

Medicina de Familia Andalucía

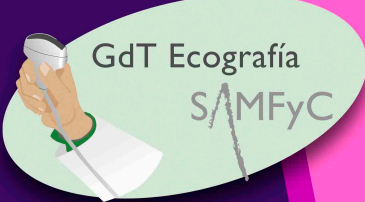
Volumen 20, número 1, suplemento 1, mayo 2019

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

Málaga
Hotel Sallés
Málaga Centro
**11 de mayo
2019**



MÁLAGA 2019
<http://www.jornadasecografiasamfyc.com> • info@jornadasecografiasamfyc.com



28º

Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

del 1 al 3 de
Octubre de 2020

.....
Sevilla

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

acm andaluza de
congresos médicos

Apartado de Correos 536, 18080, Granada Tfno/Fax: 958 523 299
www.andalzacongresosmedicos.com | info@andalzacongresosmedicos.com

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria



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 Bohórquez Colombos

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes

Asumpta Ruiz Aranda

Juan Manuel Morales Moreno

Vocal Jóvenes MF

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería:

M^a. Pilar Delgado Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

Antonio Fernández Natera

natera38@gmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

juanprj@gmail.com

Vocal provincial de Huelva:

Pablo García Sardón

pgsardon@gmail.com

Vocal provincial de Jaén:

Francisco Tomás Pérez Durillo

ft_perez@yahoo.com

Vocal provincial de Málaga:

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

martycienfuegos@hotmail.com

Vocal provincial de Granada:

Ignacio Merino de Haro

merinoharo@hotmail.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

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

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Angeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Piza. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torio Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorenzo. *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*
Victor M. Sánchez Prado. *México*
Sergio Solmesky. *Argentina*
José de Ustarán. *Argentina*

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el 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 la SAMFyC:
<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de 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

Maqueta: Encarnación Figueredo

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.

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.20, Nº.1, Suplemento 1, mayo 2019

Comité Organizador

Coordinador

D. José Ramón Boxó Cifuentes

Espedialista en MFyC. CS Puerta blanca. Málaga
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

Miembros

D. Enrique Cruz Ramírez

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

D. Antonio López Téllez

Espedialista en MFyC. CS Puerta blanca. Málaga
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

Comité Científico

Coordinador

D. Cristóbal Trillo Fernández

Espedialista en MFyC. CS Puerta blanca. Málaga
Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

Miembros

D. M. Solimán Berchíd Débdi

Especialista en MFyC. CS de Villacarrillo. Jaén
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

D^a. M^a Dolores Domínguez Pinos

Especialista en MFyC. Especialista en Radiodiagnóstico
UGC Radiodiagnóstico Hospital Clínico Universitario. Málaga
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

D^a. Carmen Gómez Montes

Especialista en MFyC. CS de Estepona. Málaga
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

D. Francisco José Guerrero García

Especialista en MFyC. CS Gran Capitán. Granada
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC

D. Diego Gutiérrez Molina

Especialista en MFyC. CS de Úbeda. Jaén
Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC



Contenidos

Resultados de investigación

- 7 Ecografía abdominal. Capacidad Resolutiva del médico de familia en ámbito ambulatorio

Casos clínicos

- 8 Dolor abdominal y fiebre de 3 días de evolución
9 ¡OJO! Atención Primaria
10 Tengo un bulto en la mama que me duele
11 La hepatomegalia no engaña
13 Doctor, me duele la pierna
14 Metrorragia en Atención Primaria, a propósito de un caso
15 Astenia en paciente de 72 años bebedor importante. A propósito de un caso
16 Dolor supraumbilical en Atención Primaria, a propósito de un caso
17 Ecografía vesical en dolor abdominal
18 Ecografía vesical en síntomas irritativos urinarios
19 Hematuria a estudio
21 ¡Tengo mucha regla por culpa de la ligadura!
23 Bocio en paciente tiroidectomizada
25 Ecografía en DX diferencial de abdomen agudo médico
26 Utilidad de la ecografía en las adenopatías
27 Utilidad de la ecografía en el diagnóstico precoz de aneurismas
28 Pancreatitis necrotizante en un niño de 10 años. Caso clínico
29 La importancia del diagnóstico precoz. A propósito de un caso
30 Hematuria macroscópica. Poliquistosis renal. A propósito de un caso
31 Molestias en un testículo
32 Hallazgo incidental
33 Utilidad de la ecografía torácica en un consultorio rural
35 Más allá de una alteración analítica
36 No termino de recuperarme
37 Paciente con dolor abdominal difuso y náuseas valorado en el área de urgencias
38 Doctora me palpita la cara
40 Tengo un bulto en la cara
42 Camino despacio pero no puedo avanzar
44 Cuidado con los repartos
45 Disfonía en paciente no fumadora

Resultados de Investigación

Ecografía abdominal. Capacidad Resolutiva del médico de familia en ámbito ambulatorio

Díaz Muñoz M¹, Cabello Romero A², Aguilera Vereda N²

¹Centro de Salud El Almorrón. Écija. Sevilla

²Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla

Objetivos

Evaluar la adquisición de competencias diagnósticas y la formación de médicos de atención primaria, para realizar ecografías abdominales de baja complejidad.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal. Se lleva a cabo una exploración ecográfica independiente por el médico de familia en consulta de atención primaria y por el radiólogo, en ámbito hospitalario.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se incluyen pacientes a los que, se realiza ecografía abdominal en base a los siguientes síntomas y signos clínicos: dolor hipocondrio derecho, alteración enzimas hepáticas, ictericia, dolor abdominal, dolor en fosa renal, hematuria, seguimiento de lesiones previas. Los resultados se registran en diferentes formularios, de un mismo cuestionario estándar de recogida de datos. Mediante el cálculo del índice Kappa, se valoran

coincidencias tomando como Gold estándar, la lectura por parte de los radiólogos de zona.

Resultados

Tras un análisis ad integrum, se incluyen 100 pacientes, con edades comprendidas entre 14 y 80 años, obteniendo una edad media de 65,8 años. Tras finalizar el estudio, y analizar los datos obtenidos, se alcanza un índice kappa global, para la lectura ecográfica por pares de variables, de 0.775 (acuerdo considerable según Tabla de Landis y Koch)

Conclusiones

El uso de la ecografía por médicos de familia con una formación adecuada permite un diagnóstico precoz y una reducción de derivaciones a atención hospitalaria con un beneficio claro para el paciente, además disminuye la incertidumbre que manejamos en Atención Primaria ya que es un complemento muy útil para una valoración clínica más completa.

Palabras clave

Ultrasonography, Primary Health Care, Abdominal pain.

Casos Clínicos

Dolor abdominal y fiebre de 3 días de evolución

Gallardo Ramírez M, Oualy Ayach Hadra G, Martínez Chaves M

Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y fiebre de varios días de evolución en tratamiento con antibiótico para una infección de orina.

Historia clínica

Antecedentes personales: enfermedad de Crohn. Apendicectomizado.

Anamnesis: paciente de 64 años que acude a nuestra consulta de atención primaria refiriendo dolor abdominal en la fosa iliaca derecha y fiebre elevada de varios días de evolución.

Previamente había consultado en urgencias y le habían diagnosticado una infección del tracto urinario inferior.

Enfoque individual

Exploración: dolor en fosa ilíaca derecha con eritema, induración cutánea, fluctuación y aumento de temperatura cutánea a ese nivel. A la palpación defensa abdominal y Blumberg positivo.

Pruebas complementarias: Se realiza ecografía abdominal en centro de salud y se observa en fosa iliaca derecha una colección heteroecogenica de 7 x 8 cm que impresiona de absceso intraabdominal que parece querer fistulizar hacia la superficie.

Juicio clínico

Enfermedad de Crohn fistulizante.

Diagnóstico diferencial: absceso de pared abdominal, hernia crural estrangulada,

plastrón apendicular, absceso intraabdominal secundario a perforación de víscera hueca.

Tratamiento, planes de actuación

Al paciente se le derivó a urgencias del hospital de referencia para ingreso y estudio. En la analítica de urgencias tenía una leucocitosis con mayor porcentaje de polimorfonucleares con una proteína C reactiva de 178. Se le volvió a realizar ecografía de abdomen cuyo informe era similar a la de atención primaria. Posteriormente se le solicitó TAC abdominal en el cual se veía aumento de colección del asa ileal a musculo psoas de 7,7 x 5,2 x, 3,4cm con aire en su interior y contornos imprecisos. Se ingresó y se le administro tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Evolución

El paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta con próxima revisión en cirugía.

Conclusiones

Como conclusión, la ecografía en atención primaria agiliza el proceso de diagnóstico y de tratamiento de los pacientes y cuando se requiere derivar se realiza con un diagnóstico más concreto. Por lo tanto la ecografía en atención primaria es una herramienta más que ayuda día a día en nuestro trabajo.

Palabras clave

Inflammatory bowel disease. Abscess. Ultrasound.

¡OJO! Atención Primaria

Bajo Ramos J¹, Peña Salas C², Hernández García R²

¹Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén

²Centro de Salud de Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Distensión y masa abdominal.

Historia clínica

♀ de 52 años. AP: mioma, episodio de vómitos y diarrea de días de evolución, hallazgo incidental de masa abdominal.

Enfoque individual

Paciente que acude por molestias gastrointestinales con cuadro de vómitos y diarrea sin productos patológicos, afebril, de 4 días. A la exploración destaca un abdomen distendido con peristaltismo disminuido, no doloroso y una masa a nivel de fosa ílica derecha (FID). Se realiza en consulta una ecografía clínica hallando una masa heterogénea, mal delimitada con líquido alrededor e imágenes quísticas con septos gruesos en su interior. Radiografía simple de abdomen normal. Derivada al servicio de digestivo, le realizaron colono-gastroscopia sin hallazgos patológicos. Posteriormente, la paciente volvió y ante la falta de estudio de la masa, fue derivada al servicio de ginecología y se solicita desde AP ecografía reglada a Radiología. La paciente no fue a la cita con ginecología y la petición de la ecografía fue rechazada al ser una petición procedente de Atención Primaria. Siete meses después, la paciente volvió por consulta de AP por gran distensión abdominal y amenorrea de 5 meses de evolución. Se realiza ecografía clínica donde se halla una gran masa heterogénea

multiquística que ocupa todo el abdomen, imposible de delimitar, con mayor cuantía de líquido libre peritumoral, se realiza una interconsulta en el acto con ginecología, quienes solicitaron una RMN preferente que evidencia una gran lesión quística multiseptada que parece depender del anejo derecho, radiológicamente agresiva. Ca 125: 191.5U/mL

Juicio clínico

Masa abdominal: neo de ovario.

Diagnóstico diferencial: neoplasia de colon, neoplasia de ovario, mioma gigante, absceso tuboovárico, masa hepática pediculada, plastrón apendicular, enfermedad de Crohn.

Tratamiento, planes de actuación

Histerectomía con doble anexectomía, biopsia informada como tumor ovárico gigante tipo mucinoso borderline.

Evolución

Favorable, no precisó tratamiento oncológico.

Conclusiones

Al disponer de un ecógrafo en la consulta de AP se pueden confirmar hallazgos de la exploración. Es importante dar credibilidad al médico de familia cuando realice una ecografía clínica, ya que, lejos de consistir en intrusismo laboral, es una herramienta que nos permite un diagnóstico precoz y acortar los tiempos de espera.

Palabras clave

Ecografía, neoplasia, abdomen.

Tengo un bulto en la mama que me duele

Peña Salas C¹, Bajo Ramos J², Gutiérrez Rodríguez C³

¹Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén

³Centro de Salud Dr. Castro Viejo. Madrid

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Bulto en mama.

Historia clínica

Nódulo mamario palpable de varios meses de evolución con molestias a la palpación.

Enfoque individual

Antecedentes personales: IQ: polipectomía. No RAM.

Anamnesis: Mujer de 47 años que consulta porque refiere bulto en mama derecha en CSI sin saber precisar tiempo de duración. Doloroso a la palpación. Nulípara.

Exploración: se palpa nódulo de unos 3 cm de consistencia firme, dura, adherido a planos profundos, mal definida en CSI. No adenopatías bilaterales.

Ecografía de mama donde se observa nódulo hipoecogénico de 3/2 cm heterogéneo de bordes mal definidos con orientación antiparalela y sombra acústica posterior en CSI con retracción de ligamento de Cooper, doppler color negativo, ganglio centinela axilar ++ nivel II, ovalado con halo ecogénico grueso y pérdida del hilio graso. BI- RADS 5. Analítica: Bioquímica general y marcadores tumorales CEA y CA 15-3 normales.

Juicio clínico

Carcinoma lobulillar infiltrante de mama.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: QT neo adyuvante +radioterapia + cirugía.

Planes de actuación: derivación a unidad de mama de forma preferente donde se le realizó mamografía y BAG (carcinoma lobulillar infiltrante, Ki67, RH+, E-cadherina +++CK19), Her2neu- Se solicita RMN, TC, SPECT TC y marcaje de lesiones.

Evolución

Derivada al Servicio de oncología para tratamiento neo adyuvante. Resultados de RMN: múltiples nódulos espiculados en CSI junto con adenopatías axilares en nivel II. SPECT TC: hipermetabolismo focal en ilíaco posterior derecho a valorar en control evolutivo. TC: carcinoma multifocal y multicéntrico en mama derecha CSI con afectación axilar. Aisladas adenopatías abdominales de tamaño no significativo. Buena tolerancia a quimioterapia.

Conclusiones

La ecografía en AP es una técnica diagnóstica imprescindible, nos ayuda a diagnosticar patologías, pero sobre todo, descartarlas, disminuyendo la incertidumbre del médico de familia. En este caso presentaba un patrón ecográfico evidente de malignidad que nos indujo a derivar a la paciente de forma preferente en el proceso asistencial de mama y poder ser diagnosticada y tratada en el menor tiempo posible.

Palabras clave

Breast tumor, ductal carcinoma, fibroadenoma.

La hepatomegalia no engaña

Salvador Concepción J¹, López del Río M², Malpica Valenzuela G³

¹Centro de Salud de El Toyo. Retamar. Almería

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería

³MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benahadux. Almería

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Debilidad general.

Historia clínica

El paciente sólo tiene historia con seguimiento por Glaucoma e Hipertensión arterial. Actualmente en estudio por parte de Medicina Interna.

Enfoque individual

Antecedentes personales: glaucoma, HTA. Sin HHTT. AF: no refiere.

Anamnesis: varón de 46 años que acude al servicio de urgencias por debilidad acentuada los últimos días junto con náuseas, pesadez estomacal e inapetencia junto con pérdida de peso el último mes.

Exploración: regular estado general, consciente y orientado, eupneico, con ligera deshidratación de piel y mucosas. La exploración neurológica es normal, sin signos de focalidad ni signos meníngeos. La auscultación es rítmica, sin extratonos, con ligera hipoventilación global. Los miembros inferiores no muestran signos de TVP ni edemas, si llama la atención la marcada pérdida de masa muscular. El abdomen está globuloso, distendido con áreas de matidez y otras timpanizadas, dolor a la palpación en flanco derecho, hepatomegalia de 2 traveses con murphy dudoso y blumberg negativo.

Pruebas complementarias: la analítica general fue normal, salvo PCR de 10,5 y elevación de GOT de 223 y GPT de 198. En la radiografía de tórax no había infiltrados ni condensaciones. La radiografía de abdomen mostraba ausencia

de gas en marco cólico derecho, resto sin hallazgos significativos

Juicio clínico

El diagnóstico diferencial del síndrome constitucional es amplísimo, siendo la primera opción un síndrome paraneoplásico, donde es de vital importancia la búsqueda del tumor primario. Dada la clínica y los hallazgos de las pruebas complementarias realicé una ecografía a pie de cama para decidir la actitud a tomar. Objetivé 3 LOES en parénquima hepático sin poder descartar otros dada la mala ventana ecográfica. Diagnóstico final: hepatocarcinoma con metástasis hepáticas.



Tratamiento, planes de actuación

Ingreso en Medicina Interna y tratamiento analgésico.

Evolución

Durante el ingreso se procedió a realizar pruebas de imagen (TAC+RMN) que confirmaron los hallazgos de la ecografía. Posteriormente se realizó biopsia hepática que confirmó la presencia de un tumor primario; hepatocarcinoma.

Conclusiones

Me gustaría resaltar la importancia de la ecografía a pie de cama, por parte de los

médicos de familia y de urgenciólogos, ya que es una forma de aproximar al paciente a un diagnóstico y por tanto y a pesar de que las búsquedas de tumor primario no es una tarea de Urgencias, es nuestra obligación hacer lo máximo posible para orientar el diagnóstico con las herramientas disponibles en

Urgencias, puesto que seguramente le estamos ganando un tiempo valiosísimo al paciente

Palabras clave

Síndrome constitucional; hepatomegalia.

Doctor, me duele la pierna

Caraballo Ramos I, Martínez Chaves M, Gallardo Ramírez M

Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en tercio medio de muslo de pierna izquierda, en zona externa, que comienza al hacer un giro. Posteriormente aparece impotencia funcional, por lo que acude a consulta.

Historia clínica

Paciente de 71 años con antecedentes personales de intervención de bioprótesis mitral normofuncionante. Presenta fibrilación auricular persistente postoperatoria, anticoagulada con sintrom. Además realiza tratamiento con omeprazol, simvastatina, amiodarona, torasemida y bisoprolol.

Enfoque individual

Se realiza ecografía de partes blandas, ante la disponibilidad de ecografía en consultas de atención primaria.

En estudio ecográfico se aprecia rotura fibrilar en tercio medio de vasto externo con gran hematoma en la zona afectada, de morfología elíptica, de 7 cm de diámetro mayor por 2,5 cm de diámetro transversal. Dentro del

hematoma, ya organizado, se observan zonas de sangrado reciente.

Juicio clínico

Hematoma extenso en el vasto lateral del muslo izquierdo secundario a rotura fibrilar.

Tratamiento, planes de actuación

Se suspende sintrom y se pasa a heparina durante 10-15 días. Se utiliza media de compresión hasta la ingle con blanda de silicona. Se añade a su tratamiento diclofenaco 50 mg / 8 h vía oral y paracetamol 1g / 8 h vía oral. Reposo con el pie extendido.

Evolución

Mejoría clínica, con disminución del hematoma de forma progresiva.

Conclusiones

La disposición de ecografía en la consulta del médico de atención primaria permite diagnosticar con precisión lesiones en partes blandas y tomar la actitud terapéutica correcta. Además permite el seguimiento de la lesión, evitando desplazamientos del paciente.

Palabras clave

Rotura fibrilar, hematoma muscular.

Metrorragia en Atención Primaria, a propósito de un caso

Góngora Martín L, Alonso García F, Uroz Campoy J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Servicio de urgencias de atención primaria.

Motivos de consulta

Metrorragia.

Historia clínica

Paciente mujer de 40 años que acude al servicio de urgencias de atención primaria por metrorragia de 7 días de evolución. Sin dolor abdominal, ni fiebre, ni clínica miccional ni alteraciones en el hábito intestinal, ni otro síntoma acompañante.

Enfoque individual

La paciente no tiene ningún antecedente de interés.

Exploración física: COC, BEG, buena coloración de piel y mucosas, bien hidratada y perfundida, eupneica, tolera decúbito, sin signos sépticos ni meníngeos, afebril, con abdomen blando y depresible, sin palpación de masas ni megalias, no doloroso salvo leve molestia a nivel de hipogastrio, Blumberg y Murphy negativos con RHA presentes, tacto rectal débil sin sangre. ACR sin alteraciones. No edemas en MMII. Sin focalidad neurológica.

Exploración ginecológica: a la inspección genitales externos adecuados para su edad y sexo, exploración bimanual dolorosa, y tacto vaginal con restos escasos de sangre.

FUM: hace 15 días. Ciclos regulares 28x5. Nulípara. Método de planificación familiar: preservativo.

Realizamos una Ecografía abdominal en la que observamos: utero aumentado de tamaño con

dos masas nodulares hipoecogénicas bien definidas que engrosan sus paredes, de aproximadamente 2 y 3 cm de diámetro, sin sangrado activo y sin líquido libre en cavidad. Sin otros hallazgos.

Juicio clínico

Miomas uterinos

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a consulta de ginecología para completar estudio.

Evolución

Se decide derivar a ginecología para pruebas complementarias y valoración de tratamiento (médico vs quirúrgico).

Conclusiones

La posibilidad de tener un ecógrafo disponible en la consulta o en las urgencias de atención primaria, supone un gran avance para la actuación del médico de familia, pudiendo definir el diagnóstico para así proceder a una mejor actuación.

En este caso, la identificación de miomas uterinos por ecografía abdominal nos permite realizar un diagnóstico diferencial precoz con patologías que requieran una actuación más urgente (ej. cáncer endometrial) o posibles complicaciones de los miomas (ej. compresión e estructuras).

Palabras clave

Metrorragia, uterus, ultrasound.

Astenia en paciente de 72 años bebedor importante. A propósito de un caso

Alonso García F, Ramos Martín J, Uroz Campoy J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia y debilidad de miembros inferiores.

Historia clínica

Paciente de 72 años con astenia y decaimiento de varias semanas de evolución y parestesias en miembros inferiores. Bebedor habitual, no sabe cuantificar cuanto, pero la familia refiere que se emborracha a diario.

Enfoque individual

Exploración física: COC, REG, buena coloración de piel y mucosas, ByP, tolera decúbito, sin signos sépticos ni meníngeos, afebril, con abdomen blando y depresible, con hepatomegalia de un través de dedo, no doloroso salvo leve molestia a nivel de hipogastrio, Blumberg y Murphy negativos con RHA presentes, tacto rectal dedil sin sangre. ACR sin alteraciones. No edemas en MMII. Sin focalidad neurológica. Marcha con aumento de la base de sustentación.

Laboratorio: ferritina 470, transaminasas normales

Ecografía abdominal en atención primaria: hígado aumentado de tamaño con aumento de la ecogenicidad hepática, aumento del lóbulo caudado con medida de 22.5 mm,

siendo el dm del LHI de 53.3, contornos regulares. Vías biliares normales.

Vesícula normal con paredes finas y sin litiasis en su interior.

A nivel del páncreas se evidencia lesión anecoica a nivel del cuerpo cola de páncreas sugestiva de estudio por TAC abdominal.

Ambos riñones de tamaño normal con buena delimitación corticomedular.

Juicio clínico

Esteatosis hepática. Aumento del lóbulo caudado. Lesión anecoica en cuerpo cola de páncreas.

Tratamiento, planes de actuación

Valorado en consulta por su médico de familia, solicita TAC abdominal para completar estudio radiológico.

Evolución

Pendiente de TAC abdominal.

Conclusiones

La ecografía en el centro de salud es una herramienta muy útil junto con la clínica médica, un diagnóstico precoz de una cirrosis o de un cáncer de páncreas es vital en el tratamiento de este paciente.

Palabras clave

Esteatosis, páncreas, tumor.

Dolor supraumbilical en Atención Primaria, a propósito de un caso

Alonso García F, Uroz Campoy J, Ramos Martín J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor supraumbilical e hiperforesis.

Historia clínica

Paciente de 72 años que acude al servicio de urgencias de atención primaria por cuadro de dolor súbito supraumbilical asociado a hiperforesis, astenia y malestar general.

No dolor torácico, no disnea ni clínica miccional, no alteración del hábito intestinal ni síndrome emético.

Enfoque individual

Exploración física: COC, REG, pálido sudoroso, bien hidratada y perfundido, eupneico, tolera decúbito, sin signos sépticos ni meníngeos, afebril, con abdomen blando y depresible, palpación de masa pulsátil a nivel supraumbilical, doloroso a la palpación, Blumberg y Murphy negativos con RHA presentes, tacto rectal dedil sin sangre. ACR sin alteraciones. No edemas en MMII. Sin focalidad neurológica.

Tensión arterial 160/90

Se procede a la realización de ecografía de urgencias en atención primaria: hígado de tamaño normal, contornos regulares y patrón aumentado de ecogenicidad. Aneurisma de aorta abdominal de 34.6 mm. Vías biliares normales.

Páncreas no valorable por interposición de gas.

Ambos riñones de tamaño normal con buena delimitación corticomedular, a nivel del riñón izquierdo se aprecia imagen anecoica de 30.3 mm compatible con quiste simple parapiélico. Vejiga no valorable, poco depleccionada.

Juicio clínico

Aneurisma de aorta de 34.6 mm. Quiste parapiélico en riñón derecho de 30.3 mm.

Tratamiento, planes de actuación

Se derivó al paciente a hospital de referencia para completar estudio radiológico y valoración por cirugía vascular.

Evolución

El paciente no precisó de tratamiento quirúrgico, actualmente en tratamiento con betabloqueantes y seguimiento anual por radiología mediante estudio con TAC abdominal.

Conclusiones

Es de vital importancia el estudio mediante ecografía de una masa pulsátil a nivel supraumbilical, en este caso hay que descartar un aneurisma de aorta abdominal, ya que es el sitio de localización por excelencia.

Palabras clave

Aneurysm, ultrasound, pain.

Ecografía vesical en dolor abdominal

Uroz Campoy J, Alonso García J, Ramos Martín J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal de 3 meses de evolución.

Historia clínica

Paciente masculino de 68 años, marroquí, viviendo en España desde hace 28 años. Acude por dolor abdominal de tipo continuo en hipocondrio dx con sensación de pesadez y distensión desde hace 3 meses, también había notado aumento del perímetro abdominal; niega fiebre, vómitos, diarrea, y/o hábitos tóxicos. Viaja habitualmente a Marruecos donde pasa temporadas (meses). A la exploración física: Normohidratado y normocoloreado, Exploración cardiopulmonar compatible con la normalidad. Exploración abdominal: abdomen globuloso, con matidez en flancos cambiante a la posición, oleada ascítica -, succión -, blumberg -, rousing -, mcburney -. Antecedentes patológicos: Linfoma en remisión desde 2010.

Enfoque individual

Se realiza ecografía en AP encontrándose una masa redondeada de 130 mm de diámetro en lóbulo hepático izquierdo y presencia de contenido solido con aspecto de hidatides, líquido libre en espacio de morrison y en goteras parietocolicas.

Juicio clínico

Masa hepática compatible con quiste hidatídico.

Tratamiento, planes de actuación

Se interconsulta con Radiología la cual comenta que no es común la presencia de ascitis en un quiste hidatídico. Se le pide anticuerpos contra *ecuinococcus granulosus* los cuales son negativos. Tomografía torax-abdomen-pelvis presentando adenomegalias supraclaviculares siendo la mayor de 45 mm, adenopatías mediastinales de hasta 50 mm, derrame pleural leve izquierdo y moderado-severo dx. A nivel abdomino-pélvico conglomerados mesentéricos siendo el mayor en el hipocondrio dx de 136 mm y junto a fundus gástrico de 105 mm. Grasa epiploica con múltiples nódulos. Líquido libre en fondo de saco abdominal.

Evolución

Se deriva a hematología para confirmación de dx de linfoma, posteriormente el dx es confirmado.

Conclusiones

La ecografía en atención primaria es una herramienta esencial en el proceso de dx de los dolores abdominales con una correlación clínico patológica aceptable, permitiendo una aproximación dx adecuada.

Palabras clave

Ultrasound, ascitis, liver abscess.

Ecografía vesical en síntomas irritativos urinarios

Uroz Campoy J, Martín Ramos J, Alonso García F

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Disuria.

Historia clínica

Paciente de 63 años en tratamiento con atb vía oral desde hace 20 días por itu con urocultivos negativos. Al llegar a la consulta el paciente refiere disuria, tenesmo miccional, estranguria y dolor en suelo pélvico, niega fiebre, vómitos, diarrea y/o dolor lumbar a la exploración física: normohidratado y normocoloreado; abdomen blando y depresible, sin defensa, con rha+, puntos renoureterales -, resto anodino; puño percusión renal -; tacto rectal con tono conservado, con próstata edematosa, blanda y dolorosa; combur test normal; urocultivos normales; laboratorio con leucocitosis a predominio neutrofílico.

Tóxicos: fumador de 1 paquete/día.

Enfoque individual

Se le realiza combur test y exploración física siendo ésta orientativa para una prostatitis.

Se realiza eco abdominal: riñones con buena diferenciación cortico medular, sin dilatación

de cálices, aorta de características normales y calibre conservado, no líquido libre, vejiga bien deplecionada con masa compatible con calcificación de 15mmx13mmx22mm próximo al trigono vesical, próstata con diámetro conservado sin alteraciones.

Juicio clínico

Prostatitis aguda. Litiasis vesical.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a urología para valoración de la masa vesical.

Se solicita laboratorio con PSA, orina completa y orina de 24 horas, laboratorio general.

Evolución

Se confirmó el dx de litiasis vesical y de prostatitis, actualmente en seguimiento por urología.

Conclusiones

La ecografía reglada en AP es una herramienta imprescindible para el dx diferencial siempre apoyada por una exploración clínica adecuada.

Palabras clave

Ultrasound, lithiasis, bladder.

Hematuria a estudio

Allés Florit A, Serrano León M^aT, Ortiz Puertas T

Centro de Salud Almuñécar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Hematuria.

Historia clínica

Mujer de 58 años. Antecedentes personales: epilepsia en tratamiento con ácido valproico. Intervenido de herniorrafia inguinal, pólipos de cuerdas vocales. Fumadora de 10-15 cig/día. Acude a consulta de Primaria por molestias urinarias inespecíficas, dolor en fosa renal izquierda y hematuria intermitente. Exploración abdominal sin hallazgos significativos. Sedimento de orina: hematíes positivos (++) y proteinuria. Función renal en analítica normal. Se realiza ecografía abdomino-pélvica en centro de salud: vejiga de paredes lisas con imagen excrescente de la pared lateral izquierda hiperecoica de bordes regulares de unos 25mm compatible con proceso neofornativo. Ante los hallazgos contactamos telefónicamente con urología quién cita a la paciente para citoscopia a los 5 días, previa ecografía hospitalaria con mismos hallazgos que la de atención primaria.



Enfoque individual

Profesión: ama de casa.

Juicio clínico

Neoplasia vesical multifocal.

Diagnóstico diferencial: coágulos sanguíneos, litiasis/pólipos vesicales, engrosamiento focal de pared, masas micóticas, protusiones órganos adyacentes.

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso de forma programada en urología. Se realiza citoscopia: mucosa vesical con tres neoformaciones (la de mayor tamaño, papilar de base ancha de unos 3 cm) se realiza resección transuretral de vejiga. Se procede a sondaje vesical 5 días y antibioterapia profiláctica.

Evolución

Evolución favorable. Sigue controles urológicos estandarizados hasta el momento actual. Anatomía patológica: carcinoma papilar urotelial de bajo grado sin signos de invasión.

Conclusiones

Los carcinomas uroteriales son los cuartos tumores más frecuentes después de: próstata, mama, pulmón y colorrectal, con una incidencia del 7-8% (15.000 casos al año) directamente proporcional a la edad (varones y mayores de 50 años) y con alta supervivencia a los 5 años (75%). La mayoría al diagnóstico son tumores superficiales, dependiendo el pronóstico de la invasión de profundidad y grado de afectación de la muscularis. El tabaco, abuso de analgésicos y exposición a carcinógenos industriales predisponen a este cáncer. Los tumores de

vejiga con frecuencia se detectan mediante ecografía en pacientes con hematuria. Por tanto, la Ecografía es una herramienta importante para el Médico Familiar ya que puede facilitar la toma de decisiones aumentando la capacidad resolutoria, permitiendo acortar tiempos en situaciones que pueden llegar a ser críticas para los pacientes.

Palabras clave

Multifocal bladder tumor, ultrasound, hematuria.

¡Tengo mucha regla por culpa de la ligadura!

Serrano León M^aT, Ortiz Puertas T, Allés Florit A

Centro de Salud Almuñécar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

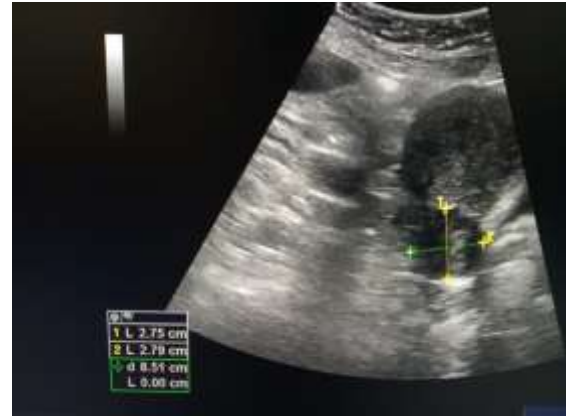
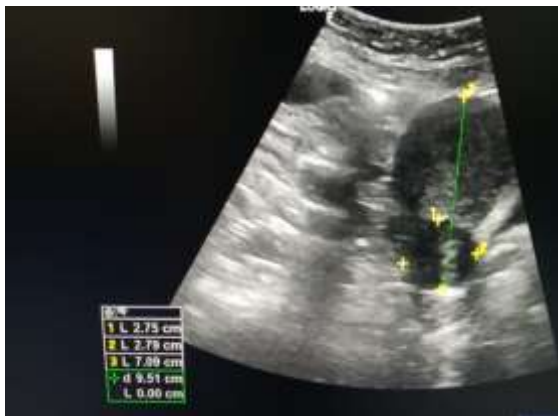
Metrorragia.

Historia clínica

Paciente de 35 años que acude a consulta para recoger resultados de analítica tiroidea pues padece un hipotiroidismo subclínico y toma eutirox 100ug diariamente. Le preguntamos que cuando se hizo su última citología para captación activa del screening de cáncer de cérvix y nos comenta que desde que se hizo la ligadura de trompas presenta reglas muy abundantes y frecuentes sin anemia.

Como antecedentes ginecológicos/obstétricos destacan tres cesáreas tras la tercera ligadura de trompas (2015), fórmula menstrual 4/ 28 y última citología en 2017.

A la exploración buen estado general, analítica con hemograma normal y buen control tiroideo con TSH 1.08. Abdomen anodino. Ecografía abdominal en la que se observa útero de 7 cm con línea endometrial de 2º fase del ciclo con imagen hipoecogénica, redondeada bien delimitada a nivel del istmo 2.7x 2.7 cm. No se visualizan anejos y no hay líquido libre en Douglas.



Se deriva a ginecología ante la sospecha de un posible mioma uterino y en ecografía transvaginal describen lesión de similares características por lo que solicitan RMN pélvica. Esta informa de mioma subserosos de 37x 32mm en cara anterolateral izquierda del cuerpo uterino sin signos de degeneración con ausencia de adenopatías aumentadas de tamaño y sin otros hallazgos a nivel de rectosigma.

Enfoque individual

Ama de casa vive con su marido y sus tres hijos.

Juicio clínico

Mioma uterino.

Diagnóstico diferencial: otras tumoraciones uterinas.

Tratamiento, planes de actuación

Por el momento no se ha aplicado ningún tratamiento pero está a la espera de histeroscopia diagnóstica.

Evolución

En función de la evolución clínica valorar miomectomía.

Conclusiones

En ocasiones los “pos ya que” son más importantes que el motivo de consulta principal. La ecografía se ha convertido en una herramienta fundamental en las consultas de

atención primaria pues permite mejorar la atención que prestamos a nuestros pacientes.

Palabras clave

Myoma uterine, dysfunctional bleeding, ultrasound.

Bocio en paciente tiroidectomizada

Allés Florit A, Ortiz Puertas T, Serrano León M^ªT

Centro de Salud Almuñécar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Sensación inflamación lateral del cuello.

Historia clínica

Mujer 54 años. Antecedentes personales: HTA, Síndrome apnea-hipoapnea leve. Tiroidectomía parcial (lóbulo derecho nódulo frío), sin tratamiento. Consulta por sensación de inflamación laterocervical izquierda y molestias en dicha región al deglutir y girar el cuello.

Exploración: asimetría cara anterior de cuello izquierdo y palpación de gran nódulo en lóbulo tiroideo ipsilateral, consistencia dura y desplazable con deglución. No adenopatías. Ecografía tiroidea atención primaria: hemitiroidectomía derecha. Nódulo tiroideo aumentado de tamaño de 3.8x6x8.2cm (APxTxCC), contenido heterogéneo y abigarrado, con nódulos interiores sólidos bien definidos hiper e isoecogénicos, zonas anecoicas, el de mayor tamaño de 4cm. No calcificaciones ni adenopatías. No alteraciones vasculares. Dados los hallazgos y antecedentes, solicitamos ecografía hospitalaria para valoración de PAAF si procede.



Enfoque individual

Casada y con dos hijos sanos.

Juicio clínico

Bocio coloide multinodular.

Diagnóstico deferencial: nódulo tiroideo benigno, tumor tiroideo.

Tratamiento, planes de actuación

Ecografía hospitalaria. Objetiva mismas imágenes que atención primaria, destacando remanente tiroideo de características de bocio coloide, con nódulos TIRADS-2 (no sospechosos, no susceptibles de PAAF).

Evolución

Actualmente asintomática. Seguirá controles estandarizados por nuestra parte siempre que los requiera.

Conclusiones

El bocio simple: enfermedad más común del tiroides. Los bocios coloideos (endémicos) presentan como factores de riesgo: sexo femenino 7-13:1, mayor de 40 años, ingesta inadecuada de yodo en dieta, residir en área endémica y tener antecedentes familiares de bocio. La ecografía es la prueba de imagen que proporciona información general tiroidea:

presencia, posición, tamaño, forma, contornos, bordes y morfológica específica: ecogenicidad y ecoestructura de la glándula y de nódulos cuando éstos están. Además sirve de apoyo para obtención de muestras citopatológicas, estadificación preoperatoria, seguimiento postoperatorio y confirmación recidivas cervicales precozmente. Por tanto, la ecografía tiroidea se recomienda solicitarla en pacientes con bocio, nódulos palpables, antecedentes de cáncer de tiroides familiar,

antecedentes de irradiación cervical en la infancia, ya que ésta ha aumentado el diagnóstico de nódulos tiroideos, en comparación con la palpación, siendo la mayoría de éstos benignos y que no requieren tratamiento, pero si un seguimiento que podemos realizar desde atención primaria.

Palabras clave

Endemic, colloid, goiter.

Ecografía en DX diferencial de abdomen agudo médico

Uroz Campoy J, Alonso García F, Ramos Martín J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal en hipocondrio DX.

Historia clínica

Paciente femenina de 26 años. Acude por dolor abdominal de tipo continuo en hipocondrio dx sin irradiación de varios días de evolución en relación con transgresión dietética; niega fiebre, vómitos, diarrea, y/o hábitos tóxicos. Refiere que estos mismos síntomas le ocurren desde hace años cada vez que come comidas con grasa. A la exploración física: Normohidratada y normocoloreada.

Exploración cardiopulmonar compatible con la normalidad.

Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, sin defensa, con rha+, blumberg -, rousing +, mcburney -. Afebril No AP de interés. IMC de 27. No gestaciones, normoreglada.

Enfoque individual

Se realiza ecografía abdominal en AP con la paciente en ayunas: hígado de morfología y ecogenicidad compatible con la normalidad, porta de calibre normal, vía biliar no visible,

vesícula se aprecia como una C de concavidad inferior de 20 mm de diámetro transversal con paredes de 8 mm de grosor y de aspecto calcificado y una gran sombra acústica posterior. Páncreas sin alteraciones. Aorta de calibre conservada sin dilataciones.

Juicio clínico

Dispepsia biliar. Vesícula en porcelana.

Tratamiento, planes de actuación

Se pauta ácido ursodesoxicólico a 10 mg/kg/24 horas. Se deriva a digestivo para valoración cx.

Evolución

Se confirma vesícula en porcelana, pendiente de cita para fecha de cirugía.

Conclusiones

Mediante la ecografía nos es posible llegar a diagnósticos en cuadros de dispepsia biliar, acortando los tiempos de tratamiento en patologías preneoplásicas tales como la vesícula en porcelana.

Palabras clave

Ultrasound, preneoplastic conditions, gallbladder.

Utilidad de la ecografía en las adenopatías

Cañizares Romero J, Corrales Álvarez I, Bordón Poderoso C

Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Varón de 86 años, que acude a nuestra consulta por cuadro de astenia y malestar general de unos 2 meses de evolución, acompañada de pérdida de peso no cuantificada en este periodo, así como disfonía por la cual no ha consultado. Niega alteraciones del hábito intestinal, clínica miccional o respiratoria, sin aumento de su disnea habitual ni semiología de insuficiencia cardíaca. Niega esputos hemoptoicos o sangrados a otro nivel.

Enfoque individual

Antecedentes personales: fumador desde los 20 años con un IPA de 20. Trabajador de la mina. Independiente para las actividades básicas. EPOC severo no exacerbador.

Exploración: Aceptable estado general. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar con hipoventilación izquierda. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos. En región supraclavicular, masa de unos 3 x 3 cm aproximadamente, dura y adherida a planos profundos

Pruebas Complementarias: ecografía en consulta: imagen hipoecogénica, heterogénea, de bordes irregulares y con vascularización difusa de 3.5 x 2.5 cm, sugestiva de malignidad. Adyacente a dicha adenopatía, imagen de similares características

Dados los hallazgos, se deriva al paciente a urgencias para continuar proceso diagnóstico y tratamiento.

Juicio clínico

Neoplasia de pulmón estadio IV.

Tratamiento, planes de actuación

Se decide ingreso a cargo de Medicina Interna. Se realiza TC toracoabdominal, donde se objetiva conglomerado adenopático en mediastino superior, que rodea troncos supraaórticos, oblitera vena cava superior y desvía tráquea hacia la derecha. Se continúa con masa central en hemitórax izquierdo que condiciona atelectasia del pulmón ipsilateral e infiltra hilio izquierdo. Conglomerados adenopáticos en ambas fosas supraclaviculares. Hígado con lesiones ocupantes de espacio sugestivas de metástasis.

Se realiza biopsia de adenopatía supraclavicular, compatible con metástasis de carcinoma microcítico de origen broncopulmonar.

Evolución

Durante su ingreso, presenta rápido deterioro con situación de estupor, decidiéndose de acuerdo con la familia primar medidas de confort, falleciendo a los pocos días.

Conclusiones

En torno al 1-2% de las adenopatías en pacientes que consultan en atención primaria son de etiología maligna. La edad es uno de los factores más importantes a tener en cuenta. La ecografía permite hacer un diagnóstico diferencial entre adenopatías de origen inflamatorio de otras etiologías. En nuestro paciente, la ecografía dispuso nuestras dudas, indicando una derivación precoz.

Palabras clave

Linfadenopatía, neoplasia, pulmón.

Utilidad de la ecografía en el diagnóstico precoz de aneurismas

Cañizares Romero J, Corrales Álvarez I, Bordón Poderoso C

Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Malestar general.

Historia clínica

Varón de 84 años que acude a consulta por cuadro de malestar general de unos días de evolución y pérdida de peso no cuantificada, sin alteraciones del hábito intestinal ni hiporexia. Niega dolor abdominal con la ingesta, no dolor en miembros inferiores y tensión arterial bien controlada en domicilio. No otra sintomatología intercurrente.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Fibrilación auricular no valvular (CHADS VS 2). Cardiopatía isquémica con enfermedad severa de 2 vasos, con revascularización completa con 2 stent. Dislipemia. Exfumador. Independiente para las actividades básicas

Exploración: buen estado general. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar con tonos arrítmicos. Abdomen con masa pulsátil. Miembros inferiores sin hallazgos.

Pruebas complementarias: ecografía clínica en consulta: se objetiva aorta dilatada con imagen más hiperecogénica en su interior, de unos 4.7 x 4.5 cm.

Dados los hallazgos, se deriva para valoración por angiología y cirugía vascular.

Juicio clínico

Aneurisma de aorta abdominal asintomático.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente es derivado por Cirugía Vascular. Se realiza ecografía, donde se objetiva aneurisma de aorta abdominal de unos 4.7 cm. Se completa el estudio con angioTC, con los siguientes hallazgos: aorta aumentada de calibre con presencia de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 49.7 mm de diámetro axial, bilobulado, de localización infrarrenal con diámetro de cuello de 23 mm. La longitud es de 89 mm hasta la bifurcación de las ilíacas, sin afectar a ambas.

Evolución

Dado que sigue estando por debajo de 55 mm, el paciente continúa revisiones cada 6 meses.

Conclusiones

La implantación de los aparatos ecográficos en atención primaria es muy importante, ya que es una técnica indolora, barata, no invasiva y rápida que permite realizar un diagnóstico diferencial entre patologías que requieren un tratamiento y un seguimiento en el menor tiempo posible, permitiendo una vigilancia más exhaustiva de la patología del paciente y evitando de esta manera las complicaciones que puedan surgir.

Palabras clave

Aneurisma, aorta, ultrasonografía.

Pancreatitis necrotizante en un niño de 10 años. Caso clínico

Ramos Martín J, Alonso García F, Uroz Campoy J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Centro de atención primaria.

Motivos de consulta

Vómitos de tres días de evolución e intenso dolor abdominal.

Historia clínica

Niño de 10 años que consulta por vómitos de tres días de evolución e intenso dolor abdominal en epigastrio con irradiación bilateral a espalda.

Enfoque individual

Antecedentes familiares: madre con pseudoobstrucción intestinal. Padre, pancreatitis aguda posiblemente secundaria a consumo de alcohol.

Antecedentes personales: intervenido quirúrgicamente de peritonitis secundaria a apendicitis a los 4 años de vida.

La exploración física había constata un peso de 52.7kg (p90), con un IMC de 22.8kg/m² (p>97), discreta defensa a la palpación abdominal y disminución de los ruidos hidroaéreos.

Se realiza ecografía abdominal, que detecta una colección líquida en cabeza del páncreas, otra en el cuerpo y barro biliar.

Juicio clínico

Pancreatitis necrotizante.

Tratamiento, planes de actuación

Ante la sospecha de pancreatitis aguda con sospecha de absceso pancreático, el paciente es derivado a urgencias hospitalarias para

realización de pruebas complementarias y valoración especializada por pediatría.

En hospital se realizó TAC, que mostró una pancreatitis necrohemorrágica (30% de necrosis), por lo que se inició tratamiento antimicrobiano con metronidazol y meropenem.

Evolución

Durante su ingreso, se mantiene estable, y se adoptó una actitud conservadora. Dándose de alta a los 20 días de ingreso.

Posteriormente, durante su seguimiento en consulta, se constata normalización de las enzimas pancreáticas a los dos meses y medio, y desaparición total de los pseudoquistes a los 3 meses.

Conclusiones

La pancreatitis necrotizante tiene una presentación clínica similar a los casos de pancreatitis no complicada, con la clásica triada de dolor abdominal, anorexia y vómitos, con o sin fiebre.

La ecografía abdominal es la primera prueba de imagen por realizar, y se reserva la TAC para los casos de evolución desfavorable.

Consideramos que el hecho de haber captado este paciente y haber realizado el diagnóstico inicial desde atención primaria conllevó una mejor actuación desde el principio, lo que influyó en la buena evolución final del paciente.

Palabras clave

Pancreatitis, acute necrotizing, ultrasound, abdominal abscess.

La importancia del diagnóstico precoz. A propósito de un caso

Ramos Martín J, Uroz Campoy J, Alonso García F

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Centro de atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor subcostal derecho de varios días de evolución.

Historia clínica

Varón de 25 años sin antecedentes personales. Trabaja en un almacén.

Acude a urgencias de atención primaria por dolor subcostal derecho de varios días de evolución que localiza a punta de dedo, no irradiado, que empeora con la respiración, la palpación y el decúbito. Mejora con la sedestación. Refiere febrícula intermitente desde hace un mes, odinofagia intensas y tos seca con ocasional expectoración.

En la exploración física, el paciente presenta buen estado general y estable hemodinámicamente. Destaca amigdalas hiperémicas con exudados, adenopatías laterocervicales y dolor a la palpación costal.

Enfoque individual

Se realiza ecografía abdominal en centro de atención primaria, en el que se pone de manifiesto, una lesión focal redondeada hipoecogénica y discretamente heterogénea de bordes mal definidos, que presenta un diámetro máximo de 5 centímetros.

En la fosa iliaca derecha se visualiza una estructura tubular que se origina en el ciego y termina en fide se saco, sin movimientos peristálticos, no compresible con el traductor, de pared discretamente hiperémica y de un diámetro máximo de 1 centímetro. Se observó también pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y derrame pleura derecho de pequeña cuantía.

Ante estos hallazgos se decide derivación a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias y valorar ingreso hospitalario.

Juicio clínico

Absceso hepático. Apendicitis aguda. Derrame pleural.

Tratamiento, planes de actuación

Tras su llegada a urgencias, se realizó TC abdominal, confirmando finalmente los diagnósticos de absceso hepático secundario a apendicitis aguda junto con derrame pleura derecho.

Se realizó interconsulta con cirugía general para intervención quirúrgica urgente y drenaje del absceso. Asimismo, se estableció tratamiento con Meropenem.

Evolución

La evolución durante el ingreso fue tórpida, aumentando los reactantes de fase aguda y requiriendo cambio de antibioterapia.

Finalmente, el paciente fue dado de alta con amoxicilina-clavulánico y fue programado para drenar el resto del absceso de manera ambulatoria.

Conclusiones

La reflexión sobre el caso que se presenta señala como necesaria la dotación de los centros de atención primaria de mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas como la ecografía abdominal. Esto permite evitar de forma ágil y efectiva las complicaciones derivadas de la demora diagnóstica.

Palabras clave

Apendicitis, ultrasound, abscess hepatic.

Hematuria macroscópica. Poliquistosis renal. A propósito de un caso

Ramos Martín J, Alonso García F, Uroz Campoy J

Unidad de Gestión Clínica de Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria.

Motivos de consulta

Hematuria macroscópica.

Historia clínica

Varón de 40 años que acude al servicio de urgencias de atención primaria por presencia de hematuria macroscópica de 2 días de evolución. No refiere fiebre. No disuria, ni ningún otro tipo de sintomatología añadida. La exploración física en el momento actual es anodina, con peso y talla de 68kg y 172 cm. Controles de presión arterial en torno a 130/70mmHG.

Enfoque individual

Antecedentes personales de hepatitis C crónica, hipertensión arterial (HTA).

Durante la anamnesis el paciente refiere que su padre falleció de un problema renal que desconoce y su hermano mayor que vive en Barcelona, presenta enfermedad renal crónica.

Durante su estancia en urgencias de atención primaria se realiza ecografía abdominal que muestra múltiples quistes renales de carácter bilateral de contenido hipoecoico con refuerzo posterior sin apenas parénquima renal sano.

Derivamos a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias y valoración de función renal.

Juicio clínico

Poliquistosis renal. Enfermedad renal crónica.

Tratamiento, planes de actuación

Tras ser valorado por urología en hospital de referencia, se derivó a consulta externa de nefrología para valoración de forma ambulatoria y realizar estudio familiar complementario.

Evolución

En la actualidad, en la consulta de atención primaria se le realiza seguimiento de cumplimiento terapéutico según lo pautado por servicio de nefrología.

Conclusiones

El mayor beneficio es la posibilidad de planificación familiar, detección y tratamiento temprano de las complicaciones de la enfermedad.

Es de destacar en atención primaria el conocimiento de la familia para que en determinados procesos de carácter hereditario, como es este caso, podamos intervenir realizando un diagnóstico precoz. Para ello se dispone de ecografía abdominal como la mejor modalidad de imagen, tanto para el diagnóstico como para hacer el cribado en familias de paciente afectados, así como el seguimiento sistemático de paciente que tiene enfermedad conocida.

Palabras clave

Chronic renal insufficiencies, hematuria, adult polycystic kidney disease.

Molestias en un testículo

Martínez Chaves M, Caraballo Ramos I, Oualy Ayach Hadra G

Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

El paciente consulta por molestias en el testículo derecho.

Historia clínica

Se trata de un paciente de 37 años diabético desde 2010. Realiza tratamiento habitual con insulina rápida (10-16-16) e insulina glargina (0-0-62). Consulta por molestias en el testículo derecho de 2 semanas de evolución. NO refiere fiebre ni clínica urinaria.

A la exploración se aprecia testículo derecho claramente aumentado de tamaño, de consistencia dura e indoloro.

Enfoque individual

Ante la disponibilidad de ecografía en consulta se realiza estudio ecográfico del testículo.

Se aprecia un teste completamente desestructurado, con múltiples LOES intraparenquimatosas de consistencia mixta, sólido-líquida, heteroecogénico y con vascularización aumentada en algunas zonas.

Juicio clínico

LOES intratesticulares derechas en paciente diabético.

Se plantea el diagnóstico diferencial entre absceso testicular versus proceso neoplásico testicular.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva para valoración urgente por Urología para diagnóstico y tratamiento.

Evolución

El paciente ha sido intervenido y está a la espera de los resultados de anatomía patológica.

Conclusiones

Gracias a la disponibilidad de estudio ecográfico en atención primaria ha permitido la valoración correcta de patología testicular de gravedad desde la primera consulta por parte del paciente. Esto ha hecho posible la derivación urgente, con el estudio de imagen inicial ya realizado, agilizando los trámites para el tratamiento correcto.

Palabras clave

Neoplasia testicular, LOES testiculares.

Hallazgo incidental

Oualy Ayach Hadra G, Gallardo Ramírez M, Caraballo Ramos I

Centro de Salud de Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor esternal y en reborde costal derecho.

Historia clínica

Varón de 82 años de edad, acude a nuestra consulta por dolor a nivel esternal y en el reborde costal derecho secundario a una caída accidental que había sufrido hacia un par de días con TCE.

Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA, úlcera duodenal, estenosis de canal en L4-L5, protusiones discales. En tratamiento con AAS 100mg, enalapril, hidroclorotiazida, verapamilo, simvastatina, omeprazol, tapentadol, pregabalina.

A la exploración el paciente no presentaba focalidad neurológica ni relataba pérdida de control de esfínteres. Tenía dolor a palpación a punta de dedo a nivel de ápex esternal. La ACR era normal. Constantes con valores dentro de la normalidad.

Se le solicitó radiografías de tórax, parrilla costal y lateral de esternón, no apreciándose líneas de fractura.

Ante la disponibilidad de un ecógrafo en consulta, se le realizó una E-FAST para descartar la existencia de hemorragias en cavidades serosas de abdomen y tórax, no apreciándose derrame pericárdico, hemotórax ni neumotórax. Ausencia de imágenes anecoicas en los espacios de Morrison y Keller, descartándose la presencia de hemorragias. En hipogastrio se observó a nivel de vejiga, una estructura anecoica sacular de mismas

características que la vejiga, exofítica a la pared vesical, pero unida a ella, sin ecos en su interior y sin actividad Doppler.

Juicio clínico

Divertículo vesical asintomático.

Tratamiento, planes de actuación

No precisa tratamiento. El tratamiento quirúrgico se plantea en el caso de episodios de hematuria o de infecciones urinarias de repetición.

Evolución

Los divertículos vesicales son alteraciones anatómicas debidas a herniaciones de la pared vesical. La mayoría de los casos son asintomáticos y se suelen descubrir de manera casual, otras veces producen hematuria o infecciones de repetición.

Pueden ser congénitos o adquiridos. Los adquiridos suelen ser debidos a obstrucciones urinarias por hiperplasia prostática o vejiga neurógena, o por el empleo de sondas urinarias.

La estasis urinaria a nivel de los divertículos predispone a la formación de litiasis o displasias uroteliales.

Conclusiones

La ecografía es una técnica inocua y de bajo costo que es complementaria a la exploración física. Teniendo unas nociones básicas, nos puede ayudar al diagnóstico y a excluir muchas patologías evitando derivaciones innecesarias.

Palabras clave

Urinary bladder diverticulum.

Utilidad de la ecografía torácica en un consultorio rural

Jiménez Ortega S¹, Villanueva Rubio M², Rodríguez García A¹

¹Consultorio de Marinaleda. Sevilla

²Centro de Salud de Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Consultorio rural.

Motivos de consulta

Dolor en hemitórax izquierdo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMs. Neumotórax espontáneo en 2012 que precisó drenaje.

Sin otros antecedentes.

Anamnesis: varón de 22 años que acude a consulta de atención primaria por dolor punzante en hemitórax izquierdo de 8 horas de evolución y comienzo espontáneo, que se acentúa con la inspiración. No disnea, no traumatismo ni síntomas de infección respiratoria.

Exploración: consciente, orientado, estable hemodinámicamente. Tensión Arterial 130/70 mmHg, Frecuencia cardíaca 75 lpm, Saturación O₂ 95%. Auscultación: corazón rítmico a buena frecuencia. Leve hipoventilación en zona apical de hemitórax izquierdo.

Enfoque individual

Pruebas complementarias: ecografía torácica en consulta: en 2º-3º espacio intercostal izquierdo, en Modo B no se aprecia el signo de deslizamiento pleural, en Modo M se observa un patrón en código de barras en lugar de orilla de playa, por lo que se sospecha que se trata de un neumotórax.

Imagen 1 (ecomodohemitoraxano)



Imagen 2 (ecomodomhemitoraxano)



Imagen 3 (ecomodobmneumotorax)



Juicio clínico

Neumotórax espontáneo.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación al servicio de urgencias hospitalario, ingreso en planta de Cirugía. Toracostomía bajo anestesia local.

Evolución

En urgencias:

- Analítica general: hemograma, bioquímica y gasometría sin alteraciones.
- Radiografía posteroanterior de tórax: discreta línea de neumotórax en zona apical izquierda.

Tras realizar drenaje el paciente evolucionó favorablemente durante el ingreso, siendo dado de alta con seguimiento en consultas.

Conclusiones

El neumotórax espontáneo es una patología de causa desconocida la mayoría de

ocasiones, frecuente en jóvenes (especialmente varones delgados). Suelen ser frecuentes las recurrencias tras un primer episodio.

El caso ilustra la importancia de la ecografía torácica, con una sensibilidad diagnóstica del 95-100% para la identificación del neumotórax, más sensible que la radiología convencional (ya que con ésta pueden pasar desapercibidos neumotórax de pequeño tamaño), y la importancia de hacer un diagnóstico inmediato desde la consulta, en el medio rural.

Por tanto, demuestra una vez más, que la ecografía es una herramienta de gran utilidad en atención primaria.

Palabras clave

Ultrasonography, Pneumothorax, Primary Health Care.

Más allá de una alteración analítica

Javato Moreno I, Alba Priego M

Centro de Salud Fuensanta. Córdoba

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria. Técnicas de imagen y servicio de urología.

Motivos de consulta

El paciente consulta por cansancio, leve pérdida de peso, dispepsia con epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho en el último mes. No cambios en el hábito intestinal. No bebedor.

Historia clínica

Varón de 70 años. Dislipemia, Obesidad, DM2, retinopatía diabética, Hipertensión arterial.

En tratamiento con: Losartan 100 mg/24h, atorvastatina 20 mg/24h, amlodipino 5 mg/24h, clopidogrel 75 mg/24h, esomeprazol 20 mg/24h, lantus 50ui/24h, seguril 40 mg/24h, sitagliptina 50 mg/metformina 1g/24h

Buen estado general, leve palidez mucocutánea y normohidratado.

Abdomen: globuloso, blando y depresible. No masas ni megalias. Dolor a la palpación a nivel epigástrico. Murphy negativo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Analítica: hb 10.9, vcm 84, eosinofilos 1000. Urea 88, ggt 166, ast 75 alt 101. vsg 67 alfa2 1,3 y coagulación normal.

Eco abdominal: hígado de ecogenicidad aumentada de forma heterogénea, con algún área hipoecoica, compatible con esteatosis parcelar. Riñones de tamaño normal sin dilatación de vía excretora. Masa sólida en zona media de riñón izquierdo de 52 mm.

TAC toraco-abdominal: Masa renal izquierda de unos 6,5 cm. En 1/3 medio, borde externo, heterogénea. Hígado sin lesiones focales.

Enfoque individual

Esteatosis hepática o cirrosis por obesidad y descartar alcoholismo, tumor principalmente de tipo intestinal o hepático por el síndrome constitucional.

Juicio clínico

La alteración analítica de anemia ferropénica, elevación de transaminasas especialmente de colestásis, hacen sospechar una disfunción hepática no metastásica, llamada Síndrome de Stauffer, manifestaciones sistémicas del Cáncer renal, visto gracias a las pruebas de imagen.

Tratamiento, planes de actuación

Nefrectomía radical izquierda laparoscópica. ANATOMIA PATOLOGICA: carcinoma renal de células claras grado 3 Pt1bNx. Seguimiento cada 6 meses y analítica.

Evolución

Sin signos de recidiva, con normalización analítica.

Conclusiones

Este lo considero un claro caso de la importancia de la atención primaria como primer escalón en la sanidad, el paciente es seguido por su médico para la prevención, control y tratamiento de sus enfermedades actuales o inicio de otras. Saber con buen criterio cuando pedir pruebas más específicas o derivar a otra especialidad.

Palabras clave

Elevación de transaminasas, cáncer renal, síndrome de Stauffer.

No termino de recuperarme

Sierra Villalba A, Gómez Montes C, Martínez Royo J

Centro de Salud Estepona. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Bulto en cuello.

Historia clínica

Paciente de 23 años quien asiste a consulta por presentar tumoración laterocervical izquierda de crecimiento progresivo, como antecedente hace un año presentó exodoncia del 38 por cirugía maxilofacial. Se coloca tratamiento no mejorando clínicamente.

Enfoque individual

Se realiza ecografía donde se evidencia colección de bordes regulares, ovalada, hipoecogénica, de 1,2 cm x 0.60 cm en región submaxilar izquierda. Doppler negativa.



Juicio clínico

Tumoración sub-mandibular a filiar.

Tratamiento, planes de actuación

Antibioticoterapia y antiinflamatorios.

Evolución

Se deriva a odontología y posteriormente a cirugía maxilofacial quien posteriormente solicita TAC con contraste reportado como colección subcutánea de 14 x 8 mm con trayecto fistuloso asociado que asciende hasta situarse adyacente a la raíz del 2º molar inferior izquierdo con defecto cortical óseo asociado. Concluyen Fístula sub-mandibular izquierda probablemente asociada a 2º molar inferior izquierdo. Posterior a extracción del molar, la paciente presenta buena evolución.

Conclusiones

Muchas fistulas cutáneas están asociadas a procesos dentales, pero su relación se establece tardíamente, lo cual lleva a que el paciente no solo tenga un retraso en su diagnóstico final sino que sea sometido a múltiples tratamientos que no solucionarán su problema. La ecografía en atención primaria permite iniciar el diagnóstico y orientación del paciente

Palabras clave

Ecografía, atención primaria, tumor del cuello; ultrasound, primary care, neck tumor.

Paciente con dolor abdominal difuso y náuseas valorado en el área de urgencias

Alba Priego M, Javato Moreno I

Centro de Salud Fuensanta. Córdoba

Ámbito del caso

Atención hospitalaria. Área de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal difuso sin signos de alarma

Historia clínica

Tratamiento actual: Atorvastatina 80mg/24h; emconcor 2.5mg 0.5/12h; Ranitidina 300mg cada 24 horas, clopidogrel 75mg/24h; lantus 55unidades/24h; losartan 50mg/24h; quetiapina 300mg/24h, empaglifozina 10mg/24h; aripiprazol 15mg/24h; Sitagliptina 50mg/metformina 1g/12h; aripiprazol 15mg/24h; clonazepam 500mcg/24h

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias médicas conocidas; hipertensión arterial; DM II; esquizofrenia; ACV isquémico en 2005; Parkinson.
Anamnesis: paciente varón de 62 años con los antecedentes descritos en anamnesis, que acude por cuadro de dolor abdominal intermitente en región mesogástrica, irradiado a hipocondrio derecho de 20 horas de evolución. No fiebre. Náuseas sin vómito. No diarrea. No disuria. Niega otra sintomatología

Exploración física: consciente, orientado, colaborador, eupneico en reposo respirando aire ambiente, normohidratado y normoperfundido; acude en silla de ruedas en posición antiálgica al entrar a consulta.

Abdomen blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho con Murphy dudoso. Blumberg negativo. Puñopercusión renal bilateral negativo.

Análítica 3 series con perfil hepático: en rango de normalidad salvo leucocitosis 36000 y PCR 90.

Rx abdomen: Luminograma inespecífico. Gas distal. Comburt test: negativo.

Ante la clínica y los datos analíticos infecciosos se decide realizar ecografía, diagnosticándose como posible colecistitis aguda incipiente.

Se contacta con cirujano de guardia que sugiere ampliar estudio con TAC.

Juicio clínico

Dolor abdominal difuso irradiado a hipocondrio derecho.

Plantear cuadro diferencial con diferentes causas de abdomen agudo o dolor abdominal en hipocondrio derecho:

- Pancreatitis
- Colangitis
- Colico biliar
- pielonefritis derecha
- úlcera péptica

Tratamiento, planes de actuación

Tras la primera valoración se nombra nbuscapina compositum+ enantyum iv.

Se solicita pruebas de imagen y tras diagnóstico, se contacta con cirugía de guardia para valoración, iniciando antibioterapia e ingresando el paciente para intervención quirúrgica.

Evolución

Favorable, con buena respuesta al procedimiento quirúrgico, sin complicaciones agudas.

Conclusiones

Con el caso que acabamos de describir, me gustaría individualmente resaltar el enorme valor de una buena exploración física para la orientación diagnóstica de un caso. En nuestro caso, el dolor localizado en hipocondrio derecho a la palpación, acompañado de los valores analíticos, nos han permitido llegar a sospecha diagnóstica de colecistitis, con una buena argumentación para solicitar ecografía abdominal que nos ayuda a confirmar el diagnóstico de sospecha.

Palabras clave

Colecistitis aguda; dolor abdominal; Murphy.

Doctora me palpita la cara

Gómez Montes C, Sierra Villalba A, Martínez Royo J

Centro de Salud Estepona. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tumoración en cara.

Historia clínica

Paciente femenina de 69 años quien consulta en julio 2018, por presentar aumento de volumen de hemicara derecha, que aumenta al acostarse sobre el mismo lado de unas semanas de evolución. Niega, dolor, fiebre, cambio de coloración de la piel. Niega traumatismo previo. Antecedentes personales. F.A paroxística sin cardiopatía estructural, en tratamiento con Clopidogrel. Al examen físico TA: 110/60 IMC: 27.39 Aumento de volumen de hemicara al lateralizarla hacia

la derecha y hacia abajo. Se palpa lesión blanda, no dolorosa a la palpación, que desaparece en postura neutra de la cara.

Enfoque individual

Se realiza ecografía donde se observa lesión ecomixta, tipo panal de abeja (zonas quísticas, múltiples), Doppler positivo (imagen 1). Se deriva a Odontología. Odontología deriva a Cirugía maxilofacial quien pide en noviembre 2018 una Angio TAC (imágenes 2 y 3) que concluye hallazgos sugestivos de malformación vascular de alto flujo en multiespacio que incluye parótida derecha, espacio retromaxilar, parafaríngeo y tejido celular subcutáneo. Actualmente en espera de tratamiento.

Imagen 1



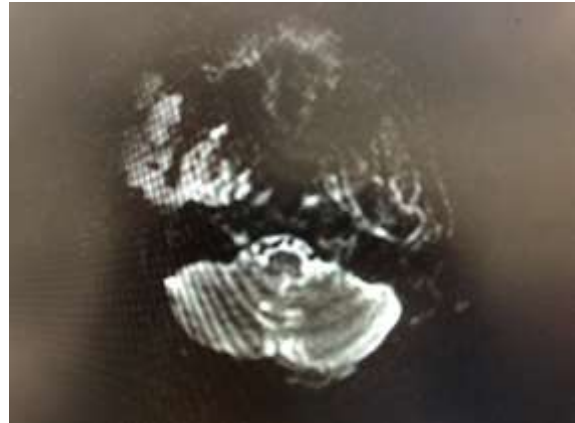
Ecografía en el Centro de Salud, donde se observa lesión ecomixta, tipo panal de abeja (zonas quísticas, múltiples), Doppler positivo.

Angio TAC concluye: Hallazgos sugestivos de **malformación vascular de alto flujo** en multiespacio que incluye parótida derecha, espacio retromaxilar, parafaríngeo y tejido celular subcutáneo.

Imagen 2



Imagen 3



Juicio clínico

Bultoma en cara a filiar.

Tratamiento, planes de actuación

Actualmente en espera de tratamiento. El tratamiento multimodal que incluye agentes esclerosantes preoperatorios o embolización seguida de resección quirúrgica completa sigue siendo el enfoque moderno más convencional para tratar estas lesiones.

Evolución

Asintomática.

Conclusiones

Las malformaciones vasculares comprenden un grupo de lesiones, formadas por una proliferación anómala de estructuras

angiovasculares o linfovascuales de alto flujo, caracterizadas por la comunicación directa entre arterias y venas, que carecen de una red capilar normal. Pueden ser congénitas o adquiridas. Las adquiridas, aunque raras en la cavidad oral, cuando están presentes son de naturaleza persistente y progresiva y pueden representar una enfermedad benigna letal. La ecografía en atención primaria permite orientar el diagnóstico, en casos raros como éste, donde sin el uso de esta herramienta la orientación diagnóstica hubiese sido otra, y el diagnóstico aún más complejo.

Palabras clave

Malformaciones vasculares en cara, ecografía, atención primaria. Vascular malformations on the face, ultrasound, primary care.

Tengo un bulto en la cara

Gómez Montes C, Sierra Villalba A

Centro de Salud Estepona. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Bulto en la cara.

Historia clínica

Paciente femenina de 49 años quien consulta el 20 de marzo de 2018 por tumoración móvil, no adherida a planos superficiales ni profundo, no doloroso a la palpación a nivel cervical derecha, de un año de evolución que

ha conservado el mismo tamaño durante todo ese tiempo. Paciente no fumadora. Portadora de una anemia crónica. TA: 80/40, Colesterol: 233 mg/dl, triglicéridos: 99 mg/dl, ferritina: 8 mg/dl, hemoglobina: 12.8 folato: 5 B12:380

Enfoque individual

Se realiza ecografía el 6 de junio de 2018, donde se observa en área submaxilar un L. O. E. en la glándula, de bordes regulares, contenido ecogénico, que mide 1.38 cm x 0.89 cm Doppler positivo dudoso? Se deriva a ORL.

Ecografía en el Centro de Salud: se observa en área submaxilar un L. O. E. en la glándula submaxilar, de bordes regulares, contenido ecogénico, que mide 1.45 cm x 0.58 cm Doppler positivo dudoso?



Juicio clínico

Tumor submaxilar.

Tratamiento, planes de actuación

En ORL, la paciente es evaluada en diciembre del 2018 y solicitan un TAC cervical y remite a

patología cervical. El TAC cervical concluye nódulo sólido, de morfología ovoidea, de 13 mm de diámetro, de bordes lobulados y heterogéneos en relación con aspecto neoplasia en glándula submaxilar derecha. Realiza PAAF que concluye Tumor mixto de glándula submaxilar.



TAC cervical concluye: **nódulo sólido**, de morfología ovoidea, de 13 mm de diámetro, de bordes lobulados y heterogéneos en relación con **aspecto neoplasia** en glándula submaxilar derecha.

Evolución

En espera de turno quirúrgico.

Conclusiones

Los tumores submaxilares corresponden al 10-15% de los tumores de las glándulas salivales, el patrón histológico es el mismo en todos los tumores. El tabaco y el alcohol no están involucrados en la etiología, si la radioterapia a dosis bajas. El tumor mixto pertenece a los tumores epiteliales del grupo de adenomas pleomórficos y corresponde al 80-90% de los tumores. El elemento principal de diagnóstico

es la biopsia con aguja fina (PAAF) que tiene una alta sensibilidad y especificidad. La ecografía en atención primaria nos permite orientar el diagnóstico, y programar el PAAF para posteriormente tratar de forma definitiva y a través de la cirugía la lesión de la glándula.

Palabras clave

Ecografía glándulas salivales, atención primaria, tumor adenoma pleomórfico, ultrasound salivary glands, primary care, pleomorphic adenoma tumor.

Camino despacio pero no puedo avanzar

Gómez Montes C, Sierra Villalba A

Centro de Salud Estepona. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en piernas, no puedo caminar.

Historia clínica

Paciente masculino de 59 años quien presenta desde hace varios meses dolor en cadera acompañado de ambas piernas que ha ido empeorando y no mejorando a tratamiento convencional. Desde hace un mes presenta además dificultad para caminar por presentar dolor, teniendo que parar a los pocos metros,

mejorando la sintomatología con el reposo. Antecedentes: Fumador hasta el diagnóstico. Al examen físico miembros inferiores fríos, no se palpan pulsos pedios.

Enfoque individual

Se realiza ecografía abdominal y de miembros inferiores en atención primaria, el 10 de abril de 2018, donde se observa aorta 17 mm con arterias tanto pedia como tibial posterior de ambas miembros, tortuosas, arrosariados y de pequeño calibre.



Aorta 17 mm (normal)



Arterias, tanto pedia como tibial posterior de ambos miembros, **tortuosas, arrosariados** y de **pequeño calibre**.

Juicio clínico

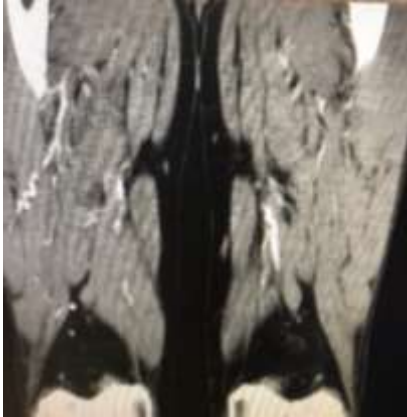
Claudicación intermitente.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a cirugía general en junio del 2018. Se le indica aspirina 100 mg, triflusal y

Pitavastatina de 4 mg que ya venía recibiendo. Cirugía cardiovascular pide un Angio TAC. En mayo de 2018 que concluye obstrucción infrarrenal aortoiliaca sugerente de Leriche tipo I, repercusión de arterias femorales a través de epigástricas y femorales.

AngioTAC



Obstrucción infrarrenal aortoiliaca sugerente de Leriche tipo I



Repercusión de arterias femorales a través de epigástricas y femorales

Evolución

Fué visto en septiembre del 2018, donde iniciaron tratamiento con Cilostazol, 100 mg cada 12 horas que no toleró. En febrero del 2019 se le cambia a naftidrofurilo 100 mg una vez al día. Abandona el tratamiento por intolerancia gastrointestinal, con fuertes dolores abdominales. Tiene cita en marzo del 2019 en cirugía cardiovascular para la nueva toma de decisiones.

Conclusiones

El síndrome de Leriche, también conocido como enfermedad oclusiva aortoiliaca, se ha descrito como una triada comprendida como claudicación, impotencia funcional y disminución de los pulsos femorales, debida a oclusión aortoiliaca trombótica. En atención

primaria disponemos de ecografía que permite orientar el diagnóstico, tratamiento y derivación a la especialidad adecuada, permitiendo una orientación más precisa en la atención del paciente. El tratamiento es principalmente quirúrgico y consiste en una endarterectomía aortoiliaca y un bypass aortofemoral. Los procedimientos alternativos descritos son la angioplastia transluminal percutánea con colocación de stent y el bypass axilofemoral.

Palabras clave

Ecografía de vasos arteriales, atención primaria, síndrome de Leriche, Ultrasound of arterial vessels, Primary Care, Leriche syndrome.

Cuidado con los repartos

Yera Cano R¹, Bajo Ramos J², Gutiérrez Rodríguez C³

¹Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén

³Centro de Salud Dr. Castro Viejo. Madrid

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Bultoma zona pectoral.

Historia clínica

Mujer de 58 años, acude a consulta refiriendo dolor y retracción de un bulto que presentaba desde hace 9 meses en el lado derecho del pecho.

Enfoque individual

Sin antecedentes de interés. Mamografía hace 18 meses: BI-RADS 2. Al no estar su médico, acude a nuestra consulta refiriendo presentar un bulto en zona pectoral subclavicular derecha e interna de 9 meses de evolución sin respuesta a tratamiento. Había acudido previamente por este motivo, achacándose a fibrosis por rotura muscular. Además, refiere dolor en hombro derecho que le dificultaba su movilización.

Exploración: en hemitórax superior, en zona subclavicular y limitando con borde superior CSI de mama derecha, se palpa una tumoración pétreo, de contornos irregulares y de 3cm de tamaño, adherida a planos profundos y poco móvil, retracción de piel. Hombro: sin signos inflamatorios, dolor en la abducción y rotación externa. Mamas simétricas sin otras lesiones cutáneas. No palpación de adenopatías. Ecografía clínica en consulta: lesión heterogénea de bordes irregulares, espiculados, sin márgenes definidos, orientación antiparalela, con amplia sombra acústica posterior por encima del CSI de la mama derecha con afectación de dermis y tejido graso subcutáneo, doppler color

negativo y ganglio centinela negativo. Presenta 4 signos ecográficos de malignidad (BI-RADS 5). Analítica con marcadores tumorales, RX de tórax y hombro derecho: normales.

Juicio clínico

Carcinoma de mama. Diagnóstico diferencial: Lesiones pseudotumorales, necrosis grasa, tumor de partes blandas maligno: liposarcoma vs neoplasia de mama.

Tratamiento, planes de actuación

Interconsulta al día siguiente con ginecología. Biopsia, ecografía mamaria y mamografía preferente. BAG: carcinoma mama lobulillar con invasión a dermis superficial y profunda. Estudio de extensión mediante TAC y RNM: BI-RADS 6. Invasión músculo pectoral y piel, ganglio intramamario positivo. Tratamiento con quimioterapia neo-adyuvante.

Evolución

Buena tolerancia de ciclos de quimioterapia de EC-Taxol. Revisión en cardiología con ecocardiograma dentro de la normalidad.

Conclusiones

Es fundamental diferenciar los nódulos de partes blandas/mamarios quísticos de los sólidos, valorando los criterios ecográficos de benignidad/malignidad en su estudio y aplicando la clasificación BI-RADS. La ecografía clínica acorta los tiempos de espera y disminuye la incertidumbre del médico de familia.

Palabras clave

Neoplasia; mama; ecografía.

Disfonía en paciente no fumadora

Yera Cano R¹, Hernández García R¹, Gutiérrez Rodríguez C²

¹Centro de Salud de Úbeda. Jaén

²Centro de Salud Dr. Castro Viejo. Madrid

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Disfonía recurrente.

Historia clínica

Mujer de 70 años, acude a consulta refiriendo disfonía de 3 semanas de evolución sin respuesta al tratamiento. No es fumadora.

Enfoque individual

Antecedentes Personales: HTA, glaucoma y varices. Tratamiento habitual: Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12.5mg y Timolol colirio. Acude por disfonía que no mejora a pesar del tratamiento pautado previo sin otros síntomas asociados. No es fumadora ni ha presentado síntomas catarrales previos. *Exploración:* faringe hiperémica sin otros hallazgos patológicos. ACR: normal. No adenopatías. Se deriva a la paciente de forma preferente a ORL donde se le solicita TAC: Parálisis nervio recurrente izquierdo, posiblemente 2º a bocio endotorácico izquierdo, sin poder descartarse neoplasia tiroidea. La paciente acude a consulta para recogida resultados y se realiza ecografía clínica: Nódulo en LTI con extensión endotorácica de 34x30x49mm, heterogéneo con predominio hipoecogénico, orientación antiparalela y sombra acústica posterior. Calcificación grosera en su interior y contornos mal definidos. Doppler negativo. PAAF: Carcinoma papilar tiroideo. Derivación a cirugía donde se realiza tiroidectomía parcial ante la gran extensión del tumor (infiltración planos musculares, esófago cervical y prolongación endotorácica, abrazando carótida izquierda y yugular interna). Se realiza biopsia: Carcinoma anaplásico tiroideo.

Juicio clínico

Signos guía: nódulo tiroideo y parálisis cuerda vocal izquierda.

Diagnóstico diferencial: bocio, hemorragia, cáncer de tiroides (folicular, papilar, medular y anaplásico), teratoma, cáncer de esófago, cáncer de pulmón.

Juicio clínico final: Carcinoma anaplásico de tiroides. Parálisis cuerda vocal izquierda.

Tratamiento, planes de actuación

Pendiente de tratamiento con radioterapia y quimioterapia paliativa.

Evolución

Estable hemodinámicamente. Parálisis cuerda vocal residual.

Conclusiones

Ante la presencia de un nódulo tiroideo, es fundamental diferenciar si es benigno o maligno, ya que dependerá de ello su tratamiento y pronóstico. Los criterios ecográficos de benignidad son: Isoecogenicidad, componente quístico significativo, calcificación periférica en cáscara de huevo, halo periférico hipoecogénico fino y regular, márgenes bien definidos y multiplicidad. En cambio, los criterios de malignidad serían: bordes irregulares, microcalcificaciones, orientación antiparalela, adenopatías, hipoecogenicidad, aumento vascularización. El carcinoma anaplásico representa el 5-10% de los tumores tiroideos, siendo uno de los tumores más agresivos con una supervivencia media de 6 meses.

Palabras clave

Tiroides, carcinoma, ecografía.



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

☐ ALTA (Nuevo socio) ☐ Actualizar datos ☐ BAJA Fecha / /

Evento:.....

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** + LETRA

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **C.P.:**

PROVINCIA: **TELEFONOS:**

E-MAIL:

ESPECIALISTA MFyC: SI ☐ NO ☐ (Si **negativo**, indicar especialidad)

RESIDENTE MFyC: SI ☐ NO ☐ **FECHA INICIO RESIDENCIA** / /

UNIDAD DOCENTE de referencia

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCION: **PROVINCIA:**

CARGO QUE OCUPA:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Mediante la presente orden de pago, autorizo a SAMFyC a enviar una orden anual a mi entidad bancaria para adeudar en mi cuenta, el importe correspondiente a la cuota anual de la sociedad, a cuyo efecto facilito los siguientes datos bancarios:

ENTIDAD: **IBAN:** (hay que rellenar todas las casillas)

E S

BIC:

Lugar y Fecha: **Firma:**

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) con NIF: G41156498 es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado/a** y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento: **Finalidades del tratamiento y plazos de conservación de los datos:** gestionar y tramitar el alta como socio para poder mantenerle informado sobre cursos, congresos, publicaciones, jornadas relacionadas con el ámbito de la medicina de familia. El hecho de darse de alta en SAMFyC implica automáticamente el alta como socio en www.semfyC.es como federación (puede consultar [aquí](#) el listado de sociedades federadas y sus sitios web) así como a la Fundación SAMFyC para el envío de la revista. Sus datos personales serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento o por la existencia de una obligación legal, y cuando ya no sean necesarios, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. **Legitimación del tratamiento:** el tratamiento de los datos del interesado para llevar a cabo la prestación de los servicios está basado en el consentimiento del interesado/a. **Comunicación de los datos:** no se cederán a ningún tercero, salvo a la semFYC y fundación SAMFyC para los fines anteriormente descritos. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos de contacto para ejercer sus derechos:** Calle Arriola 4, bajo D, 18001 Granada o al email: samfyc@samfyc.es



3^{as} Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com
info@jornadasresidentesy tutoressamfyc.com

San Juan de Aznalfarache
Sevilla 2019
25 y 26 de octubre
Ilunion Alcora Sevilla

acm andaluza de
congresos médicos

Apartado de Correos 536. 18080, Granada Tfno/Fax: 958 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com | info@andaluzacongresosmedicos.com



Valencia
2020

Avanzando
hacia la Atención
Primaria que
queremos



**Congreso
de la semFyc**

del 14 al 16 de mayo de 2020



Societat Valenciana de Medicina
Familiar i Comunitària

semFyc
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



www.congresodelasemfyc.com