rápidas como en esta paciente que está en espera de resección quirúrgica y solución temprana de su patología. De otra manera y sin esta herramienta el diagnóstico sería más tardío y probablemente el pronóstico se ensombrecería.

Palabras Claves Mesh

Ecografía abdominal, cáncer de páncreas, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Unos tanto y otros tan poco

Bajo Ramos J¹, Peña Salas C², Yera Cano R²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda. Jaén

²MIR de MFyC. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos y expectoración de semanas de evolución.

Historia clínica

Paciente de 66 años que acude por primera vez a consulta de AP por tos con expectoración de semanas de evolución.

Enfoque individual

Antecedentes personales: tabaquismo. Acude por tos con expectoración purulenta y febrícula de más de 3 semanas de evolución. Tras anamnesis dirigida se confirma la tos crónica con expectoración verdosa, principalmente matutina, junto con sudoración profusa nocturna y pérdida de peso de 8-9kg en 9 meses. A la exploración: auscultación con estertores espiratorios, palpación de adenopatías latero-cervicales izquierdas, axilar derecha y hepatoesplenomegalia. Se realizó una analítica general con presencia de leucocitosis (89770/ μ L) a expensas de linfocitos (82.57/ μ L) e hiperglucemia (129mg/dL), ambos hallazgos confirmados con otra analítica (leucocitosis 122100/ μ L, 106.16/ μ L linfocitos y 140mg/dL de glucemia basal); espirometría con obstrucción moderada. En radiografía de tórax: hilios congestivos y líneas de tranvía en bases pulmonares; ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia (bazo 14.9cm e hígado 19.7cm) junto con masa homogénea abdominal de 12cm que impresiona de conglomerado adenopático.





Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome Linfoproliferativo, Diabetes Mellitus. EPOC. Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria bacteriana o vírica, neoplasias, alteraciones tóxico-metabólicas, Sd Linfoproliferativos, LLC, Linfoma.

Tratamiento, planes de actuación

Comenzó con broncodilatadores (Indacaterol/Bromuro de glicopirronio) y antibioterapia empírica (Amoxicilina 875mg/ Clavulánico 125mg cada 8horas durante 7 días). Inició tratamiento con Metformina 850mg, 1/2comprimido cada 12 horas. El paciente fue derivado al servicio de Hematología para estudio.

Evolución

Fue diagnosticado de Leucemia Linfática Crónica estadio B. Tras el inicio del tratamiento con ciclos de inmunquimioterapia (combinación de rituximab, fludarabina y ciclofosfamida; pegfilgrastim), a los 5 meses del diagnóstico de sospecha, presentó una analítica normal (7540/ μ L leucocitos, 1220/ μ L linfocitos).

Conclusiones

En AP es importante realizar una captación activa de pacientes que acuden por primera vez a la consulta, realizando una anamnesis y exploración adecuadas, completándolas con las pruebas complementarias necesarias. El tener más herramientas en la consulta, como un ecógrafo, permite confirmar hallazgos de la exploración y un acercamiento diagnóstico precoz.

Ante un paciente poco frecuentador hay que optimizar cada visita con los recursos de los que disponemos, ya que, como en este caso, pueden ocultar múltiples patologías.

Palabras Claves Mesh

Catarro, leucemia, EPOC.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Abdomen agudo urológico

Ortiz Viana M^aC¹, Peña Salas C², Yera Cano R²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²MIR de MFyC. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalizada (urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, urología).

Motivos de consulta

Hematuria macroscópica.

Historia clínica

Varón de 62 años sin alergias a medicamentos conocidas y fumador de 20 cigarros al día consulta por hematuria macroscópica sin otra sintomatología asociada.

Enfoque individual

Antecedentes personales: fumador de 20 cigarros al día desde hace 30 años. Anamnesis: consulta por hematuria macroscópica sin otra sintomatología asociada. Abdomen anodino a la exploración. Pruebas complementarias: Ecografía de abdomen hecha en consulta donde evidenciamos imagen lobulada de 5,4 por 3,8 cm en pared posteroinferior con doppler positivo compatible con neoformación de vejiga.



Se le deriva a consulta de urología de manera preferente. A la espera de ser visto, acude a urgencias hospitalarias por dolor torácico típico acompañado de cortejo vegetativo que necesitó transfusión de dos concentrados de hematies por presentar en hemograma 7 g/dL de hemoglobina, traslado a tercer nivel para realización de angioplastia y colocación de un stent. Posteriormente, fue derivado a urología de manera preferente donde se le realizó dos resecciones transuretrales en dos años consecutivos. Cinco días después de la segunda resección por recidiva tumoral nos consulta por dolor abdominal y molestias urinarias, dos días antes se le había retirado la sonda por mala tolerancia. A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de hipoperfusión periférica, con abdomen doloroso con defensa. En ecografía de abdomen observamos imágenes anecoicas diseminadas por todo el abdomen, espacio de Morrison y Douglas incluido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Tumoración vesical, complicación tras resección transuretral, rotura vesical, uroperitoneo.

Diagnóstico diferencial: Hemoperitoneo, rotura de víscera abdominal.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación a un segundo nivel. Se confirmó mediante TAC de abdomen sin contraste la presencia de líquido libre en espacios subfrénicos, perihepático, periesplénico compatible con rotura vesical.

Evolución

Se ingresó a cargo de urología con cifras iniciales de creatinina de 3,55 mg/dL. Mediante sondaje vesical el paciente mantuvo buenas diuresis, normalizándose cifras de creatinina y reabsorbiéndose el uroperitoneo sin incidencias a destacar.

Conclusiones

La ecografía como prueba diagnóstica muy sensible, pero poco específica ayuda a acortar tiempos en situaciones de emergencia influyendo claramente en el pronóstico de las patologías urgentes.

Palabras Claves Mesh

Bladder tumor, peritoneum, ultrasound.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Tengo mala circulación en las piernas

Martínez Chaves V¹, Caraballo Ramos I¹, Gallardo Ramírez M²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

²Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Edema, tumefacción, emplastamiento miembro inferior.

Historia clínica

Varón de 82 años que consulta por edema, tumefacción y emplastamiento miembro inferior izquierdo. Antecedentes de HTA, diabetes, dislipemia, HBP, Parkinsonismo, bocio multinodular, herniorrafia inguinal.

Enfoque individual

Ante la sospecha de TVP se realiza ecografía doppler de miembro inferior.

Vena poplítea aumentada de diámetro y abundante material ecogénico en su interior y ausencia de flujo.

Femoral superficial, femoral común y safena no compresibles y ocupación de su luz por material ecogénico y ausencia de flujo.

Extendemos el estudio a la iliaca realizando ecografía abdominal, observamos la existencia de una gran masa quística polilobulada, con contenido ecogénico que ocupaba todo el flanco izquierdo, parecía depender del riñón izquierdo, pero que debido a su tamaño y extensión distorsionaba de forma importante la anatomía y no nos fue posible caracterizarla.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

TVP con riesgo muy elevado de TEP

Índice de Wels: 7,5.

Tratamiento, planes de actuación

Remitimos al paciente a urgencias para ingreso con el diagnóstico de TVP extensa con riesgo muy elevado de TEP y masa polilobulada de naturaleza quística que ocupa todo el flanco izqdo.

Iniciamos la administración de enoxaparina 1,5 UI /Kg

Evolución

Ingresó con el diagnóstico de TVP extensa en miembro inferior izqdo. Se realizó una nueva eco doppler de miembros inferiores confirmándose el diagnóstico y TAC abdomino pélvico, observándose "Duplicidad renal izquierda con obstrucción crónica del pelon superior"

La evolución ha sido satisfactoria

Conclusiones

La ecografía al alcance del médico de familia ha puesto de manifiesto una patología congénita, al ampliar el estudio de una TVP extensa del miembro inferior ha permitido su rápida derivación.

Palabras Claves Mesh

Trombosis venosa profunda, duplicidad renal.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Tengo un bulto en el codo

Caraballo Ramos I¹, Martínez Chaves V¹, Gallardo Ramírez M²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

²Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tumoración indolora en codo con crecimiento progresivo.

Historia clínica

Mujer de 54 años con tumoración en codo indolora a la palpación, bien delimitada y móvil. Historia de hiperreactividad bronquial, hipertensión, diabetes e histerectomía. Alérgica a diclofenaco.

Enfoque individual

Se realiza estudio ecográfico detectando tumoración de contornos bien definidos, isoecoica, adyacente a una estructura vascular arterial. También presenta algunas estructuras vasculares en su interior. Al no poder caracterizar la lesión se deriva al servicio de Rehabilitación que solicita ecografía y posteriormente, al no ser concluyente, resonancia magnética (RMN) del codo. En Rsin apMN se informa como lesión no agresiva de estirpe neural dependiente del nervio mediano, probablemente Schwannoma, y derivan a Neurocirugía de Jaén.

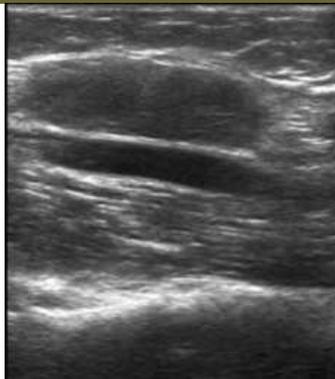


Figura 1. Corte longitudinal sobre la lesión. Imagen de ecogenicidad intermedia, isoecoica, de bordes bien definidos, ovalada, adyacente a estructura lineal anecoica.

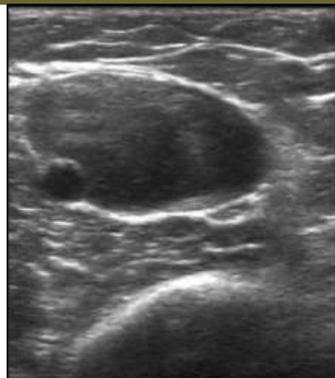


Figura 2. Corte transversal sobre la lesión. Imagen de ecogenicidad intermedia, ovalada, de bordes bien definidos, que engloba a estructura anecoica redonda en su interior.

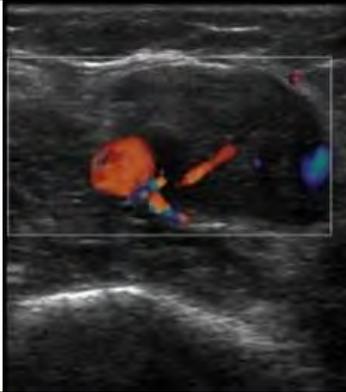


Figura 3. Corte transversal con la aplicación de Doppler. La estructura anecoica redonda que capta flujo es un vaso sanguíneo. También se aprecian algunas estructuras vasculares en el interior de la lesión.

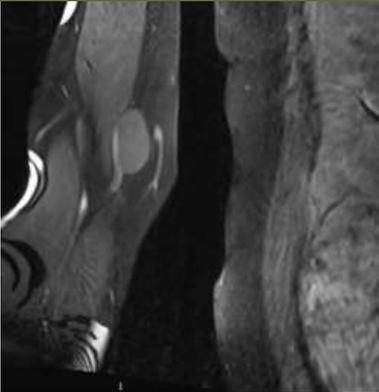


Figura 4. RM brazo corte sagital en secuencia T2. Masa de contornos bien definidos hiperintensa en secuencia T2, situado en el trayecto de un vaso, entre estructuras musculares. Apréciase la similitud con la imagen ecográfica longitudinal figura 1.

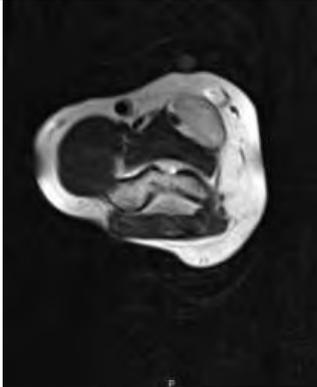


Figura 5. RM brazo en secuencia T2 axial. Masa de contornos bien definidos hiperintensa en secuencia T2 que engloba a estructura vascular. Imagen similar a la obtenida en corte ecográfico transversal figura 2.



Figura 6. Estructura anecoica con material hiperecogénico en el interior de su luz. Al aplicar el Doppler Color se aprecia la existencia de flujo sanguíneo en una estructura vascular más profunda, sin existir flujo en el vaso más superficial. Trombosis venosa cefálica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Schwannoma. Diagnóstico diferencial con mixomas, lipomas, quistes, angiomas...

Tratamiento, planes de actuación

Resección tumoral en Neurocirugía en Jaén. A la semana de la cirugía la paciente acude a consulta de atención primaria con edema del brazo. Se realiza ecografía detectando material hiperecogénico que ocupa toda la luz de estructura anecoica lineal. Sin flujo en el Doppler. Se diagnostica de trombosis de la vena cefálica que se resuelve con heparina.

Tres meses después, sin aún resultado anatomopatológico, la paciente acude a nuestra consulta con recidiva tumoral, realizando una nueva ecografía con imágenes idénticas a la lesión inicial. Se remite de forma preferente a Neurocirugía, que reclama el resultado anatomopatológico y solicita nueva RMN del codo. El resultado de la biopsia determina que se trata de sarcoma fibromixóide de bajo grado sobre Schwannoma. Es derivada a la Unidad de Tumores Óseos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, donde amplían de forma considerable los márgenes quirúrgicos incluyendo resección de la arteria braquial e injerto de vena safena y tratamiento radioterápico posterior.

Evolución

Excelente recuperación de la movilidad del brazo. En estudio en la Unidad de Cáncer Familiar.

Conclusiones

La ecografía al alcance del médico de familia ha contribuido al manejo eficaz de la lesión desde su diagnóstico inicial, agilizando los trámites, detectando una complicación postquirúrgica y descubriendo precozmente la recidiva del tumor.

Palabras Claves Mesh

Sarcoma, Schwannoma.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Diagnóstico ecográfico de un carcinoma endometrial

Ramos Ontiveros B¹, Martínez Yáñez AM^{a2}, Fernández Berbel V²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

²MIR de MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, con posterior derivación hospitalaria.

Motivos de consulta

Molestias abdominales.

Historia clínica

Mujer de 75 años que acude por molestias al orinar y flujo rojo.

Enfoque individual

AP: Ninguno de interés.

Medicación: analgésicos condicionales.

Anamnesis: La paciente refiere que, desde hace unos días, nota tenesmo vesical y disuria. Además, refiere flujo rojo al terminar la micción y manchado de compresa como en agua de lavar carne.

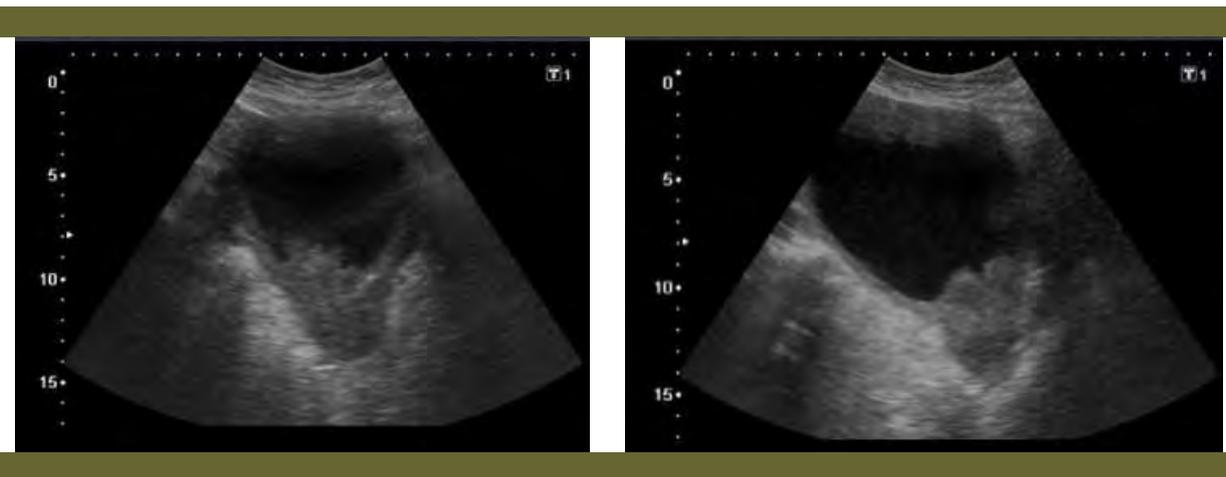
Exploración: Abdomen globuloso, blando y depresible, doloroso de manera difusa a la palpación. Se palpa masa centropélvica.

Exploración vaginal: normal. Meato uretral hiperémico. Resto normal.

Pruebas complementarias:

Tira de orina: sangre +, leucocitos ++.

Ecografía en centro de salud, donde se objetiva masa en hipogastrio a nivel de FID, e imagen quística con excrecencia en su interior.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neoplasia de ovario vs neoplasia endometrial.

Diagnóstico diferencial con carcinoma endometrial, mioma, pólipo endometrial o carcinoma de ovario.

Tratamiento, planes de actuación

La paciente fue derivada a urgencias ginecológicas, donde se realizó nueva ecografía observándose útero aumentado de tamaño a expensas de cavidad endometrial muy distendida con material hemático en su interior. En contacto con el OCI, formaciones papilares excrecentes. Miometrio muy adelgazado. Se ingresó y se solicitó RMN donde se objetiva masa sólida infiltrante en pared de endocérvix, istmo y parte de pared uterina que protruye en cavidad de 6 x 3.3 x 2.5 de diámetro.

Marcadores tumorales: CA125 y CA 19.9 positivos.

Se toman biopsias endometriales por histeroscopia, diagnosticándose en Anatomía Patológica de adenocarcinoma endometriode bien diferenciado.

Se decide hysterectomía + doble anexectomía y se le dieron varios ciclos de radioterapia después.

Evolución

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática, en seguimiento y tratamiento por oncología ginecológica. No ha presentado recidivas.

Conclusiones

La ecografía en Atención Primaria (AP) tiene las ventajas propias de la técnica (económica, inocua, rápida, accesible, fiable y repetible), facilitándonos la toma decisiones, mejorando la percepción del paciente hacia la atención recibida, y aumentando su confianza y satisfacción. Además, evita múltiples citas y retrasos en la solución del problema, y aumenta la satisfacción profesional del médico de AP al alcanzar un diagnóstico rápidamente.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, Endometrial Neoplasms, Primary Health Care.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Me ha sentado mal el nuevo tratamiento del psiquiatra

Martínez Chaves V¹, Caraballo Ramos I¹, Gallardo Ramírez M²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

²Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 45 años de edad que consulta por dolor en epigastrio que irradiaba hacia la espalda con sensación nauseosa que atribuía a cambio de medicación antidepressiva que tomaba.

Solicitaba un cambio de dicha medicación.

Historia clínica

Asintomática. Refería haber perdido uno 7 kg de peso el último verano que atribuía al estrés de su trabajo. En tratamiento por un trastorno ansioso depresivo desde hace años, con paroxetina y lorazepam que al no mejorar el psiquiatra le cambia a venlafaxina y clonazepam. Al realizar dicho cambio empezó con los síntomas motivo de su consulta.

Buen estado general. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y en hipocondrio derecho, con ligera hepatomegalia. Resto de la exploración normal.

Enfoque individual

Se realiza ecografía en atención primaria, hígado aumentado de tamaño de forma difusa, pero sobre todo a expensas del LHD, con múltiples LOES, que se hacen confluentes con halo hipoecogenico alrededor, y con imágenes en ojo de buey. Hallazgos compatibles con hígado metastásico primera posibilidad

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

LOES hepáticas. Hígado metastásico.

Tratamiento, planes de actuación

Remitimos al paciente de forma urgente al hospital de referencia para ingreso y estudio.

Evolución

Al ingreso se realizó:

TAC de tórax: normal

TAC y Resonancia de Abdomen, que describen: LOES hepáticas compatibles con metástasis como primera posibilidad, adenopatías en hilio hepático, ligamento gastrohepático.

Endoscopia digestiva, alta y baja normales.

Mamografía y ecografía mamaria y de axilas normal

Estudio ginecológico normal

BAG lesión hepática, con acceso por vía subcostal derecha con anestesia local

Anatomía patológica: hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con colangiocarcinoma.

Actualmente recibe quimioterapia

Conclusiones

La ecografía al alcance del médico de familia, detectó una patología muy grave partiendo de un motivo de consulta simple.

En ausencia de ecografía, probablemente se le hubiera cambiado la medicación y se le hubiera asociado un IBP para el alivio de los síntomas

Palabras Claves Mesh

Hígado, metástasis, colangiocarcinoma.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Dolor abdominal y fiebre en varón joven

Bermúdez Torres FM¹, Salva Ortiz N², González Contero L²

¹Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

²Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y fiebre.

Historia clínica

Paciente de 32 años, sin alergias medicamentosas, ni antecedentes de interés, que acude a consulta de atención primaria por dolor abdominal inespecífico, tratado de forma sintomática y tratamiento dietético. Vuelve a consultar por persistencia de dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho y aparición de fiebre de 39.5º de 3 días de evolución; acompañado de náuseas sin vómitos. Niega trasgresión dietética. No alteración del hábito intestinal ni síndrome miccional. Ante la persistencia de los síntomas, se deriva a urgencias de hospital para valoración de pruebas complementarias.

Exploración: TA 90/60, FC 110 lpm, SatO₂ 98%. Tº 38.5º. Mal estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Palidez cutánea. No adenopatías. No ictericia. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, más acentuada en hipocondrio derecho, con murphy dudoso. Ruidos hidroaéreos conservados. Puñopercusión renal bilateral negativa. Pulsos femorales presentes y simétricos. Extremidades sin alteraciones.

Pruebas complementarias:

- Analítica completa a destacar: leucocitosis con neutrofilia, elevación de proteína C reactiva, fosfatasa alcalina y transaminasas, resto normal.

- Radiografía de abdomen: sin hallazgos de interés.

- Ecografía abdominal: vesícula moderadamente distendida con barro biliar con litiasis. Mínima dilatación de vía biliar extrahepática. Lesión ocupante de espacio, de 5,2 x 3,7 cm en el parénquima hepático con contenido hipocogénico y un nivel en su interior compatible con absceso hepático.

Se ingresa al paciente y se realiza TAC abdominal confirmando la sospecha de absceso hepático.

Enfoque individual

Casado con un hijo. Buen apoyo familiar y social. Desempleado en la actualidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: absceso hepático. Colelitiasis

Diagnóstico diferencial: colelitiasis, colecistitis, colangitis, tumor hepático, hepatitis.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con antibióticos, antipiréticos y analgésicos intravenosos. Se realiza drenaje del absceso con éxito.

Evolución

Evolución favorable tras drenaje.

Conclusiones

La ecografía abdominal de urgencias permite identificar una complicación poco frecuente de los procesos infecciosos de las vías biliares como es el absceso hepático. Ante todo paciente con dolor abdominal persistente y fiebre es de utilidad esta prueba incruenta para facilitarnos el diagnóstico.

Palabras Claves Mesh

Abdominal pain, fever, liver abscess.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Dolor testicular de varias semanas

Salva Ortiz N¹, González Contero L¹, Bermúdez Torres FM²

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

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Molestias en teste izquierdo desde hace 2 semanas con aumento de tamaño del mismo.

Historia clínica

Varón de 28 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, asmático con trastorno de ansiedad en tratamiento con fluoxetina, alprazolam y salbutamol a demanda. No intervenciones quirúrgicas, pintor de profesión. Acude a urgencias tras ser derivado por su médico de familia por presentar desde hace 2 semanas molestias en testículo izquierdo así como aumento del tamaño del mismo. Niega fiebre, síntomas miccionales, no dolor abdominal, no náuseas ni vómitos, no traumatismos previos ni sobre esfuerzos, no secreciones uretrales, no relaciones sexuales de riesgo.

Exploración clínica: buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar normal. Abdomen anodino.

Exploración de genitales: masa indurada en testículo izquierdo adherida ligeramente dolorosa a la palpación.

Pruebas complementarias:

Analítica, las tres series normales. Sedimento y anormales de orina negativo. Radiografía de tórax y abdomen normal.

Ecografía testicular integrada en urgencias: aumento del tamaño del testículo izquierdo con presencia de una lesión en su interior hipoecogénica, multilobulada con microcalcificaciones y aumento de vascularización.

Enfoque individual

Vive con sus padres, soltero, buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: masa testicular izquierda

Diagnóstico diferencial: tumores benignos y malignos testiculares, abscesos.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento y planes de actuación: El paciente fue remitido a Urología de urgencias que realiza extirpación de testículo izquierdo siendo filiado de seminoma testicular pT1b NO MO (estado I). Se colocó prótesis testicular y actualmente hace seguimiento en consultas de oncología médica y por parte de la unidad de salud mental de referencia.

Evolución

Favorable, asintomático.

Conclusiones

Destacamos en este caso la importancia de disponer en la consulta de urgencias de un ecógrafo, con unas mínimas nociones de ecografía desde urgencias se pueden orientar numerosas patologías.

Palabras Claves Mesh

Testicular pain, ultrasound, seminoma.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Politrauma y ecografía en Urgencias

González Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²

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

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Politraumatizado en accidente de tráfico.

Historia clínica

Varón de 33 años traído en ambulancia tras sufrir accidente de tráfico con choque frontal. Llevaba el cinturón puesto, han saltado los airbags, el coche ha quedado destrozado (alta energía). Refiere intenso dolor abdominal. No pérdida de conocimiento.

Exploración general: Tensión arterial 138/98 Frecuencia cardíaca 86 SatO₂ 100. Consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico. Afectado por el dolor. No IY. ACP: normal. Abdomen: intenso dolor a la palpación de todo el abdomen con defensa muscular y Blumber (+). Lesiones superficiales en tórax y abdomen producidas por el cinturón de seguridad.

Pruebas complementarias:

ECOFAST: imagen de líquido libre peritoneal a nivel periesplénico y receso hepatorenal.

Rx Tórax, C Cervical, Abdomen y Pelvis: sin alteraciones significativas.

Analítica: Glucosa, Creatinina, Urea e Iones normales / Hb 12.4 / Htc 38.3 / VCM 92

TTO (IV): Metamizol, Dexketoprofeno, Fentanilo en bolos de 0.05 (x 3)

TAC abdomino-pélvico: Líquido libre perihepático, periesplénico, en goteras paracólicas y entre asas. No se aprecia neumoperitoneo. Hígado, riñones, bazo y páncreas sin alteraciones. Disección de aorta abdominal infrarrenal distal a nivel de bifurcación ilíaca.

Enfoque individual

Soltero, sin hijos. Buen apoyo familiar y social. Trabajador en el sector de la construcción.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Disección de aorta postraumática.

Diagnósticos diferenciales: Rotura esplénica, rotura hepática.

Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con cirugía y se realiza laparotomía exploradora objetivándose sangrado digestivo de origen en desgarros mesentéricos y avulsión de asas yeyunales. Se procede a resección de 60 cm de yeyuno, sutura de uno de los desgarros y sutura con refuerzo de deserosamiento de colon. En un segundo tiempo se coloca endoprótesis endovascular por punción femoral guiada por ECO, con exclusión de la lesión aórtica.

Evolución

Favoreable a pesar de lo grave de la entidad.

Conclusiones

Apostar por la importancia de contar con un ecógrafo en nuestros servicio de atención primaria y urgencias, así como la formación del personal, ya que con unas nociones básicas y la práctica diaria nos es de máxima utilidad para valorar la patología urgente sin demorar el tratamiento de la misma y mejorando el pronóstico del paciente.

Palabras Claves Mesh

Polytraumatized, pain, abdomen.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Doctora, estoy amarilla

González Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM^{a2}

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

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal e ictericia.

Historia clínica

Mujer de 70 años de edad, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, no alergias medicamentosas conocidas, nunca fumadora ni bebedora. Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, DM tipo 2 insulinizada. Niega intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento actual: Olmesartán 40 mg (1-0-0), Indapamida 1,5 mg (1-0-0), Atorvastatina 10 (0-0-1), Metformina 850 mg (1/2-1-1/2), Insulina glargina 26 U/noche, Insulina aspart (16-20-10).

Acude porque desde hace 15 días presenta con diarrea profusa acompañada de dolor abdominal con mejoría parcial tras dieta. Refiere desde ayer intenso dolor abdominal que localiza en hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos de aspecto bilioso. Refiere también prurito en ambos brazos. Al mirarse al espejo esta mañana se ha visto de un color raro.

Exploración general: T^a 37°C. TA 110/50 mmHg. Fc 71 lpm. SatO₂ 96%

Ligeramente afectada (dolor y náuseas), consciente y orientada, bien perfundida e hidratada. Eupneica. Ictericia de piel y conjuntival.

Abdomen: globuloso, blando y depresible, dolor intenso a la palpación de hipocondrio derecho con Murphy (+), sin signos de peritonismo.

Exploraciones complementarias:

ECG, Rx Tórax y Abdomen: sin alteraciones valorables

Análítica: Bilirrubina total 6,21 / Bil Directa 5,56 / Creatinina 1,27 / Urea 66 / Glucosa 168 / Na 141 / K 4,25 / Amilasa 53 / Fosfatasa Alcalina 300 / Gamma GT 930 / ALT-GPT 339 / AST-GOT 318 / Hematíes 3.7 / Hb 11,8/ Htc 35,9 / VCM 97,9 / Leucocitos 11.300 (Nt 87,5 Linf 5,6 Mon 5,8 Eos 0,8 Bas 0,3).

Ecografía integrada en urgencias: vesícula distendida con presencia de barro biliar y microlitiasis. Vía biliar intra y extrahepática significativamente dilatada.

Enfoque individual

Viuda y sin hijos, vive sola. Buena red social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Ictericia obstructiva por coledocolitiasis.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda, cólico biliar, colangitis, neoplasia.

Tratamiento, planes de actuación

Ingresa en planta a cargo de Digestivo. Se inicia dieta absoluta, sueroterapia y analgesia. Pendiente de CPRE en los próximos días.

Evolución

Muy favorable.

Conclusiones

Con unas nociones básicas de ecografía y con la disponibilidad de un ecógrafo en la consulta podemos realizar diagnósticos de patologías e iniciar tratamiento mejorando el pronóstico.

Palabras Claves Mesh

Pain, abdomen, jaundice.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Diagnóstico diferencial de dolor abdominal en mujer joven

González Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM^{a2}

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

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 19 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 2-3 cigarrillos al día, niega hábito alcohólico, niega posibilidad de embarazo, no refiere antecedentes personales ni familiares de interés. Niega intervenciones quirúrgicas.

Acude al servicio de urgencias por presentar desde hace dos días dolor abdominal intenso localizado en fosa iliaca derecha no irradiado, que no cede pese a analgesia oral con paracetamol e ibuprofeno. No presenta fiebre ni náuseas ni vómitos. No alteraciones del hábito intestinal ni otra sintomatología asociada.

Exploración física:

Buen estado general, eupneica, bien hidratada, perfundida. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación, Blumberg positivo, Murphy negativo, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa.

Exploraciones complementarias realizadas:

Hemograma: leucocitosis 12000. Resto normal.

Bioquímica: normal.

Coagulación: normal.

Sistemático de orina: sin alteraciones significativas.

Test de gestación: negativo.

Ecografía integrada en Urgencias: Vesícula de grosor parietal normal, sin litiasis. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas. Hígado de tamaño, contorno y ecogenicidad normales sin lesiones focales. Ambos riñones de tamaño y ecogenicidad normales sin dilatación de sus sistemas colectores. No se visualiza apéndice. No se visualiza líquido libre en la zona ni cambios inflamatorios. Ovario izquierdo con algunos quistes foliculares en su periferia. En ovario derecho se observa lesión de morfología redondeada, contornos bien definidos y contenido hiperecogénico. Se acompaña de pequeña cantidad de líquido en su vecindad así como interasas.

Ante la sospecha de Quiste hemorrágico se recomienda valoración por el servicio de ginecología.

Valorada por ginecología que realiza Eco vaginal: anejo izquierdo normal. Anejo derecho con imagen de quiste simple de contenido heterogéneo compatible con quiste hemorrágico de 37×32 mm. Escasa cantidad de líquido libre en Douglas.

Enfoque individual

Estudiante, soltera y sin hijos. Vive con sus padres, hija única. Red social adecuada. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Quiste hemorrágico.

Diagnósticos diferenciales: Neoplasia, apendicitis, torsión ovárica.

Tratamiento, planes de actuación

La paciente fue dada de alta con tratamiento antiinflamatorio y anticonceptivos orales durante tres meses.

Evolución

Favorable.

Conclusiones

Destacar la utilidad de tener un ecógrafo en nuestra actividad asistencial diaria para realizar un diagnóstico lo más aproximado posible, un correcto enfoque y tratamiento del paciente.

Palabras Claves Mesh

Pain, abdomen, ovary.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Dolor lumbar intenso en paciente octogenario

Bermúdez Torres FM^{a1}, Salva Ortiz N², González Contero L²

¹Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

²Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor lumbar.

Historia clínica

Paciente de 85 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y artrosis generalizada; que consulta por dolor lumbar derecho de intensidad moderada de varios días de evolución, que no mejora con analgésicos y se irradia hacia región abdominal, glúteo derecho y pierna derecha. En el día de ayer aumenta la intensidad, refiriendo que se alivia con el decúbito supino y empeora al caminar. Se inició tratamiento con tramadol/paracetamol, metamizol y diazepam, sin mejoría, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración: Regular estado general, postura antiálgica, consciente, orientada y poco colaboradora por dolor, eupneica en reposo. TA 185/100, FC 100 lpm, SatO₂ 97%. T^a 37°. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen en tabla, doloroso a la palpación de forma generalizada, apreciándose masa pulsátil a nivel de epigastrio, con soplo débil en la auscultación. Pulsos femorales asimétricos. Puñopercusión renal bilateral positiva. Dolor a la palpación de apófisis lumbares y glúteo derecho. Lassegue y bragar no explorados por dolor.

Pruebas complementarias:

- Analítica normal. Sedimento urinario negativo.
- Radiografía tórax: sin hallazgos de interés.
- ECG: taquicardia sinusal a 100 lpm, sin trastornos agudos de la repolarización.
- Ecografía abdominal: hígado, riñones y páncreas de aspecto normal. Dilatación aneurismática de aorta abdominal de 100x 46 mm. Ausencia de hemoperitoneo.
- TAC toraco-abdominal: confirma la presencia de aneurisma abdominal.

Enfoque individual

Viuda, independiente para las actividades de la vida diaria.

Vive con un hijo de 49 años, soltero.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Aneurisma de aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial: lumbociatalgia, cólico renal, estenosis del canal lumbar, disección aorta.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento analgésico intravenoso y control de tensión arterial.

Se traslada a la paciente a hospital de referencia para valoración de cirugía vascular.

Evolución

Clínicamente mejor.

Sigue ingresada en unidad de cirugía vascular.

Conclusiones

El aneurisma de aorta abdominal es una patología frecuente y con alta mortalidad; por lo que su sospecha clínica y el uso de la ecografía abdominal nos ayudará a una diagnóstico y tratamiento precoz, evitando futuras complicaciones y/fallecimiento de los pacientes.

Palabras Claves Mesh

Pain abdominal, aorta, aneurysm.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Neoplasia vesical en mujer de 75 años

Andrés Vera J¹, Jara Abril M¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria (AP) y servicio de urología hospitalario.

Motivos de consulta

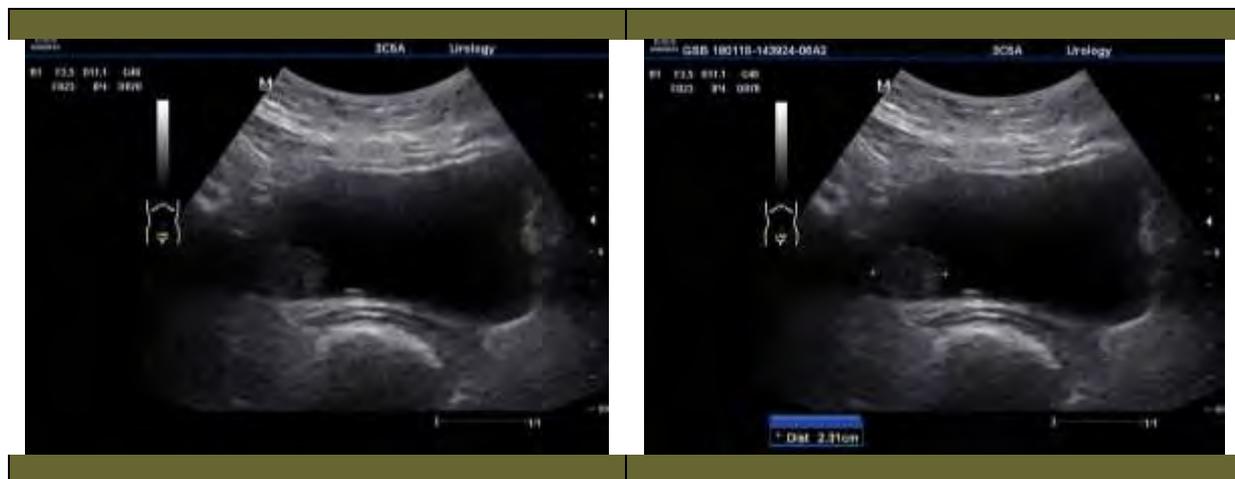
Hematuria y disuria.

Historia clínica

Mujer de 75 años, que presentó una semana antes de acudir a consulta de AP, un episodio aislado de hematuria acompañado de disuria y fiebre de 38°C. Acudió al servicio de urgencia ambulatorio, siendo diagnosticada de infección del tracto urinario y tratada con ciprofloxacino.

Enfoque individual

Antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes tipo II. Además, tabaquismo activo (IT: 35 paquetes año). Exploración física: abdomen blando y depresible sin masas ni megalias; puño percusión renal bilateral negativo. Analítica de sangre y orina sin alteraciones relevantes. Urocultivo negativo. Se realiza ecografía abdominal en AP, observándose una imagen de masa en cara posterior vesical de 1,7 cm de diámetro antero-posterior; riñones sin ectasia.



Con el diagnóstico de neoplasia vesical, es derivada y valorada por el servicio de urología hospitalario. **Citoscopia reglada:** “en mucosa vesical se visualizó lesión vellosa y polipoidea de 1 cm de tamaño, localizada en suelo derecho, cercana a meato sin invadirlo”. **El estudio anatomopatológico objetivó un carcinoma papilar urotelial (o carcinoma de células transicionales) Infiltrante de alto grado; infiltrando a lámina propia y no invadiendo la muscular, no se identificó invasión linfovascular.** URO-TAC posterior realizada, confirmó la lesión descrita.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neoplasia vesical (carcinoma urotelial papilar infiltrante).

El principal diagnóstico diferencial son los coágulos sanguíneos. Otros diagnósticos diferenciales son cálculos, invasión de tumores adyacentes (recto y cuello de útero en nuestro caso), fístulas con órganos de la vecindad, endometriosis, malacoplaquia, tuberculosis y equistosomiasis. Otros tumores raros

como adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y feocromocitomas. En el varón habría que descartar hipertrofia de próstata e invasión adyacente de carcinoma de próstata

Tratamiento, planes de actuación

Se realizó resección transuretral de la tumoración con posterior aplicación de terapia intravesical, mediante inmunoterapia con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG), en dosis semanal durante seis semanas.

Evolución

Actualmente la paciente se encuentra estable y en seguimiento por el servicio de urología mediante cistoscopia, citología y analítica trimestral.

Conclusiones

La aplicación de la ecografía abdominal en APS, permitió el diagnóstico temprano de neoplasia vesical, y su correcta derivación al servicio hospitalario de urología.

Palabras Claves Mesh

Neoplasia vesical, hematuria, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Malestar abdominal de un paciente en tratamiento con metformina

Pascual Pérez S¹, Hurtado Soriano R², Ruz Franzi I³

¹MIR de Medicina Interna. Hospital Puerta Del Mar. Cádiz

²MIR de MFyC. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y servicio medicina interna hospitalario.

Motivos de consulta

Dispepsia; sangrado en heces.

Historia clínica

Paciente varón de 62 años, afecto de sensación de plenitud postprandial en el último mes con pirosis que él lo asocia al tratamiento con metformina y a reflujo gastro-esofágico secundario a hernia hiatal. Además, ligera pérdida de peso de unos tres kilos. No pérdida de apetito. Alteración en el hábito intestinal en el último mes con tendencia a la diarrea y pérdida de consistencia en las heces. Un día antes de acudir a consulta en el centro de salud (CS), tuvo un episodio autolimitado de rectorragia.

Enfoque individual

Antecedentes personales: diabetes tipo II, exbebedor de 3-4 cervezas/día, exfumador hace cinco años, hernia de hiato. Exploración física. Buen estado general. Abdomen: blando y depresible, discreto dolor en hipocondrio derecho. Ligera hepatomegalia. Tacto rectal: hemorroides externas, tacto rectal negativo. Analítica: Hb 12,6, GGT: 475, AST 88, ALT 113, FA 274, LDH 356. Ecografía abdominal en el CS: Múltiples LOEs hepáticas algunas con zonas de necrosis central, compatible con hígado metastásico. Con este diagnóstico, es derivado al servicio de urgencia hospitalaria, quedando ingresado en el servicio de Medicina Interna.



Exploraciones complementarias. Colonoscopia: neoplasia de recto. Biopsia de lesión rectal: adenocarcinoma intestinal infiltrante. TAC de Abdomen: moderada hepatomegalia con presencia de incontables LOEs en relación con metástasis que afectan a ambos lóbulos hepáticos; adenopatías en hilio hepático de características metastásicas; engrosamiento parietal de recto superior compatible con neoplasia primaria. TAC de tórax: sin alteraciones evidenciables.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adenocarcinoma de recto estadio IV. Metástasis hepáticas.

Diagnóstico diferencial: carcinoma hepatocelular, cirrosis, fibrosis hepática, linfoma hepático, infiltración grasa.

Tratamiento, planes de actuación

Se inició tratamiento quimioterápico con FOLFOX: leucovorina cálcica (acd. Folínico), fluorouracilo y oxaliplatino. Además radioterapia hemostásica (rectorragia).

Evolución

En la actualidad, el paciente se encuentra en tratamiento por el servicio de oncología, mediante tratamiento quimioterápico, con aceptable estado general, exceptuando los efectos secundarios a los ciclos de quimioterapia.

Conclusiones

La aplicación de la ecografía abdominal en APS, permitió el diagnóstico temprano de las LOEs hepáticas y su correcta derivación al servicio hospitalario de urgencia.

Palabras Claves Mesh

Metástasis hepática, adenocarcinoma de recto, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Un embarazo muy dudoso

Alcántara Zarzuela M¹, Saucó Colón I¹, Alcántara Zarzuela A²

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

²Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 36 años que acude a urgencias hospitalarias refiriendo ser derivada por su matrona desde atención primaria recomendando cesárea urgente.

Historia clínica

A su llegada al hospital es conducida al área de Ginecología desde donde contactan con nosotros para valorar el caso tras ecografía que descarta embarazo. Aporta cartilla maternal según la cual sería una gestante de 52 + 4 semanas. Al revisarla se trata de la cartilla de su anterior embarazo, cumplimentada nuevamente.

Enfoque individual

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Niega consumo de tóxicos. Un embarazo previo, niño sano.

Anamnesis: paciente de baja laboral por embarazo, citada en el centro de salud para control del mismo (consulta en diraya). Según ella ha sido revisada en hospital sin constar citas en su historial. Cuando explico resultado de ecografía dice entenderlo ("no soy tan ignorante") mientras continúa con discurso en el que razona "estoy gorda cuando nunca lo he sido, noto al bebé dentro, mi familia está ilusionada...". Acompañada por su madre, que en este tiempo había creído a su hija y niega otras alteraciones del comportamiento.

Exploración: sin datos relevantes. Hemodinámicamente estable. Afebril. Exploración neurológica normal. Consciente, orientada. Glasgow 15/15. No labilidad emocional. Discurso estructurado. Actitud desafiante.

Pruebas complementarias: analítica con hormona gonadotrofina coriónica humana negativa. Ecografía en consulta: se visualiza útero vacío. Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Tóxicos en orina negativos. Tomografía axial computerizada cráneo sin hallazgos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: pseudociesis.

Diagnóstico diferencial: síndrome depresivo. Trastorno orgánico con manifestaciones psiquiátricas. Trastorno de personalidad. Brote psicótico.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación a hospital de primer nivel referente para valoración por psiquiatría.

Evolución

Ingresa con diagnóstico de psicosis a filiar.

Conclusiones

La ecografía en consulta aparece como una herramienta de una utilidad clave para orientar el caso, tanto en el que se expone como en similares que pudieran darse en una consulta de atención primaria o de urgencias hospitalarias. Destacar la importancia de la comunicación entre los diferentes servicios implicados en este caso como en cualquier otro, que facilita el correcto enfoque del mismo y su resolución.

Palabras Claves Mesh

Pregnancy maintenance, psychotic disorders.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Bultoma cervical anterior de un año de evolución

Iturregui Guevara M¹, Jara Abril M², Ruz Franzi I³

¹Médico Especialista en Endocrinología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz

²MIR de MFyC. Centro De Salud Olivillo. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y servicio de endocrinología hospitalario.

Motivos de consulta

Bultoma cervical anterior.

Historia clínica

Paciente varón de 44 años de edad, marino de profesión, que nota desde hace un año una sensación de bultoma cervical anterior, indoloro y sin clínica compresiva. Acude al centro de salud, para valoración de analítica rutinaria, detectándose dicho bultoma.

Enfoque individual

Sin antecedentes clínicos personales de interés. Tabaquismo activo (1T: 15 paquetes año). Bebedor ocasional. Exploración física realizada en el CS. Cuello: nódulo de unos 2 cm, en lóbulo tiroideo izquierdo bien delimitado; no adenopatías laterocervicales. Analítica: hemograma y bioquímica general normal; perfil tiroideo: TSH 7.17 y T4 normal (1.33), anticuerpos anti peroxidasa tiroidea y antitiroglobulina normales. Eco Tiroides realizada en el CS: aumento de tamaño de la glándula tiroidea de forma difusa, con presencia de múltiples imágenes nodulares dispersas por todo el parénquima glandular de diferente tamaño y ecogenicidad, predominantemente sólido-quísticas. Mediante doppler color muestran vascularización mixta, fundamentalmente en la periferia. Las lesión de mayor tamaño se localiza principalmente en el lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) (1.78 x 1.69x 3.1cm) en sus ejes transverso, anteroposterior y craneocaudal. Con el diagnóstico de hallazgo compatible de bocio multinodular se deriva a consulta de endocrinología. Le realizan PAAF de nódulo tiroideo izquierdo apreciándose material coloide y escasos grupos de células foliculares con diferenciación oncocítica. Así mismo, realizaron PAAF de nódulo en istmo tiroideo mostrando material coloide, grupos de células foliculares y macrófagos compatible con nódulo folicular benigno. La citología en su conjunto sugirió hiperplasia nodular.

1. Corte transversal del istmo.



2. Corte transversal del lóbulo tiroideo derecho.



3. Corte longitudinal del lóbulo tiroideo derecho.



4. Doppler color del nódulo dominante en lóbulo derecho.



5. Corte transversal del lóbulo tiroideo izquierdo.



6. Corte longitudinal del lóbulo tiroideo izquierdo.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Bocio multinodular predominantemente de 3.1 cm en LTI. Hipotiroidismo subclínico
Diagnóstico diferencial: principalmente con adenoma folicular y cáncer papilar de tiroides.

Tratamiento, planes de actuación

Le proponen tiroidectomía como primera opción, negándose el paciente a la misma. Control evolutivo anual ecográfico en el centro de salud.

Evolución

El paciente permanece clínicamente asintomático.

Conclusiones

La aplicación ecográfica tiroidea en atención primaria, permitió el correcto diagnóstico de bocio multinodular y su posterior derivación al servicio de endocrinología.

Palabras Claves Mesh

Bocio multinodular, hipotiroidismo subclínico, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Lumbalgia crónica y masa abdominal en joven de 27 años

Valle Gallardo V¹, Martín Jiménez A², Guerrero Ponce JP³

¹Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz

²Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Mentidero. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia crónica.

Historia clínica

Varón de 27 años que acude al centro de salud por dolor en fosa renal izquierda de varias semanas de evolución. Refiere masa en testículo derecho de años de evolución, que ha ido en aumento progresivamente.

Enfoque individual

A la exploración, se palpa masa abdominal en mesogastrio. Puño percusión renal derecha positiva y masa testicular derecha de 20 x 10 x 30 mm de consistencia pétreo. No dolorosa a la palpación. Transiluminación testicular negativa.

En ecografía abdominal se observa ectasia riñón derecho, masa abdominal que abarca cara anterior de hígado hasta pelvis y que engloba grandes vasos abdominales. Compatible con conglomerado adenopático. En testículo derecho se observa la masa de la exploración física, con imágenes calcificadas en su interior.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neoplasia testicular metastásica.

Tratamiento, planes de actuación

Se derivó para valoración en urgencias, dada la extensión del proceso y la afectación renal con hidronefrosis. El paciente fue ingresado en el servicio de urología.

Evolución

El paciente se encuentra pendiente de valoración de tratamiento en sesión clínica.

Conclusiones

El cáncer testicular se presenta frecuentemente con masa testicular indolora. De forma menos común, la sintomatología inicial, pueden ser molestias en hipogastrio o dolor en regiones donde se encuentran las metastásis, cuando el tumor se ha extendido. La evaluación inicial debe incluir la exploración física completa, seguido de la ecografía, para diferenciar en primera instancia, tumor testicular, de hidrocele y epididimitis.

La ecografía bilateral escrotal puede diferenciar entre lesiones escrotales intrínsecas y extrínsecas. Es una prueba costoeficiente e inocua para el paciente, por lo que ante una masa testicular, es una buena herramienta junto con una buena anamnesis y exploración física.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, testicular neoplasms, metastasis.

CASO CLÍNICO TIPO ORAL

Linfoma esplénico en paciente con pérdida de peso y astenia generalizada

Hurtado Soriano R¹, Andrés Vera J¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y servicio hematología hospitalario.

Motivos de consulta

Pérdida de peso y astenia generalizada.

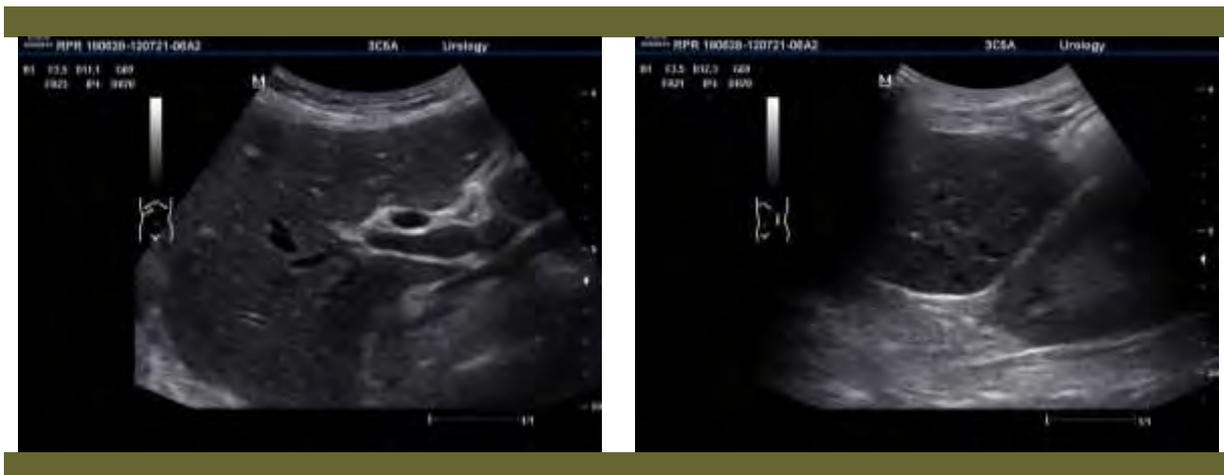
Historia clínica

Paciente mujer de 75 años de edad que acude a consulta al Centro de Salud (CS) por pérdida de peso de unos cuatro kilos y astenia generalizada, durante el último mes.

Enfoque individual

Antecedentes personales: diabetes tipo II, fibrilación auricular valvular permanente, prótesis valvular por estenosis mitral severa; cardiopatía isquémica; insuficiencia cardíaca con numerosos episodios de descompensación; colecistectomía; no tabaco ni alcohol. Exploración física. Auscultación cardíaca: arrítmico con soplo sistólico; Auscultación respiratoria: crepitantes bibasales; Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación, no masas ni megalias. Analítica. Hemograma: hemoglobina 9.4 g/dL; leucocitos 22.830 /mmc; neutrófilos: 86%; plaquetas: 316.000. Bioquímica: glucemia 211; ferritina 57; creatinina 1.5; PCR 190; marcadores tumorales normales. Ecografía abdominal realizada en el CS destaca la existencia de lesiones hipocogénica multifocales a nivel del bazo, moderada hepatomegalia global, aumento del calibre de las venas suprahepáticas y de la vena cava inferior compatible con hígado de éstasis, vía biliar extrahepática dilatada a nivel de colédoco en relación con colecistectomía, páncreas de tamaño normal.





Con el diagnóstico de múltiples LOEs en bazo compatible con linfoma, es derivada de forma preferente al servicio de hematología del hospital, quedando ingresada. El TAC de abdomen, confirmó la presencia de incontables LOEs en bazo, además de adenopatías intra y retroperitoneales. TAC de tórax: proceso de naturaleza neofornativo extenso con afectación torácica y abdominal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Linfoma folicular grado IIIB. Linfoma esplénico.

Diagnóstico diferencial: linfangioma esplénico; más raramente con metástasis y abscesos esplénicos.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con corticoterapia (deflazacort 30 mg/d).

Evolución

Estable en la actualidad. Quedando pendiente en la actualidad de realización de estudio histológico mediante biopsia de adenopatía axilar izquierda y de PET (tomografía por emisión de positrones).

Conclusiones

La realización de ecografía abdominal en atención primaria, permitió el diagnóstico de linfoma esplénico y la correcta derivación al servicio de hematología.

Palabras Claves Mesh

Linfoma esplénico, síntomas constitucionales, atención primaria.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Formación en ecografía en atención primaria a través WhatsApp

Trillo Fernández C¹, Gómez Montes CV², Cañizares Romero JM³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

²Médico de Familia. Centro de Salud de Estepona. Málaga

³MIR de MFyC. Málaga

Objetivos

Realizar formación continuada en ecografía entre médicos de familia de la provincia de Málaga.

Diseño

La ecografía se está implantando en atención primaria. El interés es creciente y cada vez son más los médicos de familia que comienzan a formarse o están interesados en ampliar su formación.

Una gran mayoría de personas dispone hoy día de WhatsApp.

Diseñamos un grupo de WhatsApp como complemento en la formación del médico de AP en ecografía.

Emplazamiento

Médicos de familia que trabajan en centros de salud de la provincia de Málaga.

Material y método

En noviembre de 2017 se crea un grupo de WhatsApp denominado. “Solo Eco AP Málaga”. Se van añadiendo participantes a lo largo del tiempo. En el momento de su inclusión se les envía las imágenes que se han compartido previamente para que cada uno de ellos disponga de todas las imágenes. Se les envía un mensaje de bienvenida en el que se les explica que el objetivo del grupo es compartir imágenes unos con otros, tanto imágenes normales, como hallazgos patológicos. Se les indica que sugieran a otros médicos de familia interesados para ser incluidos en el grupo.

Resultados

Tras 7 meses y medio somos 104 médicos de familia los incluidos en el grupo.

Se han compartido 467 imágenes y 8 vídeos.

Presentamos imágenes representativas seleccionadas entre las enviadas.

Desde su creación, sólo una persona ha salido del grupo.

Conclusiones

Aprovechamos el auge de las redes sociales, concretamente el WhatsApp para la formación continuada en ecografía del médico de familia en nuestra provincia con excelentes resultados.

Palabras Claves Mesh

Training, ultrasound, networking.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Ecografía en la parada cardiorrespiratoria. Cuando nuestra formación puede marcar la diferencia

Toledo García DL¹, Muriedas Fernández Palacios M², García López A³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

²MIR de MFyC. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla

³Médico de Familia. Centro de Salud Almonte. Huelva

Objetivos

Revisar la bibliografía disponible sobre el uso de la ecografía en el contexto del paciente con parada cardiorrespiratoria.

Diseño

Revisión bibliográfica.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y método

Se ha realizado una revisión sistemática a través de PUBMED. Los términos usados han sido "ultrasonography", "cardiopulmonary resuscitation" y "cardiac arrest", excluyendo artículos previos a 2015.

Resultados

El uso de la ecografía podría incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria y la detección de causas reversibles podrían ser tratadas de forma temprana. Se define el momento idóneo para su uso durante la comprobación del ritmo (los pocos segundos se aprovecharían con un entrenamiento adecuado). Se remarca el valor del plano subxifoideo durante las compresiones, así como la valoración de la vena cava y de forma consecuente la valoración del volumen intravascular. Valorar actividad cardíaca espontánea resulta casi imposible durante las compresiones.

Conclusiones

Aunque la ecografía no forma parte de los protocolos de soporte vital avanzado frente a una parada cardíaca en urgencias hospitalarias, tiene un papel potencialmente útil en la búsqueda de causas reversibles (taponamiento cardíaco, embolismo pulmonar, hipovolemia severa) que pueden desencadenarla, así como en la búsqueda de otras lesiones como la disección aórtica y el neumotórax, si bien es preciso validar su impacto y eficacia.

No obstante, para el aprovechamiento de esta técnica tan al alcance de nuestras manos, se necesitan programas formativos que permitan un correcto manejo, ampliando así los horizontes de las competencias del especialista en medicina familiar y comunitaria que se dedica al ámbito de las urgencias y emergencias.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, echocardiography, cardiac arrest.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora me encuentro sin apetito y desanimado

Peña Salas C¹, Bajo Ramos J², Ortiz Viana M^aC³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Úbeda. Jaén

²MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda (Jaén)

³Médico de Familia. Centro de Salud Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria

Motivos de consulta

Estado anímico depresivo y astenia.

Historia clínica

Varón de 74 años que acude a consulta por pérdida de peso de 20-25 kg en un año y malestar general asociado a un problema socio económico. Refiere llevar meses con molestias abdominales en ambos hipocondrios irradiados hacia espalda y astenia. Ánimo depresivo y distimia. No RAM, Alergia a marisco y espárragos. AP: DM2, DLP, HTA. En tratamiento con Metformina 875mg, Amlodipino 10mg, Simvastatina 20mg, Lantus 100UI, Furosemida 77.60mg/ triamtereno 25mg, Lorazepam 1mg.

Enfoque individual

Paciente BHYP, REG, normocoloreado. ABD: blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio, no signos de peritonismo. ACP: rítmico sin soplos MVC sin ruidos sobreañadidos. Presenta analítica con FA 673, GOT 60, GPT 86, GGT 1716, BT 1.3, PCR 85.82, Ag carcinoembrionario 40.3, Ag Ca 19.9 >8751. **Eco abdominal realizada en consulta: Múltiples LOES hepáticas en “ojo de buey” con doppler color positivo sugerentes de metástasis.** No se visualiza páncreas por interposición de gas. Se deriva a SU para su ingreso en Medicina Interna. Se realiza TC de abdomen y pelvis donde se visualiza ca. De cola pancreática con probable infiltración vascular y estructuras de vecindad. LOES hepáticas sugerentes de metástasis. Adenopatías de tamaño significativo en las localizaciones descritas.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: cáncer de páncreas con metástasis hepáticas.

Diagnóstico diferencial: colopatía disfuncional, síndrome ansioso-depresivo, tumores digestivos/neuroendocrinos.

Tratamiento, planes de actuación

Seguir su tratamiento habitual y analgesia para alivio sintomático.

Se deriva a SU para su ingreso en Medicina Interna. Durante el ingreso se realiza TC de abdomen y pelvis donde se visualiza ca. De cola pancreática con probable infiltración vascular y estructuras de vecindad. LOES hepáticas sugerentes de metástasis. Adenopatías de tamaño significativo en las localizaciones descritas.

Evolución

Durante el ingreso hospitalario el paciente tuvo mala evolución y finalmente falleció.

Conclusiones

El Cáncer de páncreas es una de las neoplasias más agresivas debido a su pronta difusión, su falta de síntomas específicos tempranos y su diagnóstico tardío. Gracias a la ecografía en AP podemos excluir muchas patologías y evitar derivaciones innecesarias. Incluso a veces, como en este caso, nos ayuda a diagnosticar.

Palabras Claves Mesh

Asthenia, pancreas, ultrasound.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Utilidad ecografía clínica en la ictericia. A propósito de un caso

Sauco Colón I¹, Sauco Colón JA², Escribano Tovar AC¹

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

²Área Supervisión Sanitas.

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Ictericia de tres días de evolución.

Historia clínica

Paciente de 78 años, sin antecedentes personales de interés. En los últimos diez años no ha visitado al médico, ni tomado medicación ni se ha realizado ninguna prueba complementaria.

Acude por objetivar desde hace tres días ictericia en piel y mucosas y orina más oscura sin dolor abdominal asociado, ni fiebre, ni otra clínica asociada.

En la exploración se objetiva ictericia franca de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar anodina. A la palpación del abdomen, no masas, no megalias, ni dolor. Murphy y blumberg negativo. Se realiza combur-test y se objetiva bilirrubina y hemafés positivos.

Ante ello se deriva a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.

Analítica: hemograma: Discreta leucocitosis. Bioquímica: Bilirrubina 2,7, GPT 375, GOt 130, GGt 299 y fosfatasa alcalina 222.

Realizamos ecografía abdominal in situ (no se dispone de radiólogo de guardia en el hospital): Hígado de tamaño y ecoestructura normal. Vesícula completamente ocupada por material ecogénico homogéneo que podría corresponder a barro biliar con pared mínimamente engrosada con línea hipo/anecogénica rodeando la pared de la vesícula que sugiere líquido perivesicular. La vía biliar está ligeramente dilatada (8mm) proximalmente. Murphy ecográfico negativo. Porta de calibre normal. Páncreas no visualizado por interposición de gas y grasa intestinal.

Enfoque individual

Paciente sano, autónomo con buen apoyo familiar

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Colecistitis.

Diagnostico diferencia: Colangitis, tumor vía biliar.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente ingresa en área de observación y se inicia tratamiento con sueroterapia, analgesia y antibioterapia. Durante la noche la evolución es favorable y al día siguiente se solicita ecografía reglada siendo diagnosticado de dilatación vía biliar y datos sugestivos de colangitis, por lo que se derivó a Hospital de referencia para ingreso en digestivo y realización de Colangio RNM que resultó normal, excepto barro biliar.

Evolución

El diagnostico finalmente fue de colecistitis con obstrucción de la vía biliar por barro, resuelta.

Conclusiones

Ante un paciente con ictericia, la ecografía ayuda para tomar decisiones clínicas de forma rápida. Los hallazgos ecográficos, apoyados de los analíticos, ayudaron a iniciar un tratamiento precoz evitando posibles complicaciones.

Palabras Claves Mesh

Diagnóstico por imagen, colecistitis, atención primaria de la salud.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente con dolor en hipocondrio derecho, hiporexia y pérdida de peso

Gallardo Ramírez M¹, Oualy Ayach Hadra G², Moreno Jiménez A²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente con dolor en hipocondrio derecho de 3 meses de duración.

Enfoque individual

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No fuma ni bebe. Hipertrofia benigna de próstata. Hernia inguinal intervenida. En tratamiento domiciliario con hierro y megestrol, omeprazol 20mg, lormetazepam 2mg.

Anamnesis: Paciente de 80 años de edad, varón que acude a consulta por dolor en hipocondrio derecho, hiporexia y pérdida de peso de unos 6 kg en 3 meses.

Exploración: Consciente, aceptable estado general, palidez cutánea, buena perfusión, sequedad de mucosas. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP mv conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen dolor a la palpación en hipocondrio derecho de consistencia dura en LHI, MMII sin edemas ni signos de TVP. Pulsos distales simétricos.

Pruebas complementarias: Se realiza en AP ecografía abdominal: Hígado aumentado de tamaño de forma global con múltiples LOES, heteroecogénicas, algunas confluentes entre sí, siendo la de mayor tamaño la del lóbulo hepático derecho, de unos 9,5 cm; compatibles con hígado metastásico como primera posibilidad. Vesícula biliar alitiasica. Área pancreática sin anomalías. Ambos riñones muestran una adecuada diferenciación cortico-medular, con quiste cortica simple de 2 cm. Vejiga parcialmente replecionada, con sonda vesícula en su interior, con paredes muy engrosadas, sugerente de vejiga de lucha y con una gran impronta prostática en su suelo. Posteriormente fue derivado al hospital donde se realizó Analítica: Hb 11, Hto 33,4%, VCM 75,6 resto normal. Coagulación y bioquímica normal. CEA 722,7. Ca 19,9. TAC: Nódulo pulmonar basal izquierdo, Innumerables lesiones focales hepáticas sugerentes de metástasis. No se llega a identificar en el presente estudio tumor primario. Colonoscopia: tumoración estenosante ulcerada y mamelonada que no permite el paso a unos 45cm.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adenocarcinoma infiltrante de colon izquierdo estadio IV.

Diagnóstico diferencial: quiste simple, hemangioma, nódulos de regeneración, adenoma, hiperplasia nodular focal, metástasis, hepatocarcinoma, linfoma, absceso, tuberculosis...

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: Dieta con fibra, dexametasona 4mg, y resto igual.

Seguimiento conjunto con oncología y atención primaria.

Conclusiones

La ecografía al alcance de médico de familia permite establecer el diagnóstico y rápida derivación del paciente. Por lo que todo consiste en agilizar los tiempos para el beneficio del paciente.

Palabras Claves Mesh

Liver lesions.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico ecográfico de un tumor de GIST

Ramos Ontiveros B¹, Fernández Berbel V², Martínez Yáñez AM^{a2}

¹Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

^aMIR de MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, con posterior derivación hospitalaria.

Motivos de consulta

Distensión abdominal.

Historia clínica

Varón de 68 años que consulta por aumento del perímetro abdominal.

Enfoque individual

Antecedentes personales: dislipemia, HTA, TEP en 2012, EPOC, exfumador, exbebedor importante.

Medicación: Foster, enurex, omeprazol, hidroclorotiazida, simvastatina.

Anamnesis: el paciente refiere aumento del perímetro abdominal de larga data. Niega alteraciones del hábito intestinal. Mantiene apetito y peso. Niega astenia, sudoración nocturna o fiebre. Niega otra clínica asociada.

Exploración: abdomen distendido, timpánico, impresiona de ascitis, con distribución vascular, levemente doloroso a la palpación. Sensación de masa en FID.

Resto normal.

Pruebas complementarias: analítica reciente realizada en el centro de salud, sin hallazgos significativos.

Ecografía abdominal en el centro de salud, donde se objetiva gran masa en FID, aproximadamente de 16 cm.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Masa abdominal a filiar.

Por la localización, diagnóstico diferencial con tumores abdominales: tumor desmoide, sarcoma mesentérico y tumor GIST.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente fue derivado a urgencias hospitalarias, donde ingresó a cargo de medicina interna para estudio. Durante el ingreso, se realizó TAC donde se vio masa intraabdominal probablemente intraperitoneal, y PET-TC con tumoración mesentérica con captación patológica, sin lesiones sospechosas de metástasis.

Se realizó resección de la tumoración con resección de asa intestinal.

Anatomía patológica identifica tumor de GIST.

Se deriva al paciente a consulta de oncología preferente, donde se solicita TAC postquirúrgico y se inicia tratamiento SCOM con imatinib adyuvante.

En TAC postquirúrgico no se aprecian signos de recidiva o persistencia tumoral.

Evolución

Actualmente, el paciente continúa mismo tratamiento y seguimiento en Oncología.

Conclusiones

La ecografía en Atención Primaria (AP) tiene las ventajas propias de la técnica (económica, inocua, rápida, accesible, fiable y repetible), y nos ayuda en la toma de decisiones, mejorando además la percepción del paciente hacia la atención recibida, aumentando la confianza y satisfacción. Además, evita múltiples citas y retrasos en la solución del problema, y aumenta la satisfacción profesional del médico de AP tras alcanzar un diagnóstico rápidamente.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, Gastrointestinal Stromal Tumors, Primary Health Care.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Estudio ecográfico de adenopatías: sarcoidosis sistémica

Fernández Berbel V¹, Ramos Ontiveros B², Martínez Yáñez AM^{a1}

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

^aMédico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, con posterior derivación hospitalaria.

Motivos de consulta

Bultomas inguinales.

Historia clínica

Varón de 35 años que consulta por bultomas inguinales.

Enfoque individual

Antecedentes personales: sarcoidosis cutánea desde hace 1 año y medio (pápulas en frente y nariz), rinoconjuntivitis alérgica, asma.

Medicación: Elocom crema.

Anamnesis: adenopatías inguinales bilaterales no dolorosas desde hace casi un año. No se modifican con tratamiento antiinflamatorio.

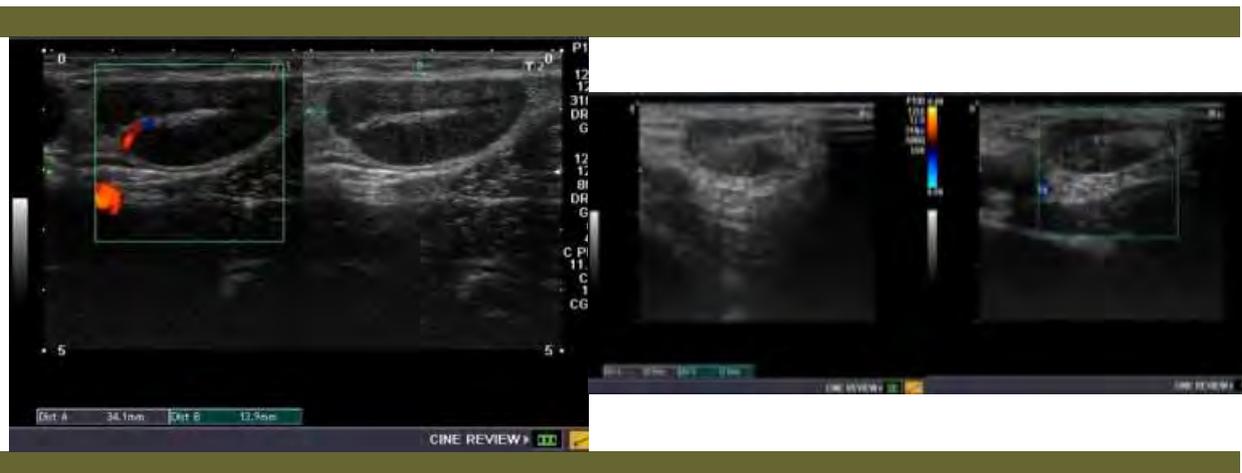
En seguimiento por dermatología por sarcoidosis cutánea tras biopsia de lesiones en cara.

Exploración: adenopatías inguinales duras, fibroelásticas, no dolorosas, móviles. Resto normal.

Pruebas complementarias

Análítica, radiografía de tórax e IGRA realizados por dermatología normales.

Ecografía inguinal en el centro de salud, donde se objetivan adenopatías de 3-3'5 cm de eje mayor, dos en cada ingle, de aspecto normal (núcleo central conservado, hilio graso y vascularización conservada, bien delimitado).



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sarcoidosis sistémica, dado estado clínico, antecedentes y ecografía.

Habría que hacer un diagnóstico diferencial de sarcoidosis sistémica con procesos linfoproliferativos, enfermedades infecciosas y de transmisión sexual, y otras neoplasias.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente fue derivado a Medicina Interna (Sistémicas y Autoinmunes) con sospecha de sarcoidosis sistémica para estudio por su parte. Se le solicita PET-TAC que informa de síndrome linfoproliferativo muy exuberante probablemente sistémico por su distribución, no pudiendo descartar otras posibilidades.

Se realizó biopsia de adenopatía inguinal que, en el momento de la intervención, tenía 55 mm de eje mayor, encontrándose linfadenitis crónica granulomatosa epitelioides no necrotizante.

Finalmente, se diagnosticó al paciente de sarcoidosis sistémica, estando actualmente en tratamiento con hidroxicloroquina, azatioprina y prednisona.

Evolución

El paciente está presentando una evolución de su clínica tórpida.

Conclusiones

La ecografía es una técnica económica, inocua, rápida, accesible, fiable y repetible. Su uso en Atención Primaria (AP) tiene las ventajas propias de la técnica, ayudándonos además en el proceso de toma de decisiones y mejorando la percepción y confianza del paciente hacia la atención recibida.

Tiene la ventaja adicional de evitar retrasos en la solución del problema, y ayudarnos a realizar una derivación bien dirigida cuando sea preciso, aumentando la satisfacción profesional del médico de AP tras alcanzar un diagnóstico rápidamente.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, Sarcoidosis, Primary Health Care.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico ecográfico de un nódulo tiroideo hemorrágico

Martínez Yáñez AM¹, Fernández Berbel V¹, Ramos Ontiveros B²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

²Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, con posterior derivación hospitalaria.

Motivos de consulta

Bultoma doloroso en cuello.

Historia clínica

Mujer de 47 años que acude sin cita al centro de salud por dolor en cuello y bultoma asociado.

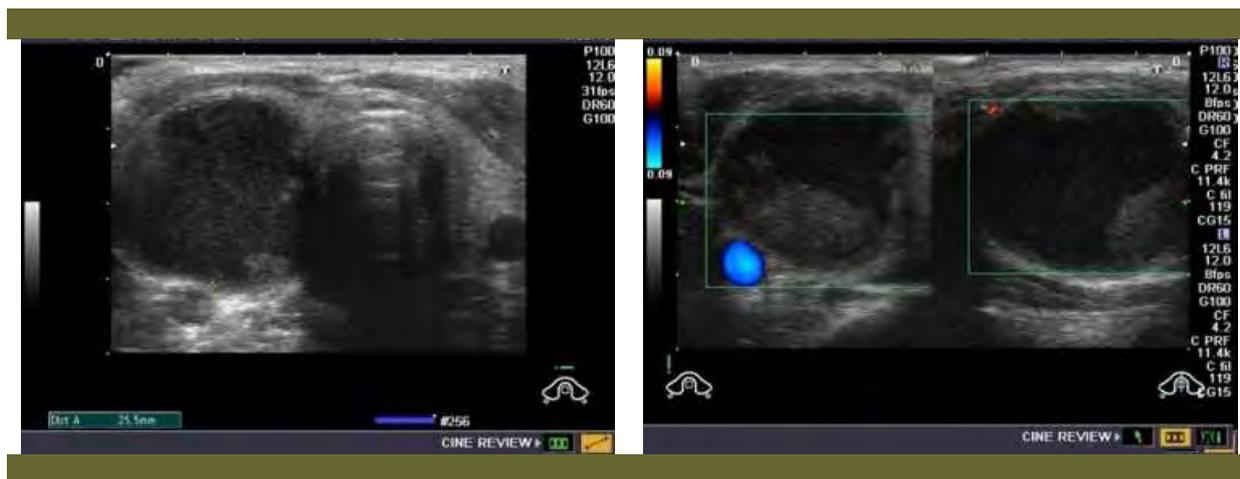
Enfoque individual

Antecedentes personales: sin antecedentes de interés.

Medicación: ninguna.

Anamnesis: refiere dolor en región inferior derecha del cuello desde el día anterior, con bultoma doloroso asociado. No refiere síntomas digestivos ni respiratorios.

Exploración: a la palpación, nódulo tiroideo doloroso, móvil, duro pero de consistencia no pétreo.
Pruebas complementarias: ecografía en el centro de salud, donde se aprecia nódulo tiroideo de 25 x 26 x 29 mm que ocupa prácticamente todo el tiroides derecho, con contenido hipocogénico, de paredes bien definidas, en las que se aprecian varias excrecencias isoecogénicas, con ausencia de vascularización en su interior.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste tiroideo complicado hemorrágico.

Habría que hacer un diagnóstico diferencial con un adenoma benigno, un linfoma, una lesión metastásica, un carcinoma papilar, un carcinoma de células de Hürtle, un carcinoma medular y un carcinoma folicular.

Tratamiento, planes de actuación

La paciente es derivada a endocrinología y a su médico de familia para control y seguimiento. No obstante, se citó a la paciente a la semana en el centro de salud para control ecográfico del quiste, observándose depósito del material hemático en el fondo del mismo.

Evolución

La paciente está en tratamiento y seguimiento por endocrinología y por su médico de familia.

Conclusiones

El uso de la ecografía en atención primaria tiene las ventajas propias de la técnica (económica, inocua, rápida, accesible, fiable y repetible), y nos facilita la toma de decisiones de forma rápida y fiable. Su rapidez e inocuidad hacen además que podamos usarla para el control evolutivo de muchas lesiones y la detección de posibles complicaciones con un coste asumible.

Además, mejora la percepción del paciente hacia la atención recibida, aumentando la confianza y satisfacción, y evita múltiples citas, derivaciones innecesarias y retrasos en la solución del problema de los pacientes con los costes asociados, aumentando también la satisfacción profesional del médico de Atención Primaria tras alcanzar un diagnóstico rápidamente.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, Thyroid Nodule, Primary Health Care.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hallazgo inesperado en una paciente con epigastralgia

Trillo Fernández C¹, Reyes Díaz EM^{a2}, Bordón Poderoso C²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

²MIR de MFyC. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria, nefrología y cirugía.

Motivos de consulta

Dolor en epigastrio de 1 mes de evolución que no cede con omeprazol.

Historia clínica

Mujer de 41 años sin antecedentes médicos de interés que consulta por dolor en epigastrio irradiado a espalda de 1 mes de evolución, en ocasiones con náuseas, sin vómitos, que no mejora con omeprazol 20 mg/24 horas. A la exploración presentaba un abdomen blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación en epigastrio, sin visceromegalias ni masas ni signos de irritación peritoneal.

Enfoque individual

Decidimos realizar una ecografía abdominal para valorar fundamentalmente páncreas y vesícula biliar. Valoramos el páncreas de forma completa y la vesícula biliar sin encontrar alteraciones; al continuar la exploración apreciamos en el riñón derecho la presencia de un quiste simple de 5 cm de diámetro en tercio superior y múltiples imágenes hiperecogénicas a nivel medular con sombra acústica posterior; en el riñón izquierdo encontramos de igual forma múltiples imágenes hiperecogénicas de iguales características.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Nefrocalcinosis

Tratamiento, planes de actuación

Solicitamos analítica con determinación de iones, donde apreciamos hipercalcemia e hipofosfatemia, siendo el resto normal. Ante la sospecha de un hiperparatiroidismo y la imposibilidad de solicitar niveles de paratohormona a nivel de atención primaria, la derivamos a nefrología con el diagnóstico de nefrocalcinosis e hipercalcemia para continuar el estudio. En la analítica que realizan presenta niveles elevados de paratohormona.

Evolución

Se realiza ecografía de tiroides resultando de tamaño y ecogenicidad normales. A nivel basal y posterior del LTI se aprecia una imagen ovalada, ligeramente hipoeecogénica de 1.05 x 0.57 x 1.88 cm sugestiva de adenoma de paratiroides. Es derivada a cirugía. Para la localización preoperatoria se solicita gammagrafía de paratiroides con ^{99m}Tc-sestamibi. Tras la intervención quirúrgica se normalizan los niveles de calcio, fósforo y paratohormona.

Realizaremos seguimiento periódico en AP con ecografías seriadas y control de la función renal.

Conclusiones

Gracias al uso de la ecografía en AP conseguimos orientar el diagnóstico hacia una patología difícil de sospechar en el contexto clínico de esta paciente. De no haber realizado la ecografía, el diagnóstico se hubiera retrasado, con las consecuencias sobre la aparición de complicaciones que esto pudiera haber supuesto.

Palabras Claves Mesh

Kidney, Nephrocalcinosis, hipercalcemia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¡He vomitado y no puedo respirar!

Pérez González S¹, Colacicchi P²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Puerto de La Torre. Málaga

²MIR de MFyC. Centro de Salud El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalaria y urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea y opresión en el pecho.

Historia clínica

Mujer de 80 años traída por la DCCU por referir que tras desayunar ha presentado un episodio de vómito con restos alimenticios, opresión en el cuello y en epigástrico, acompañado de disnea que la presenta actualmente. La hija refiere que ha sido sometida a una cirugía en febrero por una fractura y completado el tiempo de curación de la misma le han retirado la heparina hace 2 semanas.

Enfoque individual

Antecedentes personales

NRAMS. Vive sola, tiene cuidadora. Parcialmente dependiente para las actividades diarias. Necesita apoyo para andar

DM, no HTA, no DL.

IQ: Mastectomía de cáncer de mama derecha en 2011. Fractura tibia derecha en febrero.

Tratamiento habitual: letrozol, metformina.

Exploración física: buen estado general, consciente, orientada. SatO₂ 89 % basal.

CyC: pulsos carotídeos presentes simétricos.

AP: MVC

AC: rítmico sin soplos.

Abdomen: blando depresible sin masas ni megalias. RHA presentes.

Extremidades Inferiores: no signos TVP, pulsos presentes.

Pruebas Complementarias:

AS: HB 9.5 mg/dl, dímero-D 24905, creatinina 0.56, FG 88, troponina I 0.063, resto normal.

ECG: fc 130 lpm, eje normal, segmento PR normal, complejos QRS <0.12.

RX de tórax: ICT <0.5, aumento de la trama broncovascular no datos consolidación.

AngioTAC de tórax: trombo en silla de montar a nivel de ambas arterias pulmonares, así como arterias segmentarias y subsegmentarias bilaterales.

Eco doppler: se aprecian en MII material hipocogénico en el interior de todo el eje femoropoplíteo que impide el colapso tras compresión. Resto de los miembros sin datos de TVP.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: TEP masivo bilateral. TVP MII.

Diagnóstico diferencial: Infarto de Miocardio. Insuficiencia cardiaca congestiva. Neumonía.

Las TVP es una complicación que puede aparecer en personas encamadas o con movilidad reducida.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con clexane 80 mg /12 horas y con atenolol. O₂ con gafas nasales a 2-3 litros/min.

Evolución

Bemiparina 10000 sc/24 horas. Se realiza paso de heparina a sintrom.

Medias compresivas hasta raíz del muslo en MII. Presenta SatO2 basal 93% al alta. Seguimiento en consulta de TEP.

Conclusiones

La importancia en atención primaria de detectar las posibles complicaciones que puedan aparecer mediante un enfoque biopsicosocial de los pacientes.

Palabras Claves Mesh

Pulmonary, thrombus, diagnosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tumoración abdominal

Otero Fernández R, Agabo Maza F, Duarte Merelo C

Médico de Familia. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 66 años que acude a centro de salud por dolor abdominal de dos días evolución. En exploración física se detecta masa abdominal en zona hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Se realizó ecografía abdominal en AP detectándose una formación no claramente quística de unos 7 cm de diámetro que parece depender del anejo izquierdo. Se deriva a urgencias ginecología donde se solicitan marcadores tumorales y se cita para resultados. Tras ver los resultados de marcadores tumorales en primaria se contacta con la unidad de ginecología del hospital de Jerez (HJ) que le solicita Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y se confirma la sospecha de Carcinoma de Ovario. Posteriormente se interviene en Córdoba y realiza tratamiento quimioterápico y seguimiento por oncología en HJ.

Enfoque individual

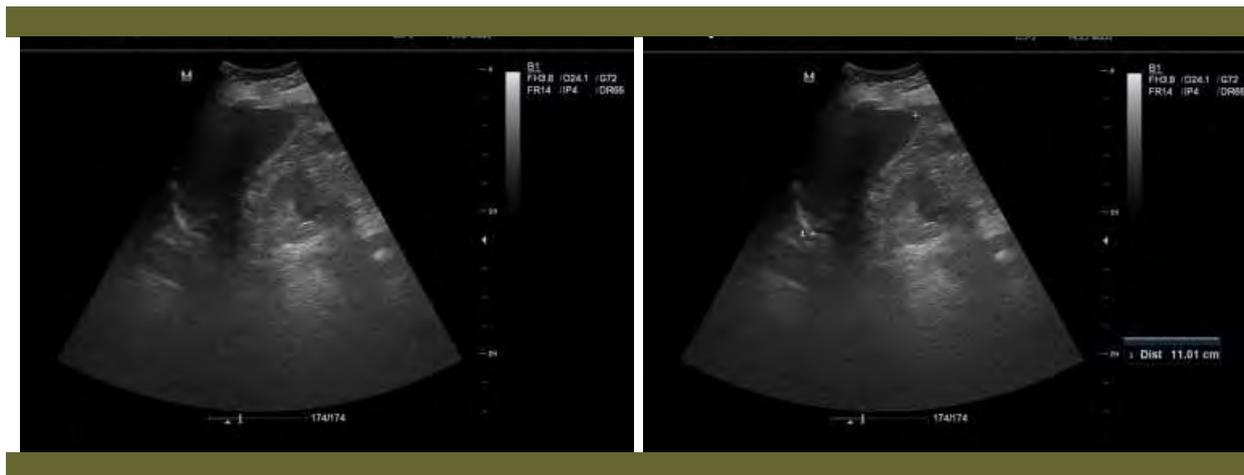
Antecedentes personales: Hipotiroidismo subclínico, Glucemia basal alterada, Hipertensión arterial y meralgia parestésica.

Anamnesis: buen estado general, dolor abdominal desde fosa renal izquierda hacia delante.

Exploración: Tensión Arterial 132/79, frecuencia cardiaca 90. Se palpa masa abdominal en zona de hipogastrio a fosa iliaca izquierda.

Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: Formación no claramente quística de 7 cm de diámetro que parece depender del anejo izquierdo. Analítica normal excepto marcadores tumorales elevados (ca125 de 582.9 y el HE_4 de 466 pml/l moderado incremento que junto a elevación del Ca 125 sugieren neoplasia ovárica). RMN: masas ováricas bilaterales compatibles con neoplasia, probable adenocarcinoma. Adenopatías patológicas retroperitoneales. Líquido libre peritoneal.





Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Adenocarcinoma de ovario.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma de aorta, adenopatía, mioma uterino.

Tratamiento, planes de actuación

Se intervino en Córdoba, motivos familiares.

Evolución

Tras tratamiento quirúrgico ha evolucionado favorablemente, actualmente quimioterapia por oncología HJ.

Conclusiones

La importancia de la ecografía en este caso concreto, en el que al realizar la exploración abdominal se palpa una masa, principalmente es diferenciar ante qué tipo de patología estamos atendiendo, haciendo una orientación diagnóstica adecuada y derivando a la paciente a atención especializada con una sospecha diagnóstica clara. Realizar una exploración ecográfica sistemática del abdomen nos ayuda a diferenciar las patologías posibles causantes del cuadro clínico.

Palabras Claves Mesh

Cyst ovarian, ultrasound, abdominal acute.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tumoración axilar izquierda

Otero Fernández R, Agabo Maza F, Benavides Fernández E

Médico de Familia. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Tumoración axilar izquierda de tres días evolución

Historia clínica

Mujer de 74 años que acude a centro de salud por dolor y notar bultoma en zona axilar izquierda. En exploración física se detecta nódulo en axila izquierda no adherido a planos profundos. Se realizó ecografía en Atención Primaria detectándose una nodulación de contenido heterogéneo, con zonas hipoecoicas y anecoicas, encapsulado, sin tabicaciones de un tamaño aproximado de 23x17 milímetros (mm). Se recomendó estudio y se deriva preferente a consulta de cirugía. Solicitan mamografía donde se observan dos imágenes nodulares de morfología ovalada, bordes no circunscritos con especulaciones asociadas y microcalcificaciones. En ecografía dos nódulos con características sospechosas de 8 y 17 mm de diámetros máximos, en axila 2 ganglios hipoecogénicos con pérdida de arquitectura hiliar de 26 y 13 mm.

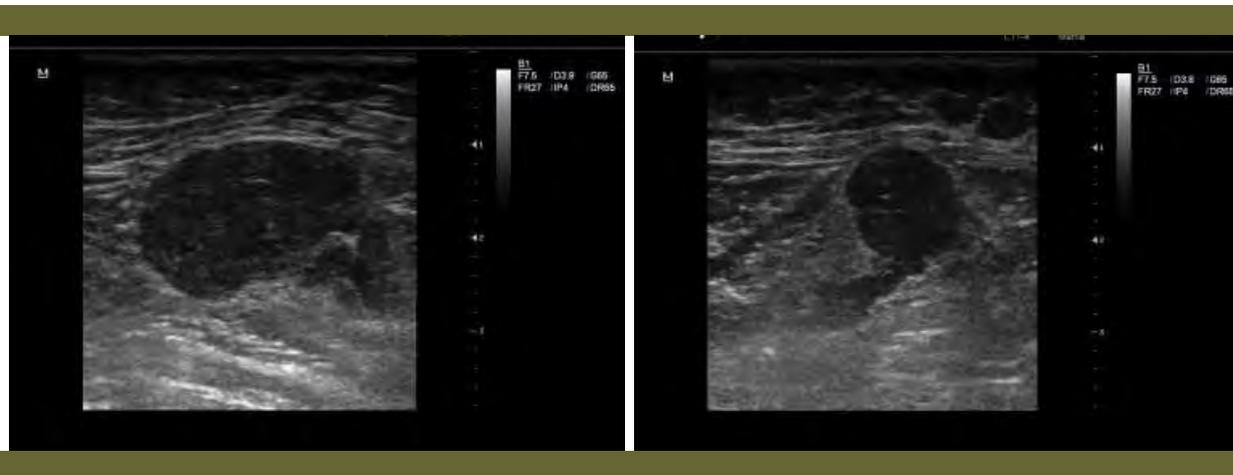
Enfoque individual

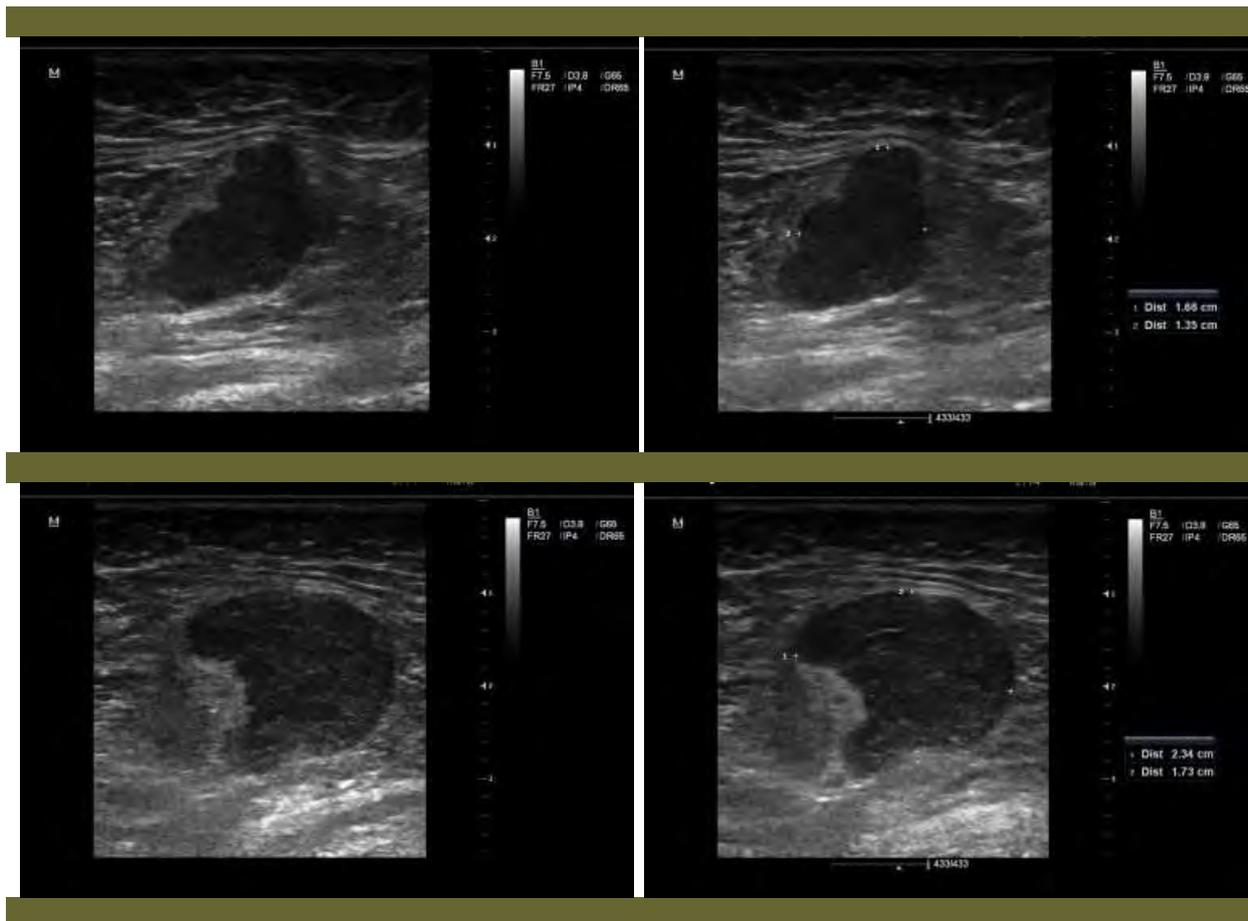
Antecedentes personales: alergia a moxifloxacino. Hipertensión arterial, prótesis de rodilla izquierda, apendicectomía y amigdalectomía.

Anamnesis: consulta por tumoración en axila izquierda de tres días evolución.

Exploración: buen estado general, mamas voluminosas, ptósicas, sin alteraciones en piel, palpación normal, en axila izquierda anterior se palpa tumoración elástica, parcialmente móvil, no adherida. Tensión Arterial 132/79, frecuencia cardiaca 90.

Pruebas complementarias: mamografía: dos imágenes nodulares de morfología ovalada, bordes no circunscritos con especulaciones asociadas y microcalcificaciones. Ecografía: dos nódulos con características sospechosas de 8 y 17 mm de diámetros máximos, en axila 2 ganglios hipoecogénicos con pérdida de arquitectura hiliar de 26 y 13 mm.





Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: metástasis de neoplasia de mama.

Diagnóstico diferencial: adenopatía axilar.

Tratamiento, planes de actuación

Se colocó marcador de mama y axila y se remitió a oncología para quimioterapia neoadyuvante y posterior reevaluación por cirugía.

Evolución

Actualmente recibiendo quimioterapia.

Conclusiones

La importancia de la ecografía en este caso concreto, en el que al realizar la paciente se detecta una tumoración en axila, principalmente es la de valorar dicha tumoración, por sus características ecográficas nos pueden ayudar a dirigirnos hacia un diagnóstico de patologías limítrofes.

Palabras Claves Mesh

Ultrasound, breast cancer axilla.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hidronefrosis derecha por quiste renal de gran tamaño

Otero Fernández R, Agabo Maza F, Duarte Merelo C

Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria

Motivos de consulta

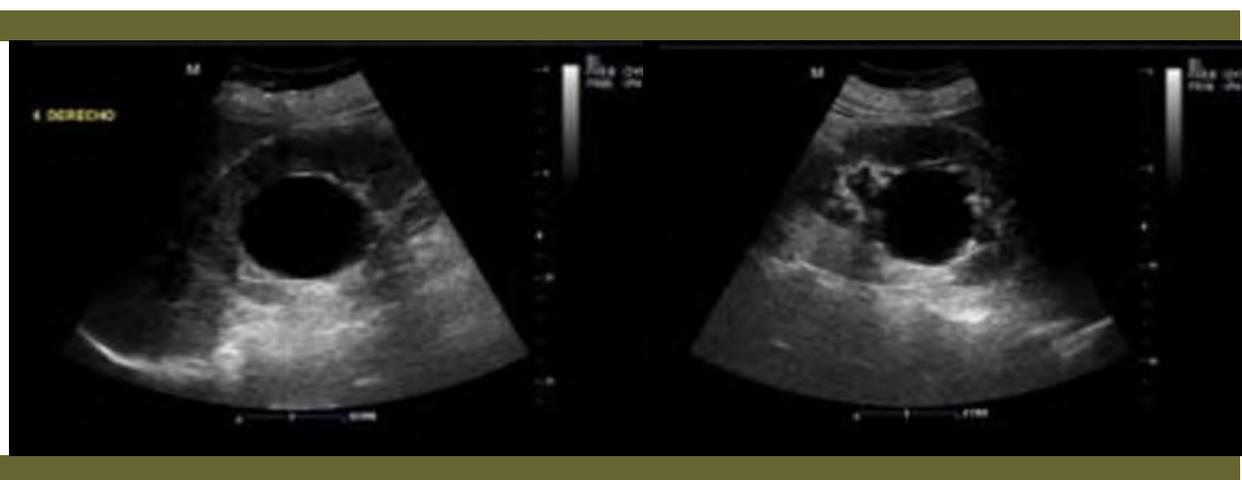
Cólicos nefríticos de repetición

Historia clínica

Paciente de 50 años que acude a centro de salud tras varios episodios de cólicos nefríticos derechos atendidos en urgencias hospitalarias. Valorada por su médico de atención primaria (MAP) tras varios episodios de consulta a Urgencias Hospital realiza ecografía renal en la cual se aprecia riñón derecho discretamente aumentado de tamaño con moderada ectasia pielocalicial y una formación anecogénica sinusal de gran tamaño (6 cm). La analítica mostraba una analítica con una creatinina normal (0.75), se derivó a Urología de manera preferente con la sospecha de obstrucción de vía urinaria por quiste renal. Tras estudio con Tomografía Axial Computerizada (TAC) se confirma la sospecha diagnóstica y se interviene por quistectomía laparoscópica.

Enfoque individual

Antecedentes personales: Hernias discales C3-C4, C7-D1. Hernia discal L5-S1. Rinitis alérgica, quiste renal simple derecho (4 cm) en agosto 2017. Anamnesis: buen estado general, dolor en región lumbar derecha de repetición, no irradiado. Exploración: puñopercusión derecha positiva. Pruebas complementarias: analítica normal, TAC renal: No se aprecian imágenes calcificación sugestivas de litiasis renoureteral bilateral, Voluminoso quiste sinusal derecho de aspecto simple el cual impronta sobre los grupos caliciales renales derechos, determinando ectasia de los mismos y aparente dificultad a la excreción del contraste hacia el uréter



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste renal derecho. Cólico nefrítico derecho. Diagnóstico diferencial: con litiasis renal derecha, Lumbalgia mecánica, absceso, malformaciones arteriovenosas o aneurismas pueden presentarse también en la ecografía como un quiste simple. Identificación de problemas: El principal problema encontrado en este caso es que la complicación producida por el quiste renal que podría conducir a nefrectomía.

Tratamiento, planes de actuación

Se presentó en sesión clínica Urología y se decidió tratamiento quirúrgico mediante quistectomía laparoscópica.

Evolución

Tras tratamiento quirúrgico la paciente ha evolucionado favorablemente.

Conclusiones

La ecografía es tan accesible para el MAP puede y debe ser utilizada en el contexto clínico y es muy útil a la hora de detectar complicaciones como en este caso en la cual se detectó precozmente la complicación derivada del crecimiento del quiste.

Palabras Claves Mesh

Hydronephrosis, kidney, cyst.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hematoma por insulina, un diagnóstico ecográfico

Sauco Colón I¹, Sauco Colón JA², Alcántara Zarzuela M¹

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

²Área Supervisión Sanitas

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Paciente de 76 años acude al centro de salud por presentar masa en región abdominal de tres días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: fibrilación auricular permanente, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Cardíaca. En tratamiento con Sintrom, Lantus, metformina y furosemida.

Mujer de 76 años de edad que acude a consulta del centro de salud por presentar desde hace tres días, masa en región de hipogastrio que se extiende a fosa iliaca izquierda, dolorosa a la palpación y de crecimiento progresivo. Asocia la aparición a la inyección subcutánea de insulina.

Exploración por aparatos. Neurológico y exploración cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, dolor a la palpación en región hipogastrio y fosa iliaca izquierda, donde se palpa masa indurada de aproximadamente 5x4 cm, no móvil y adherida a planos superficiales. No datos de irritación peritoneal.

La paciente se remite a hospital de alta resolución para pruebas complementarias.

A su llegada se realiza control analítico y ecográfico y se objetiva a nivel de la región periumbilical y suprapubica, imagen hipoecogénica compatible con hematoma de 60,70x30 mm de pared abdominal sin compromiso de planos profundos y con áreas hipoecogénicas en su interior (signos de fibrosis), resto de exploración anodina. No se objetiva líquido libre.

Enfoque individual

Viuda desde hace 10 años, y convive con dos hijos en el domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Hematoma de pared abdominal en paciente anticoagulada, secundario a probable traumatismo vascular superficial de punción.

Diagnóstico diferencial: Hematoma peritoneal, absceso intraabdominal.

Tratamiento, planes de actuación

Se decide tratamiento conservador con analgésicos, calor y vigilancia estrecha en consulta de atención primaria.

Evolución

Aproximadamente en 15 días el hematoma fue resuelto y la paciente fue derivada a clases educación diabetológica impartidas por enfermería para conocer el mecanismo de la inyección de insulina.

Conclusiones

El uso de ecografía como herramienta diagnóstica es rápido y muy accesible, permitiendo además descartar patologías intraabdominales urgentes en los que hay que realizar algún tratamiento precoz. El conocimiento ayuda además a evitar realizaciones de otras pruebas complementarias innecesarias y demorar el diagnóstico de ciertas patologías.

Palabras Claves Mesh

Diagnóstico por imagen, hematoma, servicios médicos de urgencias.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Bultoma en cuello de reciente aparición

Bermúdez Torres FM^{a1}, González Contero L¹, Salva Ortiz N²

¹Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

²Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Bultoma en cara anterior del cuello.

Historia clínica

Mujer de 38 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de asma bronquial e hipercolesterolemia familiar, que acude a consulta por presentar bultoma en cara anterior del cuello de varios días de evolución, no doloroso, sin fiebre ni trastornos deglutorios. No disfonía ni otra clínica acompañante.

Exploración: Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo. No se aprecian adenopatías laterocervicales. Faringe hiperemica sin exudados. Otoscopia bilateral con conducto auditivo externo y tímpanos dentro de la normalidad. A nivel de cuello se palpa nódulo de unos 3 cm en cara anterior del cuello a nivel lateral del cartílago laríngeo, no doloroso a la palpación, que asciende con la deglución. Auscultación cardiopulmonar normal. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias:

- Hemograma y bioquímica con hormonas tiroideas dentro de la normalidad.

- Ecografía: Nódulo sólido en lóbulo tiroideo derecho de 3,9 cm. de diámetro máximo. Lóbulo tiroideo izquierdo e istmo sin alteraciones. Adenopatías bilaterales <1 cm.

Ante los hallazgos encontrados, se deriva a consultas de endocrino para valoración y realización de PAAF.

Enfoque individual

Divorciada. Vive sola. Buen apoyo familiar y buena red social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: nódulo tiroideo derecho.

Diagnóstico diferencial: lipoma, adenopatía, quiste tirogloso, bocio multinodular, cáncer de tiroides.

Tratamiento, planes de actuación

Pendiente de valoración por especialista y más pruebas complementarias.

Evolución

Persiste bultoma en cara anterior del cuello.

Conclusiones

La importancia de la ecografía de cuello radica en la capacidad para comprobar la etiología de la tumoración anterior del cuello, pudiéndose derivar de una patología benigna como puede ser un lipoma, hasta una tumoración tiroidea que precisa asistencia en hospital para completar el diagnóstico y tratamiento, en ocasiones quirúrgico.

Palabras Claves Mesh

Tumor, neck, thyroid nodule.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Gestación evolutiva. Diagnóstico ecográfico

Sauco Colón I, Salva Ortiz N, Escribano Tovar AC

Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal izquierda con irradiación a región genital de horas de evolución, con picos febriles asociados.

Historia clínica

Mujer de 29 años. Multípara. 5G,3A,2P. Niega posibilidad de embarazo. FUR hacía dos meses.

Hábitos tóxicos: Fumadora de un paquete al día.

Antecedentes personales: síndrome de ovario poliquístico. Asma. En tratamiento con anticonceptivos.

Acude por dolor en fosa renal izquierda que se irradia a región abdominal de manera bilateral. Fiebre de 39° de dos días de evolución, náuseas y vómitos. Niega clínica respiratoria, ni cuadro miccional.

En la exploración: sudorosa. Febril al tacto. Consciente. Auscultación cardiopulmonar: Rítmicas sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, endurecido con pérdida de la línea alba. Dolor en ambas fosas renales. Edemas en ambos miembros inferiores sin fovea.

Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitosis 24000, hemoglobina 12.2mg/dl. Bioquímica: función renal normal. B-hcg positiva >1000. Sistemático de orina positivo.

Ecografía abdominal: gestación evolutiva. Latido presente. Altura uterina 24 cm. Aproximadamente tercer trimestre de gestación.

Se realiza tacto vaginal y se observa expulsión de tapón mucoso y cuello de 2 cm de dilatación, se prepara kit de parto y se pasa a la paciente a una cama en observación.

Enfoque individual

La paciente convive en el domicilio con sus padres y es madre de dos hijos. Trabaja como camarera de piso en un hotel. Nivel sociocultural bajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Prodromos. Gestación evolutiva

Diagnostico diferencia. Cólico renal

Tratamiento, planes de actuación

Se solicita traslado urgente a hospital de referencia para continuar con parto en curso.

Evolución

La paciente fue trasladada en transporte críticos, y tras 6 horas de evolución en paritario tuvo un niño de 43 cm y 3800 g.

Actualmente ambos están sanos.

Conclusiones

El embarazo es un diagnóstico a tener presente en toda mujer de edad fértil. Es muy importante la exploración física y el sentido común, aunque la anamnesis desarrollada, no encaje con la realidad. En Hospitales de Alta resolución, donde no se dispone de profesionales especializados en obstetricia, es aconsejable, tener unas nociones básicas tanto ecográficas como obstétricas para el manejo de dicha patología. La ecografía fue la herramienta clave para el diagnóstico.

Palabras Claves Mesh

Diagnóstico por imagen, parto obstétrico, urgencias médicas.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Mamá tengo un bulto en la barriga

Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM^{a2}, González Contero L¹

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

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias

Motivos de consulta

Varón de 17 años que acude a su centro de salud acompañado por su madre por aparición de masa en abdomen.

Historia clínica

Varón de 17 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, que es derivado desde la consulta de su médico de familia a urgencias hospitalarias, por aparición hace 2 días de masa en región de fosa iliaca derecha. El paciente reconoce caída de un patinete con contusión en abdomen hace 7 días. Niega náuseas o vómitos, no síntomas miccionales, no fiebre u otra sintomatología acompañante, solo refiere dolor a la palpación de la zona y con los movimientos.

Exploración física: buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, eupneico, no tiraje ni asimetrías. Recogemos orina en frasco en urgencias sin apreciar hematuria.

Auscultación cardíaca rítmica sin soplos

Auscultación pulmonar normal

Abdomen: blando y depresible, hematoma en región de fosa iliaca derecha de unos 7 cm x 3 cm doloroso a la palpación blando, no adherido que impresiona de aumentar con la maniobra de valsalva.

Transito audible. Puño percusión renal bilateral negativa.

MMII: sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias:

Analítica, las tres series sin alteraciones.

Sedimento y anormales de orina normal.

Radiografía de tórax normal.

Se realiza ecografía abdominal integrada en consulta apreciándose en región de fosa iliaca derecha colección tabicada de contenido homogéneo de unos 8 cmx4cm superficial que corresponde con un hematoma.

Enfoque individual

Estudiante de la ESO, vive con sus padres y dos hermanos, buenas relaciones sociales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: hematoma abdominal

Diagnóstico diferencial: hernias abdominales, rotura fibrilar.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: antiinflamatorios, calor local y reposo.

Planes de actuación: seguimiento y vigilancia por parte del médico de atención primaria.

Evolución

Buena reabsorción completa del hematoma tras varias semanas.

Conclusiones

Al disponer de ecógrafo en la consulta de urgencias y con unas mínimas nociones de ecografía, se pudo identificar una patología fácilmente tratable sin necesidad de recurrir al radiólogo de guardia para realizar interconsulta y demorar el diagnóstico y tratamiento.

Palabras Claves Mesh

Hematoma, abdomen, ultrasound.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¡Vaya tela con el gatito!

Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM^{a2}, González Contero L¹

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

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Niña de 7 años que acude a urgencias por dolor e inflamación en mano derecha tras ser arañada por un gato de 2 meses.

Historia clínica

Niña de 7 años sin alergias medicamentosas ni enfermedades de interés que es remitida urgencias tras ser valorada por su Pediatra por presentar dolor e inflamación en dorso de la mano derecha tras arañazo de gato hace 3 días. Ha presentado fiebre de hasta 38.5 ° C.

Exploración física: buen estado general, normohidratada y normocoloreada, ausencia de cianosis, eupneica, no tiraje ni asimetrías. No exantemas ni petequias. Febril.

Auscultación cardíaca taquicardia sin soplos.

Auscultación pulmonar rítmica sin soplos.

Abdomen anodina.

Cuello no adenopatías

Otoscopia y orofaringe normal

Mano derecha: arañazo superficial en dorso de la mano con inflamación y edema, zona indurada y dolorosa a la palpación. Ligera parestesia en la zona.

Pruebas complementarias:

Analítica las 3 series normales

Radiografía mano derecha: no lesiones óseas agudas

Ecografía integrada de urgencias en mano derecha: colección homogénea superficial de 5 cmx 2 cm en dorso de la mano compatible con absceso.

Enfoque individual

Segunda de 3 hermanos, vive con sus padres, buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Absceso en mano por arañazo

Diagnóstico diferencial: celulitis, osteomielitis.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento y planes de actuación: curas locales en su centro de salud antibioterapia oral, control y seguimiento por enfermería y pediatra de su centro de salud.

Evolución

Buena tras tratamiento antibiótico y curas.

Conclusiones

Con unas nociones básicas de ecografía y con la disponibilidad de un ecógrafo en la consulta podemos realizar diagnósticos de patologías e iniciar tratamiento precoz desde urgencias o desde atención primaria.

Palabras Claves Mesh

Abscess, hand pain, cat.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Valor de la ecografía venosa compresiva de miembros inferiores en urgencias

Martín Jiménez A¹, Valle Gallardo V², Gragera Hidalgo M³

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Disnea

Historia clínica

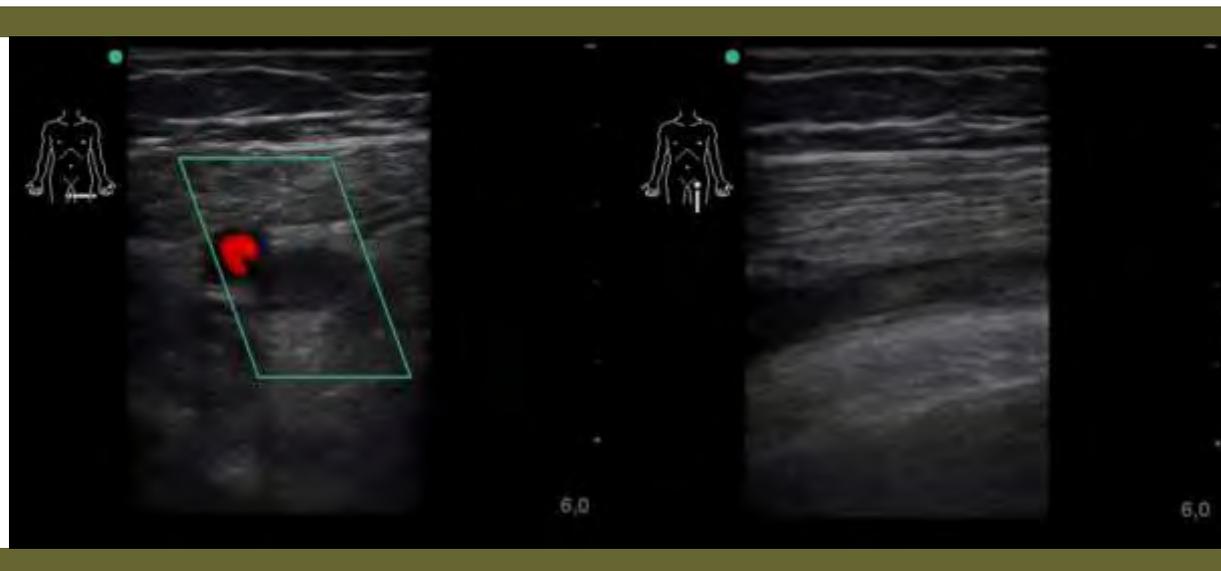
Varón de 63 años consulta por disnea de pequeños esfuerzos desde hace 3 días. Durante la madrugada sufre episodio de disnea de reposo que cedió espontáneamente.

Entre sus antecedentes constan hipertensión y diabetes. Bebedor moderado y exfumador. Prostectomía radical laparoscópica reciente por Adenocarcinoma acinar, grado de Gleason-7. Refiere que desde que se operó de hace 3 meses ha realizado reposo domiciliario.

A su llegada saturación basal de 90% taquipneico. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos a 91lpm, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. En miembro inferior izquierdo se aprecia aumento de perímetro con respecto al derecho, con edema con fóvea.

Enfoque individual

Rápidamente sospechamos Tromboembolismo Pulmonar (TEP) secundario a trombosis venosa profunda (TVP) por lo que realizamos ecografía venosa de miembros inferiores observando imagen ecogénica en el interior de la luz venosa a nivel proximal del miembro inferior izquierdo que no colapsaba a la compresión extrínseca sugiriendo la existencia de TVP.



Se completa el estudio con Angio-TC de arteria pulmonar que confirma el TEP observando defectos de repleción en las arterias pulmonares en el estudio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

TEP secundario a TVP.

Ante un paciente con disnea es fundamental una correcta anamnesis con una exploración meticulosa. En este caso apoyados en los antecedentes y en la exploración del miembro inferior izquierdo mediante ecografía tuvimos un diagnóstico desde el inicio de la consulta.

Tratamiento, planes de actuación

Se comienza tratamiento con heparina y el paciente ingresa en planta.

Evolución

El paciente fue evolucionando favorablemente durante su ingreso.

Conclusiones

La ecografía en tiempo real de miembros inferiores es una técnica sencilla de realizar, con un tiempo de exploración corto y sin complicaciones. Esto es importante en los servicios de urgencias en los que la afluencia de pacientes es grande y es aquí donde el manejo de la ecografía por parte del Médico de Familia puede jugar un papel importante, ya que puede orientar de una manera más precisa casos clínicos como este.

Palabras Claves Mesh

Tromboembolismo Pulmonar, Disnea, Ecografía.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Mujer de 51 años, con dorsalgia de dos meses de evolución

Hurtado Soriano R¹, Criado Rubio I¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria de salud (APS), Servicio de Medicina Interna y Digestivo Hospitalarios.

Motivos de consulta

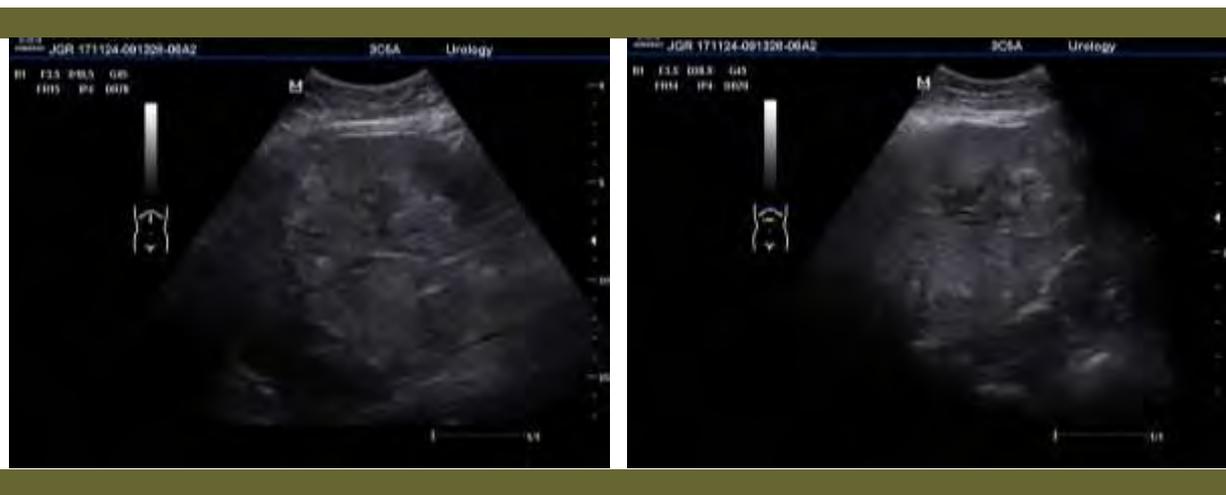
Dorsalgia mecánica de tres meses de evolución.

Historia clínica

Paciente mujer de 51 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo e hipertensión arterial; Tabaquismo activo (1T: 15 paquetes año); no alcohol. Afecta de lumbalgia inespecífica que lo responsabiliza a “dolores de espalda habituales”. Sin embargo, y durante los últimos dos meses refirió algias a nivel dorsal con progresivo aumento de intensidad en ambos omóplatos, principalmente en escápula derecha. Los dos últimos días con irradiación a hipocondrio derecho.

Enfoque individual

Tras realización de una analítica, se observó aumento de Fosfatasa alcalina: 400 U/l así como de ALT: 118 U/l y AST: 118 U/l. La exploración física del abdomen presentó moderada hepatomegalia, sin dolor a la palpación ni defensa. No ascitis. Dolor a la palpación digital en vértebras dorsales. Se le realiza ese mismo día ecografía abdominal en el centro de salud (CS), apreciándose un hígado de tamaño aumentado, con bordes nodulares y parénquima heterogéneo, con múltiples formaciones nodulares de diferentes tamaños. Resto de la ecografía abdominal fue normal. En conclusión, presentó hepatomegalia, con loes, que en principio se relacionó a posibles metástasis.



Con este diagnóstico se derivó al servicio de urgencia hospitalario, quedando ingresada en medicina interna. El TAC de abdomen apreció una tumoración heterogénea binodular. En gammagrafía ósea, no se observaron hallazgos que sugieran enfermedad metastásica ósea. La biopsia hepática, confirmó el diagnóstico de carcinoma hepatocelular (binodular) sobre hígado no cirrótico. Estadío b de BCLC (estadificación Barcelona-Clinic-Liver-Center).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Carcinoma Hepatocelular sobre hígado no cirrótico. El diagnóstico diferencial se realizará principalmente con metástasis hepáticas de otros tumores.

Tratamiento, planes de actuación

Derivada con posterioridad al Servicio de Digestivo, donde iniciaron tratamiento de quimioembolización transarterial (QETA). Ante la progresión radiológica de la tumoración, se decidió tratamiento quimioterápico paliativo con Nexavar (Sorafenib R).

Evolución

La paciente falleció a los cinco meses tras la sospecha diagnóstica inicial en el CS.

Conclusiones

La aplicación de la ecografía abdominal en APS, permitió el diagnóstico de loes hepática, y su correcta derivación al servicio hospitalario.

Palabras Claves Mesh

Carcinoma hepatocelular, metástasis hepáticas, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hallazgos ecográficos en un lactante irritable

Toledo García DL¹, Muriedas Fernández Palacios M², García López A³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

²MIR de MFyC. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla

³Médico de Familia. Centro de Salud Almonte. Huelva

Ámbito del caso

Atención de urgencias hospitalarias

Motivos de consulta

Decaimiento e irritabilidad.

Historia clínica

Varón prematuro de 35 semanas de gestación gemelar, de 8 meses de edad, cuyos padres consultan por cuadro de decaimiento, irritabilidad e inapetencia de menos de 24 horas de evolución.

Enfoque individual

Sus padres comentan que durante las últimas horas se evidencia palidez y sudoración profusa con ausencia de fiebre. Como sintomatología acompañante encontramos ausencia de deposiciones y ventosidades.

Presenta regular estado general. Fontanela normotensa, sin presentar signos meníngeos o cualquier dato de focalidad neurológica. Auscultación cardiorespiratoria anodina. Abdomen blando, timpánico, sin palpar heces ni globo vesical. No lesiones cutáneas.

Ante estos hallazgos se realiza ecografía para descartar invaginación intestinal, objetivando ureterohidronefrosis severa derecha, con adelgazamiento cortical renal, en relación a existencia de megauréter primario como primera opción diagnóstica.



Riñón izquierdo normal



Riñón derecho con hidronefrosis severa

Tira de orina con leucocitos positivos. Analítica con leucocitosis (22580) con predominio neutrofílico (65%) y proteína C reactiva 33.7 mg/l. Creatinina normal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Pielonefritis aguda con ureterohidronefrosis severa secundaria a posible megauréter primario. Diagnóstico diferencial con infección del tracto urinario e invaginación intestinal.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente ingresa en planta para iniciar antibioterapia y continuar estudio.

Evolución

Evolución satisfactoria, siendo alta con excelente estado general tras ciclo de antibioterapia. Se cita en consultas para seguimiento y realización de CUMS (cistouretrografía miccional seriada pediátrica) y renograma diurético.

Conclusiones

Las anomalías del tracto urinario representan el 20% de todas las malformaciones congénitas. Su diagnóstico precoz es importante, a la hora de prevenir futuras complicaciones. En nuestro caso, la ecografía prenatal no fue capaz de determinar dicha lesión, presentándose a los 8 meses de vida.

El megauréter primario es una dilatación del uréter, de prevalencia desconocida, aunque constituye la segunda causa de hidronefrosis neonatal. Tal y como nos aconteció, suelen ser paucisintomáticos, detectándose por ecografías rutinarias o por otro motivo o sospecha.

Palabras Claves Mesh

Urologic diseases, pediatric emergency medicine, ultrasonography.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pues me acababa de apuntar al gimnasio doctor

Toledo García DL¹, García López A², Muriedas Fernández Palacios M³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

²Médico de Familia. Centro de Salud Almonte. Huelva

³MIR de MFyC. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en pie derecho tras práctica deportiva.

Historia clínica

Mujer de 45 años sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes que acude a urgencias de atención primaria tras notar talalgia derecha de inicio brusco durante un lance de un partido de pádel.

Enfoque individual

En la anamnesis la paciente comenta que en el transcurso del arranque de un recorrido para alcanzar una pelota, nota un chasquido y posteriormente dolor en talón y zona posterior de pierna derecha, con imposibilidad de deambulación.

En la exploración se evidencia edema y signo del hachazo en la región posterior de pierna derecha. Maniobra de Thompson positiva. No otros hallazgos a nivel de la articulación del tobillo ipsilateral. Se realiza ecografía clínica, objetivando rotura parcial del tendón de Aquiles.



Rotura completa de tendón de Aquiles derecho

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rotura completa tendón de Aquiles derecho.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente se deriva de forma urgente a urgencias traumatológicas para valoración por especialista en cirugía ortopédica y traumatología, decidiendo ingreso para realización de intervención quirúrgica (sutura directa).

Evolución

Evolución satisfactoria tras una intervención sin incidencias. Recuperación en domicilio siguiendo un protocolo que tras una corta inmovilización con férula persigue la movilización temprana del tendón de forma progresiva, apoyándose en la fisioterapia.

Conclusiones

La rotura del tendón de Aquiles es muy frecuente tanto en personas que realizan deporte de forma habitual como en personas sedentarias. La clínica es muy característica y la exploración muy sencilla, permitiendo descartar esta opción ante otras posibles patologías muy frecuentes entre las que destaca el esguince de tobillo.

Es muy importante descartar una rotura, aunque sea parcial, pues aunque existen tratamientos conservadores, la cirugía se recomienda incluso en un pequeño desgarro si se quiere seguir realizando deporte de forma habitual.

El diagnóstico se puede realizar de forma sencilla con la ecografía, obteniendo mucha información que nos permitirá orientar el manejo del paciente, por lo que se debe fomentar su uso en patología osteomuscular, dada la enorme presencia de estas lesiones en las consultas de atención primaria.

Palabras Claves Mesh

Ultrasonography, Tendons.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No era una tendinitis sino una trombosis de la subclavia

Pérez Verdugo J¹, Fernández Zabala SM^{a2}, Aguilera Luna A¹

¹Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

²MIR de MFyC. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias centro salud de Camas y derivación hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Motivos de consulta

Dolor y edema en miembro superior derecho de 20 días de evolución.

Historia clínica

Mujer de 43 años, trabaja en una cafetería y los fines de semana en un catering, fumadora de 5 cigarros/día, aun con menstruaciones aunque irregulares, no toma anticonceptivos, consumidora de Omeprazol 20 mg/día

No tiene antecedentes ni familiares ni personales de interés para enfermedad tromboembólica.

Acude por tercera vez en 5 días a urgencias de atención primaria por dolor y edema con fovea en msd, habiendo sido diagnosticada de tendinitis.

No ha mejorado con ibuprofeno 600 mg alternando con Paracetamol 1 gramo cada 8 horas y Diazepam 5 mg por la noche. El dolor empeora por la noche, incluso le despierta.

Enfoque individual

Por la persistencia de síntomas y aumento progresivo de partes blandas en región latero cervical y supraclavicular derivó a hospital Virgen Rocío solicitando ecografía de cuello.

DD turbidimétrico ->1310

La Ecografía doppler de MMII fue clave para el diagnóstico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Trombosis venosa profunda subclavia y cefálica derecha.

DD: hematomas, lesiones musculares del miembro superior, celulitis o linfedema.

Tratamiento, planes de actuación

Enoxiparina 100 UI/12 horas durante 10 primeros días, continuando con anticoagulantes orales

Manga elástica por edema

Evolución

Gran mejoría clínica del dolor y edema, aunque persistieron ligeras molestias en zona proximal del brazo y cuello.

Tras 3 meses de tratamiento correcto se retiró la medicación con control DD cada 6 meses.

Conclusiones

El sistema venoso de miembros superiores es menos propenso a trombosis que el de miembros inferiores por varios motivos: alto flujo, pocas válvulas que sirvan como asiento de trombos, mayor movilidad incluso en pacientes postrados, mayor actividad fibrinolítica y niveles más elevados del activador de plasminógeno.

Hasta el 60% de las trombosis venosas profundas de miembros superiores son asintomáticas.

Aunque poco frecuente debemos sospecharlas ante edema con fovea acompañado de dolor que no mejora con analgésicos habituales ni con reposo, incluso sin factores de riesgo.

->muchas son idiopáticas.

Palabras Claves Mesh

Subclavian vein thrombosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tumoración en epigastrio, estudio mediante ecografía integrada

Martín Jiménez A¹, Valle Gallardo V², Hurtado Soriano R³

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz

³MIR de MFyC. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en hemiabdomen izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión, intervenida de cistocele. Consulta en urgencias por dolor focalizado en hemiabdomen izquierdo de dos días de evolución con sensación distérmica sin termometrar.

La exploración abdominal es dolorosa a nivel de epigastrio-hemiabdomen derecho, palpando una tumoración a dicho nivel, sin signos de defensa ni irritación peritoneal.

Se solicita analítica general donde se observa reactantes de fase aguda elevados sin leucocitosis.

Enfoque individual

Realizamos ecografía abdominal dirigida observando a nivel hepático una lesión quística de unos 10 cm de diámetro de contenido hipoecogénico que presenta un nivel líquido-líquido en su porción declive. Ambos riñones presentan también lesiones quísticas.



Ante estos hallazgos solicitamos ecografía formal al servicio de radiodiagnóstico que indica la existencia de quistes hepáticos, el mayor de ellos con leve sangrado y quistes renales corticales y sinusales bilaterales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste hepático con sangrado intrahepático. Poliquistosis hepatorenal.

Tratamiento, planes de actuación

La paciente fue valorada por cirugía quien citó para intervención quirúrgica programada e indicaron reposo absoluto. Estos hallazgos se confirmaron mediante tomografía computarizada previa a la intervención.

Evolución

La paciente se intervino de manera diferida realizando una marsupialización de la lesión hepática, con una evolución favorable procediendo al alta domiciliaria.

Conclusiones

En este caso se documenta el diagnóstico incidental de un quiste simple hepático complicado mediante ecografía abdominal en urgencias, lo que permite fundamentar la importancia de la ecografía en el primer nivel asistencial y la disponibilidad de ecógrafos en los centros de urgencias y la formación en esta técnica.

Palabras Claves Mesh

Quiste hepático, poliquistosis hepatorenal, dolor abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Utilidad de la ecografía en la neumonía necrotizante

Rodríguez López S¹, Bermúdez Torres FM^{a2}, Salva Ortiz N³

¹Pediatra. Centro de Salud Montealegre. Jerez de la Frontera. Cádiz

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

³Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre y tos.

Historia clínica

Niña de 3 años que consulta por cuadro de dolor abdominal intenso y anorexia de 24 horas de evolución, acompañado de fiebre (máx. 38.5°C) en las últimas horas. Antecedente de prematuridad (33 SG), sin complicaciones. Correctamente vacunada, salvo antineumocócica.

A la exploración destaca: decaimiento, sequedad de mucosa oral. Taquipnea y tiraje subcostal leve. A la auscultación, hipoventilación en hemitórax derecho.

Exámenes complementarios: 22.700 leucocitos/ μ L (87% neutrófilos, 1% cayados). PCR 48.7 mg/dl.

Estudio de inmunoglobulinas con subclases de IgG: valores normales para su edad. Mantoux: 0 mm a las 72 h. Hemocultivo: se aísla *Streptococcus pneumoniae*.

Radiografía de tórax AP y L: condensación lóbulo medio.

Ecografía tórax al tercer día de ingreso: hallazgos compatibles con neumonía bilateral, derrame pleural escaso.



Control a los 5 días: la condensación de hemitórax derecho presenta imágenes redondeadas intraparenquimatosas periféricas de pequeño tamaño, sin flujo central, compatible con zonas de necrosis.

Enfoque individual

Familia estructurada, escolarización correcta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neumonía necrotizante sobre neumonía adquirida de la comunidad

Diagnóstico diferencial: derrame pleural con neumonía, tumor mediastínico, atelectasia pulmonar, neumonía por cuerpo extraño.

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso para sueroterapia intravenosa así como antibioterapia parenteral.

Evolución

A su ingreso se inicia tratamiento con cefotaxima, a la que posteriormente (a las 48 horas) se añade azitromicina ante la escasa mejoría clínica. Ante el diagnóstico de neumonía necrotizante se inicia tratamiento con clindamicina.

El tratamiento parenteral se mantiene durante 21 días, con evolución favorable, permaneciendo la paciente afebril desde el 6º día de ingreso.

Conclusiones

Se ha detectado en los últimos años un aumento en la incidencia la neumonía necrotizante, debido al mayor reconocimiento de esta entidad y al mayor uso de la TC en la evaluación de los niños con neumonía complicada.

Aunque habitualmente el diagnóstico se realiza por TC, la ecografía torácica es una técnica diagnóstica útil, ya que el hallazgo de zonas hipoecogénicas periféricas en una consolidación pulmonar y la detección de zonas de hipoflujo mediante doppler son muy indicativos de neumonía necrotizante.

La ecografía aporta ventajas como ausencia de riesgo de irradiación para el paciente, lo que permite la realización de controles seriados, y menor coste que la TC.

Palabras Claves Mesh

Neumonía necrotizante, ecografía pulmonar, fiebre.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hernia umbilical complicada en anciana

Martín Jiménez A¹, Lidón Mazón A², Escribano Tovar AC²

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Vómitos.

Historia clínica

Mujer de 89 años institucionalizada en residencia, es derivada a nuestro servicio por cuadro de vómitos de 24 horas de evolución, asociando molestias abdominales, sin fiebre ni otra clínica acompañante.

Enfoque individual

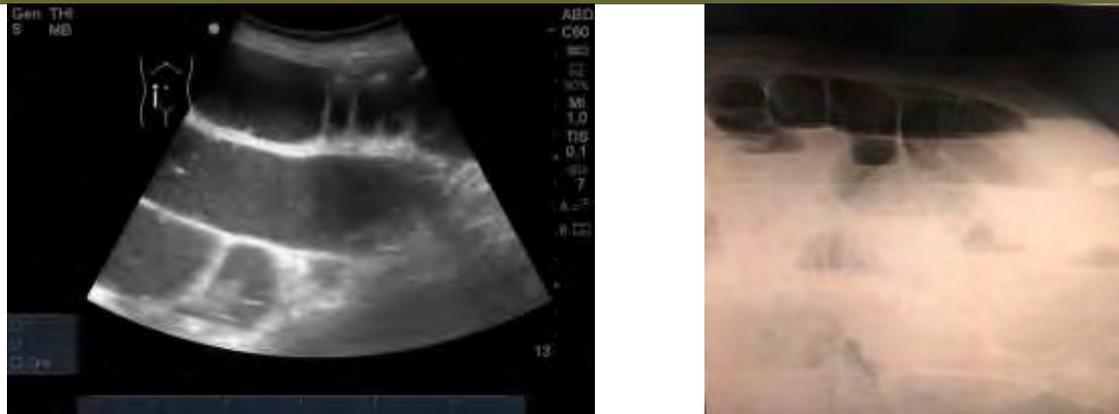
Acude sola, no hay acompañantes en un principio que confirmen la historia clínica y desde la residencia no nos proporcionan mucha más información.

A su ingreso en observación destaca un regular estado general con hipotensión.

En la exploración llama la atención el abdomen donde presenta masa a nivel umbilical con signos inflamatorios locales.



Se completa la exploración con ecografía PoCUS a nivel umbilical observando un saco herniario con colección fluida en su interior, con asas intestinales que presentan engrosamiento de la pared. Se aprecia aumento de calibre de las asas y escaso peristaltismo de las mismas.



Se solicita analítica general donde destaca Leucocitosis con desviación izquierda y reactantes de fase aguda elevados.

En la radiografía de abdomen que se realizó se observa dilatación de asas con signos de sufrimiento de las mismas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hernia umbilical incarcerada con ileo obstructivo asociado.

Tratamiento, planes de actuación

Antes los hallazgos ecográficos se interconsulta con cirugía general, la paciente ingresa a su cargo en condiciones de sepsis y fue intervenida de urgencias, mediante laparotomía media supraumbilical, reseccionando una porción de intestino delgado desvitalizado e isquémico.

Evolución

La paciente permaneció ingresada con buena recuperación, mejorando en los controles analíticos y con la hernia reparada. Derivando al alta para controles por parte de atención primaria.

Conclusiones

Presentamos un caso clínico en el que la ecografía PoCUS permitió un manejo del paciente optimizado, ya que en un acto único teníamos el diagnóstico. Esto es importante en los servicios de urgencias puesto que mejora el flujo de pacientes y evita demoras en el tratamiento. Es por eso que la ecografía en manos de los médicos de urgencias es una herramienta fundamental.

Palabras Claves Mesh

Hernia umbilical, ecografía, obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hematuria macroscópica en paciente nonagenario

Martín Jiménez A¹, Valle Gallardo V², Montenegro Puche BE³

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz

³Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Hematuria macroscópica.

Historia clínica

Varón de 92 años que acude a urgencias por hematuria franca. Se trata de un anciano frágil pluripatológico, afecto de neoplasia renal izquierda metastásica. Se decide ingreso en observación para realizar pruebas complementarias y monitorización de constantes.

Enfoque individual

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

Complementamos nuestra exploración realizando ecografía dirigida a vías urinarias donde observamos en vejiga una lesión nodular vesical endoluminal de 10x10 cm, compatible con coágulo vesical. El resto de la exploración ecográfica fue normal, no apreciando afectación renal.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hematuria con coágulo vesical.

Tratamiento, planes de actuación

Se indica colocación de sonda de Foley de triple vía con lavado vesical continuo.

Se transfunden dos concentrados de hematíes.

El paciente permaneció ingresado en el área de urgencias y mediante la valoración ecográfica fuimos revisando la evolución del coágulo vesical apreciando la disolución del mismo conforme fluía el lavado vesical.

Evolución

Tras 12 horas de lavado continuo el paciente presentó buena evolución, con emisión de orina levemente teñida tras haberse retirado el lavado vesical continuo, y sin problemas analíticos destacados al alta, decidiendo un manejo ambulatorio y su seguimiento en consultas de Atención Especializada.

Conclusiones

En este caso se documenta como la ecografía sirvió de ayuda a la hora de visualizar un coágulo vesical de gran tamaño y como progresivamente fuimos revisando con el ecógrafo la disolución del mismo, asegurándonos una evolución favorable del caso, evitando por ejemplo complicaciones al alta tales como la obstrucción.

Palabras Claves Mesh

Hematuria, lavado vesical, Neoplasia renal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hematuria tras caída accidental

Martín Jiménez A¹, Rodríguez Vallejo JJ², González Sánchez JM^{a2}

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Hematuria tras contusión costal izquierda.

Historia clínica

Mujer de 75 años que acude a urgencias por cuadro de hematuria tras caída accidental con contusión en región costal izquierda, desde entonces refiere orinas de color rojo.

Enfoque individual

A su ingreso presenta buen estado general, hemodinamicamente estable, se explora presentando dolor a la palpación en región parrilla costal izquierda.

Complementamos nuestra exploración mediante ecografía integrada E-Fast, donde no se aprecia líquido libre en flancos, los riñones presentan tamaño, morfología y localización normal, con buena diferenciación cortico-medular. En vejiga se aprecia imagen hiperecogénica en la región de declive que se moviliza según la postura de la paciente compatible con coágulo vesical.



Se decide ingreso en urgencias para evolucionar y control analítico y ecográfico pasadas unas horas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hematuria por coágulo vesical.

Tratamiento, planes de actuación

La paciente tras varias horas en observación se pautó analgésico y se realizó analítica de control sin anemia respecto a la realizada a su ingreso. En la ecografía de control tampoco se observaron cambios. Por lo que se decidió alta a domicilio con antibiótico profiláctico.

No se apreciaron fracturas costales mediante radiografía simple.

Evolución

La paciente volvió a reconsultar en urgencias por obstrucción urinaria pasadas las 24 horas, requirió en esta ocasión sondaje vesical para lavado manual con buena evolución. Sin alteraciones analíticas ni cambios en la ecografía. Se derivó a consultas externas de urología, pendiente de citoscopia en la actualidad.

Conclusiones

La ecografía con protocolo E-fast es de primera indicación para la valoración inicial de politraumas en urgencias permitiendo detectar líquido libre intraperitoneal. En este caso nos encontrábamos con un traumatismo, que aunque de baja energía, cursó con hematuria. Esto podía indicar una lesión urológica, es por esto que exploramos ambos riñones para descartar hematomas o laceraciones, puesto que el riñón es el órgano, que más frecuentemente se ve afectado en los traumatismos.

Palabras Claves Mesh

Hematuria, contusión costal, coagulo vesical.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hallazgo casual de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal

Martín Jiménez A¹, Lidón Mazón A², Gragera Hidalgo M³

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en flanco derecho y distermia.

Historia clínica

Varón de 58 años que consulta por dolor en región flanco derecho, malestar general y sensación distérmica de varios días de evolución. No presenta antecedentes médicos de interés salvo que es fumador activo.

Enfoque individual

En la exploración destacaba en la auscultación disminución del murmullo vesicular en base derecha. El abdomen es blando depresible sin organomegalias palpables. No hay signos de irritación peritoneal.

Se solicita analítica en la que observamos discreta elevación de reactantes de fase aguda, sin otras alteraciones bioquímicas ni hematológicas.

Se decide completar mediante realización de ecografía abdominal en la que observamos aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 3,5 x 3,8 cm con trombo mural de 16 mm. En la ecografía observamos además un patrón de consolidación pulmonar en base derecha.



Realizamos radiografía de tórax que confirmaba un infiltrado algodonoso en hemitórax inferior derecho que justificaba la clínica de presentación del paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neumonía adquirida en la Comunidad, aneurisma de aorta abdominal.

Tratamiento, planes de actuación

El hallazgo casual de aneurisma de aorta se consultó con cirugía vascular quienes indicaron iniciar tratamiento con AAS 100 mg diario y revisiones en consultas externas de manera periódica.

En cuanto a la neumonía no cumplía con criterios de ingreso, por lo que se pautó tratamiento ambulatorio y se derivó a atención primaria para revisión.

Evolución

El paciente continúa en seguimiento por el servicio de cirugía vascular. La neumonía se resolvió sin complicaciones.

Conclusiones

Se presenta el hallazgo casual de un Aneurisma de Aorta abdominal en un varón de 58 años desde el primer nivel asistencial. La ecografía abdominal es una técnica muy rentable para esta patología, de hecho existen estudios sobre el cribado de dicha entidad mediante ecografía abdominal que la sitúan como una intervención que debería establecerse como recomendada desde atención primaria en la población de hombres con edades entre los 65–75 años y antecedentes de tabaquismo.

Palabras Claves Mesh

Aneurisma de aorta, neumonía.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor abdominal en paciente anticoagulada

Martín Jiménez A¹, de La Varga Martínez R², Montenegro Puche BE³

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico Especialista en Inmunología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

³Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

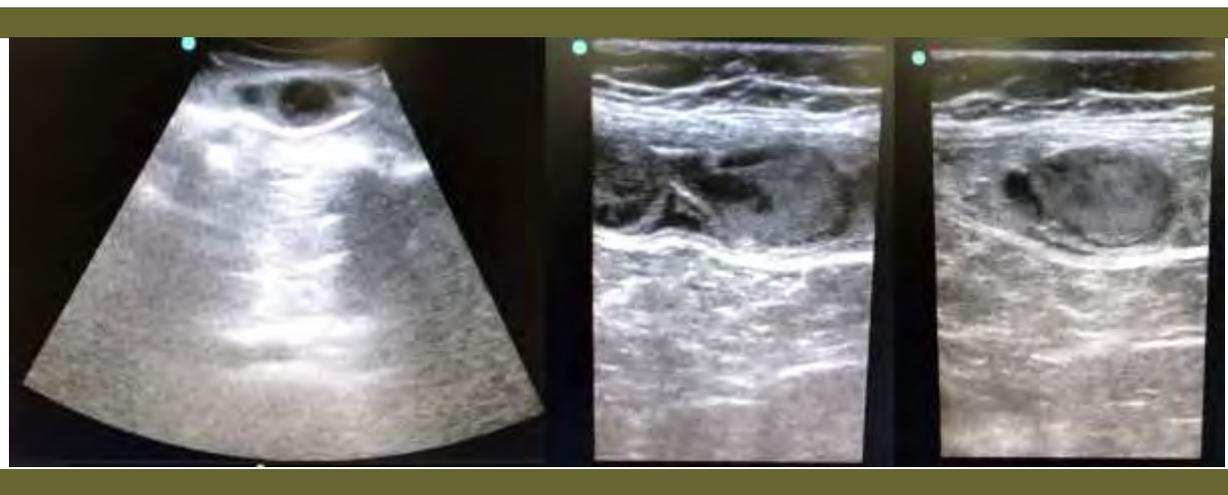
Mujer de 73 años con antecedentes médicos de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales y diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina. Consulta por molestias en región abdominal localizada a nivel hemiabdomen derecho.

Enfoque individual

A la exploración presenta buen estado general, normotensa, con abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho, donde presenta además una pequeña masa dolorosa a nivel paraumbilical derecha. La puño percusión bilateral es negativa.

Se solicita analítica con sistemático de orina sin alteraciones, coagulación dentro de límites acordes a la anticoagulación con acenocumarol. Se pauta analgésico intravenoso sin presentar mejoría.

Ante la persistencia de la clínica se decide realizar ecografía abdominal en la que observamos a nivel de pared abdominal una lesión heterogénea, el resto de la exploración fue normal sin apreciar líquido libre. Continuamos con el estudio ecográfico, esta vez con sonda lineal centrándonos en la pared abdominal, observando una imagen heterogénea no vascularizada de unos 4 cm en su diámetro mayor a nivel de músculo recto anterior compatible con hematoma.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hematoma de pared abdominal por administración de medicación subcutánea.

Tratamiento, planes de actuación

Se pauta tratamiento con analgésicos orales y se deriva a seguimiento por parte de su médico de atención primaria quien continuará con las revisiones.

Evolución

La paciente ha mejorado con tratamiento analgésico y no ha vuelto a consultar en urgencias por esta patología.

Conclusiones

El hematoma abdominal en pacientes anticoagulados es una patología que por su presentación clínica puede simular cualquier otra patología abdominal. En este caso el estudio ecográfico desde urgencias realizado por manos de médicos de familia descartó de manera precisa otros procesos abdominales agudos, otra muestra más de la importancia del uso de la ecografía en el primer nivel asistencial.

Palabras Claves Mesh

Hematoma pared abdominal, anticoagulación.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico de masa abdominal con ecografía en la consulta de atención primaria

Hurtado Olmo M^aB¹, Sánchez Durán M²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Motril Centro. Granada

²Médico de Familia. Centro de Salud Motril Centro. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Masa abdominal.

Historia clínica

Mujer de 46 años, acude a su médico de familia por masa abdominal quien le realiza ecografía, donde se visualiza masa de gran tamaño y con elevación del Ca125, se deriva a urgencias.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias médicas. Exéresis de mioma gigante hace 12 años. Sin tratamiento previo.

Anamnesis y exploración: no vómitos ni alteración del hábito intestinal. No fiebre ni pérdida de peso. Reglas controladas y abundantes. FM: 26/4-5.

Abdomen blando y depresible, masa dura que ocupa hemiabdomen derecho, sobre reborde costal hasta fosa iliaca derecha y lateralmente hasta región umbilical, dura y móvil, no dolorosa a la palpación. Ruidos hidroaéreos conservados. No timpanismo. No defensa.

Pruebas complementarias: ecografía abdominal donde se aprecia masa ecogénica, heterogénea, con zonas anecoicas que ocupan hemiabdomen derecho desde reborde costal a fosa iliaca sobre útero. A la izquierda del útero, otra masa heterogénea con mayor componente quístico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: útero polimiomatoso. Rápido crecimiento.

Diagnóstico diferencial masa abdominal

- aneurisma aórtico abdominal
- distensión vesical
- colecistitis
- cáncer de colon
- enfermedad de Crohn u obstrucción intestinal
- diverticulitis
- hidronefrosis
- quiste ovárico
- leiomioma uterino
- sarcoma
- vólvulo

Identificación de problemas: mujer con útero polimiomatoso de rápido crecimiento.

Tratamiento, planes de actuación

Histerectomía total simple con conservación de ovarios salvo signos microscópicos de malignidad.

Evolución

Acude a consulta de Ginecología derivada por su MAP por hallazgo de masa abdominal en ecografía abdominal. Refiere sensación de masa dura en abdomen a nivel de flanco derecho.

Ecografía transvaginal: útero aumentado de tamaño hasta ombligo por formaciones miomatosas, sin líquido libre. Más de 20 cm.

RM: útero con múltiples miomas que reemplaza casi todo el miometrio, de tamaño variable, máximo 7 cm. Destaca uno subseroso de 19 x 17 cm. No se describen signos que sugieran transformación sarcomatosa. La RM no es útil para descartar transformación sarcomatosa.

En sesión clínica se decide histerectomía total simple. Se conservarán ovarios salvo signos microscópicos de malignidad.

Conclusiones

Realizar en atención primaria pruebas de imagen no invasivas como la ecografía permite llegar a un diagnóstico precoz de patologías como la del caso.

La ecografía es una técnica con escasos riesgos, económica y rápida pero su utilidad depende de la experiencia del profesional ya que es explorador dependiente. Por ello es fundamental una buena formación en ecografía.

Palabras Claves Mesh

Abdominal neoplasms, leiomyoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Sospecha de retención aguda de orina

Alcántara Zarzuela M¹, Salva Ortiz N¹, Alcántara Zarzuela A²

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

²Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Derivado desde atención primaria por sospecha de retención aguda al no emitir orina en las últimas veinticuatro horas.

Historia clínica

A su llegada a triaje en el servicio de urgencias clasificado como retención aguda de orina, dándole prioridad frente a otras patologías.

Enfoque individual

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica. Insuficiencia renal (urea/creatinina hace 4 meses 95/2.7). Litiasis conocida en riñón derecho sin dilatación vía excretora. Hipertrofia prostática.

Anamnesis: no emisión de orina en las últimas 48 horas. Molestias en hipogastrio y pene. No distermia. No alteración hábito intestinal. No náuseas. Decaimiento.

Exploración: abdomen blando, depresible, molesto en hemiabdomen inferior sin globo vesical, sin signos peritonismo. Edemas bilaterales con fovea pretibial. Auscultación respiratoria: hipoventilación en ambas bases; cardíaca: tonos rítmicos, lentos.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: bradicardia sinusal a 50 lpm, bloqueo auriculoventricular de primer grado. Gasometría venosa: acidosis metabólica. Radiografía de tórax congestiva, sin infiltrados ni condensaciones, senos costofrénicos libres. Bioquímica: urea 175, creatinina 10.5, potasio 6.94, proteína C reactiva 80.7. Hemograma: Hemoglobina 10.3, hematocrito 32.3, leucocitos 13.52, 77.10% polimorfonucleares, plaquetas 190. Ecografía en consulta: hidronefrosis moderada bilateral con adelgazamiento de la cortical en ambos riñones, sin globo vesical.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: deterioro de la función renal por obstrucción bilateral de la vía urinaria por litiasis. Insuficiencia renal crónica reagudizada. Hiperpotasemia. Bradicardia yatrógena (bisoprolol). Diagnóstico diferencial: Anuria. Retención aguda de orina. Obstrucción vía urinaria.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a hospital de primer nivel y es valorado de forma conjunta por urología y nefrología para decidir la actitud inicial (diálisis vs nefrostomía) valorando riesgo/beneficio al tratarse de un paciente doblemente antiagregado. Durante su estancia en nuestro servicio se consigue control de hiperpotasemia.

Evolución

Nefrostomía inicialmente izquierda sin mejoría, por lo que se decide inserción de catéter en riñón derecho a las 24 horas.

Conclusiones

La realización de ecografía en el primer momento de la atención al paciente descarta la retención aguda de orina y facilita un enfoque distinto al cuadro, orientando de otro modo las actitudes a tomar. Sin dolor, sin efectos secundarios y sin precisar esperar a resultados de otras pruebas complementarias.

Palabras Claves Mesh

Urinary retention, anuria, hydronephrosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hallazgos ecográficos en dolor abdominal sin datos de alarma en una paciente compleja

Alcántara Zarzuela M¹, Flores Ramos J¹, Alcántara Zarzuela A²

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

²Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 52 años derivada por su médico de familia por molestias abdominales inespecíficas con sospecha de patología biliar.

Historia clínica

Síntomas dispépticos y molestias en abdomen de días de evolución.

Enfoque individual

Antecedentes personales: alergia a betalactámicos y antiinflamatorios no esteroideos. Epilepsia en la infancia. Vasculitis sistema nervioso central con manifestaciones extrapiramidales. Trombosis venosa profunda durante embarazo por déficit proteína S y factor VII. Histerectomizada por miomatosis. Hemicolectomía por adenocarcinoma de sigma hace un año. Trombosis venosa profunda tras inicio quimioterapia.

Anamnesis: hace cinco días comienza con distensión abdominal, molestias en hemiabdomen superior, anorexia. Afebril. No síntomas miccionales. No alteración del tránsito. Náuseas.

Exploración: Afebril. Hemodinámicamente estable. No tinte icterico. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. Abdomen distendido, blando, molesto en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: radiografía tórax y abdomen sin hallazgos. Hemograma: hemoglobina 8.8 mg/dl, leucocitos 7.81 con 75% polimorfonucleares, plaquetas 179. Bioquímica: función renal normal, hipopotasemia leve, hipoproteinemia, hipertransaminasemia, no hiperbilirrubinemia, sin elevación reactantes fase aguda. Coagulación normal. Ecografía en consulta: no dilatación vía biliar intra ni extrahepática, pared vesícula no engrosada, no imágenes sugerentes de litiasis biliar, lesión focal en parénquima hepático

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Metástasis hepática.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar. Colecistitis. Dispepsia. Lesión ocupante de espacio intrahepática.

Tratamiento, planes de actuación

Al encontrar una imagen ecográfica que plantea seria duda se solicita una ecografía reglada a servicio de Radiología, que amplían con tomografía axial computerizada informando de lesión en segmento VIII de lóbulo hepático derecho con captación periférica de contraste y áreas de captación tubular hacia interior que sugieren estructuras vasculares.

Evolución

Citada de forma urgente en consulta de cirugía completan estudio y citan para hepatectomía programada derecha. Ecografía intraoperatoria sin hallazgos en el resto del parénquima hepático.

Conclusiones

Es importante nuestra implicación en el uso de la ecografía como herramienta que no sólo puede confirmar o descartar procesos, sino que puede mostrar otros hallazgos que los orienten o bien sirvan para llegar al diagnóstico (como en este caso) de una patología que no se había llegado a plantear en el diferencial.

Palabras Claves Mesh

Dyspepsia, biliary tract diseases, liver neoplasms.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente con dolor abdominal, hematoquecia e hipotonía

Rodríguez López S¹, Bermúdez Torres FM^{a2}, Salva Ortiz N³

¹*Pediatra. Centro de Salud Montealegre. Jerez de la Frontera. Cádiz*

²*Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Sierra de Cádiz. UGC Arcos de La Frontera. Cádiz*

³*Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz*

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria

Motivos de consulta

Dolor abdominal tipo cólico acompañado de deposiciones con sangre y postración

Historia clínica

Niño de 15 meses que acude al centro de salud por presentar en las últimas 24 horas episodios de dolor abdominal de tipo cólico, de unos minutos de duración, que la familia achaca a cuadro de enteritis. En los últimos episodios el dolor se hace más intenso y se acompaña de deposiciones con restos hemáticos, así como postración, palidez y flacidez, motivo por el que consulta. No ha presentado fiebre ni vómitos, no traumas recientes. Mala ingesta desde el inicio del cuadro.

Dado que el paciente presenta mediano estado general, se decide traslado a urgencias pediátricas para valoración.

A la exploración presenta mediano estado general coincidente con los episodios de dolor, pero que va empeorando con la evolución del cuadro, así como palidez facial e hipotonía. A nivel abdominal se aprecian abundantes ruidos hidroaéreos, así como defensa abdominal moderada. No lesiones anales. Resto de exploración por órganos y aparatos fue normal.

Se realiza hemograma y bioquímica que fueron normales, sin elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de abdomen agudo se realiza ecografía abdominal coincidente con episodio de dolor, donde se aprecia imagen redondeada en forma de donut, compatible con invaginación intestinal

Enfoque individual

Familia estructurada, acude a guardería.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Invaginación intestinal.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda. Apendicitis. Ingesta de cuerpo extraño. Traumatismo abdominal con lesión visceral.

Tratamiento, planes de actuación

Se canaliza vía venosa y se mantiene a dieta absoluta.

Se realiza intervención quirúrgica urgente, con exéresis de 10 centímetros de intestino delgado, con signos de sufrimiento.

Evolución

Favorable. Tras la intervención se realiza cobertura antibiótica intravenosa y posterior alimentación oral, con buena tolerancia.

Conclusiones

Los episodios de dolor abdominal son muy frecuentes en pediatría, en general secundarios a patología banal, pero siempre debemos hacer una buena historia clínica y exploración para descartar causas agudas de tipo quirúrgico, que requieren actuaciones inmediatas, como en nuestro caso.

La invaginación intestinal es una causa de dolor abdominal sobretodo en lactantes en la que debemos pensar y realizar exploración ecográfica precoz que oriente el diagnóstico para una actuación temprana

Palabras Claves Mesh

Dolor abdominal, lactante, invaginación intestinal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora no puedo caminar

Gómez Montes CV¹, Cañizares Romero JM², Reyes Díaz EM^{a2}

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Estepona. Málaga

²MIR de MFyC. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en ambas piernas que le impide caminar.

Historia clínica

Paciente masculino de 59 años quien ha sido intervenido recientemente de un cáncer orofaríngeo. Consulta por presentar dolor en ambas piernas a predominio izquierdo con gran dificultad para caminar al examen físico. Traqueotomía definitiva.

Cardiopulmonar normal, abdomen normal, miembros inferiores solo pulsos pedios débiles.

Enfoque individual

Se coloca tratamiento médico.

Se realiza ecografía abdominal que se describe como una aorta de 31.7 mm a nivel infrarrenal. A nivel de las iliacas se observan múltiples imágenes ecogénicas que generan sombra posterior (placas). La iliaca izquierda pareciera a aneurismática y la iliaca derecha hipotrófica.



Ecografía abdominal que se describe como una aorta de 31.7 mm a nivel infrarrenal. A nivel de las iliacas se observan múltiples imágenes ecogénicas que generan sombra posterior (placas). La iliaca derecha pareciera a aneurismática. La iliaca izquierda hipotrófica.



Angio-TAC de arteria aorta abdominal y bifurcación iliaca (22/06/2018) que informa: aneurisma de aorta distal infrarrenal de 34 mm, fusiforme, a nivel de origen de la arteria mesentérica inferior, con ligero trombo mural, que continúa con una arteria iliaca común derecha aneurismática y fusiforme, de 15 mm, frente a los 11 mm de la contralateral. Iliacas externas están permeables, con placas, sin estenosis significativas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Claudicación intermitente.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a cirugía. En cirugía piden un Angio-TAC de arteria aorta abdominal y bifurcación iliaca que informa: aneurisma de aorta distal infrarrenal de 34 mm fusiforme a nivel de origen de la arteria mesentérica inferior con ligero trombo mural que continúa con arteria iliaca común derecha aneurismática fusiforme, de 15 mm frente a los 11 mm de la contralateral. Iliacas externas permeables con placas, sin estenosis significativas

Se deriva a cirugía cardiovascular para su resolución.

Evolución

En espera de resolución quirúrgica

Clínicamente igual.

Conclusiones

La ecografía es, cada día más, la extensión del examen físico. Es para los que la usamos el fonendo, el electrocardiograma, la radiografía, o cualquier herramienta que tenemos a la mano para confirmar nuestra sospecha clínica. En atención primaria trabajamos permanentemente en incertidumbre y gracias a herramientas como la ecografía, podemos convertir la incertidumbre en certidumbre, un hecho que nos ayuda a poder orientar al paciente para su pronta resolución y a nosotros para actuar lo más eficazmente posible ante diferentes retos diagnósticos del día a día.

Palabras Claves Mesh

Ecografía abdominal, atención primaria, aneurisma aórtico, abdominal ultrasound, primary care, aortic aneurysm.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Lesión por sobreesfuerzo del manguito de los rotadores izquierdo tras cirugía del hombro derecho

Pérez Verdugo J¹, Fernández Zabala SM^{a2}, Aguilera Luna A¹

¹Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

²MIR de MFyC. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Centro salud de Camas.

Hospital Traumatología Virgen Rocío. Sevilla

Motivos de consulta

Dolor e impotencia funcional hombro izquierdo un año después de intervención quirúrgica hombro derecho por rotura supraespinoso.

Historia clínica

Mujer de 51 años.

Trabajadora del servicio doméstico.

Niega antecedentes familiares o personales de enfermedades osteoarticulares.

Desde hace tres años dolor y limitación de la movilidad hombro derecho.

Empeoramiento a raíz de una caída golpeándose dicho hombro hace un año.

Mala evolución a tratamiento conservador medico e infiltraciones.

Tampoco mejora con rehabilitación.

Ecografía hombro derecho ->Rotura margen anterior del supraespinoso a la altura de la unión miotendinosa que contacta focalmente con la superficie articular profunda del mismo, ligeramente superior al 50% del tendón engrosado.

I.Q. ->Se desbrida tendón y se inserta con un arpón .No se realiza acromioplastia.

Enfoque individual

Como por mal uso y sobreuso de hombro izquierdo al tener roto e intervenido el supraespinoso derecho se desencadena ahora una tendinopatía del hombro izquierdo

Los movimientos repetitivos de abducción del brazo hacen que el tendón supraespinoso, esencialmente, sea pinzado entre el acromio y troquíter, dando lugar a distintas alteraciones del tendón.

Ecografía hombro izquierdo realizada en Atención Primaria->imagen anecoica compatible con rotura parcial porción larga bíceps.

Otra rotura en sección transversal supraespinoso.

Impingement.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rotura supraespinoso derecho de origen degenerativo y desencadenado por traumatismo.

Tendinopatía por sobreuso del supraespinoso izquierdo en el mismo paciente.

Tratamiento, planes de actuación

Baja laboral

Entrenamiento específico ->ejercicios para mantener fuertes y flexibles estos músculos, sin trabajar en postura forzada.

Evolución

Recuperación progresiva movilidad hombro izquierdo.

Fundamental el reposo y rehabilitación.

Conclusiones

El manguito de los rotadores fija la articulación del hombro, a expensas de sufrir mucho estrés al realizar ejercicios con los hombros.

Su lesión puede ser de distinta gravedad, desde un simple sobreesfuerzo que provoca dolor unos días, hasta una patología seria, pudiendo originar una inflamación, un atrapamiento e incluso una rotura.

Las lesiones más graves ocurren en mayores de 40 años y se suelen asociar a una combinación de sobreesfuerzo y trastorno degenerativo.

No podemos olvidar que, mientras más se fuercen estos músculos de forma incorrecta, más fácil será su degeneración.

Palabras Claves Mesh

Rotator cuff, Impingement.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Coledocolitiasis en paciente colecistectomizada

Fábregas Ruano M^aT¹, Criado Rubio I², Ruz Franzi I³

¹MIR de MFyC. Hospital Puerta Del Mar. Cádiz

²MIR de MFyC. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y servicio de digestivo hospitalario.

Motivos de consulta

Dolor abdominal en hipocondrio derecho; náuseas.

Historia clínica

Paciente mujer de 57 años de edad, afecta de episodios autolimitados de dolor abdominal en hipocondrio derecho con fiebre (39 °C) y náuseas. No coluria. Tratada en urgencia ambulatorio con analgésico y antiemético, además de antibioticoterapia.

Enfoque individual

Antecedentes personales: colecistectomía por colelitiasis y coledocolitiasis, realizándose esfinterotomía endoscópica, diabetes tipo 2; dislipemia; tabaquismo activo (IT: 17,5 paquetes año), no bebedora.

Exploración física (EF) realizada en consulta del centro de salud (CS), encontrándose asintomática. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias, puño-percusión renal bilateral negativas. Resto de la EF, sin alteraciones evidenciables. Analítica: hemograma normal; bioquímica con LDH 234, fosfatasa alcalina 175, GGT 484, AST 281, ALT 175, proteína C reactiva 42,3, bilirrubina total normal (0,32), alfa-fetoproteína, antígeno carcinoembrionario y serología de hepatitis A, B y C normales; urianálisis normal. Se realiza ecografía abdominal en el CS. Inicialmente, observamos paralelo a algunas ramas portales hepáticas, unas líneas hiperecogénicas reverberantes, compatible con aerobilia.



Una semana después, las imágenes ecográficas, demostraban un hígado homogéneo hiperecicoico de superficie lisa y sin lesiones focales, además de una vía biliar principal ligeramente dilatada, observándose en el colédoco una imagen hiperecicoica con sombra acústica posterior sugestiva de Coledocolitiasis. Con el diagnóstico de esteatosis hepática y coledocolitiasis, es derivada de forma

preferente al servicio de digestivo hospitalario. Tres días después, la paciente ingresa en urgencia hospitalaria por dolor abdominal de difícil control. Se observó en la analítica PCR 142, 2, Brb D 3.5, ALT 319, GGT 800, FA 532. La CPRE demostró un cálculo de unos 9 mm en el conducto hepático común

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Coledocolitiasis. Colangitis aguda.

Diagnóstico diferencial: principalmente con calcificaciones de la arteria hepática. También con calcificaciones de la cabeza de páncreas.

Tratamiento, planes de actuación

A través de CPRE se extrae el cálculo con balón de Fogarty.

Evolución

Permanece asintomática, no presentando clínica de náuseas ni dolor abdominal.

Conclusiones

La aplicación de la ecografía abdominal en AP, permitió el correcto diagnóstico de coledocolitiasis y su posterior derivación al servicio de digestivo.

Palabras Claves Mesh

Coledocolitiasis; colangitis aguda; atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un caso sobre abdomen agudo y el uso de ecografía

Martín Jiménez A¹, Lidón Mazón A², Rodríguez Vallejo JJ²

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

²Médico de Familia. Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 78 años trasladado a los servicios de urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado, localizado en epigastrio de horas de evolución acompañado de cuadro sincopal. Según familiares el paciente viene presentado molestias abdominales inespecíficas de 2 días de evolución, sin náuseas ni vómitos. No ha presentado fiebre. Asocian estreñimiento de 4 días.

Enfoque individual

A su llegada el paciente presenta mal estado general. Signos de mala perfusión. Taquipneico en reposo. Palidez mucocutánea. En la exploración el abdomen es doloroso a la palpación generalizada, con signos de irritación precoz. Ruidos hidroaéreos disminuidos. La analítica revela reactantes de fase aguda y leucocitosis.

Se realiza ecografía abdominal siguiendo protocolo E-FAST, donde se observa líquido libre en todos los espacios.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Shock séptico de origen abdominal.

Tratamiento, planes de actuación

Se amplió estudio con TAC abdominal en el que identifican cuadro oclusivo con signos de perforación a nivel de yeyuno, confirmando líquido libre en todo los espacios.

El paciente requirió tratamiento con drogas vasoactivas y fue transferido a hospital de referencia para intervención quirúrgica.

Evolución

En quirófano se realiza laparotomía exploradora observando peritonitis fecaloidea abundante, implicando todos los cuadrantes. Se evidencia zona de isquemia-necrosis a nivel de yeyuno-íleon. El paciente continuó inestable hemodinámicamente durante la cirugía, falleciendo durante la misma.

Conclusiones

Se presenta un caso clínico donde la ecografía de abdomen se realiza enfocada a la detección de líquido libre en el abdomen mediante eco FAST. Esta técnica permite identificar casos que requieran la necesidad de una posible cirugía de urgencia o una técnica inmediata, como es nuestro caso. En este paciente, pese al fatal desenlace, el estudio mediante eco FAST permitió una pronta actitud derivando a hospital de primer nivel para intervención quirúrgica.

Palabras Claves Mesh

Abdomen agudo, shock séptico, Eco-Fast.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

370/71. Ictericia y pérdida de peso en mujer de 67 años

Valle Gallardo V¹, Martín Jiménez A², Guerrero Ponce JP³

¹Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz

²Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz

³Médico de Familia. Centro de Salud Mentidero. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria

Motivos de consulta

Ictericia, pérdida de peso y epigastralgia.

Historia clínica

Mujer de 67 años, con dislipemia, como único antecedente personal, que desde hace dos semanas presenta epigastralgia irradiada en cinturón. Desde hace unos 5 meses, refiere pérdida ponderal de 5 kg. En analítica realizada se detecta debut diabético e hipertransaminasemia, por lo que se inició tratamiento con antidiabéticos orales.

Enfoque individual

Acude a la consulta porque desde hace 24 horas se nota la piel amarillenta. Asocia coluria y acolia. Se realiza ecografía en el punto de consulta (POCUS) y se detecta masa pancreática.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El 90 % de las masas pancreáticas son adenocarcinomas; el resto pueden ser neoplasias primarias o metastásicas, procesos inflamatorios o infecciosos.

Tratamiento, planes de actuación

Con los datos reportados y ante el fatídico pronóstico de este tipo de tumores, se envió a la paciente a Urgencias para su pronta captación por el Servicio de Digestivo. La paciente fue ingresada.

Evolución

La paciente se encuentra en espera de valoración por el servicio de oncología para tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

El cáncer de páncreas es una tumoración con supervivencia baja. En nuestro medio la primera técnica de detección es la ecografía, por su bajo coste e inocuidad. Hasta en un 15-20% de estudios la exploración del páncreas no es satisfactoria, debido a su localización. Para un adecuado estudio, la exploración debe incluir cortes en distintos planos y puede precisar del desplazamiento del gas intestinal con movilización del paciente. Con una visualización correcta del páncreas, la sensibilidad de la prueba aumenta. La sensibilidad depende además del tamaño y de la localización del tumor y de la aplicación del armónico. El uso de la ecografía en el punto de consulta, acompañado de una buena historia clínica y una exploración adecuada, podría ayudar a un diagnóstico más precoz que mejore el pronóstico de este tipo de patología.

Palabras Claves Mesh

Pancreatic neoplasms, ultrasonography.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Incidentaloma en la ecografía abdominal de una paciente con clínica de cólico nefrítico

Jara Abril M¹, Criado Rubio I¹, Ruz Franzí I²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud Olivillo. Cádiz

²Médico de Familia. Centro De Salud Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal izquierda irradiado a abdomen.

Historia clínica

Paciente mujer de 69 años de edad, que acude al centro de salud por padecer desde hace una semana, dolor en fosa renal izquierda irradiado a vacío izquierdo e hipogastrio. Tratada previamente en el servicio de urgencia hospitalario por crisis de dolor, donde se le pauta analgésicos y antiinflamatorios de forma parenteral.

Enfoque individual

Antecedentes personales: histerectomía más anexectomía bilateral; hernia discal lumbar, escoliosis, tromboembolismo pulmonar bilateral.

Exploración física. puñopercusión renal izquierda positiva. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias. Analítica: hemograma y bioquímica sin alteraciones a destacar. Orina: leucocitos +++; hematíes +++. Ecografía abdominal realizada en el centro de salud: el riñón izquierdo se encuentra ocupado por diferentes nefrolitiasis, algunas de 2,5 cm, siendo difícil de valorar la morfología renal, probable riñón coraliforme; además se identifica un quiste simple en zona apical. Examinado ecográficamente la zona de hipogastrio de la paciente, se visualiza en la zona del recto, una imagen hipocogénica de 2.15 cm de tamaño transversal. Dicha imagen nos hizo dudar entre dos diagnósticos: fecaloma o probable neoplasia de recto; descartamos probable patología ginecológica por el antecedente previo de histerectomía más doble anexectomía. Se citó a la paciente la semana siguiente, habiendo desaparecido dicha imagen hipocogénica.



Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Nefrolitiasis izquierda (probable riñón coraliforme). Fecaloma.

El diagnóstico diferencial de riñón coraliforme, principalmente se realiza con la nefrocalcinosis.

Tratamiento, planes de actuación

La paciente se encuentra tomando analgésicos y antiinflamatorios, si presenta crisis de dolor

Evolución

Actualmente, la paciente se encuentra estable, estando pendiente de la realización de un TAC abdominal por parte del servicio de urología

Conclusiones

La realización de ecografía abdominal en atención primaria, permitió el diagnóstico de nefrolitiasis, así como su correcta derivación al servicio de urología.

Palabras Claves Mesh

Nefrolitiasis; fecaloma; atención primaria

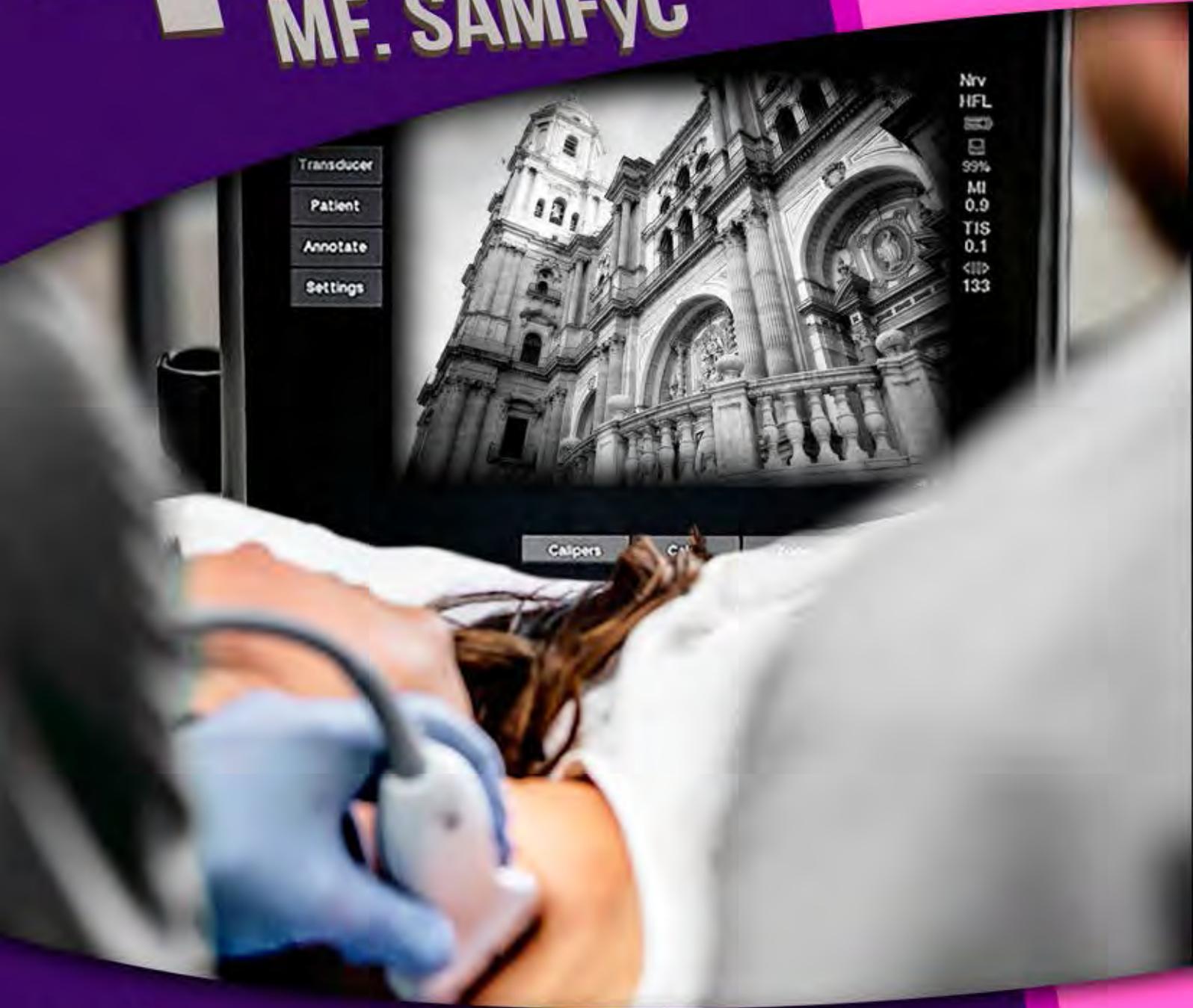
Fundación

SIMFYC



4^{AS} JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFyC

11 de
Mayo



MÁLAGA 2019

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



GdT Ecografía

SAMFyC