

Casos Clínicos

Atención Primaria

CC
AP

JART 2020



4^{TA} **JORNADAS**
ANDALUZAS PARA
RESIDENTES y TUTORES DE
MFyC

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE HUELVA
HUELVA 2020
26 y 27 DE MARZO

#JARTSAMFYC2020

[HTTPS://RESIDENTESYTUTORESSAMFYC.WORDPRESS.COM](https://residentesy tutoressamfyc.wordpress.com)

SAMFYC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

“Cura a veces, trata con frecuencia, consuela siempre”

Hipócrates

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
8 Junio 2020
Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)
Maqueta: EFS
ISBN-e. 978-84-09-22280-3

Todos los derechos reservados, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma por medios electrónicos, mecánicos o fotocopias sin la autorización previa de los coordinadores de la obra y los propietarios del copyright.
No obstante, la SAMFyC autoriza la utilización del material siempre que se cite su procedencia.

Coordinadores

Pablo García Sardón
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Adjunto Servicio de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

Asumpta Ruiz Aranda
Médico Residente de Medicina Familia y Comunitaria.
CS Adoratrices. Huelva

Revisores

Marta García Prat
Médico Residente de Medicina Familia y Comunitaria.
CS El Torrejón. Huelva

Cristina López Pradas
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Adoratrices. Huelva

Marta Parras Gordillo
Médico Residente de Medicina Familia y Comunitaria.
CS Almanjáyar. Granada

Jesús E. Pardo Álvarez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS El Torrejón. Huelva

Miguel Pedregal González
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Técnico UDMFyC Huelva

Eduardo Pérez Razquín
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
EBAP. CS El Torrejón. Huelva

Autores

"Todos los autores reconocen haber pedido consentimiento expreso a los pacientes y familiares para publicar los datos clínicos de forma anónima. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo y no deben ser tomadas como opiniones de SAMFyC. Se aconseja actualizar la información de cada caso con las nuevas evidencias que puedan surgir en adelante."

Para la redacción de este libro de casos clínicos se ha tenido en cuenta lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

*Los datos clínicos son publicados de forma anonimizada, lo que implica que no habría tratamiento de datos personales. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo y no deben ser tomadas como opiniones de SAMFyC. **Se aconseja actualizar la información de cada caso con las nuevas evidencias que puedan surgir en adelante."***

Adrada Bautista, Alberto Jesús		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Aguayo Sánchez, Carmen		<i>Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)</i>
Alaminos Tenorio, Esperanza		<i>Médico Residente de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla</i>
Alba Magriz, María		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Alcázar Zafra, Laura		<i>Médico Residente de MFyC. CS Cartaya (Huelva)</i>
Alguacil Rodríguez, Emma		<i>Médico Residente de MFyC. CS Ribera de Puerto Real (Cádiz)</i>
Álvarez Pérez, Eva		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Aranda Lara, Francisco Javier		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)</i>
Arias Fortes, Eloisa		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón. Huelva</i>
Ayala Cardoso, Francisco		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Azogil López, Luis Miguel		<i>Especialista en MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)</i>
Ballesteros Barrón, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Ballesteros Navarro, Carmen M ^a		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Becerra Barba, M ^a Paz		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)</i>
Bejarano Martín, M ^a de los Ángeles		<i>Médico Residente de MFyC. CS Olivar de Quintos. Sevilla</i>
Bernal Bernal, Roberto		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
Bernal Ordóñez, María		<i>Médico Residente de MFyC. Consultorio Guadalcazar. UGC Posadas. Córdoba</i>
Boillat Oriani, Gerardo Andrés		<i>Médico Residente de MFyC. CS Rincón de la Victoria (Málaga)</i>
Borrego Gómez, M ^a José		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Caballero Morgado, Julio Cesar		<i>Especialista en MFyC. Adjunto. Hospital de Riotinto (Huelva)</i>
Cabrera Escribano, Claudia		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena. Sevilla</i>
Cabrera Fernández, Sara		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Camargo Bello, Laura Milena		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)</i>
Cano Blanco, Isabel M ^a		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)</i>
Cardoso Cabello, David		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Carrascal Corrales, Manuel		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Cartaya (Huelva)</i>
Casado Gómez, David		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Oliva. Sevilla</i>
Casado Martín, Mercedes		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS de Camas (Sevilla)</i>
Castaño Postigo, Concepción		<i>Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva</i>
Cavallaro, Irene		<i>Médico Residente de MFyC. CS Gibraleón. Huelva</i>
Coletto Bartolomé, José Miguel		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Cuder Ambel, Augusta		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Los Rosales. Huelva</i>
Cuéllar Lloclla, E. Arturo		<i>Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de Valme. Sevilla</i>
de Iracheta Chicchiarini, Rebecca		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Fernández García, Flora		<i>Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva</i>
Fernández García, Juan Carlos		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS El Juncal (Sevilla)</i>
Fernández Ocaña, Francisco		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Juncal (Sevilla)</i>
Fernández Santiago, Eloisa		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Filella Sierpes, Amalia		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Gabaldón Rodríguez, Inmaculada		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>

Galdeano Osuna, M ^a Concepción		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)</i>
Gálvez García, M ^a Magdalena		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Gálvez Pascual, M ^a José		<i>Médico Residente de MFyC. CS Alcora (Sevilla)</i>
Gámez Navarro, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)</i>
García Giralda, Marina		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería</i>
García León, Miguel		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Huelva Centro. Huelva</i>
Gómez Torrado, Raúl Manuel		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla</i>
González Álvarez, Mónica		<i>Especialista en MFyC. EBAP. CS Santa Olalla del Cala. Huelva</i>
González Lorenzo, David		<i>Médico Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)</i>
Grimaldi Miranda, Elena		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Guillén Vázquez, Jesús		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Camas (Sevilla)</i>
Hidalgo Escudero, José		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Hinojosa Gallardo, Juan Luis		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Huelva Centro. Huelva</i>
Jiménez Ortega, Salvador		<i>Especialista en MFyC. Tutor. Consultorio de Marinaleda (Sevilla)</i>
Largaespada Pallavicini, Guillermo		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Lario Fernández, M ^a Dolores		<i>Especialista en MFyC. Tutora. Tutor. CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)</i>
Lebrero Ferreiro, Rafael		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Bellavista. Sevilla</i>
Linares Canalejo, Anaís M ^a		<i>Médico Residente de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)</i>
López Cruz, José Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
López Díaz, Román		<i>Especialista en Pediatría. CS de San Juan del Puerto (Huelva)</i>
López González, Javier		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Cartaya (Huelva)</i>
Lopez Pradas, Cristina		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva</i>
López Tierra, Giordano		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Adoratrices. Huelva</i>
Lorente Callejo, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Luque Vargas, Raquel		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)</i>
Mariñas Berenguer, Juan Carlos		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)</i>
Martín Bermudo, Cecilia		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)</i>
Martín Martínez, M ^a Dolores		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Martínez de la Ossa Sáenz-López, Jose Ignacio		<i>Médico Residente de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Sevilla</i>
Martínez Prieto, Ángeles		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Mata López, M ^a del Carmen		<i>Médico Residente de MFyC. CS Ciudad Jardín. Almería</i>
Mayoral Liébanas, Laura		<i>Médico Residente de MFyC. CS Cartaya (Huelva)</i>
Medina Vizuete, Andrea		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Milena Camargo, Laura		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)</i>
Montoya Cervantes, Miguel Ángel		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Camas (Sevilla)</i>
Mora Jimenez, Alberto		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>
Morán Rocha, M ^a Teresa		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Bollullos Par del Condado. Huelva</i>
Moreno Borrego, Roberto		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Utrera Norte. Utrera (Sevilla)</i>
Moreno Labrado, Mercedes		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Moreno Martos, Herminia		<i>Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio de Retamar. UGC Almería Periferia (Almería)</i>
Moreno Morgado, M ^a Carmen		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva</i>
Moreno Torres, Francisco Manuel		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Morillas Romero, Mariola		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
Morillo Rojas, Fátima		<i>Médico Residente de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva</i>
Morón Contreras, Asunción		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva</i>
Muñoz Molero, M ^a Jesús		<i>Psiquiatra. Hospital El Tomillar. Sevilla</i>
Núñez Azofra, M ^a Cristina		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>
Oviedo López, Lydia		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Juncal (Sevilla)</i>
Pacheco Herrera, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
Palop Pérez, Cecilia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Alamillo. Sevilla</i>
Pardo Morán, M ^a Nieves		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>

Pedraza Gil, Laura		<i>Médico Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)</i>
Perejón Fernández, Antonia M ^a		<i>Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Pérez García, Ana Belén		<i>Médico Residente de MFyC. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)</i>
Pérez Márquez, Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Los Rosales. Huelva</i>
Pérez Rodríguez, M ^a Araceli		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Pérez Sánchez, José Carlos		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Rincón de la Victoria (Málaga)</i>
Pineda Muñoz, Inmaculada		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva</i>
Pleguezuelo Ramos, M ^a Verónica		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)</i>
Portero Prados, M ^a Luisa		<i>Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Quesada Román, M ^a Ángeles		<i>Médico Residente de MFyC. Consultorio de Guadalcazar. UGC Posadas (Córdoba)</i>
Real Ojeda, Rocío Guadalupe		<i>Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Rico Pereira, Antonia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)</i>
Rodríguez García, Alicia		<i>Médico Residente de MFyC. Consultorio de Marinaleda (Sevilla)</i>
Rodríguez Vázquez, Aurora		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Romero Barranca, Isabel		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva</i>
Romero Herraiz, Fernando		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>
Romo Guajardo-Fajardo, Catalina		<i>Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)</i>
Rovira Rofa, Ramón		<i>Especialista en MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Ruiz Aranda, Asumpta		<i>Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva</i>
Ruiz Ávila, Fátima		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Ribera de Puerto Real (Cádiz)</i>
Ruiz Molina, Isabel		<i>Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Salazar Rojas, Sebastián		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Sánchez García, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bellavista. Sevilla</i>
Sánchez Romero, Alicia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva</i>
Sariego Montiel, José Luis		<i>Médico Residente de MFyC. CS Moguer (Huelva)</i>
Sendín González, José Cristóbal		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Alamillo. Sevilla</i>
Senín Roldán, Esperanza		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón. Huelva</i>
Serrano Camacho, Ana		<i>Médico Residente de MFyC. Consultorio de Retamar. UGC Almería Periferia (Almería)</i>
Serrano de los Santos, M ^a José		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla</i>
Silva Gil, Fátima		<i>Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio de Guadalcazar. UGC Posadas (Córdoba)</i>
Soto Moreno, Isabel		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena. Sevilla</i>
Suárez Pérez, María		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Gibraleón. Huelva</i>
Toribio Vázquez, Julia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva</i>
Toro de Federico, Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Ciudad Jardín. Almería</i>
Vaca Vilanova, Patricia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla</i>
Vaquero Onrubia, Pilar		<i>Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)</i>
Varo Muñoz, Araceli		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Vázquez Alarcón, Rubén Luciano		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS de Vera (Almería)</i>
Vilches Cabezas, Rafael		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bellavista. Sevilla</i>
Villalba Benavent, Cristina		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Zapata Martínez, Manuela		<i>Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio de Retamar. UGC Almería Periferia (Almería)</i>

Este libro de casos clínicos en Atención Primaria de las IV Jornadas Andaluzas de nuestra especialidad quedará vinculado a un momento histórico médico y social que esperemos no se repita o, al menos, no con tanta intensidad y devastación.

Como sabéis, estimados compañeros, entre EPIs y mascarillas, nos vimos forzados a posponer la realización de nuestras tan deseadas -y ya clásicas- jornadas Andaluzas de Residentes y Tutores de la SAMFyC. Pero no por ello queríamos dejar de plasmar vuestro esfuerzo y dedicación para poder conformar este libro.

En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la del paciente, en la que somos su referente, su incondicional sanador y fuente de consejos y ayuda, se hace extraño este mundo que nos ha tocado vivir en el que a menos de dos metros no nos “quiere” casi nadie. Nuestros residentes, base de nuestro sistema, entregados a él, están viviendo de primera mano un hecho histórico y, una vez más, debemos agradecerles su incondicional esfuerzo y ánimo. Combustible en el día a día de muchos de nosotros.

Y es, en resumen, la base de nuestra especialidad, ese trabajo en equipo, confianza, respeto y capacidad de enseñar y aprender de manera bidireccional. Así queda plasmado, como un ejemplo más, a lo largo de los casos que tenemos a continuación, ese esfuerzo y dedicación por compartir, en este caso ciencia y conocimientos, tratado desde el cariño a la profesión y nuestros pacientes y el respeto a la evidencia científica. Casos vividos en Atención Primaria, en primera persona, seguidos y estudiados por nuestros compañeros, que son sin duda una agradable fuente de sabiduría.

Desde aquí y con vuestro permiso, os animo a que sigáis contribuyendo para hacer crecer nuestra especialidad, la de las familias y las comunidades, para que no desistáis y sigamos siendo la sonrisa del sistema y la mano que nunca les faltará.

“Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad” (Platón)

Pablo García Sardón

Índice

NUMERO	TITULO	Página
1	Abordaje de una paciente pluripatológica y cuidadora principal, con episodios de tetania. Cuidemos del cuidador en atención primaria	11
2	Abordaje del paciente que ha pasado por un trastorno de la conducta alimentaria. Abordaje familiar	13
3	Anamnesis, principal herramienta en la detección precoz de ETS	15
4	Arritmia que desaparece, complicación que permanece: aneurisma de aorta causante de Fibrilación Auricular	18
5	Debut de cefalea migrañosa. ¿Por qué es el aura un criterio para solicitar pruebas complementarias?	21
6	Cervicalgia mecánica desde un abordaje íntegro	23
7	Consumo perjudicial de AINEs	25
8	Control y seguimiento por su Médico de Atención Primaria (MAP)	28
9	Corazón “partío”	29
10	De síntomas banales a enfermedad rara: mielitis transversa... más allá de la enfermedad	31
11	¿Descompensación psicótica o intoxicación? La importancia de un trabajo coordinado	34
12	Diplopia en paciente multifrecuentadora	36
13	Disfagia absoluta en anciana frágil	39
14	Disfonía como síntoma clave	42
15	Doctor, ¿qué le pasa a mi suegra?	44
16	Doctor, me duele todo	47
17	Doctor a mi hijo le duele el pecho	50
18	Doctora, ¿Y ahora qué?	52
19	Doctora cada día estoy más hinchada	54
20	Doctora, quiero continuar amamantando, pero no puedo seguir así	56
21	Dolor abdominal en mujer fértil	60
22	Dolor abdominal: ¿patología banal o síntoma de alarma?	62
23	Dolor lumbar de larga evolución vs fractura vertebral aguda	64
24	¿Dolor muscular, celulitis o fascitis necrotizante?	67
25	Dolor oncológico, físico y emocional	70
26	El dolor abdominal en atención primaria	72
27	Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto: a propósito de un caso	74
28	Eritema pernio. Inicio de un lupus	77
29	“Estoy perdiendo la memoria”	79
30	Evolución tórpida de un Síndrome de Lemierre	81
31	Fase secuelar facial tras Herpes Zoster	83
32	Granulomatosis con poliangitis en varón de 65 años	86
33	Importancia del manejo de medicación en un paciente anciano	89
34	La baja laboral como parte del tratamiento de nuestros pacientes	91
35	La descompensación leve de la insuficiencia cardíaca y su manejo desde el ámbito de la atención primaria	93
36	Lesiones ulcerosas y necróticas en dedos de paciente fumador	95
37	Linfoma en medio rural	97

38	Lo que esconde una odontalgia: tumor retromolar	<i>99</i>
39	Lo que la anemia esconde, más que hierro	<i>101</i>
40	Lumbalgia por neoplasia pulmonar no sospechada	<i>105</i>
41	Mamá, me duele el ojo	<i>107</i>
42	Manejo ante un debut simultaneo de diabetes mellitus tipo 1	<i>109</i>
43	Más allá de un síncope	<i>111</i>
44	Me duele el esternón	<i>113</i>
45	Mononucleosis Infecciosa. A propósito de un caso	<i>114</i>
46	Orinas colúricas más fiebre, sospecha foco abdominal	<i>117</i>
47	Otra vez neumonía....	<i>120</i>
48	Paciente con disnea en atención primaria	<i>125</i>
49	Parada cardiorespiratoria por veneno de himenóptera	<i>127</i>
50	¿Parasitosis o falsa tenia?	<i>129</i>
51	Precaución con los diabéticos	<i>132</i>
52	Prevención de enfermedades de transmisión sexual en población de riesgo	<i>134</i>
53	Ptosis palpebral progresiva	<i>136</i>
54	Psicoterapia en los trastornos afectivos y de ansiedad	<i>139</i>
55	Secundarismo farmacológico como posibilidad diagnóstica. La importancia de la valoración integral del paciente	<i>142</i>
56	Síndrome de Charles Bonnet. ¿Qué es y cómo diagnosticarlo?	<i>144</i>
57	Taquicardia ventricular: también en atención primaria	<i>147</i>
58	Ten tu ecógrafo cerca	<i>150</i>
59	Trastorno de aprendizaje no verbal: una disfuncionalidad social y ejecutiva	<i>152</i>
60	Trombosis de seno venoso sigmoides tras una otitis media aguda	<i>154</i>
61	Tumores raros de la infancia	<i>156</i>
62	Un hematoma que no se resuelve	<i>159</i>
63	Un simple esguince de muñeca... ¿o algo más?	<i>162</i>
64	Una buena exploración a tiempo	<i>164</i>
65	Variante del Síndrome de Guillain Barré: neuropatía axonal motora pura o Síndrome de Aman	<i>166</i>
66	¿Y simplemente una RX Tórax?	<i>169</i>

1.

Abordaje de una paciente pluripatológica y cuidadora principal, con episodios de tetania. Cuidemos del cuidador en atención primaria

Pérez García, Ana Belén |
Cano Blanco, Isabel M^a |

Médico Residente de MFyC. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)
Especialista en MFyC. Tutora. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Motivo de consulta

Rigidez y dolor en manos incapacitante de una hora de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 52 años, sin alergias medicamentosas conocidas, de complexión delgada, que presenta episodios autolimitados de parestesias y calambres en extremidades desde hace cuatro años, con impotencia funcional, y que revierten en urgencias tras reposición de desequilibrios electrolíticos.

Antecedentes personales: fumadora de 20 paq/año, bebedora de tres litros de cerveza diarios, ansiedad, colon irritable, insuficiencia renal leve, hipotiroidismo subclínico, hiperuricemia, dislipemia mixta, artrosis, hepatopatía alcohólica.

En tratamiento con Lorazepam, pidolato deanol/heptaminol CH, cleboprida/simeticona, alopurinol, pravastatina/fenofibrato y paracetamol.

Exploración: acude a nuestra consulta en regular estado general, con aspecto descuidado e intranquila. Objetivamos rigidez de manos con dificultad para la extensión de los dedos de forma activa y pasiva. Neurovasculatura conservada. Sin focalidad neurológica ni otra sintomatología adyacente.

Constantes: TA 99/64mmHg, T^a 36.5º, FC 86lpm. Glucemia capilar 89mg/dL.

Análítica: Hemograma normal. Bioquímica: Hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocloremia. Acidosis metabólica con anión GAP elevado. Renina y aldosterona normales. FG 39ml/min Mínima proteinuria sin albuminuria. Pruebas inmunológicas normales. Serología normal. Proteinograma normal.

Se le reponen iones (tratamiento con bicarbonato y magnesio) y desaparece la sintomatología.

ECG: ritmo sinusal a 86 lpm sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización.

Ecografía de riñones y vías urinarias: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

Soltera, sin pareja ni hijos. Actualmente desempleada.

Cuida de sus padres, dependientes, con los que convive. Los tres conforman una familia con escasos recursos económicos y red social. Cumple el rol de cuidadora familiar primaria.

Se le realizó genograma, donde descubrimos que la paciente repite el patrón de alcoholismo conocido también en su abuelo y tío paternos, en su padre y en su hermano. Además, presenta falta de apoyo por parte de sus hermanos y una relación conflictiva con su padre. Todo lo contrario ocurre con su madre, recientemente diagnosticada de depresión delirante y cáncer de mama. Además presenta antecedentes familiares de cáncer por parte de todos sus tíos maternos.

2.

Abordaje del paciente que ha pasado por un trastorno de la conducta alimentaria. Abordaje familiar

Mata López, M ^a del Carmen		<i>Médico Residente de MFyC. CS Ciudad Jardín. Almería</i>
Toro de Federico, Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Ciudad Jardín. Almería</i>
Pardo Morán, M ^a Nieves		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>

Motivo de consulta

Paciente 17 años que acude a consulta de primaria para recoger resultado de analítica.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente acude acompañada por su madre. No presenta antecedentes personales de interés. Hace un año pasó por un trastorno del comportamiento alimentario y presentó amenorrea durante seis meses e hipotiroidismo subclínico. Actualmente presenta ciclos regulares de menstruación.

La paciente presenta patrones de comportamiento rígidos en cuanto a sus hábitos de vida: alimentación, deporte y estudios. Es muy autoexigente y tiene muy buenos resultados académicos. Le cuesta expresar sus emociones.

IMC: 22. A la exploración presenta buen estado general, bien hidratada y perfundida. Consciente y orientada y colaboradora. ACR. Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado.

-Analítica: Hemograma, VSG, Bioquímica básica, proteínas totales, albúmina, Fe, Transferrina, Ferritina, Hormonas tiroideas, TSH, Prolactina, FSH, LH e iones en rango de normalidad.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente es hija única. Sus padres son odontólogos. Tienen buena relación entre sus miembros con apoyo entre ellos y buena comunicación.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Anorexia nerviosa actualmente en fase de control.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la bulimia nerviosa.

En la bulimia se suele encontrar más: episodios recurrentes de ingesta voraz, al menos 2 semanales durante 3 meses, conductas compensatorias para no ganar peso, con carácter mantenido: vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio físico excesivo.

Plan de acción y evolución

A través de la entrevista clínica preguntándole sobre sus preferencias deportivas aprovechamos para analizar el hábito alimentario actual reeducando ciertas pautas como la ingesta escasa en la cena tras realizar deporte. Intentamos ganarnos la confianza de la paciente poniéndonos en una posición diferente a la de la madre sin caer en una relación de “colegueo”. Realizamos un control de peso. La importancia de esta fase es crucial para la prevención de recaídas. 259

El apoyo de los padres es muy importante, se debe:

-dar pautas concretas en el manejo de la enfermedad.

-ayudarles a organizar la comida familiar.

-aliviar síntomas de desesperanza.

-ayudarle a recuperar su vida personal.

-eliminar la continua crítica a la paciente y a la situación. 304

Los objetivos en la fase de recuperación de la paciente deberían incluir: 316

una normalización alimentaria que produzca seguridad, que se cree una motivación y compromiso con el cambio, pasar de un control externo a uno interno, mitigar el sufrimiento y recuperar un trato digno de ellas mismas, aumentar la capacidad de autoconocimiento. 356

El médico de AP debe transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre:

- alimentación saludable
- realizar al menos una comida diaria con la familia
- favorecer la comunicación y fomentar la autoestima
- no facilitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen. 402

Es fundamental, durante todo el abordaje, establecer con el paciente una relación empática, mostrando interés por ayudarlo, y en ningún momento, juzgarle, culpabilizarle ni amenazarle.

El objetivo primordial del tratamiento es la normalización y regulación de la ingesta alimentaria y la corrección del estado de malnutrición.

Conclusiones

Los médicos de AP son el primer eslabón para detectar y derivar a los/as pacientes con trastornos alimentarios. Puede ser aconsejable entrevistar al paciente solo, intentando crear un clima de confianza y de respeto. En general estos pacientes se caracterizan por la falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación para el cambio. En las fases iniciales suelen ser las familias las que observan conductas alimentarias anómalas por parte del paciente. Aprovechar cualquier oportunidad es otra premisa básica en la atención a los adolescentes. No debemos olvidar la importancia de la entrevista clínica en el manejo de estos pacientes para establecer una relación de confianza.

3.

Anamnesis, principal herramienta en la detección precoz de ETS

González Lorenzo, David |
 Gámez Navarro, María |
 Martín Bermudo, Cecilia |

Médico Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
Médico Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
Especialista en MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Motivo de consulta

Dolor perianal de mes y medio de evolución y astenia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Atendemos por primera vez en consulta de atención primaria a varón de 20 años por dolor perianal de un mes y medio de evolución que asocia prurito intermitente y desde la última semana, astenia. Ha realizado consultas previas por el motivo descrito anteriormente, realizando hasta la fecha tratamiento con nitroglicerina tópica, mupirocina tópica y corticoides tópicos tras orientarse inicialmente como fístula perianal. El paciente acude en esta ocasión por persistencia sintomática y solicitando derivación a Cirugía general para valoración en atención especializada.

Previo a plantearnos realizar una derivación hospitalaria, se decide realizar una nueva anamnesis para reorientar el posible diagnóstico diferencial, llevándose a cabo un abordaje de la *conducta y hábitos sexuales*. Se trata de un varón de orientación homosexual, sin pareja habitual. Desde los 16 años (edad de su primera relación sexual), ha mantenido relaciones sexuales con más de 20 hombres por año sin uso de preservativo. Realiza cruising e intercambios sexuales. Además, durante la anamnesis dirigida, nuestro paciente refirió realizar y recibir siempre sexo oral con el resto de contactos sin uso de método barrera, así como ser de forma más frecuente pasivo que activo en sus relaciones sexuales. Por último, negó consumo de hábitos tóxicos y otras enfermedades de interés.

A la *exploración* ampliada, tras reorientar el posible diagnóstico, destaca la presencia de una lesión ulcerada perianal a las 12 horas, ligeramente hipertrófica de fondo limpio e indurada, una adenopatía inguinal izquierda de unos 2-3 centímetros de tamaño y aftas no dolorosas (no percibidas previamente por el paciente) en mucosa oral gingival inferior.



Dada la *orientación diagnóstica* de infección de transmisión sexual, se solicitó un estudio diagnóstico con serología sanguínea (sífilis, VIH y virus hepatotropos) y PCRs para Chlamydia,

Mycoplasma Genitalium y Gonococo en faringe, orina y ano. Por último, se tomó una muestra de la úlcera perianal para ampliar una PCR de Chlamydia (serotipos Linfogramuloma venéreo - L1, L2 y L3) y Virus Herpes Simple.

Los *resultados* analíticos mostraron los siguientes hallazgos:

Orina: Mycoplasma positivo, resto negativo.

Faringe: Gonococo y Chlamydia negativos.

Ano: Mycoplasma, chlamydia y gonococo negativos.

Serología: EIAg positivo, RPR/VDRL 1/8, VIH negativo. Virus hepatitis B (antiHbs: 93.5). Virus Hepatitis A (IgG) positivo, virus hepatitis C (IgG) negativo.

Úlcera: PCR negativa para Chlamydia y VHS.

Enfoque familiar y comunitario

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden tener complicaciones graves a largo plazo si no se diagnostican y tratan a tiempo, ya que en muchos casos se desarrollan sin síntomas durante periodos relativamente largos tras la infección, como sucede por ejemplo en la sífilis. Debido a ello, la ANAMNESIS es la principal herramienta del médico de familia, pues permitirá determinar la vía de transmisión, la duración de la infección y valorar la posibilidad de reinfección. En general, se deberán recoger datos generales acerca de la historia médica, antecedentes de ETS, conductas y hábitos sexuales destacando el uso de preservativo y número de parejas sexuales.

Dado que se trata de una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) es de crucial importancia la búsqueda y el estudio de contactos ya que el riesgo de transmisión es de alrededor del 30% en un solo encuentro sexual con una persona con sífilis primaria y oscila entre 60 y 80% cuando se transmite de una madre infectada al feto. De manera general, debemos realizar un “cribado” de sífilis a mujeres embarazadas, donantes de sangre y grupos de alto riesgo: *VIH, VHB, VHC positivos, sospecha de neurolúes, HSH (hombres que tienen relaciones con hombres), aquellos con promiscuidad elevada y en el estudio de demencias tratables.*

Por todo ello, el objetivo primario como médicos de Familia y la comunidad es reducir su prevalencia a través de la prevención primaria y en segundo plano, llevar a cabo un diagnóstico precoz de dichas enfermedades. En este sentido, en el municipio de *Los Palacios y Villafranca*, llevamos a cabo charlas anuales formativas sobre prevención de ETS a cargo de los residentes de MFyC, las cuales son impartidas en todas las clases de 2º de ESO de los institutos de la localidad.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

El paciente se diagnosticó de sífilis primaria e infección por mycoplasma GENITALIUM (asintomático) tras las pruebas diagnósticas realizadas.

En el *diagnóstico diferencial* de la sífilis primaria, deben considerarse todas las causas de úlceras genitales, en especial, el herpes simple genital y otras como el traumatismo genital, la erupción fija medicamentosa, el carcinoma genital, el chancroide y el linfogramuloma venéreo. Por otro lado, el diagnóstico diferencial de infección por micoplasma se lleva a cabo fundamentalmente con las Infecciones por Gonococo o Chlamydia.

Plan de acción y evolución

Se inició tratamiento con Penicilina G benzatina 2.400.000 U intramuscular (dosis única) y azitromicina 500 mg vo dosis única + 250 mg/24 horas/4 días. Actualmente el paciente se encuentra mejor, los síntomas han disminuido y la úlcera perianal ha reducido casi por completo su tamaño. Además, ya se han estudiado y tratado respectivamente los contactos sexuales de nuestro paciente relativos a los 3 meses previos al inicio de los síntomas. En las próximas visitas en consulta se realizará el seguimiento con *pruebas no treponémicas* (VDRL o RPR) al mes, tercer mes y

después a los 6 y 12 meses de la primera dosis de tratamiento.

Conclusiones

La incidencia de la sífilis está aumentando en los últimos años principalmente entre los hombres que tienen sexo con hombres.

La anamnesis es la principal herramienta en su diagnóstico. Deberá sospecharse ante toda úlcera genital, perianal o bucal acompañada de adenopatías regionales.

Es una enfermedad de declaración obligatoria y es fundamental el estudio de los contactos sexuales.

En los pacientes diagnosticados de sífilis deberá realizarse una analítica para descartar coinfección por otras ETS.

El tratamiento de elección es la penicilina o doxicilina en casos de alergia.

La prevención primaria es nuestro objetivo principal como Médicos de Familia y la Comunidad.

Palabras clave

Anamnesis, enfermedades de transmisión sexual, treponema pallidum.

Foto de la lesión con consentimiento del paciente.

4.

Arritmia que desaparece, complicación que permanece: aneurisma de aorta causante de Fibrilación Auricular

Quesada Román, M^a Ángeles | *Médico Residente de MFyC. Consultorio de Guadalcázar. UGC Posadas (Córdoba)*
 Silva Gil, Fátima | *Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio de Guadalcázar. UGC Posadas (Córdoba)*
 Bernal Ordóñez, María | *Médico Residente de MFyC. Consultorio de Guadalcázar. UGC Posadas (Córdoba)*

Presentamos un caso clínico de fibrilación auricular (FA) paroxística, con complicación embólica de ámbito multidisciplinar, donde participan especialistas de Medicina de Familia, médico de Urgencias Hospitalarias, Urología y Medicina Interna.

La importancia del caso radica en que, la duración de la arritmia es corta en el tiempo, y aunque es objetivada en el centro de salud, no así en la valoración hospitalaria, lo que conduce a que no sea correctamente tratada, desde el punto de vista del manejo antitrombótico de esta patología. Por esa razón, por la falta de estratificación del riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolias sufre una complicación grave, por la que es necesaria hasta la intervención quirúrgica.

Motivo de consulta

Afasia y desviación de comisura bucal hace dos horas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis y exploración: varón de 73 años con los siguientes antecedentes:

- No AF de interés
- Hipofrecuentador
- No HTA, No DM
- Dislipemia
- Antecedentes de litiasis renal en 2013.
- IQ: hemorroides de fisura anal.
- No alergias medicamentosas
- Barthel 100
- Tratamiento: simvastatina 20/24horas.

Acude a SUAP por cuadro de babeo, imposibilidad de articular palabra y desviación de comisura bucal mientras veía la TV hace unas dos horas. Inestabilidad en la marcha referida por un hijo. Recuperación completa a los 30 minutos. EF: TA 150/80, gluc 91mg/dl, afebril, Sat O₂ 99%. Glasgow 15. Arrítmico a 110 lpm. EGC en Centro de Salud: Fibrilación auricular (FA). No cumple criterios de código ictus.

Se deriva a Servicio de Urgencias de Hospital por FA de duración incierta y sospecha de AIT. EF: TA 160/90. FC 99. SatO₂ 95%. Glasgow 15. No irritación meníngea. ACR: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias

ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización.

Análítica: Hemograma: leucocitos 12720 (10400 neutrófilos). Hb 13.9, plaquetas 144000. Bioquímica: glucosa 105, urea 21, creatinina 0.96, Na 135, K 3.8. Coagulación: DimerD 604, TTPa 18.6, Act TP % 89, INR 1, FG 81, Troponina 0.05. GSA: pH 7.44, pO₂ 50, pCO₂ 34, Na 129, HCO₃ 23. RX Tórax: no condensación ni pinzamiento de senos costofrénicos, cardiomegalia, sin infiltrado intersticial. TAC craneal sin contraste I.V.: Normal. No imágenes de sangrado. Adecuada diferenciación sustancia blanca/gris. Sistema ventricular normal, centrado en línea media.

Se contacta con Neurólogo de guardia, que observando analítica y TAC dentro de la normalidad procede al alta con diagnóstico: Accidente isquémico transitorio. Tratamiento: AAS 100mg y Omeprazol 20mg y solicitud ambulatoria de ecodoppler de Troncos Supraaórticos.

Dos días después, el paciente acude de nuevo al centro de salud, presentando dolor abdominal irradiado a espalda, estreñimiento de días de evolución, y vómitos alimenticios, sin fiebre, ni disuria. EF: No abdomen en tabla. Se deriva a Urgencias de hospital, para descartar causas agudas de dolor abdominal en anciano. En TAC abdominal sospecha de infarto renal derecho. Ingresa en servicio de Urología, con Interconsulta a Medicina Interna para completar estudio y tratamiento anticoagulante. Éstos, valorando el caso en su conjunto, atienden al motivo de consulta inicial en Urgencias: “Derivado por médico de Atención Primaria por FA”, confirmándolo con médico de Familia. Teniendo este diagnóstico en cuenta se realiza ecografía y Angio-TAC, observándose dilatación aneurismática de aorta torácica ascendente, e iniciando anticoagulación con apixabán.



Enfoque familiar y comunitario

Casado, 2 hijos. Fase vital de nido vacío, con extensión en segunda generación. Familia nuclear numerosa. Buen apoyo social y familiar. Todos viven cerca, en una aldea próxima a núcleo rural.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: fibrilación auricular paroxística. Accidente isquémico transitorio. Infarto renal derecho. Aneurisma aorta ascendente causante de cardioembolias.

Diagnóstico diferencial:

- Del cuadro de afasia y desviación de comisura bucal: Accidente cerebrovascular, lesiones estructurales, metabólicas, tóxicos
- Del dolor abdominal: isquemia mesentérica, colitis isquémica, Infarto arterial, gastroenteritis aguda, cólico biliar

Plan de acción y evolución

El paciente se interviene de aorta ascendente, colocándose tubo supracoronario con remplazo de hemiarco, presentando durante la convalecencia rachas de FA revertidas con amiodarona.

En centro de salud, se realiza conciliación de medicación: Amiodarona 200mgs, bisoprolol 5mgs, espirolactona 25mgs, potasio 600mgs, atorvastatina 80mgs , además de mantener anticoagulación con apixabán 5 mgs/12 horas y control estricto de factores de riesgo cardiovascular.

Se explican síntomas de alarma al paciente y su cónyuge que actúa como cuidadora. Durante la evolución el paciente no presenta más síntomas de insuficiencia cardíaca, ni palpitaciones, el dolor abdominal desapareció, y se ha podido incorporar de manera progresiva a sus actividades previas. Acude con periodicidad normal a revisiones de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Conclusiones e importancia del caso

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente. En muchas ocasiones se produce una reversión a ritmo sinusal de manera espontánea sin necesidad de medicación antiarrítmica; es la que llamamos FA paroxística. Sin embargo, aunque eso ocurra, debemos estimar la posibilidad de formación de trombo. La escala CHADS2-Vasc, nos ayuda a valorar la necesidad de anticoagulación a fin de evitar un accidente cerebrovascular.

En este caso, creemos que al no haberse objetivado el CHADS2-Vasc en el servicio de urgencias del hospital, no se tuvo en cuenta que pudo ser la causa del AIT, y no se inició la anticoagulación. Y por esa razón, por la falta de anticoagulación, se produjo el infarto renal.

La transitoriedad de los signos determinados en Atención Primaria o los síntomas del paciente no son sinónimos de benignidad del proceso ni contraindican el ingreso hospitalario, por lo que no deben subestimarse, si no estudiarse para prevenir la aparición de un proceso ya establecido e irreversible, que van a determinar el pronóstico del paciente. Como se revela en este caso, la constatación de la fibrilación auricular paroxística debería haber sido motivo de monitorización cardíaca 24horas y realización de ecocardiograma. De esa forma, se hubiera diagnosticado y tratado el aneurisma aórtico del paciente, causante de la FA.

Bibliografía

Cosin-Sales J, José Olalla J. Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular. Antiarrítmicos y anticoagulantes orales. 2020.

Agewall S, Camm J, Barón Esquivias G, Budts W, Carerj S, Casselman F et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. 2020.

5.

Debut de cefalea migrañosa. ¿Por qué es el aura un criterio para solicitar pruebas complementarias?

Aguayo Sánchez, Carmen		Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)
Vaquero Onrubia, Pilar		Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)
Luque Vargas, Raquel		Especialista en MFyC. Tutora. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)

Motivo de consulta

Cefalea de una semana de evolución, a la que se añade pérdida de visión.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes Familiares: madre con Síndrome Ovarios Poliquísticos y Migraña sin aura.

Antecedentes Personales: Bloqueo del lenguaje en 2013, con RMN que indicaba lesión parietal izquierda gliótica, dada de alta tras años de revisión asintomática. En tratamiento con anticonceptivos hormonales orales.

Enfermedad actual: mujer de 25 años que acude a consulta del Centro de Salud por comenzar de forma insidiosa hace una semana con cefalea periocular izquierda, de característica pulsátil, sin sono/fotofobia ni otros datos de alarma. A los cuatro días refiere comenzar con imposibilidad para leer con la visión binocular (la cefalea persiste). Nos comenta que esta sensación persiste desde entonces hasta el día en el que consulta. Además, hace 48 horas se añaden episodios estereotipados de escasa duración (segundos), de parestesias ascendentes en miembro superior y hemicara derechas que nunca antes había presentado.

Exploración física: Buen estado general, afebril, TA 110/74 mmHg, Consciente, orientada, colaboradora. Lenguaje fluido, nominación comprensión y repetición conservadas. Hemianopsia homónima derecha por confrontación. Nistagmo horizontal en mirada vertical. Pupilas isocóricas normoreactivas. Movimientos oculares externos normales. Balance motor normal, no hipoestusias ni extinción sensitiva, reflejos osteotendinosos vivos simétricos. Cerebelo y marcha normal. RCP flexor bilateral.

Se decide derivación a Urgencias Hospitalarias ante sospecha de primer episodio de aura migrañosa de características atípicas, y cefalea de intensidad creciente y aparición reciente para completar estudio.

En urgencias se realiza TC-cráneo: borramiento de surcos a nivel parietooccipital izquierdo con pérdida de diferenciación sustancia gris-blanca, tenuemente hipodenso, circulación colateral aumentada en dicha zona. Estudio de perfusión sin discordancia. AngioTC cerebral normal.

Orientación diagnóstica: cefalea de perfil migrañoso junto a déficit campimétrico y alteraciones sensitivas faciobraquiales derechas en estudio. Crisis focales no motoras sensitivas parietales izquierdas.

Plan de acción y evolución

Se decide ingreso en Neurología. Evolución desde el ingreso: clínicamente estable, se realizan Holter cardiaco, ecocariografía, analítica de sangre y punción lumbar con resultados dentro de la normalidad. En los días de ingreso, se realiza EEG con resultado de anomalías epileptiformes focales temporales izquierdas. Se solicita Arteriografía que descarta malformación vascular. En la RMN craneal se describe lesión extensa hemisférica izquierda con afectación de lóbulo parietal y

temporal, como primera posibilidad se piensa en una encefalitis, persisten datos descritos en previa de 2013.

Se comienza tratamiento antiepiléptico con Levetiracetam y Eslicarbazepina combinados, esta última se retira por aparición de exantemas. Posteriormente desaparecen los síntomas sensitivos y visuales. Se procede a alta con cita de revisión en consulta de Epilepsia al mes con RMN craneal de control.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: lesión parietooccipital izquierda (sospecha de displasia cortical asociada a variante de la normalidad de Dandt-Walker). Crisis focales occipitales y parietotemporales izquierdas sin alteración del nivel de conciencia. Estado focal occipital izquierdo (hemianopsia homónima).

Diagnóstico diferencial: migraña con aura simple, estatus migrañoso, accidente cerebrovascular, lesión ocupante de espacio.

Enfoque familiar y comunitario

la paciente acudió a consulta y urgencias acompañada por su madre, la cual tendió a banalizar los síntomas presentados, debido a que ella ha padecido migraña durante muchos años de evolución y la similitud de la clínica con la misma. Esto hizo tardío el diagnóstico de crisis focal occipital, el cual evolucionó a estatus focal occipital izquierdo y podría haber cedido con tratamiento más temprano.

Conclusiones

El aura visual es la más común (90%) en la migraña con aura, los síntomas pueden ser positivos (luces o líneas) y negativos (pérdida de visión). La dificultad del caso no solo radica en la similitud del mismo con un aura migrañosa, si no en conocer que la presentación del aura por primera vez o la aparición de una cefalea de inicio reciente y de intensidad en aumento, son criterios de alarma para realización de pruebas complementarias y valoración por un neurólogo de forma urgente.

Palabras clave

Migraña con aura, aura visual, crisis epiléptica.

6.

Cervicalgia mecánica desde un abordaje íntegro

Ruiz Aranda, Asumpta		Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva
Morón Contreras, Asunción		Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva
Fernández García, Flora		Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva

Motivo de consulta

Mujer de 41 años que acude a consulta por presentar herida en segunda falange de mano derecha y cervicalgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes: no reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No padece factores de riesgo cardiovascular. Hipotiroidismo gestacional durante su segundo embarazo (hace 5 años), desde entonces sin tratamiento. No otros antecedentes de interés.

Anamnesis: refiere presentar herida de 5mm de longitud en segunda falange de mano derecha a nivel de raíz ungueal que se produjo mientras cocinaba hace dos días. Le preocupa la falta de mejoría, no ha realizado curas y mantiene la herida ocluida con un apósito. Niega fiebre, ni supuración, ni inflamación articular.

Además, señala que habitualmente, durante los últimos 3 años aproximadamente, presenta cervicalgias, de características mecánicas. No suele tomar tratamiento analgésico. Acude de manera ocasional a un fisioterapeuta para aliviar los dolores. Pero en esta ocasión, el dolor no ha mejorado pese al tratamiento fisioterápico. Asocia más cansancio en las últimas semanas, que no le limita para realizar sus actividades diarias habituales, pero sí señala que le precisa más esfuerzo del habitual.

Exploración: buen estado general, consciente orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica en reposo, hemodinámicamente estable.

Dolor a la palpación de músculo trapecio, más intenso en mitad derecha. Balance articular de columna cervical limitado en últimos grados por dolor. No otra alteración desde el punto de vista del aparato locomotor.

Palpación tiroidea, no palpamos bocio, ni induraciones o protrusiones tiroideas. No signos de oftalmopatía ni mixedema.

Herida inciso-contusa en primera falange de mano derecha a nivel de la raíz ungueal de 5mm de longitud. No presenta signos de sobreinfección, ni abscesificación. No otros hallazgos reseñables en exploración por aparatos.

Pruebas complementarias: solicitamos analítica con control de hormonas tiroideas.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente nacida en Sudamérica reside en nuestro país desde hace 5 años. Se mudó junto a su marido y su hijo mayor, que actualmente tiene 7 años y estando embarazada de su hija pequeña. Se dedica al espectáculo, trabaja en una compañía de teatro. Su marido es un alto cargo de una empresa internacional.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Herida inciso contusa superficial, sin signos de sobreinfección.

Diagnósticos diferenciales: absceso, panadizo, artritis, paroniquia...
Contractura muscular.

Diagnóstico: contractura mecánica, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, secundarias a fármacos, miodistrofias.

Plan de acción y evolución

Abordamos la consulta desde distintos puntos de vista. Por un lado, para la herida se le explica a la paciente que actualmente debe realizar curas con un antiséptico (povidona o clorhexidina) y que es mejor que no la mantenga ocluida. Le explicamos los signos de alarma o de mala evolución por los que debería consultar.

Por otro lado, revisando sus antecedentes comprobamos que hace más de 4 años que no se realiza analítica de hormonas tiroideas. Aunque en este momento, nos parece poco probable que la cervicalgia se deba a una alteración tiroidea, considerando sus antecedentes, vemos oportuno realizar una analítica con perfil hormonal.

Para la contractura, recomendamos realizar estiramientos cervicales, para lo que aportamos tabla de ejercicios; junto con toma de analgésicos de primer escalón, ibuprofeno 4000mg cada 8h durante 7 días; aplicación de calor local durante 10 minutos 3 o 4 veces al día en la zona de la contractura y acudir cuando le sea posible a su fisioterapeuta.

Por último, le explicamos a la paciente la importancia de las somatizaciones, entendidas como manifestaciones de estrés, ansiedad, preocupaciones en forma de dolor osteomuscular, alteraciones del sueño, gastrointestinales, etc. Le recomendamos que reflexione sobre si algún aspecto de su vida pudiera estar relacionado con esas cervicalgias de repetición de los últimos años.

Evolución: la paciente acude 15 días después a la consulta, tras la realización de analítica. La herida ha tenido buena evolución y está totalmente cicatrizada. Por otro lado, la analítica de control de hormonas tiroideas nos indica que tanto la tiroxina como la tirotropina se encuentran dentro de los parámetros analíticos normales.

Refiere mejoría clínica de la cervicalgia, realizó tratamiento durante 5 días y luego lo suspendió por el alivio de los síntomas. Es la propia paciente la que nos habla de las somatizaciones, señalándonos que después de la última consulta, realizó una reflexión sobre los últimos cambios acontecidos en su vida. Para ella, el traslado a España fue un punto de inflexión, tomó la decisión junto a su esposo, convencida de que era lo mejor para la familia, pero no puede evitar sentir que ha dejado un poco de lado su carrera profesional que tenía en su país de nacimiento y nunca lo había comentado con su pareja. Añade que lo han hecho y que él le ha pedido que intente expresarle sus preocupaciones para poder buscar juntos soluciones.

Conclusiones

El caso puede no tener un excesivo interés desde el punto de vista de la dificultad diagnóstica o terapéutica. Sin embargo, la importancia de este caso se encuentra en el contexto del paciente, en su esfera biopsicosocial. Con este caso, abordamos al paciente de manera integral, recordando la importancia que tienen las dos últimas siglas de nuestra especialidad, Familiar y Comunitaria. Consideramos que es necesario perder el miedo y el pudor en las consultas para preguntar a nuestros pacientes sobre sus preocupaciones, sus anhelos, sus frustraciones, sus relaciones de pareja, laborales, sociales.... Sólo desde un abordaje íntegro a nuestros pacientes podemos crecer y mejorar cómo médicos de familias y de las comunidades.

7.

Consumo perjudicial de AINEs

Palop Pérez, Cecilia		Médico Residente de MFyC. CS Alamillo. Sevilla
Vaca Vilanova, Patricia		Médico Residente de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla
Sendín González, José Cristóbal		Especialista en MFyC. Tutor. CS Alamillo. Sevilla

Analizaremos un caso clínico, de ámbito multidisciplinar, sobre las consecuencias del consumo excesivo de antiinflamatorios no esteroideos, en el cual ha participado el Médico de Atención Primaria y su residente, Servicio de Urgencias Hospitalarias y Cirugía General.

Motivo de consulta

La paciente consulta principalmente por un dolor lumbar de meses de evolución para el cual estaba tomando AINEs de manera pautada; y secundariamente, por vómitos en posos de café de unas 12 horas de evolución. Su preocupación principal era que los antiinflamatorios no hacían su efecto por el síndrome emético que presentaba y el dolor lumbar era incontrolable en domicilio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: se trata de una mujer de 36 años con los siguientes antecedentes personales:

Reacciones alérgicas a medicamentos: Penicilina. No alergias a alimentos ni a otros productos sanitarios.

Síndrome depresivo.

No intervenciones quirúrgicas previas.

Tratamiento habitual según sus prescripciones activas: Trazodona, Lorazepam e Ibuprofeno.

La paciente acude al Servicio de Urgencias derivada por su Médico de Atención Primaria por vómitos en posos de café de unas 12 horas de evolución. También presenta dolor lumbar no irradiado a miembros inferiores, de meses de evolución, que trata con Ibuprofeno en domicilio (según su acompañante, la paciente toma 15 o 16 comprimidos diarios desde hace 18 meses). No fiebre. No antecedente traumático ni sobreesfuerzo previo. No cambios en el hábito intestinal. No otra sintomatología.

Exploración física: buen estado general, quejosa en consulta por el dolor lumbar, consciente, orientada en las 3 esferas y colaboradora. Normotensa. Auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen duro, distendido, con ruidos hidroaéreos aumentados, timpánico, doloroso a la palpación de forma difusa, con signos de peritonismo, no se palpan masas ni megalias. Restos hemáticos en fosas nasales y cavidad oral. No apofisalgias, dolor a la palpación de la musculatura paravertebral en región lumbar.

Pruebas complementarias: se solicita analítica con hemograma, coagulación, bioquímica y radiografía de abdomen. En el hemograma cabe destacar 24.700 leucocitos con neutrofilia, siendo la serie roja y las plaquetas normales. INR 1.4. Bioquímica con glucosa, perfil renal e iones normales; destaca PCR de 380mg/L. En la radiografía de abdomen se objetiva neumoperitoneo franco (*figura 1*).

Ante estos hallazgos se contacta con Cirugía General para valoración por su parte. Solicitan TAC de abdomen y pelvis que muestra importante cámara de neumoperitoneo, de mayor cuantía a nivel anterior, líquido libre, discreto engrosamiento mural de algunos segmentos de intestino delgado, aunque no se logra identificar el origen de la perforación (*figura 2*).

Figura 1. Radiografía de abdomen. Proyección lateral.**Figura 2.** TAC de abdomen y pelvis. Cortes a distintos niveles.**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria y para las actividades instrumentales. Está casada, vive con su marido y dos hijos. Nivel socio-cultural medio-bajo. Realiza seguimiento regular por parte de la Unidad de Salud Mental.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de hemorragia digestiva alta.
Perforación de víscera hueca.
Peritonitis purulenta generalizada.

Plan de acción y evolución

Cirugía General valora a la paciente y se decide ingreso e intervención quirúrgica de urgencia (diagnóstica y terapéutica). Durante la intervención quirúrgica se objetiva perforación gástrica que cierran; posteriormente, realizan lavado y drenaje de la cavidad abdominal.

Evolución: la paciente es intervenida de urgencias y es trasladada a la planta de hospitalización. La evolución postquirúrgica es favorable, manteniéndose afebril y estable. El dolor está bien controlado, comienza a tolerar dieta y a deambular. Los drenajes están limpios y la herida quirúrgica tiene buen aspecto, sin signos de infección.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso clínico para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la realización de una buena anamnesis, en la correcta identificación de los signos de alarma y en la rápida actuación; en este caso, la derivación urgente al hospital para confirmación de la sospecha clínica y el tratamiento quirúrgico adecuado.

También destaca la labor de prevención y de promoción de la salud del Médico de Atención Primaria en cuanto a la toma de antiinflamatorios, ya que pueden causar daños importantes si se toman en dosis altas. Según la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (Aemps) y la Agencia Europea del Medicamento (EMA), habría que prescribir la mínima dosis eficaz durante el mínimo tiempo posible. Está muy extendido el uso del Ibuprofeno 600 mg en adultos, pero se ha demostrado que la eficacia en cuanto a la analgesia del Ibuprofeno 400 mg no es inferior al de 600 mg, además de esta manera los efectos secundarios disminuyen; por lo que es muy importante que los Médicos de Familia seamos capaces de llevarlo a cabo en nuestra práctica clínica diaria, así reduciremos los efectos adversos, siendo la analgesia igual de efectiva.

Bibliografía

Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (Aemps).

Agencia Europea del Medicamento (EMA).

8.

Control y seguimiento por su Médico de Atención Primaria (MAP)

Romero Herraiz, Fernando		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>
Senín Roldán, Esperanza		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón. Huelva</i>
Núñez Azofra, M ^a Cristina		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>

Motivo de consulta

Paciente mujer de 68 años que visitamos en domicilio por dolor abdominal generalizado, con náuseas, sin otra sintomatología acompañante de 4 días de evolución.

La paciente refiere que en el día previo acudió al servicio de Urgencias por esta clínica. Consta en el informe de alta una analítica con leve leucocitosis y PCR ligeramente elevado y perfil abdominal normal, así como una ecografía abdominal que muestra, como dato destacado, una mínima cantidad de líquido libre en pelvis menor, sin lograr visualizar el apéndice, pero con Blumberg ecográfico negativo. Diagnostican de probable GEA y dan de alta para ver evolución, recomendando seguimiento por su MAP. La paciente nos consulta por continuar con la sintomatología.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 68 años.

Antecedentes personales: intolerancia a AAS y codeína. Dislipemia. Síndrome ASA. Cifoescoliosis severa. No intervenciones quirúrgicas previas.

Anamnesis: refiere dolor abdominal tipo cólico, sin fiebre. Presenta náuseas. No refiere diarreas.

A la *exploración* presenta un aceptable estado general, bien hidratada y perfundida, estable hemodinamicamente. Auscultación cardiopulmonar normal. Llama la atención una distensión abdominal y timpanismo a la percusión, con disminución de los ruidos hidroaéreos, dolor difuso abdominal con mayor focalización a nivel de mesogastrio y fosa iliaca derecha.

Dado que la paciente no ha presentado diarrea, ni refiere transgresiones dietéticas, y que los datos analíticos y ecográficos sugieren un proceso de mayor gravedad, incluso de carácter quirúrgico, se decide la derivación a urgencias hospitalarias ya que el diagnóstico de GEA parece poco probable.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Ante la tórpida evolución de la paciente que continúa con dolor abdominal y la presencia de líquido libre en la ecografía de abdomen, sospechamos la existencia de un abdomen agudo, motivo por el que derivamos.

Plan de acción y evolución

A su llegada a urgencias se le practica una nueva analítica donde se constata ligera leucocitosis y PCR más elevada que la previa. Se le realiza TAC con contraste de abdomen iv, siendo el diagnóstico final de trombosis venosa esplénica. La paciente fue ingresada y tratada con anticoagulantes, mostrando una evolución favorable sin requerir cirugía finalmente.

Conclusiones

El médico de familia de atención primaria debe ir más allá de los informes aportados por las urgencias hospitalarias, ya que en ocasiones correlacionar datos analíticos de pruebas complementarias y exploratorios realizados a posteriori llevan a la detección de patologías potencialmente mortales.

9.

Corazón “partío”

Sánchez Romero, Alicia		Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva
López Pradas, Cristina		Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva
Bejarano Martín, M ^a Ángeles		Médico Residente de MFyC. CS Olivar de Quintos. Sevilla

Ámbito del caso

Presentamos un caso clínico acerca del manejo a nivel ambulatorio de un paciente con insuficiencia cardíaca, donde participan los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, evitando ingreso innecesario al paciente.

Motivo de consulta

Insuficiencia cardíaca descompensada, disnea en reposo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 76 años. Antecedentes familiares sin interés. No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador con inicio en la juventud y hasta hace 13 años, 10 cigarrillos al día (ICAT 23 paquetes/año). Disnea grado III/IV mMRC (no valorado por Neumología). HTA y DM tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, con afectación de órganos diana (retinopatía e insuficiencia renal estadio 3 en seguimiento por Nefrología, última revisión en Agosto 2019). Anemia de trastorno crónico. Infección pasada de Virus de Hepatitis B (Ac anticore y antiHBs positivos). Síndrome depresivo.

El paciente acude en el último mes con mayor demanda, por empeoramiento de su cuadro depresivo, con astenia intensa, que el paciente atribuye a su depresión. Sin embargo, en una consulta, el paciente refiere disnea a leves esfuerzos, con claro empeoramiento de su disnea basal, además de edemas con fóvea en ambos miembros inferiores desde tercio distal a medios y ortopnea de 3 almohadas.

Exploración física: buen estado general, taquipneico en reposo, bien hidratado y perfundido. Normocloreado.

Auscultación: tonos cardíacos rítmicos con soplos sistólico en foco aórtico III/IV. Buen murmullo vesicular con crepitantes gruesos de bases a medios

Abdomen: blando y depresible, no masas, no megalias, no doloroso a palpación, no signos de irritación peritoneal

Miembros inferiores: edema con fóvea hasta tercio medio.

Neurológico: orientado en las tres esferas, funciones superiores conservadas. No focalidad neurológica

Pruebas complementarias:

TA: 145/90 FC: 104 lpm. Saturación O₂: 98% A/A

ECG: ritmo sinusal a 72 lpm, eje izquierdo, PR sin alteraciones, QRS estrecho con datos de hipertrofia ventricular izquierda. No alteraciones isquémicas agudas

Rx Tórax: bien inspirada, con índice cardiorácico dentro de los límites superiores, sin aumento de densidad, con pinzamiento de senos costofrénicos y derrame pleural bilateral con signos de congestión cardíaca

Rx tórax de control tras tratamiento: bien inspirada, con índice cardiorácico dentro de los límites superiores, sin aumento de densidad, y senos costofrénicos conservados.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 73 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria, maneja el dinero y la medicación, funciones superiores conservadas y Barthel 75 puntos, con buen apoyo familiar. Nivel socio-económico elevado.

Plan de acción y evolución

Tras la valoración de la exploración se decide realizar Radiografía urgente de tórax y analítica urgente para la mañana siguiente, una vez que se visualiza en derrame pleural, y los resultados de la analítica con pro péptido atrial natriurético, se decide aumentar la Furosemida 40 mg vía oral, de 1 comprimidos a 2 y medio al día, y volver a los 3 días a la consulta para reevaluar.

Pasados estos tres días, el paciente acude a consulta de nuevo, con clara disminución de edemas en ambos miembros inferiores. Se pauta radiografía de control de carácter urgente. En la radiografía podemos observar gran mejoría clínica del paciente, sin visualización de derrame pleural, a la par que la disnea que presenta el paciente.

Tras reevaluar al paciente, se procede a la reducción escalonada de la dosis de furosemida, explicando al paciente, la necesidad de correcta adherencia al tratamiento, además de medidas higienico-dietéticas y pesarse cada día.

Tras 10 días de tratamiento intensivo deplectivo, volvemos a citar al paciente, y observamos resolución del cuadro por completo, con total desaparición de edemas en miembros inferiores, además de buena auscultación pulmonar y no visualización de derrame pleural.

Meses después, el paciente presenta buen control de sus patologías crónicas en consulta.

Conclusiones

La insuficiencia cardíaca descompensada es una situación muy prevalente en la población. La insuficiencia cardíaca congestiva crónica, se produce por un cúmulo de factores de riesgo cardiovascular, que producen afectación cardíaca, principalmente de cavidades izquierdas.

El diagnóstico debe estar basado en pruebas complementarias como por ejemplo una ecocardiografía. En atención primaria se debe incidir en la importancia de controles de patologías crónicas como la Hipertensión o la Diabetes cada 6 meses, además de medidas higienico-dietéticas, como por ejemplo una dieta hiposódica, rica en frutas y verduras, evitando dietas poliinsaturadas, y procesados. Además de actividad física, abandonando hábitos tóxicos como tabaco o alcohol. Ante la aparición de edemas, o un aumento del perímetro abdominal, el paciente deberá pesarse todos los días para valorar la efectividad del tratamiento deplectivo con diuréticos de asa, siempre vigilando de forma ambulatoria y domiciliaria al paciente por efectos secundarios como hipotensión ortostática, o deshidratación. Este tratamiento se modificará en función de la clínica presentada por el paciente.

Es importante el seguimiento estrecho del paciente, para valorar la eficacia del tratamiento, y la estrategia en función de la evolución del paciente, derivando al servicio de urgencias de referencia si continúa con clínica pese a tratamiento deplectivo a dosis plenas.

Bibliografía

Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Fransi-Galiana L, Názara-Otero C, Fernández-Villaverde JM, et al. Estudio gallego de insuficiencia cardíaca en atención primaria (estudio GALICAP). Rev Esp Cardiol. 2007; vol. 60 (4). 373-383.

Ponikowski P, Voors A, Anker S, Bueno H; Cleland J, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica Rev Esp Cardiol. 2016;69(12):1167. 15-26.

10.

De síntomas banales a enfermedad rara: mielitis transversa... más allá de la enfermedad

Bernal Ordóñez, María | Médico Residente de MFyC. Consultorio Guadalcázar. UGC Posadas. Córdoba
 Silva Gil, Fátima | Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio Guadalcázar. UGC Posadas. Córdoba
 Quesada Román, M^a Ángeles | Médico Residente de MFyC. Consultorio Guadalcázar. UGC Posadas. Córdoba

Motivo de consulta

Fiebre, retención urinaria y diplopía.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 27 años que consulta por cuadro febril y diarrea, de posible origen gastrointestinal, sin otros síntomas asociados desde hace 24h, tratada con antipiréticos, hidratación y dieta blanda. Al día siguiente acude por retención urinaria de más de 12 horas, con micción por goteo escaso en el centro de salud.

Exploración física: TA 100/80, T^o 37.2, FC 95 lpm, neurológico normal, abdomen con globo vesical. Tira reactiva de orina: sangre+, leucocitos+++ . Se añade al tratamiento fosfomicina 3 gramos oral y se cita para comprobar evolución en dos días, explicándole síntomas de alarma por los que debería consultar de manera urgente.

Esa misma noche, estando en casa, presenta visión doble al mirar la televisión, y pico febril de 39^o. No vómitos. Ante la aparición de síntomas neurológicos acude a Urgencias de hospital derivada desde SUAP: *Exploración física:* postrada en cama, eupneica en reposo. MOE conservados, con diplopía en la abducción y visión lejana. No rigidez de nuca. Fuerza, sensibilidad y balance muscular en extremidades conservados.

En urgencias se realiza analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, normales, TAC craneal y punción lumbar, con resultado de pleocitosis linfocítica, compatible con meningitis vírica.

Enfoque familiar y comunitario

Menor de 3 hermanas, vive en casa con sus padres, sanos, en un núcleo rural cercano a capital de provincia. Soltera. Trabaja como monitora de Educación Infantil.

Tipo de familia: nuclear con parientes próximos, que le aportan importante apoyo.

Un familiar acude a nuestra consulta, desde la que se cursa baja laboral por ingreso hospitalario hasta mejoría.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Desde el inicio del cuadro, el *diagnóstico diferencial* ha ido cambiando al mismo tiempo que los síntomas han ido apareciendo: partimos de un síndrome febril con diarrea, que hace sospechar gastroenteritis, que evoluciona hasta causas que provocan retención urinaria y diplopía.

En cuanto a la *retención aguda de orina*, las causas pueden ser obstructivas, infecciosas/inflamatorias, secundarias a fármacos y neurológicas. En el diagnóstico diferencial de *diplopía* no deben faltar: parálisis de nervios oculomotores, lesiones estructurales, tumores, miastenia gravis, esclerosis múltiple.

Ambos síntomas tienen en común las causas neurológicas. Teniendo esto en cuenta, se realizan las pruebas complementarias necesarias hasta llegar al diagnóstico de *MIELITIS TRANSVERSA*, probablemente secundaria a meningitis linfocitaria tras el cuadro infeccioso gastrointestinal.

Plan de acción y evolución

La paciente queda ingresada en planta, donde se realiza estudio de extensión con: *serologías* de CMV, sífilis, hepatitis B y C, VEB; *PCR* de virus y *cultivo* de bacterias del LCR; *analítica* con autoinmunidad, todas negativas; *RMN de columna*, apreciándose a nivel cervical y dorsal hiperintensidad compatible con mielitis transversa.

Al alta, queda asintomática desde el punto de vista neurológico tras tratamiento con Aciclovir y bolos de metilprednisolona: pares craneales normales, extremidades normales, control de esfínteres, afebril y con punción lumbar normal. Se le indica seguimiento en la consulta de Neurología para comprobar evolución y resolución del cuadro, dándosele de alta al cabo de 1 mes tras la normalización de las pruebas y la desaparición de los síntomas.

No obstante, en la esfera somática, persiste astenia después de 2 meses del cuadro, y tendencia al desánimo. Su familia nos refiere notarle dificultades para retener en su memoria y preocupación por la posibilidad de ser dada de alta laboral, ya que al haber mejorado del cuadro que motivó la baja inicial, se aproxima el fin de su incapacidad temporal. Siempre ha tenido una muy buena trayectoria laboral, y todavía no se encuentra bien para reincorporarse.

Es desde nuestra consulta del centro de salud desde donde vamos a abordar estos problemas, tan importantes como los síntomas más puramente clínicos, que además ya están resueltos.

Proponemos seguimiento para comprobar evolución del cuadro, realizando abordaje psicológico con la paciente, buscando distracciones como paseos, lectura... y ejercicio físico de baja intensidad. Es muy importante el apoyo de su familia, con el que afortunadamente cuenta, y también nos orientan en la evolución de la paciente, ya que pasan gran parte del tiempo con ella y están muy implicados en su recuperación.

Además, mantenemos la incapacidad laboral hasta que se encuentre capacitada tanto física como anímicamente para volver a realizar sus actividades diarias.

Conclusiones

La fiebre es un síntoma de elevada frecuencia en Atención Primaria. En la mayoría de las ocasiones se acompaña de otros, sobre todo, respiratorios, o gastrointestinales, que mejoran en días. Siempre debemos prescribir, la observación en casa, e indicar la atención a síntomas potencialmente graves.

En ocasiones, como de la que hablamos en este caso, la aparición de síntomas autonómicos y neurológicos asociados a la fiebre, alertan de mayor gravedad, y deben ser estudiados en el hospital, aunque el seguimiento se realiza desde el centro de salud.

La Mielitis Transversa es un trastorno desmielinizante de la médula espinal que puede ser secundario a infecciones, debido a una respuesta inmune tardía contra una infección reciente que inadvertidamente afecta a la médula espinal, o enfermedades inflamatorias como la esclerosis múltiple. Se estima su incidencia entre 1/1.000.000 y 1/250.000

Las manifestaciones clínicas son múltiples, entre las que se encuentran los síntomas autónomos, como los que presentó nuestra paciente, por lo que ante estos síntomas tras un proceso infeccioso se ha de sospechar para su estudio.

No debemos olvidar, tanto en ésta como en cualquier otra enfermedad, el enfoque integral de la misma. En este caso, la esfera somática y psicológica de la paciente queda afectada hasta el punto que le impiden desarrollar su vida normal aun resueltos los síntomas iniciales. Es nuestra misión abordarlos desde la consulta y estar atentos a la evolución de los mismos.

Bibliografía

Naval Pulido E, Lleal Barriga C. Retención aguda de orina. AMF 2016;12(3):152-156

Jacob A, G. Weinschenker B. An Approach to the Diagnosis of Acute Transverse Myelitis. Semin Liver Dis. 2008; 28(1):105-120.

11.

¿Descompensación psicótica o intoxicación? La importancia de un trabajo coordinado

Martínez de la Ossa Sáenz-López, Jose Ignacio | *Médico Residente de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Sevilla*
 Muñoz Molero, M^a Jesús | *Psiquiatra. Hospital El Tomillar. Sevilla*
 Casado Gómez, David | *Médico Residente de MFyC. CS La Oliva. Sevilla*

Motivo de consulta

Ansiedad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 53 años, con AP de esquizofrenia paranoide, exconsumo de tóxicos y epilepsia, a tratamiento con clobazam 40 mg/día, clozapina 175 mg/día, mirtazapina 30 mg/día, que acude a la consulta sin cita porque refiere sentirse más nervioso, triste, irritable sin conducta agresiva. Refiere que desde hace un mes presenta pensamientos negativistas recurrentes y rumiantes junto a autoescucha de voces autorreferenciales y algunas autocríticas, sin intento autolítico. Anoche alucinaciones visuales que ahora no presenta. No refiere interrupción del tratamiento, aunque esta semana refiere haber consumido alcohol, y hace tres semanas cocaína. Llamamos a psiquiatría del Hospital y realizamos derivación urgente.

Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, FFSS conservadas, atento, capacidad de juicio conservada. Hipotimia. No labilidad ni incontinencia afectiva. Sintomatología ansiosa, con gran inquietud en la consulta. Pensamiento conservado en curso, contenido y propiedad. Sin ideación autolítica en la actualidad. Lenguaje coherente y fluido. Sin alteraciones en la psicomotricidad o en la sensopercepción actualmente.

Contantes: Sat O2 97%, TA 150-80, FC 80, afebrile.

ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Neuro: PINLA, MOEC, resto PPCC normales. No alteración de los reflejos. No clínica de intoxicación etílica.

PPCC: Analítica con HG, BQ y CG. Test de tóxicos positivo para cocaína.

Enfoque familiar y comunitario

Soltero, vive con su madre aunque desde hace aproximadamente un mes ya no convive con ella por un conflicto de índole familiar. Acude a consultas programadas de salud mental.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Probable crisis psicótica VS Intoxicación por alcohol VS Intoxicación por cocaína.

Plan de acción y evolución

Se programó ingreso desde atención primaria previo paso por urgencias hospitalarias. En la planta se instauró tratamiento tanto para la desintoxicación como para una reagudización psicótica. En la planta de psiquiatría permaneció estable, desapareciendo los síntomas positivos a los tres días del ingreso, disminuyendo de manera progresiva la sintomatología ansiosa, sin precisar en ningún

momento rescates de tratamiento. Al alta, mejoría del cuadro psiquiátrico, con visita programada a psiquiatría antes del mes del alta, aumentando la clozapina a 200 mg/día.

Comentarios

Ante un paciente con antecedentes psicóticos y consumo de tóxicos, hay que descartar en primer lugar el abandono del tratamiento y posteriormente nuevo consumo de tóxicos. Tanto una intoxicación como un nuevo brote psicótico precipitado por los tóxicos puede precipitar la aparición de síntomas psicóticos. Será necesario ponerse en contacto con la unidad de salud mental hospitalaria y el servicio de urgencias e ir coordinando un posible ingreso en la planta. Si la sintomatología mejora en los primeros días del ingreso, esto habla a favor de que los síntomas sean atribuidos a la intoxicación, y en caso de que permitieran, probablemente se trataría de un nuevo brote psicótico precipitado por tóxicos.

Palabras clave

Esquizofrenia paranoide. Intoxicación alcohólica.

12.

Diplopia en paciente multifrecuentadora

Grimaldi Miranda, Elena		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Pérez Márquez, Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Los Rosales. Huelva</i>
de Iracheta Chicchiarini, Rebecca		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>

RESUMEN**Motivo de consulta**

Diplopia y cefalea tras traumatismo craneoencefálico (TCE).

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 41 años fumadora con antecedentes cefalea tensional, vejiga hiperactiva, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y multifrecuentadora, que tras sufrir un TCE en ámbito laboral presenta cefalea asociada a diplopía. En su mutua laboral le realizan TC sin hallazgos que justifiquen la clínica, por la que la derivan a Atención Primaria. Se realiza exploración neurológica sin alteraciones, por lo que se recomienda observación. Tras varias consultas y ante la persistencia de la clínica tras un mes se decide derivación a Neurología, donde solicitan RM de cráneo e interconsulta a Oftalmología, planteando alta si todo es normal.

Plan de acción y evolución

Se realiza RM craneal en la que aparecen hallazgos compatibles con esclerosis múltiple como primera posibilidad, realizándose punción lumbar, en la que aparecen bandas oligoclonales, lo que refuerza el diagnóstico de EM.

Conclusiones

Importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial en todos los pacientes, especialmente en aquellos que son multifrecuentadores, por la tendencia a englobar sus síntomas como funcionales.

Palabras clave

Esclerosis múltiple, diplopía, Atención Primaria

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Diplopia y cefalea tras traumatismo craneoencefálico (TCE).

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una mujer de 41 años fumadora con antecedentes de talasemia, cefalea tensional, vejiga hiperactiva sin respuesta a anticolinérgicos, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y muy demandante en consulta, que tras sufrir un traumatismo craneoencefálico en ámbito laboral presenta cefalea asociada a diplopía. En su mutua laboral le realizan TC de cráneo, en el que detectan una paresia del VI par craneal y refieren que la sintomatología no se relaciona con el accidente sufrido, motivo por el cual la derivan a su médico de familia. Se realiza exploración neurológica sin alteraciones, por lo que se recomienda observación y analgesia. Tras varias consultas y ante la persistencia de la clínica tras un mes de evolución se decide derivación a Neurología.

En su primera visita a consultas externas de Neurología la paciente refiere además de las cefaleas y la diplopía, que persisten 2 meses después del TCE, disminución de la agudeza visual. En la exploración neurológica no se objetiva limitación de los movimientos oculares, así como tampoco otras alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad de miembros. Marcha y equilibrio tampoco se encuentran alterados. Solicitan resonancia magnética (RM) craneal, así como interconsulta a Oftalmología y plantean alta si las pruebas complementarias resultan normales.

Juicio diagnóstico: diplopía a estudio (diplopía postraumática, sin poder descartar origen funcional de la misma), cefalea crónica (tensional + abuso de medicación).

Pruebas complementarias y evolución: se realiza RM craneal en la que aparecen lesiones en sustancia blanca supratentorial de características desmielinizantes periventriculares y yuxtacorticales que plantean, como primera posibilidad, esclerosis múltiple (EM) con actividad aguda. Se realiza también angioresonancia de troncos supraaórticos sin hallazgos de interés. Tras resultados de prueba de imagen se cita de nuevo a la paciente para explicarle los hallazgos y proponerle realización de punción lumbar. La paciente persiste con cefaleas, que se asocia a astenia generalizada, sin otros hallazgos de nueva aparición.

Se solicita también analítica con hemograma, bioquímica con perfil renal, hepático, TSH, ECA, vitamina B12 y ácido fólico que se encuentra por debajo de los límites de la normalidad, proteinograma, autoinmunidad (ANA, ANCA, AC anticardiolipinas/ beta 2 microglobulinas, AC antigangliosidos) sin alteraciones, serologías (VIH, VHC, VHB, LUES) donde destaca no inmunización frente a VHB. Inmunizada frente a sarampión, rubeola, parotiditis VEB, VHS, VZZ.

Es valorada por Oftalmología que realiza tomografía de coherencia óptica (OCT) con afectación de nervio óptico de 2 sectores temporales del ojo derecho y 4 sectores temporales en ojo izquierdo. Disminución de células ganglionares maculares en ojo izquierdo.

Tras realización de punción lumbar se confirma en líquido cefalorraquídeo (LCR) de bandas oligoclonales, por lo que, junto con los hallazgos descritos en la RM, refuerzan el diagnóstico de EM, y la paciente es derivada a la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes de nuestro hospital.

Se solicita test genético para descartar CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*) que resulta negativa y nueva RM craneal y medular. La craneal sin cambios con respecto a previa. En la RM medular se aprecian pequeñas lesiones focales medulares a nivel de C3 y C4, que podría corresponder con focos de desmielinización. Se indica amantadina y se plantea iniciar teriflunomida en marzo de 2020 como fármaco modificador de la enfermedad.

En el momento de esta última visita la paciente se encuentra sin presentar diplopía, persisten las cefaleas recurrentes. Se realiza interconsulta a Urología por la incontinencia que sigue presentando la paciente.

Durante el proceso de diagnóstico la paciente ha acudido a nuestra consulta de Atención Primaria para renovación de parte de baja, en estas consultas se ha aprovechado para un realizar un apoyo a la paciente por el diagnóstico e intentar resolver las dudas que puedan haber surgido tras acudir a consultas de otros especialistas.

Conclusiones

Importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial en todos los pacientes, especialmente en aquellos que son multifrecuentadores, por la tendencia a englobar sus síntomas como funcionales.

La necesidad de valorar al paciente y sus síntomas de forma global ante patologías que requieran un alto grado de sospecha.

Este caso hace patente el valor que tiene en Atención Primaria la realización de consultas programadas, que nos permitan dedicar al paciente el tiempo necesario para una correcta aproximación diagnóstica.

13.

Disfagia absoluta en anciana frágil

Pineda Muñoz, Inmaculada		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva</i>
Morán Rocha, M ^a Teresa		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Bollullos Par del Condado. Huelva</i>
Romero Barranca, Isabel		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva</i>

Motivo de consulta

Disfagia progresiva y afonía.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una mujer de 82 años anciana frágil y polimedicada.

RAMC: a ketoconazol, Cefuroxima, ciprofloxacino y tobramicina. Sin hábitos tóxicos. Como antecedentes personales destacan HTA, DM tipo 2, dislipemia, insuficiencia cardiaca con FEVI preservada, bronquitis crónica, hemorragia digestiva por ulcus secundario a AINEs, hernia de hiato, diverticulosis y osteoporosis. Además de prótesis total en ambas caderas. En tratamiento domiciliario con bisoprolol 5 mg, furosemida 40 mg, espironolactona 25 mg, omeprazol 20 mg, Nitroglicerina 15 mg, AAS 100 mg, Calcio/colecalciferol, metformina 850 mg, simvastatina 40 mg, fentanilo 50 mg, atroaldo, seretide, deflazacort 30 mg, lormetazepam 1 mg, vitamina B12.

Acude a consulta por acude a consulta por disfagia progresiva de meses de evolución hasta hacerse a sólidos y líquidos en los últimos días, con regurgitación de los alimentos e incluso impidiéndole deglutir la medicación; afonía de una semana, además de dolor abdominal y estreñimiento de dos días de evolución, sin fiebre, sin síndrome constitucional, ni otra sintomatología asociada por aparatos.

En la *exploración física* no destaca ningún dato en especial, TA: 120/63 y FC 72 lpm, auscultación cardiorespiratoria normal, rítmica y sin soplos, con buen murmullo vesicular. Abdomen blando, depresible, sin molestias a la palpación, no masas ni megalias, RHA ligeramente aumentados. PPR negativa, sin signos de peritonismo. Resto sin hallazgos.

En cuanto a las *pruebas complementarias* realizadas, desde consulta, se solicitó analítica urgente, lo único a destacar fue el hemograma: leucocitos 20.460, Hb 15,6. PCR 46,72. Resto normal. Coagulación normal, bioquímica normal, PCR 46,72. También se realizó radiografía tórax urgente con ensanchamiento mediastínico y borramiento de la silueta cardiaca, senos costofrénicos libres, sin imágenes de condensación pulmonar. La radiografía de abdomen presentaba gases y heces de distribución normal a lo largo del marco cólico, sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una anciana frágil que vive con su hija en su casa, necesita ayuda para casi todas las ABVD y vida cama sillón. Sin deterioro cognitivo. Su principal cuidadora es su hija, aunque recibe ayuda de una cuidadora remunerada algunas horas del día.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Disfagia absoluta. LOE esofágica. Divertículo de Zenker.

Plan de acción y evolución

Se decide ingreso en planta de digestivo con diagnóstico de disfagia a líquidos y sólidos y posible LOE esofágica. Durante el ingreso se realiza

Endoscopia oral: se aprecia en esófago proximal, justo pasado la boca de Killiam, un divertículo de Zenker lateralizado, con retención de mucosidad, de unos 3 cm de fondo con restos alimenticios en su interior. El tabique es grueso y presenta una ulceración superficial por el decúbito de la SNG. El paso al esófago se ve dificultado por la presencia del divertículo. Resto de esófago normal, con cardias coincidente con la impronta hiatal con intercambios mucoso dentro de la normalidad sin lesiones pépticas activas.

Esofagograma baritado: en la pared posterior del esófago cervical a nivel de la unión cricofaríngea, se observa una imagen sacular compatible con divertículo de Zenker. Queda retenido material de contraste durante toda la exploración, que se detiene por regurgitación importante de la paciente. Se deriva a HUVR para la realización de diverticulotomía endoscópica. Diverticulotomía endoscópica: Se coloca hilo guía en la segunda porción duodenal para tutorizar la inserción del diverticuloscopio y referencia para la línea de corte. Se inserta el diverticuloscopio sin incidencias con buena exposición del tabique ventricular. Se procede a seccionar el tabique diverticular secuencialmente con la tijera disectora sin incidencias, solo ligero sangrado que se autolimita, completando la sección hasta el fondo del divertículo. Se colocan 4 hemoclips en el vértice y laterales de la diverticulotomía.

Conclusiones

Los divertículos son trastornos caracterizados por una protusión de las capas mucosa y submucosa que tapizan las paredes del órgano que afectan a través de los músculos que lo conforman. Su máxima incidencia se sitúa entre los 50 y 80 años.

La mayoría de los divertículos esofágicos asientan próximos a los esfínteres ya que suelen ser consecuencia de trastornos de la motilidad esofágica.

El divertículo faringoesofágico, hipofaríngeo o de Zenker, es una lesión que se localiza en la cara póstero-lateral de la unión de la faringe con el esófago, como una herniación de la mucosa esofágica a través de las fibras oblicuas del músculo constrictor inferior de la faringe y las fibras transversas del músculo cricofaríngeo (Triángulo de Killian).

Es una patología infrecuente, pero no excepcional, y que puede ser muy invalidante si existe disfagia e incluso potencialmente grave cuando se acompaña de aspiraciones.

Aunque en ocasiones puede ser asintomático, la mayoría de los pacientes con divertículo de Zenker desarrollan síntomas en fases precoces, y éstos se hacen más acusados conforme avanza la enfermedad al crecer el divertículo.

Los síntomas más comunes son disfagia alta, sialorrea, halitosis, deglución ruidosa, regurgitación del contenido del divertículo a la boca y en ocasiones síntomas relacionados con microaspiraciones como tos irritativa sincopal, sibilancias, etc.

En fases avanzadas podemos encontrar pérdida de peso y síntomas derivados de la neumopatía secundaria a las aspiraciones.

Una vez sospechada esta patología por la clínica, el siguiente paso diagnóstico, y prueba casi siempre definitiva, es el tránsito baritado que demostrará claramente la presencia del saco.

En enfermos con historia larga de microaspiraciones el estudio de la función pulmonar previo a la cirugía es fundamental para evaluar el estado del sistema respiratorio

Como alternativa a la cirugía existe el tratamiento endoscópico, igual de eficaz que el tratamiento quirúrgico pero con algunas ventajas añadidas.

La sección endoscópica del tabique común esofagodiverticular (puente de tejido entre la bolsa del divertículo y la luz esofágica) mediante electrocoagulación, láser CO2 o sutura mecánica, consigue seccionar el músculo cricofaríngeo y aumentar el diámetro de la boca del divertículo facilitando así su vaciamiento en el esófago.

El tratamiento endoscópico requiere un ingreso hospitalario de menor duración que el quirúrgico

(1-2 días), con una recuperación posterior rápida, permitiendo una ingesta oral precoz.

El tratamiento del divertículo de Zenker puede ser quirúrgico, y todos los pacientes sintomáticos deben ser considerados candidatos a la cirugía, independientemente del tamaño del divertículo, incluso en edades avanzadas.

Existen diversas técnicas quirúrgicas, siendo la diverticulectomía (extirpación del divertículo) más miotomía (sección de un músculo realizada para acceder a los tejidos subyacentes o para aliviar la constricción de un esfínter) del músculo cricofaríngeo la de elección.

Se ha de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial el carcinoma, la acalasia del músculo cricofaríngeo y la presencia de membranas esofágicas cervicales. El tratamiento si es sintomático siempre es quirúrgico y pueden emplearse varias técnicas.

La importancia de este caso radica sobre todo en el diagnóstico diferencial de un síntoma grave como podía ser una LOE esofágica y en su abordaje desde la consulta de AP y su derivación de forma urgente o preferente a el especialista en aparato digestivo.

Palabras clave

Disfagia. LOE esofágica. Divertículo Zenker.

14.

Disfonía como síntoma clave

Rico Pereira, Antonia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte. Utrera (Sevilla)</i>
Moreno Borrego, Roberto		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Utrera Norte. Utrera (Sevilla)</i>
Real Ojeda, Rocío Guadalupe		<i>Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>

Motivo de consulta

Paciente de 60 años que consulta por disfonía de largo tiempo de evolución a nuestra consulta de Atención Primaria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Refiere disfonía de 4 meses de evolución, acompañándose de dolor punzante cervical lateral derecho y una otalgia derecha intermitente, que ha ido en aumento en la última semana. No ha consultado previamente por la disfonía ya que había normalizado el síntoma, asociándolo a catarros de repetición y a que le sentaba mal el tabaco.

No ha tenido síntomas de infección de vías altas en la última semana.

Se *explora* al paciente en nuestra consulta, no observándose alteraciones a nivel de orofaringe, lengua ni mucosa yugal, pérdida de algunas piezas dentarias, sin caries. En la otoscopia se observan conductos auditivos normales y tímpanos no hiperémicos, sin observarse abombamiento ni perforaciones. A la auscultación cardiaca, rítmico a buena frecuencia sin soplos ni extratonos; auscultación pulmonar con buena entrada de aire bilateral, y algún roncus aislado. A la palpación del cuello no se objetivan adenopatías, tiroides de consistencia y tamaño normales.

Se solicita radiografía de tórax, que resultó normal, no se objetivaban masas ni infiltrados en parénquima pulmonar, cierto refuerzo hilar bilateral, sin derrame.

Se deriva a Otorrinolaringología de forma preferente para valoración: por la clínica de larga evolución y factores de riesgo sospechamos un proceso neoplásico.

Enfoque familiar y comunitario

Fumador de 1 paquete diario desde los 16 años (44 paquetes-año). Bebedor de 2-3 cervezas diarias. En su familia, su padre murió de cáncer de pulmón.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Disfonía de larga evolución.

Se confirma Carcinoma Epidermoide Glótico T2N0M0 (Estadio II), localizado en cuerda vocal derecha.

Plan de acción y evolución

Se deriva a Otorrinolaringología y le realizan una Fibrobroncoscopia donde se visualiza masa blanquecina en cuerda vocal derecha, movilidad normal pero coaptan de forma irregular en la parte media. Se biopsia dando como resultado carcinoma epidermoide.

Se solicita estudio de extensión con TAC de cuello y tórax, no evidenciándose enfermedad a distancia. Se procede a tratamiento radioterápico, ya que el paciente rechaza el tratamiento quirúrgico.

Tras el diagnóstico, dejó de fumar y recuperó las características de voz normal. Actualmente se encuentra en remisión, realizando una vida más activa y sana. Mantiene sus revisiones frecuentes en Atención primaria y en Otorrinolaringología.

Conclusiones

Debemos estar atentos a factores del paciente y signos y síntomas que puedan estar relacionados con procesos de gravedad. En este caso, la asociación de hábitos tóxicos, edad mayor de 50 años, y un síntoma refractario como es la disfonía, nos debe hacer pensar que pueda existir un proceso neoplásico.

Los tumores de laringe son de diagnóstico tardío, si bien, el glótico es el que antes se suele diagnosticar debido a que la sintomatología es más precoz.

15.

Doctor, ¿qué le pasa a mi suegra?

Fernández Ocaña, Francisco		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Juncal (Sevilla)</i>
Fernández García, Juan Carlos		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS El Juncal (Sevilla)</i>
Oviedo López, Lydia		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Juncal (Sevilla)</i>

Motivo de consulta

El yerno de la paciente llama al Centro de Salud para que su Médico de Familia acuda a su domicilio, ya que la encuentra rara. Dos días antes, había acudido a la consulta de su Médico de Atención Primaria por un cuadro de disnea y febrícula, donde se diagnosticó mediante radiografía de tórax, de bronquitis aguda y se inició tratamiento antibiótico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: se trata de una mujer de 84 años, niega reacciones alérgicas a medicamentos, hipertensa (que por mutuo propio ha dejado la medicación antihipertensiva), dislipémica, FA anticoagulada con acenocumarol. Niega hábitos tóxicos. Independiente ABVD.

Al llegar al domicilio, la paciente se encuentra obnubilada, con bajo nivel de conciencia, además de desviación de la comisura bucal y pérdida de fuerza del hemicuerpo izquierdo. Afebril.

Se decide trasladar a la paciente a Urgencias del Hospital mediante ambulancia con asistencia médica y siendo monitorizada en todo momento. Se activa Código Ictus.

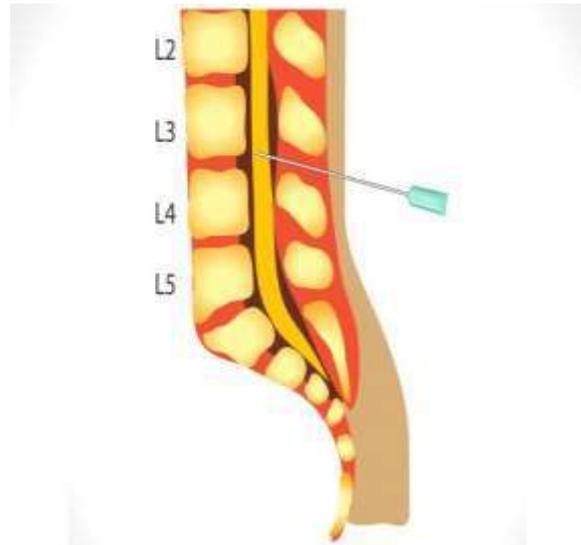
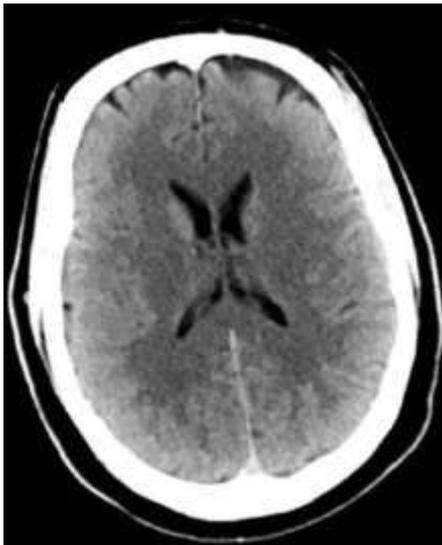
A su llegada al hospital, su estado no ha cambiado. Aunque, durante la exploración física, la paciente comienza con fiebre de 38.8°C.

Exploración física:

- Regular estado general, palidez cutánea, eupneica en reposo. Fiebre de 38.8°C de novo. TA 156/94.
- ACR: Arrítmica a buena frecuencia, no soplos. MVC, no ruidos patológicos.
- ECG: FA a 70 lpm. Eje normal. QRS estrecho. No signos de repolarización.
- Neurológica: tendencia al sueño, lenguaje disártrico aunque difícil de explorar. PINLA. MOEC. Hemianopsia homónima izquierda a la amenaza. Tendencia no forzada de la mirada hacia la derecha. Parálisis facial izq. Debilidad en miembros izquierdos con tono presente aunque difícil de explorar por falta de colaboración. Brudzinski y Kerning dudosos.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Leucocitos 19.19x10e9/L, Neutrófilos 17.5x 10e9/L, Linfocitos 0.8x 10e9/L, Glucosa 130, Sodio 134, Creatinina 0.91, PCR 70, INR 2.08. Orina no patológica.
- TAC de cráneo y AngioTAC: sin alteraciones patológicas.
- Punción Lumbar: 1150 células con 84% PMN, 310 proteínas, 35.6 glucosa, Gram positivo para listeria.



LCR	Aspecto	Células	Proteínas mg/dL	Glucosa mg/dL	Tinción Gram
Normal	Agua de roca	0 - 10	15 - 45	50 - 90	Negativa
Meningitis Bacteriana	Turbio Purulento	100 - 20,000 PMN > 90%	100 - 500	< 40	Puede ser positiva
Meningitis viral	Agua de roca	10 - 500	50 - 100	50 - 90	Negativa
Meningitis tuberculosa	Xantocró -mico	200	>100 50 - 1300	< 40	Negativa

Enfoque familiar y comunitario

Paciente anciana que vive sola, hasta este momento era ABVD. Buen soporte familiar. Nivel socioeconómico medio.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial:

- ACV. En un principio, por el antecedente de HTA sin tratamiento y la exploración neurológica, el diagnóstico se orientó hacia un ACV. La aparición de fiebre y la normalidad en la TAC y AngioTAC, hizo cambiar de parecer hacia una enfermedad infecciosa.
- Meningoencefalitis bacteriana. La focalidad neurológica y la fiebre dirigen hacia una patología infecciosa, que luego fue confirmada mediante la punción lumbar y el Gram.

Juicio clínico alta: meningoencefalitis bacteriana.

Plan de acción y evolución

La paciente es trasladada a la planta de Medicina Interna. Allí, es monitorizada y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona+ampicilina+vancomicina+dexametasona iv y tratamiento antipirético.

Tras el inicio del tratamiento, la paciente mejoró paulatinamente su estado general, actualmente se encuentra sana y sin secuelas del episodio.

Conclusiones

La meningoccefalitis bacteriana es una enfermedad grave, con una alta tasa de mortalidad si no se realiza un diagnóstico y tratamiento adecuado en corto plazo. Tenemos que pensar en dicha enfermedad, en todo paciente que presente fiebre, rigidez de nuca, vómitos, disminución del nivel de conciencia u otra focalidad neurológica.

También he de destacar, que el residente que atendió a la paciente en su domicilio, más tarde se encontraba de guardia en el hospital, por lo que seguimiento y evolución de la paciente fue estrecho.

Palabras clave

Meningoccefalitis, disminución de conciencia, Listeria.

16.

Doctor, me duele todo

Sánchez Romero, Alicia		Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva
Lopez Pradas, Cristina		Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva
Bejarano Martín, M ^a de los Ángeles		Médico Residente de MFyC. CS Olivar de Quintos. Sevilla

Ámbito del caso

Presentamos un caso clínico acerca del manejo terapéutico y diagnóstico a nivel ambulatorio de una paciente con alta sospecha de polimialgia reumática, donde participan especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna.

Motivo de consulta

Poliartritis, mialgias inespecíficas, limitación funcional.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 70 años. Antecedentes familiares sin interés. No alergias medicamentosas conocidas. HTA y DM tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, sin afectación de órganos diana. Anemia de trastorno crónico. Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina.

La paciente acude sin cita a consulta del centro de salud, por cuadro de poliartralgias y mialgias generalizadas de carácter invalidante. Además presenta fascies hipomímica y astenia intensa de corta evolución, con mal control tensional añadido. Refiere pérdida de peso, febrícula y anorexia progresiva de 15 días de evolución, así como cefalea y cervicalgia derecha, sin pérdida de visión. Asimismo nos comenta cuadros similares en otras ocasiones que achaca a otras patologías como bronquitis o posible diagnóstico de fibromialgia.

Exploración física: regular estado general, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida. Fasies hipomímica con palidez muco-cutánea.

Auscultación: tonos cardíacos rítmicos con soplo aórtico I/II. Buen murmullo vesicular con crepitantes gruesos de bases a medios

Abdomen: blando y depresible, no masas, no megalias, no doloroso a palpación, no signos de irritación peritoneal

Miembros inferiores: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda.

Neurológico: orientado en las tres esferas, funciones superiores conservadas. No focalidad neurológica. Fasies hipomímica con pares craneales conservados.

Pruebas complementarias:

TA: 179/90 FC: 67 lpm. Saturación O₂: 98% A/A.

ECG: ritmo sinusal a 66 lpm, eje normal, PR sin alteraciones, QRS estrecho con datos de hipertrofia ventricular izquierda. No alteraciones isquémicas agudas.

Rx Tórax: bien inspirada, con índice cardiotorácico dentro de los límites superiores, sin aumento de densidad, sin pinzamiento de senos costofrénicos ni signos de congestión cardíaca.

Análítica: Hemograma con anemia microcítica y Velocidad de sedimentación (VSG) de 89.

Sangre oculta en heces: negativa.

Ecocardiograma: cardiopatía hipertensiva de afectación leve.

Colonoscopia sin hallazgos reseñables.

Derivamos a Medicina Interna para filiación de su patología.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 70 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria, maneja el dinero y la medicación, funciones superiores conservadas y Barthel 90 puntos, con buen apoyo familiar. Nivel socio-económico reducido.

Plan de acción y evolución

Tras los síntomas expuestos por la paciente, se indaga en la anamnesis, acerca de la pérdida de peso, si ha presentado fiebre o síntomas B o alteraciones del ritmo intestinal. Sobre las artralgias inespecíficas, o si se localizan en cinturas escapular y femoral.

Asimismo, la paciente nos comenta cefalea y cervicalgia en la última semana, sin pérdida de visión concomitante.

Después del interrogatorio, se solicitan pruebas complementarias como sangre oculta en heces, y analítica general, aunque primero se deriva de forma urgente a Medicina Interna

Ante la presencia de síndrome constitucional, con posibilidad de cancer de colon, o de polimialgia reumática. Se procede a tratamiento empírico con prednisona 30 mg 1 comprimido en desayuno previo a la cita con Medicina interna, tras valorar VSG en analítica y sangre oculta en heces negativa.

A la semana, acude la paciente a la consulta deambulando, con mejoría significativa y desaparición de síntomas, además de hipomimia, aunque nos refiere descontrol en las glucemias desde el inicio de los corticoides.

En Medicina Interna, valoran a la paciente tras 15 días desde la derivación, donde la diagnostican en consultas externas de anemia ferropénica y polimialgia reumática con clara mejoría sintomática tras tratamiento corticoideo durante 15 días, lo que orienta y apoya el diagnóstico de patología reumática.

Durante su seguimiento en Medicina interna, se amplía estudio con colonoscopia, donde no se encuentran hallazgos reseñables, con analítica general con elevación de la VSG mantenida y ecocardio con discreta cardiopatía hipertensiva.

Actualmente en espera de angio TAC de arterias temporales por asociación de polimialgia reumática con arteritis de la temporal.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes de todos los cupos, sufren dolores inespecíficos sin una correcta filiación de los mismos. En este caso, nuestra paciente, había presentado previamente las artritis inespecíficas, achacadas bien por la propia paciente o por su anterior médico de Atención Primaria a otras patologías con mayor prevalencia en función de la época del año, ya que se produce agudización con cambios estacionales.

Lo más importante para un médico de Atención Primaria, es la valoración global de los pacientes, no sólo de los síntomas físicos, si no llegar a tener una buena relación médico paciente, para que ante las preguntas específicas, haya una comunicación bidireccional con el paciente, a la par que debemos mantenernos actualizados, sin olvidar todos los conocimientos adquiridos previamente.

Ante un reajuste de tratamiento, debemos asegurarnos de la comprensión por parte de nuestros pacientes de la forma de realización del mismo, además de los posibles efectos secundarios, como en este caso, la hiperglucemia de pacientes diabéticos.

En atención primaria se debe incidir en la importancia de controles de patologías crónicas como la

Hipertensión o la Diabetes cada 6 meses, además de medidas higienico-dietéticas, como por ejemplo una dieta hiposódica, rica en frutas y verduras, evitando dietas poliinsaturadas, y procesados. Además de actividad física, abandonando hábitos tóxicos como tabaco o alcohol. Además de la importancia de control de glucemias diarias en paciente diabética tratada con corticoides vía oral.

Bibliografía

Unwin B, Williams CM, Gilliland W. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Am Fam Physician*. 2006 Nov 1; 74(9):1547-54. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2006/1101/p1547.html>

Masson W, Muller S, Whittle R, et al. Possible giant cell arteritis symptoms are common in newly diagnosed patients with Polymyalgia Rheumatica: results from an incident primary care PMR cohort. *BMC Rheumatol* 1, 7 (2017). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41927-017-0007-2>

17.

Doctor a mi hijo le duele el pecho

Ballesteros Barron, María		Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)
Romo Guajardo-Fajardo, Catalina		Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)
Moreno Labrado, Mercedes		Especialista en MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)

Motivo de consulta

Dolor torácico, náuseas y parestesias en ambos brazos

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente de 15 años sin antecedentes de interés. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Sin AP familiares conocidos. No intervenciones quirúrgicas previas. No tratamiento habitual.

El paciente acude a urgencias del Centro de Salud, porque estando previamente bien comienza mientras se encontraba jugando a la videoconsola con un dolor torácico de características opresivas así como sensación de parestesias en ambos brazos y náuseas acompañantes.

Exploración física: buen estado general, buena hidratación de piel y mucosas, eupneico en reposo, tolerando decúbito. Consciente y orientado.

Auscultación tonos rítmicos a buena frecuencia, no se auscultan soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Miembros inferiores sin edemas, pulsos palpables.

Dolor a la palpación en zona de ambos trapecios y en musculatura paravertebral cervical.

Pruebas complementarias:

ECG: ritmo sinusal a 75 spm con t negativa en v2-v4.

TA 96/53.

Se derivó a urgencias hospitalarias para valoración.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 15 años. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Estudiante de Educación Secundaria Obligatoria, vive con sus padres. Buen soporte familiar. Nivel socio cultural medio-alto. No presentaba patología previa conocida, apenas consultaba en el Centro de Salud

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

SCACEST por hipercoagulabilidad por posible trombofilia, enfermedad autoinmune o tumoración oculta.

Plan de acción y evolución

Tras valoración en urgencias del Centro de Salud, se deriva a Urgencias hospitalarias donde el paciente continúa con dolor pero refiere cierta mejoría. Se realiza nuevo Electrocardiograma a su llegada, encontrándose en ritmo sinusal a 75 spm y presentando elevación del ST con T picudas en II, III, aVF y V6, ondas T negativas en V2- V4.

Pasa a observación, se extrae analítica. Hemograma con leucocitos 12410, hemoglobina 15.6. Resto dentro de la normalidad. Bioquímica con creatinina, urea e iones normales. Troponina T 434. Tóxicos en orina negativos, coagulación con INR normal.

Se comenta caso con UCI que contacta con hemodinámica y realizan ecocardiografía y cateterismo urgente.

Cateterismo árbol coronario con dominancia izquierda con lesión trombótica distal en rama obtusa marginal, aspiran lesión trombótica. No lesiones coronarias, flujo TIMI 3 tras el procedimiento.

Tras cateterismo ECG ritmo sinusal, PR normal, Q en DIII, AVF, mayor qS en V1, V2, V3. Ondas T positivas.

Se realiza interconsulta con hematología donde en anamnesis dirigida refieren familiares con AP de tíos y primos con mutación de gen de protrombina, se recomienda estudio complejo hematológico para descartar trombofilia, descartar tumoración oculta así como enfermedad de origen autoinmune. Se realiza TAC cráneo, tórax, abdomen y ecografía testicular sin hallazgos.

Se procede al alta de medicina interna con seguimiento en consultas externas de enfermedades sistémicas para completar estudio de hipercoagulabilidad y posible trombofilia.

Al alta tratamiento con Ácido acetilsalicílico 100mg en almuerzo, Atorvastatina 80 mg un comprimido en cena, Bisoprolol 2.5mg 1 comprimido en desayuno, omeprazol 20mg en desayuno, ticagrelor 90mg 1 comprimido cada 12 horas, ramipril 2.50 mg 1 comprimido en desayuno. Mantienen doble antiagregación durante un año.

Conclusiones

El dolor torácico es una de las principales causas de consulta en pacientes adolescentes, siendo en la mayor parte de los casos patología musculoesquelética o ansiosa. Es importante destacar que debe tenerse en mente la cardiopatía isquémica cuando adolescente consulta a través de los servicios de urgencias con un cuadro de dolor torácico y un electrocardiograma anormal, para así reducir retrasos en aplicar el tratamiento idóneo.

18.

Doctora, ¿Y ahora qué?

Real Ojeda, Rocío Guadalupe		<i>Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Moreno Torres, Francisco Manuel		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Rico Pereira, Antonia		<i>Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)</i>

Motivo de consulta

Voluntades Vitales Anticipadas (VVA).

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Acude a nuestra consulta un paciente de 54 años para comentarnos algunas dudas sobre su proceso vital actual.

Recientemente había estado trabajando en el extranjero, con mucha más carga de trabajo de lo habitual, encontrándose cada vez más cansado, e incluso en apenas 2 meses, habiendo perdido al menos 10kg. Desde dos semanas antes, había comenzado a notar cierta dificultad a la hora de ingerir líquidos y ciertos alimentos, por lo que decide volver a España. La disfagia fue progresando hasta que finalmente se hizo total y ante el estado de caquexia y malestar general que presentaba el paciente, decide consultar en Urgencias Hospitalarias. Allí es diagnosticado de un cáncer de esófago localmente avanzado y metastásico.

Actualmente se encuentra a la espera de que su caso sea presentado en comité por parte de Oncología. Presenta un ECOG 2 y está con nutrición enteral artificial a través de sonda nasogástrica, con buen soporte familiar.

Acude solicitando información sobre el Documento de Voluntades Vitales Anticipadas (DVVA) y le gustaría que, en su historia clínica, aparezca reflejada un consenso sobre Instrucciones Previas de manejo a la espera de conseguir cita para el registro de sus VVA.

Enfoque familiar y comunitario

Realizamos una búsqueda bibliográfica y contactamos con los encargados del registro del DVVA, que amablemente nos ofrecen todo el material a su alcance, no sólo para los profesionales sanitarios sino también para los usuarios.

Tenemos acceso a una guía sobre cómo hacer una voluntad vital anticipada, desde el portal de la Junta de Andalucía, para entregársela previamente al paciente, y así este pueda reflexionar sobre los distintos aspectos que se tratarán en la futura entrevista con los registradores.

Además nos informamos sobre el mecanismo de planificación conjunta de instrucciones previas que se está realizando en algunos centros de atención primaria. Este sistema consiste en determinar una planificación de cuidados, basada en el mismo concepto en el que se basa el documento de Voluntades Vitales Anticipadas. Consiste en consensuar un manejo de futuros cuidados en diferentes situaciones en aquellos pacientes que no tienen Voluntades Vitales registradas, normalmente ancianos o situaciones terminales, independientemente de su nivel de deterioro cognitivo, para así ayudarles tanto a ellos como a sus familiares en la toma de decisiones. Facilita también el trabajo a los profesionales sanitarios que acuden al domicilio de forma programada o urgente sin conocer al paciente previamente, ya que aparece registrado en su Historia Clínica a qué acuerdos se han llegado. Además elimina una enorme carga de trabajo y

frustración a los cuidadores principales, ya que les ayudamos previamente y sin exigencias de tiempo a tomar dichas decisiones.

Ante el descubrimiento de esta falta de conocimiento en los profesionales de centro, se organiza una sesión formativa para todos ellos en el centro de salud. Además proporcionamos trípticos y cartelera informativa en el centro para que cada profesional pueda distribuirla a su cupo de pacientes.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Documento de Voluntades Vitales Anticipadas, Instrucciones previas.

Plan de acción y evolución

Explicamos los puntos del DVVA, aportamos “Guía para hacer las Voluntades Vitales Anticipadas” y le ayudamos a solicitar cita a través de Salud Responde para realizar su registro. Acordamos una cita con el paciente y sus familiares más cercanos, junto con su enfermero, para acordar medidas para un futuro manejo, recogéndolo en su Historia Clínica de Salud, ante la espera de su entrevista con el registrador. Se plantean medidas no solo sobre la sedación paliativa, sino también sobre nutrición, posibles situaciones en las que hay que decidir un traslado al hospital para tratamiento o cuándo limitar un esfuerzo terapéutico.

Conclusiones

Cada vez son más los estudios al respecto de las Voluntades Vitales Anticipadas. Algunos de estos estudios concluyen que tanto la población, como los profesionales sanitarios, ven con buenos ojos este avance, pero también reconocen lo poco que saben sobre él.

En un mundo cada vez más sobreinformado, los pacientes buscan ser dueños de todas las decisiones médicas que se toman a lo largo de su vida, incluso futuras. Nosotros como profesionales del sector estamos obligados a conocer los entresijos del DVVA, tanto a nivel de asesoramiento de los pacientes que lo soliciten, como en nuestra práctica clínica diaria. Además tenemos que ayudar al paciente en el proceso de entendimiento y reflexión sobre cada uno de los puntos que se recogen en el DVVA.

19.

Doctora cada día estoy más hinchada

Martín Martínez, M ^a Dolores		Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla
Álvarez Pérez, Eva		Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla
Villalba Benavent, Cristina		Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla

Motivo de consulta

Distensión abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 41 años con los siguientes antecedentes:

Antecedentes familiares: padre fallecido por cáncer de esófago.

No alergias medicamentosas conocidas.

Fumadora de 15 paquetes/año.

Déficit leve de factor VII.

Intervenciones quirúrgicas: miomectomía en 2008.

Acude a consultas del centro de salud por presentar desde hace 1 mes ganancia de peso, dispepsia y aumento del perímetro abdominal. Niega disnea, náuseas o vómitos. Sin fiebre ni otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.

Exploración: buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada, eupneica en reposo y afebril.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. Murmullo vesicular conservado son ruidos patológicos.

Abdomen distendido con ascitis a tensión, timpánico y no doloroso a la palpación.

Ante estos hallazgos es derivada al servicio de urgencias de hospital de referencia donde le realizan diversas pruebas complementarias y se decide ingreso en Medicina Interna para completar estudio.

Pruebas complementarias:

En urgencias se realiza:

Ecografía abdominal: gran cantidad de líquido ascítico distribuido por toda la cavidad abdominal sin delimitar claramente la masa abdominal.

Análítica sanguínea: valores bioquímicos y hemograma dentro de la normalidad.

Se realiza paracentesis evacuadora con salida de 3700 cc de líquido oleoso claro y se toma muestra para análisis anatomopatológico.

En planta de Medicina interna:

Nueva ecografía abdominal: gran lesión quística con algunos septos en su interior, de probable origen ovárico que ocupa todo el abdomen. Ectasia pielocalicial renal derecha probablemente secundaria a efecto compresivo de la lesión quística.

Anatomía patológica de líquido peritoneal: células mesoteliales con cambios reactivos. Ausencias de células neoplásicas.

TAC tórax-abdomino-pélvico: gran lesión quística tabicada que ocupa la cavidad abdominal en su mayor parte, desplazando asas intestinales hacia periferia. Difícil de determinar su origen, probablemente depende de anejo izquierdo. Resto de estudio sin hallazgos de interés.

Resonancia magnética: Lesión quística de origen anexial y en íntimo contacto con el ovario derecho. No presenta polos sólidos murales ni realces patológicos de medio de contraste en este estudio.

Análítica con marcadores tumorales: Antígeno C.A.125: 84 U/ml

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una mujer divorciada sin hijos con buen apoyo familiar de su madre con la que convive y su hermano. Actualmente desempleada.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: lesiones quísticas o pseudoquísticas pancreáticas, quiste mesentérico, linfocele, linfangioma quístico, mesotelioma quístico, teratoma quístico, hidatidosis intraperitoneal, pseudomixoma peritoneal y carcinomatosis peritoneal.

Juicio clínico: Cistoadenoma mucinoso de ovario izquierdo.

Plan de acción y evolución

En función de estos resultados se realiza anexectomía izquierda vía laparoscópica con envío de la pieza quirúrgica a anatomía patológica, tras lo cual se decidió alta a domicilio y control en consultas de oncología ginecológica.

En consultas de oncología se recogen los resultados de biopsia intraoperatoria con diagnóstico definitivo de cistoadenoma mucinoso de ovario izquierdo sin afectación de trompa uterina.

La paciente continúa las revisiones en oncología con ecografías transvaginales en el que se haya quiste ovárico simple en ovario derecho y analítica de marcadores tumorales de control sin alteraciones.

Dado la resolución quirúrgica de la patología ginecológica, la normalización de las pruebas complementarias de control posteriores y el buen estado general de la paciente se decide alta con control por su Médico de Atención Primaria.

Conclusiones

El cistoadenoma mucinoso de ovario es una patología que suele manifestarse en la tercera-quinta década de la vida. Tiene tendencia a producir masas quísticas voluminosas, pero en escasas ocasiones presenta degeneración maligna. Dada su localización anatómica la mayoría son asintomáticos, hasta que crecen lo suficiente y producen síntomas como la de nuestra paciente.

El CA 125 se ha usado en la monitorización de pacientes con tumor ovárico tras la intervención quirúrgica y suele estar elevado en los tumores ováricos y peritoneales, tanto benignos como malignos, lo que puede suponer un factor que aumente el estrés y la ansiedad a las pacientes por lo que debemos tranquilizar y ofrecer información adecuada sobre dicha prueba.

El tratamiento del cistoadenoma mucinoso de ovario es quirúrgico, generalmente consiste en histerectomía y anexectomía bilateral, sin embargo, en pacientes jóvenes que no han visto cumplidos sus deseos genésicos, se suele realizar anexectomía unilateral, explorando siempre el ovario contralateral en busca de lesiones asociadas como el caso de la paciente es este caso.

Debido a las características de dicho tumor y la ausencia de sintomatología en fases iniciales podemos encontrarnos en nuestra consulta de atención primaria a pacientes con sintomatología cuando el tumor ya presenta un gran tamaño, por lo que tenemos que estar atentos, realizar una buena anamnesis y una buena exploración general y ginecológica.

20.

Doctora, quiero continuar amamantando, pero no puedo seguir así

Pleguezuelo Ramos, M ^a Verónica		Médico Residente de MFyC. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)
Galdeano Osuna, M ^a Concepción		Médico Residente de MFyC. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)
Becerra Barba, M ^a Paz		Especialista en MFyC. Tutora. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)

Motivo de consulta

Mastitis de repetición y dolor al amamantar.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 31 años, sin antecedentes personales de interés, ni hábitos tóxicos. En tratamiento con yodo 200mcg/24 horas.

Parto y embarazo normales controlados, hace 2 meses y medio.

Acude a consulta por tercer episodio de mastitis aguda en los últimos dos meses.

Dolor continuo al amamantar desde el inicio de la lactancia materna, grietas, tensión mamaria, sensación de vaciado insuficiente y galactorrea fuera de las tomas, junto con varios episodios compatibles con mastitis subaguda caracterizados por dolor punzante y sensación de escozor profundo en los pezones durante y entre tomas.

Dificultades, desde que empezó la lactancia. Tomas muy largas. A pesar de lo cual, excelente ganancia ponderal y desarrollo psicomotor, leves signos de reflujo que se corrigen con medidas posturales.

La paciente manifiesta su deseo de continuar amamantando y explica su dificultad para continuarla ante los episodios de mastitis de repetición, le están haciendo plantearse abandonar la lactancia materna, presenta sentimientos de frustración al no sentirse apoyada por el personal sanitario que la ha atendido hasta ahora, que, según manifiesta, le han recomendado abandonar la lactancia debido a los problemas expuestos.

Exploración: buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica, con temperatura axilar de 38,2°C.

Auscultación: corazón rítmico a 99 latidos por minuto, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Exploración mama izquierda: mama normoconformada, pezón agrietado y pálido sin signos de sobreinfección, en cuadrante supero-externo presenta zona enrojecida, indurada, con aumento de temperatura y dolorosa a la palpación. No se palpan adenopatías axilares.

Exploración mama derecha: mama normoconformada, pezón agrietado con perla de leche y pálido sin signos de sobreinfección. No se palpan adenopatías axilares.



Pruebas complementarias: se revisa cultivo de leche que se solicitó una semana antes por sospecha de mastitis subclínica con los siguientes resultados: Staphylococcus Epidermidis, sensible trimetropim-sulfametoxazol, oxacilina, clindamicina.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 31 años, vive con su pareja e hija de 2,5 meses. Psicóloga de profesión. Nivel socio-cultural alto. Buen soporte familiar. Buena red de apoyo social, acude a grupo de apoyo a la lactancia materna dirigido por matrona.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Mastitis aguda en mama izquierda.

Mastitis subaguda en mama derecha

Identificación de problemas

El dolor y la presencia de grietas de larga evolución, junto con los episodios repetidos de mastitis aguda y subaguda, la sensación de plenitud mamaria y de escaso vaciado, sumado a los problemas de succión que presenta la hija de la paciente nos hacen sospechar una posible situación de sobreproducción láctea.

Decidimos evaluar una toma en la que observamos una posición correcta, pese a la cual hay dolor y mal agarre, situación ante la cual realizamos una exploración de la cavidad oral de la hija de la paciente, encontrando hipertrofia de la musculatura masticatoria (“mofletes de trompetista”), callo de succión, ligera retrognatia, frenillo labial superior y frenillo lingual corto tipo IV con 5 puntos en la escala morfológica y 6 puntos en la escala funcional de la herramienta de Hazelbaker.

MICROBIOLOGÍA - Antibiogramas		
Descripción	Valor	Unidad
Staphylococcus Epidermidis		
ANTIBIOGRAMA		
Descripción	Valor	
Oxacilina	S Sensible	
Eritromicina	R Resistente	
Clindamicina	S Sensible	
Trimet/Sulfa	S Sensible	
Streptococcus mitis		
ANTIBIOGRAMA		
Descripción	Valor	
Penicilina	S Sensible	
Eritromicina	R Resistente	
Clindamicina	S Sensible	
Levofloxacina	S Sensible	
Vancomicina	S Sensible	
Ampicilina	S Sensible	
Amoxi/Clav.	S Sensible	
Aztreomicina	R Resistente	
Cotrimoxazol	S Sensible	
Otros		
Descripción	Valor	Unidad
Cultivo bacteriológico aerobio LECHE MATERNA	Positivo	
Muestra: LECHE MATERNA		
Aislamiento 1: Streptococcus mitis		
>1000UFC		
Aislamiento 2: Staphylococcus epidermidis		
>1000UFC		

1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
①	Ligera hendidura en la punta	①	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	①	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
①	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	①	La punta sobre el borde de la encía
①	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
②	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	①	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
②	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	①	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
<p>La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor).</p> <p>Se diagnostica anquiloglosia significativa si:</p> <p>aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11</p>		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		①	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		7. Chasquido	
		2	No hay
		①	Periódico, de vez en cuando
①	Frecuente o con cada succión		

Plan de acción y evolución

Se pauta antibioterapia según antibiograma y recomendaciones de guía PRIOAM con cotrimoxazol (sulfametoxazol - trimetropim) 800/160mg cada 12 horas durante 10 días e ibuprofeno 400mg cada 8 horas, junto con medidas no farmacológicas: amamantar frecuentemente colocando al bebé de modo que su barbilla quede sobre la parte inflamada, completar el vaciado con sacaleches, masajear, frío local, reposo, hidratación y descanso.

Se decidió realizar frenulectomía con tijeras en la consulta y se indicaron ejercicios de rehabilitación con terapia miofuncional frecuentes (al menos 8 veces al día) hasta conseguir reeducar la succión y asegurar la correcta cicatrización.

La evolución fue favorable, no se repitieron episodios de mastitis, tras 20 días desaparecieron las grietas y la perla de leche; la duración de las tomas y la sensación de falta de vaciado se normalizaron tras 1 mes; el dolor al agarre, la galactorrea, los chasquidos, el callo de succión y la hipertrofia de la musculatura masticatoria fueron disminuyendo de forma paulatina, quedando resueltos tras 2 meses.

Lactancia materna satisfactoria 10 meses después del tratamiento.

Conclusiones

El médico de familia atiende con más frecuencia a la población pediátrica, esto exige conocimientos en lactancia materna y el desarrollo de habilidades para el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con ella, y conocer las indicaciones de derivación a los profesionales adecuados.

El dolor al amamantar, la presencia de grietas y el desarrollo de mastitis son problemas frecuentes entre las mujeres lactantes, en caso de prolongarse en el tiempo o aparecer repetidas veces a pesar de haber asegurado una correcta técnica de amamantamiento, requieren de la valoración integral de la cavidad oral del lactante en busca de alteraciones que puedan suponer un impedimento para la correcta succión y establecimiento de la lactancia materna.

La detección y tratamiento del frenillo lingual corto requiere de personal entrenado y conocedor de las escalas disponibles para su valoración y de la técnica quirúrgica y rehabilitadora necesarias.

Las mujeres que desean amamantar precisan de apoyo por parte del personal sanitario que las atienden.

Palabras clave

Mastitis aguda, anquiloglosia, lactancia materna

Bibliografía

- Mastitis y absceso mamario lactacional – Guía PRIOAM [Internet]. [citado 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>
- O’Callahan C, S. Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77: 827-832.
- Orte-González EM, Alba-Giménez L, Serrano-Alvar B. La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Prof.* 2017; 18: e50-e57.
- Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical Anatomy.* 2019; 32:749-61.
- Robles-Andrade MS, Guerrero-Sierra C. Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2014; 28: 154-158.
6. Pastor-Vera T, Rodríguez-Alessi P, Ferrés-Amat E, Ferrés-Padró E. Anquiloglosia y problemas de succión, tratamiento multidisciplinar: terapia miofuncional orofacial, sesiones de lactancia materna y frenotomía. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología.* 2017; 37:4-13.

21.

Dolor abdominal en mujer fértil

Linares Canalejo, Anaís M^a | *Médico Residente de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)*
 Sariego Montiel, José Luis | *Médico Residente de MFyC. CS Moguer (Huelva)*
 Azogil López, Luis Miguel | *Especialista en MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)*

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 44 años sin alergias medicamentosas, exfumadora desde hace 20 años y portadora de DIU desde hace 4 años. Sin factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes personales de interés, salvo apendicectomía en la infancia. No recibe tratamiento habitual. Refiere que hace 2 semanas fue vista en urgencias ginecológicas por dolor ovárico derecho dándose de alta como Infección del Tracto Urinario y tratamiento ambulatorio con Fosfomicina 3 gramos en dosis única.

Hoy acude por persistencia de dolor en ambas fosas ilíacas de varias horas de evolución acompañado de disuria y polaquiuria. Refiere que su fecha de última regla fue hace una semana. Comenta tener sensación distérmica no termometrada en los últimos 3 días. Niega cambios en su hábito intestinal u otra clínica acompañante.

Exploración: regular estado general, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada, perfundida y eupneica.

TA: 135/86. T: 37.5°C. Saturación O₂: 99%. FC: 114.

Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen con ruidos hidroaéreos conservados, depresible, con dudoso globo vesical y dolor selectivo a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Blumberg negativo y Murphy negativo, sin otros signos de defensa ni irritación peritoneal. Puño-percusión renal izquierda positiva.

Se cursa analítica de sangre y orina con los siguientes resultados:

Hemograma: Leucocitosis de 20.000 con 18.780 neutrófilos.

Bioquímica: Sin hallazgos significativos, salvo PCR de 34.61.

Orina: Leucocitos y hematías.

Ecografía abdominal: Hígado, Bazo, Vesícula, Vía Biliar, Páncreas y Riñones sin alteraciones. Vejiga urinaria replecionada. Imagen redondeada heterogénea que depende de útero-anejos de 9x7.5 cm que puede corresponder a formación utero-anexial.

Se reinterroga a la paciente que refiere aumento de flujo vaginal de coloración marronácea en los últimos 2-3 días. Niega posibilidad de embarazo por tener DIU. Se contacta con el servicio de Ginecología para descartar Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Tras valoración ginecológica, se describe leucorrea marronácea y dolor a la movilización uterina. En ecografía vaginal se observa mioma de 10cm con ocupación de Douglas, DIU normoinserito y anejo izquierdo empastado.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Diagnóstico diferencial: estreñimiento, gastroenteritis aguda, cistitis, pielonefritis, embarazo ectópico, quiste o torsión ovárica.

Plan de acción y evolución

Ingreso en planta hospitalaria de Ginecología y se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con Clindamicina 900 mg cada 8 horas + Gentamicina 60 mg cada 8 horas durante 3 días. La paciente evoluciona favorablemente con analítica de control en la que se han corregido los leucocitos y la PCR ha descendido considerablemente. Se realiza ecografía de control en la que ambos ovarios son normales y no hay líquido libre. Finalmente es dada de alta, asintomática y afebril con tratamiento domiciliario con Clindamicina 600 mg cada 8 horas durante 7 días y revisión en consultas externas de Ginecología con analítica en 2 semanas.

Conclusiones

El dolor abdominal es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria y Urgencias. Por ello, en mujeres jóvenes debería descartarse patología ginecológica y no focalizar únicamente el diagnóstico en problemas digestivos y/o urinarios, ya que muchas de estas patologías, como la que ocupa nuestro caso, puede desembocar en infertilidad u otras secuelas más graves.

Se debe sospechar el diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica en mujeres jóvenes, con promiscuidad sexual, vaginitis de repetición, inserción de DIU reciente u otras técnicas invasivas ginecológicas entre otros factores de riesgo. Los patógenos más frecuentemente hallados son el gonococo y la chlamydia cuya vía de infección más frecuente es la ascendente tras una endocervicitis. La clínica más habitual es la que presenta nuestra paciente (dolor abdominal bajo que se acentúa a la movilización uterina, aumento de flujo vaginal, síntomas urinarios, etc.). El tratamiento habitual es ambulatorio con una combinación de ceftriaxona 250 mg IM en dosis única + doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días. Sin embargo, nuestra paciente ingresó en planta por cumplir criterio de deseo gestacional y leucocitosis mayor de 16.000. Cabe destacar que en esta patología, al igual que en otras ETS, sería recomendable tratar a la pareja sexual aunque en este caso no llegó a indicarse.

Palabras clave

Inflammatory pelvic disease, leukorrhea, abdominal pain.

Bibliografía

Hernández Durán D; Diaz Mitjans O. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol [on line]. 2010; 36: 613-631.

Wiesenfeld H. Pelvic Inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. Uptodate.com

22.

Dolor abdominal: ¿patología banal o síntoma de alarma?

Mayoral Liébanas, Laura | *Médico Residente de MFyC. CS Cartaya (Huelva)*
 López González, Javier | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Cartaya (Huelva)*
 Alcázar Zafra, Laura | *Médico Residente de MFyC. CS Cartaya (Huelva)*

El dolor abdominal y su correcta interpretación constituyen un desafío en nuestras consultas, dadas las múltiples etiologías que pueden estar detrás de él, y la variedad en cuanto a pronóstico de sus posibles causas. De ahí la importancia de una valoración completa e inmediata mediante anamnesis y exploración meticolosas, así como de aquellas pruebas complementarias a nuestro alcance para llegar a una clasificación etiológica correcta y poder concluir un acto asistencial resolutivo, que evite retrasos e incertidumbre y riesgos en nuestros pacientes.

Motivo de consulta

Dolor abdominal en hipogastrio de semanas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

El caso que nos ocupa, se trata de un varón de 35 años que consulta en el Servicio de Urgencias de su Hospital de referencia por dolor abdominal en hipogastrio de semanas de evolución, acompañado de febrícula y que no había respondido satisfactoriamente a analgesia. Refería además pérdida de unos 6-7 kilogramos de peso en los últimos 2 meses. Como antecedentes de interés, constaba que era fumador de 10 cigarrillos/día, y que había sido ya estudiado por epigastralgia y pirosis por el Servicio de Aparato Digestivo hacía 4 años, siendo diagnosticado de enfermedad por reflujo gastroesofágico con hernia hiatal no complicada, y *Helicobacter Pylori* que se trató eficazmente. Además había sido recientemente estudiado por rectorragia, que resultó secundaria a hemorroides internas no complicadas.

A la *exploración* en el Servicio de Urgencias, lo único destacable era un dolor moderado a la palpación en hipogastrio, siendo el resto de la exploración y las constantes vitales normales. Se realizó entonces una analítica urgente donde se objetivó una leucopenia de 1400 leucocitos/ μ l (100 neutrófilos/ μ l y 1240 linfocitos/ μ l), así como anemia con 11,5 g/dl de hemoglobina y hematocrito descendido (33,9%). En la bioquímica, la PCR resultó levemente elevada, estando el resto de valores en rango normal. Ante los hallazgos analíticos, se solicitó una TAC abdominal, por sospecha de síndrome febril y neutropenia secundaria a infección abdominal, en la cual se observaron hallazgos compatibles con un proceso inflamatorio-infeccioso en íleon distal, así como adenopatías reactivas a nivel mesentérico y retroperitoneal y un bazo en el límite superior de la normalidad.

Plan de acción y evolución

Ante estos hallazgos, se inició antibioterapia con Meropenem y aislamiento, y se cursó ingreso por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. Una vez en la planta, el hemograma seguía mostrando neutropenia grave y anemia normocítica-hipocrómica, así como déficit de vitamina B12, y una fosfatasa alcalina y proteína C reactiva moderadamente elevadas. En el resto de pruebas analíticas solicitadas, el proteinograma presentaba un patrón de proceso inflamatorio, las inmunoglobulinas y serología resultaron normales y en un primer frotis de sangre periférica no se observaron células inmaduras.

Dados los resultados analíticos, se inició tratamiento con vitamina B12, con escasa mejoría del

hematocrito, y se mantuvo la antibioterapia con meropenem durante 8 días, tras los cuales se suspendió, puesto que los hemocultivos y coprocultivos resultaron negativos y la fiebre había remitido. No obstante, la neutropenia persistía, por lo que se inició la administración de factor estimulante de colonias granulocíticas humanas, mejorando el recuento de neutrófilos escasamente. Se decidió entonces repetir el frotis de sangre periférica, donde se constataron datos de hemopatía aguda, con presencia de un 67% de blastos de hábito mieloide. Se realizó a continuación estudio del inmunofenotipo, que se vio compatible con Leucemia Mieloblástica Aguda, de modo que se derivó al Hospital de referencia para realizar aspiración de médula ósea, así como para inicio de terapia con quimioterapia y alotransplante de progenitores hematopoyéticos de hermana HLA-idéntica.

Durante el ingreso en la planta de Hematología, el paciente mantuvo una buena evolución, aunque con algunas complicaciones leves derivadas del tratamiento de inducción que se resolvieron con tratamiento sintomático, así como un episodio de neutropenia febril de foco abdominal por posible enterocolitis neutropénica que remitió con Piperacilina-Tazobactam. Tras el alotransplante, presentó enfermedad de injerto contra huésped, en su forma cutánea, que mejoró con tratamiento tópico con esteroides. El quimerismo resultó del 100% tras tres meses post-transplante. En cuanto a la calidad de vida del paciente, éste se mantuvo en todo momento en niveles ECOG 0 y 1.

Conclusiones

Con este caso, queremos recalcar la importancia del dolor abdominal y su estudio, siendo éste un síntoma altamente recurrente en nuestras consultas de Atención Primaria y de Urgencias, y que puede ser expresión de multitud de síndromes, tanto banales como patologías graves. Destacar además, el papel de las pruebas complementarias básicas a nuestro alcance como indicadores de posible enfermedad grave subyacente y fundamentales para estratificar el riesgo en base a datos obtenidos en consulta, ya sea reglada o urgente.

23.

Dolor lumbar de larga evolución vs fractura vertebral aguda

Vilches Cabezas, Rafael | *Médico Residente de MFyC. CS Bellavista. Sevilla*
 Sánchez García, María | *Médico Residente de MFyC. CS Bellavista. Sevilla*
 Lebrero Ferreiro, Rafael | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Bellavista. Sevilla*

Acude a nuestras consultas una mujer de 76 años acompañada por ambas hijas con dolor lumbar crónico ya conocido por nosotros y tratado mediante analgésico de segundo escalón y que refiere un empeoramiento de su dolor que en las próximas semanas la llevará a una importante impotencia funcional por irradiación del dolor y pérdida de fuerza en miembros inferiores de forma constante, que requerirá varias visitas a nuestras consultas y demandas de consulta en su propio domicilio.

Motivo de consulta

Dolor lumbar.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer con dolor lumbar de años de evolución tratado mediante analgésicos de primer y segundo escalón, diabética, ITU de repetición y fibrilación auricular en tratamiento y buen control evolutivo.

Consulta por reagudización de su dolor e impotencia funcional progresiva junto a irradiación de dolor y parestesias en miembros inferiores y que tras instauración tratamiento farmacológico y no mejoría, decidimos remitir a servicio de urgencias varias semanas después para valoración puesto que la clínica acompañante, exploración y dolor en escala EVA 9/10 no nos resultó concordante con la patología habitual de nuestra paciente.

Presentaba dolor importante a punta de dedo en zona lumbar con apofisalgia selectiva a nivel L1-L2, irradiación a ambos miembros inferiores y parestesia en cuádriceps pierna derecha principalmente.

En urgencias realizan radiografía anteroposterior lumbar, donde con mucha dificultad se sospecha cambios en la arquitectura lumbar. No sabemos por qué, pero por error informático o humano no se pudo ver una radiografía lumbar lateral.



El *juicio clínico al alta* fue de lumbalgia crónica. La paciente semanas después solicita valoración por nuestra parte en su domicilio pues se encuentra seriamente incapacitada por el dolor en espalda y piernas como por paresia en ambos miembros inferiores.

Por otro lado, conocemos que la paciente ha sufrido infecciones de tracto urinario de repetición por los que solicitamos uroanálisis y urocultivo por descartar nuevo cuadro de cólico renal que esté solapándose a la lumbalgia ya conocida de la paciente, resultando compatible con infección de orina para la cual también instauramos tratamiento antibiótico.

Continuamos estudio ambulatorio y solicitamos para el mismo día radiografía lumbar lateral donde encontramos cambios radicales en zona lumbar alta.

Dados los cambios, volvemos a remitir urgencias para valoración urgente por servicio de traumatología dada las pruebas complementarias que aportamos.

Deciden continuar estudio urgente mediante TC lumbar donde se aprecia fractura vertebral aguda a nivel de L2. Como tratamiento urgente ponen corsé lumbar para protección y programan intervención quirúrgica preferente dada la fractura vertebral que se descubre.



Enfoque familiar y comunitario

Paciente con buena calidad de vida previa que comienza a perder calidad de vida por supuesta lumbalgia reagudizada y que en semanas pasa a vida cama sillón por dolor limitante y pérdida de fuerza en miembros inferiores comenzando un círculo de demandas clínicas consecutivas de la paciente e hijas por ver un claro cambio en la situación y sufrimiento tanto de la paciente como su entorno.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

La paciente también padece hipertensión, diabetes mellitus tipo dos y fibrilación auricular bien controlada y tratada, no sufriendo patología osteomuscular acompañante conocida salvo una lumbalgia crónica que cursa con picos de dolor esporádicos.

Como *diagnóstico diferencial* nos planteamos lumbalgia mecánica como primer diagnóstico y otras posibilidades como artrosis, fractura vertebral, infección de tracto urinario de repetición.

Plan de acción y evolución

Tras la mala evolución de la paciente y deterioro tan rápido de su patología de base, comentamos el caso de esta paciente en sesión clínica en nuestro centro de salud donde enseñamos la primera radiografía anteroposterior y decidimos continuar estudio pues sospechamos cambios

estructurales radicales que en servicio de urgencias pasaron por alto en dicha radiografía que, aunque son difíciles de ver podrían acompañar a la clínica sufrida por la paciente.

Por tanto, decidimos realizar nuevas pruebas complementarias desde atención primaria que nos obligan a remitir de nuevo a urgencias para continuar estudio.

Conclusiones que expliquen la importancia del caso clínico

La valoración integral y continuada en atención primaria permite un seguimiento evolutivo de nuestros pacientes y detección de signos de alarma que podrían pasar inadvertidos en servicio de urgencias, que aunque se pudieran presentar dentro de un cuadro de lumbalgia aguda debemos prestar atención y por ello el médico de medicina familiar y comunitaria tiene un papel central en el seguimiento y cuidados de las patologías de nuestros pacientes, pudiendo detectar cambios más sutiles ya que podemos conocer a nuestros paciente en mayor profundidad.

La continuación de estudio por nuestra parte permitió ver cambios radicales que en servicio de urgencias pasaron por alto, permitiendo así ofrecer a nuestra paciente un tratamiento quirúrgico que fue desechado en una primera valoración.

24.

¿Dolor muscular, celulitis o fascitis necrotizante?

Fernández García, Flora		Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva
Moreno Morgado, M ^a Carmen		Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva
Ruiz Aranda, Asumpta		Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva

Motivo de consulta

Varón de 78 años que consulta por dolor en hombro y clavícula derechos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 78 años. Exfumador desde hace 40 años. Bebedor de 1 copa de vino al día. FRCV: HTA, Dislipemia.

Ca. de Próstata tratado mediante Radioterapia y Hormonoterapia.

Vida basal: Independiente para ABVD. Funciones superiores conservadas. Vive con su esposa. Tratamiento domiciliario habitual: Eligard 45mg semestral, Simvastatina 40mg cada 24h, Silodosina 8mg cada 24h, Candesartán 32mg-Hidroclorotiazida 25mg cada 24h, Alopurinol 100mg cada 24h.

Acude a consulta por dolor en hombro y clavícula izquierdos de dos días de evolución tras intentar arrancar un “motor de cuerda” según refiere. Fue diagnosticado de contractura muscular. El paciente no presentaba mejoría a los 3 días por lo que acudió a urgencias por aparición además de febrícula.

Exploración y pruebas complementarias:

A la exploración presentaba aumento de temperatura y edema en articulación esternoclavicular por lo que en urgencias indican radiografía de hombro y clavícula siendo ésta normal. Además solicitan analítica: Hemograma 7630 leucocitos sin neutrofilia. Plaquetas 127000. Bioquímica creatinina 1.2, PCR 321. El paciente es dado de alta de urgencias con diagnóstico de desgarro muscular.

5 días después de acudir a urgencias acude a nuestra consulta por dolor en región clavicular y cervical derechas así como en pectoral derecho que le impiden movilizar el brazo debido al intenso dolor (EVA 10) y aparición de disnea. A la exploración presenta eritema y edema que comienza en articulación esterno-clavicular derecha y abarca todo el hemitórax derecho hasta axila con crepitación a la palpación. Se interroga al paciente sobre picaduras. Se reexplora sin objetivarse punto de inoculación. Se revisa analítica realizada previamente en urgencias y ante el hallazgo de PCR 321 y la clínica presentada por el paciente así como la persistencia de fiebre se deriva a urgencias hospitalarias por sospecha de celulitis vs fascitis necrotizante.

En urgencias se realiza nuevamente analítica en la que destaca: 1000 leucocitos con 90% de neutrófilos. Coagulación normal. PCR 380. Bilirrubina total 1 mg/dl.

Rx de Tórax (Figura 1) se aprecia infiltrado peribroncovascular bilateral compatible derrame pleural y destaca la presencia de aumento mediastínico por lo que se decide ampliar a TC de tórax para valorar posible fascitis necrotizante y mediastinitis.

TC de Tórax urgente (Figuras 2 y 3): Extensos cambios inflamatorios con epicentro en articulación clavículo-esternal derecha, probablemente se trata de una artritis inflamatoria/infecciosa, con extensión hacia tejido celular subcutáneo y músculos pectoral mayor y menor, así como hacia planos profundos y al tejido graso de mediastino anterosuperior. Entre ambos

pectorales se identifica colección líquida que contiene pequeñas burbujas de gas lo que sugiere la posibilidad de fascitis necrotizante. Cambios inflamatorios/flemonosos en mediastino anterosuperior con tendencia a coleccionarse en la región más caudal. Derrame pleural bilateral más abundante en hemitórax derecho con atelectasia pasiva del parénquima subyacente.

Figura 1.



Figura 2.

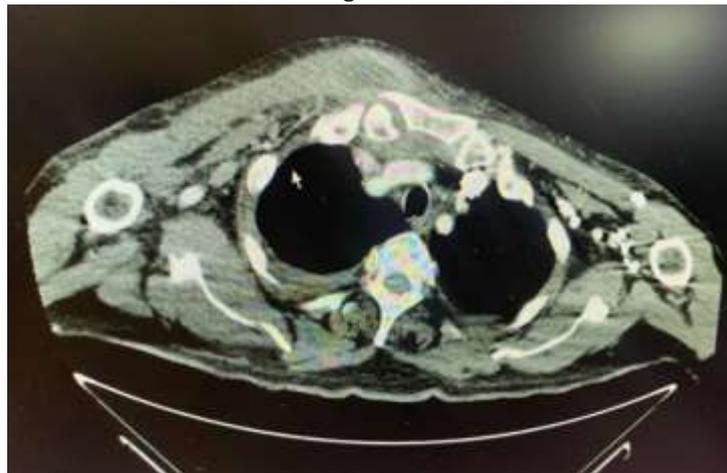
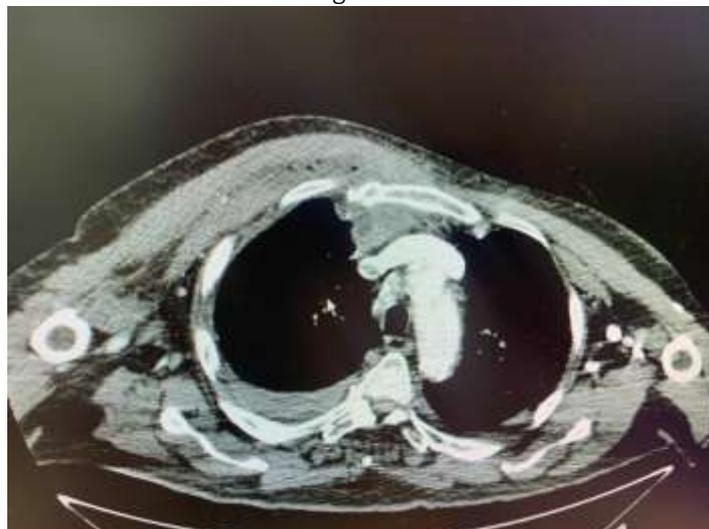


Figura 3.



Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Mediastinitis secundaria a fascitis necrotizante por posible artritis séptica o sobreinfección de desgarro muscular.

Plan de acción y evolución

Ante los hallazgos descritos en TC de tórax se contacta con servicio de cirugía torácica para valoración del paciente siendo intervenido de urgencia. El paciente tras intervención quirúrgica ingresa en UCI teniendo evolución favorable. Se tomaron muestras de colecciones purulentas para cultivo creciendo SARM por lo que preciso antibioterapia de amplio espectro IV. Tras un mes de ingreso hospitalario el paciente fue dado de alta y actualmente se encuentra asintomático y sin presentar nuevas complicaciones.

Conclusiones

Cabría destacar la importancia de una buena exploración ante lesiones por las que un paciente consulta en múltiples ocasiones y que presenta nuevos síntomas de alarma como son la presencia de fiebre y la crepitación. En este caso, el diagnóstico precoz de este paciente y la antibioterapia precoz podrían haber reducido las complicaciones derivadas del proceso subyacente.

Existen cuatro signos clínicos principales que deben hacer sospechar la presencia de una infección necrotizante: edema e induración más allá del área eritematosa, existencia de ampollas o flictenas crepitación o presencia de gas en las pruebas de imagen.

La FN tipo I suele afectar a pacientes con comorbilidades asociadas y es frecuente encontrar una puerta de entrada (traumatismos cutáneos, heridas quirúrgicas, venopunciones, picaduras de insectos, mordeduras animales...). En los diabéticos, el proceso se suele iniciar en la región distal de las extremidades inferiores, en especial en los enfermos con vasculopatía y neuropatía periféricas. Otras localizaciones menos frecuentes son la región cervical y la perineal. Los pacientes con FN tipo II son habitualmente sanos y suele ser difícil documentar una puerta de entrada.

El curso clínico se suele iniciar en forma de dolor de gran intensidad, desproporcionado inicialmente respecto a la ausencia de evidentes signos cutáneos. Se ha descrito una clasificación clínica en 3 estadios para definir el proceso clínico de la FN:

En una primera fase aparecen signos inflamatorios locales cutáneos y dolor. En el 20% de casos aparece un síndrome seudogripal.

En un segundo estadio pueden aparecer ampollas o flictenas, induración cutánea y fluctuación. La presencia de ampollas es un dato muy específico pero poco sensible; aparece tan solo en el 25-30% de los casos y suele traducir una extensa destrucción tisular. Su contenido es inodoro en infecciones estreptocócicas, y fétido en el caso de infecciones por anaerobios.

En una tercera fase las ampollas se rellenan de contenido hemorrágico, la destrucción de las fibras nerviosas produce anestesia cutánea, la presencia de gas en las infecciones por gérmenes anaerobios da lugar a crepitación y aparece necrosis cutánea.

La fascitis necrotizante es una patología que requiere una rápida actuación por parte de los facultativos ya que tiene una tasa de mortalidad del entorno al 21% para los pacientes con FN tipo I¹² y entre el 14 y el 34% para la FN tipo II.

25.

Dolor oncológico, físico y emocional

Ballesteros Navarro, Carmen M ^a		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Cuder Ambel, Augusta		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Los Rosales. Huelva</i>
Coletto Bartolomé, José Miguel		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>

Motivo de consulta

Omalgia de 2 días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 88 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Como factores de riesgo cardiovascular conocidos presenta hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. En 2005 es diagnosticado de carcinoma de próstata Gleason 4, con progresión bioquímica pero sin evidencia de enfermedad a distancia hasta la actualidad. STUI severos. En seguimiento por Urología, en noviembre de 2019, realizan RTU vesical donde se objetiva carcinoma urotelial papilar de bajo grado. Además, solicitan RM de caderas por coxalgia y caídas secundarias, donde se observan lesiones compatibles con metástasis óseas de tipo lítico a nivel de ambos huesos ilíacos y ambos fémures, sin datos de fracturas patológicas hasta el momento.

En diciembre de 2019, su hija acude a nuestra consulta refiriendo que su padre ha presentado en las últimas semanas, importante deterioro del estado general, pasando la mayor parte de su tiempo encamado debido a algias generalizadas. Insiste que el dolor se focaliza a nivel de brazo derecho, que además, según refiere, lo tiene deforme. Consensuamos con su hija adecuación de analgesia y valoración posterior.

Ante imposibilidad de traslado del paciente, decidimos realizar visita domiciliaria. Objetivamos deformidad a nivel de tercio medio humeral derecho. A la exploración, evidente crepitación de dicha zona, además de ser dificultosa por intenso dolor y secundariamente, impotencia funcional evidente. Ajustamos analgesia de tercer escalón sin mejoría clara, a pesar incluso, de usar rescates vía intramuscular (su hija es enfermera), haciéndose cada vez un dolor más insoportable e incapacitante.

Enfoque familiar y comunitario

Nuestro paciente cuenta con un apoyo familiar y social pleno. Pertenece a un nivel sociocultural medio-alto. Varón deportista, practica golf todas las semanas. Independiente para absolutamente todas las actividades básicas de la vida diaria hasta la actualidad. Dieta saludable, exento de hábitos tóxicos y vida sana en general.

Su hija es enfermera y en todo este proceso, cuidadora principal. Cuando nuestro paciente comienza a deteriorarse, y sobre todo, aparece el dolor tan agudo, ella se encarga de intentar controlar el dolor mediante medicación oral, siguiendo nuestras pautas, además de usando la vía intramuscular. Llega un momento en el que la situación se hace irreversible y el dolor se vuelve refractario a analgesia de tercer escalón.

Además de todo ello, el sufrimiento emocional secundario al evidente deterioro físico y vida incapacitante, generan importante angustia, inquietud y frustración en nuestro paciente. Cuando acudimos a visitarlo, además de presentar dolor, también lo vimos muy desconcertado, inquieto y depresivo. No aceptaba ver tal deterioro tan rápidamente progresivo.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Establecemos la sospecha de fractura patológica del húmero derecho. A pesar de ausencia de hallazgos de lesiones óseas compatibles con fractura patológica en pruebas complementarias previas, nuestra sospecha era evidente. Aparición muy aguda, con evolución tórpida y con síntomas refractarios a opioides mayores, además de exploración física totalmente compatible.

Plan de acción y evolución

Ante tal situación, se decide derivar al paciente al servicio de Urgencias para valoración por parte de Traumatología y plantear un posible ingreso para control del dolor. Una vez allí, la imagen radiológica muestra clara fractura patológica de húmero derecho.



Es valorado por traumatólogo de guardia, quien indica necesidad de enclavar dicha fractura, no como medida curativa, sino con fin paliativo (priorizar el confort del paciente).

A continuación, se ingresa en planta de Medicina Interna.

A lo largo de su estancia en la planta, el paciente comienza a deteriorarse aún más rápidamente, con mal control del dolor a pesar de analgesia intravenosa, mal estado general secundario, con signos faciales de sufrimiento, somnoliento y completa postración. Se informa a la familia de la situación de gravedad y mal pronóstico, siendo totalmente conscientes de ello. Se propone, dada su situación clínica y debido a una evolución tan tórpida, iniciar sedación paliativa, con el fin de aliviar los síntomas refractarios y priorizar el confort del paciente. La entienden y aceptan.

Conclusiones

El papel del médico de familia en el acompañamiento del enfermo oncológico es de vital importancia. No solo es necesaria la evaluación periódica de su estado basal físico, sino igualmente del estado emocional que conlleva esta situación, concepción y aceptación de enfermedad.

El enfoque comunitario desempeña un importante papel. La interrelación con la familia y atención del cuidador principal son primordiales para un abordaje holístico del paciente y su entorno.

Es sumamente necesario el abordaje multidisciplinar de este tipo de enfermos, principalmente el trabajo entre enfermería y médico de atención primaria. El contacto estrecho con el equipo de cuidados paliativos, el trato cercano con el enfermo y la priorización de las medidas de confort, son claves de trabajo en la atención primaria para sobrellevar a un enfermo oncológico de forma exitosa.

Palabras clave

Dolor oncológico. Fractura patológica. Sufrimiento emocional.

26.

El dolor abdominal en atención primaria

Perejón Fernández, Antonia M^a | *Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)*
 Filella Sierpes, Amalia | *Especialista en MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)*

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 62 años, viuda. Vive sola y es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Entre sus antecedentes personales más importantes, destaca una artritis reumatoide, diagnosticada en el año 2003 en tratamiento actualmente con metotrexate y ácido fólico.

Anamnesis: acude a nuestra consulta por dolor abdominal de 3 días de evolución asociado a náuseas y vómitos así como a disminución de gases y heces. La paciente refiere esta misma clínica desde hace 4 meses aunque se ha presentado de manera intermitente. Refiere además pérdida de unos 8 kg de peso en los últimos 4 meses.

Exploración: el paciente presentaba buen estado general, estaba bien hidratado y perfundido y se mostraba consciente, orientado en las tres esferas y colaborador.

En la exploración de la paciente, llamaba la atención un abdomen globuloso y timpánico, con disminución de ruidos hidroaéreos. La puño-percusión renal bilateral era negativa y no existían signos compatibles con irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: dada la clínica, solicitamos radiografía de abdomen en bipedestación, objetivándose niveles hidroaéreos a nivel abdominal sugestivos de obstrucción intestinal, lo cual nos motiva a solicitar Ecografía abdominal y TAC de abdomen, objetivándose en las mismas, obstrucción completa de intestino delgado secundaria a lesión localizada en íleon terminal a 16 cm de la válvula ileocecal. Se objetivan además 3 posibles metástasis peritoneales en grasa omental.



Además de las pruebas de imagen mencionadas, se solicitó una analítica con hemograma y bioquímica sanguínea, de la que se obtuvo, como hallazgos más significativos, una leucocitosis en 18000 así como una PCR de 30.56.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico: obstrucción intestinal secundaria a lesión en íleon terminal.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal.

Plan de acción y evolución

Intervenida quirúrgicamente con hemocolecomía derecha y anastomosis ileocólica. Destacado el papel de Atención Primaria en la valoración inicial y manejo de la paciente, así como en la importancia de la anamnesis y exploración física realizada, las cuales fueron de vital importancia para la sospecha y diagnóstico clínico definitivo de la paciente.

Conclusiones

Fundamental conocer signos y síntomas de alarma.

Un dolor abdominal persistente y agudo siempre hay que estudiarlo.

La importancia de la relación médico-paciente.

Incertidumbre y toma de decisiones basadas en la Evidencia.

Seguimiento y Atención Holística de nuestros pacientes.

Palabras clave

Dolor abdominal. Obstrucción. Atención Primaria de Salud.

27.

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto: a propósito de un caso

Cabrera Fernández, Sara		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Guillén Vázquez, Jesús		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Camas (Sevilla)</i>
Borrego Gómez, M ^a José		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>

Ámbito del caso

Multidisciplinar. Atención Primaria y Medicina Interna.

Motivo de consulta

Fiebre, adenopatías y erupción cutánea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una paciente mujer de 19 años, sin hábitos tóxicos ni tratamiento habitual. Intervenido de apendicitis en la infancia y con antecedente de mononucleosis infecciosa en la pubertad.

Acude a consulta de Atención Primaria por fiebre de 10 días de evolución, con picos matutinos y vespertinos. Se acompaña de rinorrea, náuseas, vómitos, deposiciones blandas sin productos patológicos, aftas, erupciones cutáneas así como pérdida de 5 kilos de peso en un mes. No presenta otra semiología en la anamnesis dirigida por aparatos y sistemas. No convive con animales. No ha realizado viajes ni excursiones al campo. No ha presentado cuadros similares previamente.

A la *exploración física* la paciente presenta buen estado general, algo asténica, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, palidez cutánea no mucosa, eupneica, hemodinamicamente estable. TA: 112/70 mmHg. FC: 90 spm. T^a 36,3°C.

En cavidad oral existen dos aftas orales subcentimétricas en labio inferior. En mejilla izquierda se observa una placa con cierta infiltración periférica y con costra melicérica. Sobre tabique nasal, escote y dorso, pulpejos de segundo y tercer dedos de la mano izquierda y segundo dedo pie izquierdo lesiones eritematosas no ulceradas. Adenopatías submandibulares y en cadenas laterocervicales, de mayor tamaño en el lado derecho. En la auscultación cardiopulmonar se ausculta un soplo sistólico en foco aórtico y pulmonar. El murmullo vesicular está conservado.

En el abdomen presenta una hepatomegalia dolorosa de dos traveses de dedos junto con esplenomegalia. Molestias difusas a la palpación, sin defensa abdominal. Puñopercusión renal bilateral negativa. Los miembros inferiores no presentan edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Buen relleno capilar, con pulsos distales presentes.

Se solicita desde la consulta de Atención Primaria analítica con hemoglobina en 10,2 g/dl, 2.470 leucocitos por mm³ con 1.770 neutrófilos. Plaquetas en 255.000. VSG de 98 mm/h. Bioquímica general y hepática normales salvo LDH en 471 U/L. Descenso de sideremia y transferrina. Enzima convertidora de angiotensina de 53 U/L. Serología para VIH, toxoplasma, leishmania, rickettsia, coxiella, borrelia, leptospira y lúes negativa. Estudio de inmunidad negativo para anticuerpos antinucleares, anticentrómero, anti-DNA, ANA y antitransglutaminasa. Calprotectina fecal de 57,6 microg/g.

Realizamos en la consulta de Medicina de Familia ecografía cervical clínica observándose

adenopatías laterocervicales y submandibulares, fundamentalmente hipoecogénicas con tendencia a la agrupación, afectando de forma bilateral a las cadenas yugulocarotídeas, en general subcentimétricas y con hilio graso conservado, sin necrosis. La mayor mide 2,5 cm de longitud por 1,1 cm de diámetro antero-posterior. En la ecografía abdominal clínica se observa hígado y bazo con tamaño en el límite alto de la normalidad, pero considerando la altura y talla de la paciente podrían considerarse aumentados de tamaño. En ecocardiografía clínica: Ventrículo izquierdo (VI) hiperdinámico, sin identificarse alteraciones valvulares groseras. Tamaño y función del VI y ventrículo derecho normales. Ausencia de derrame pericárdico.

Dada la progresión del cuadro y la persistencia de los síntomas se consensua con la paciente la derivación a Medicina Interna para completar estudio.

Realizan hemocultivos y urocultivos negativos. TAC de tórax y abdomen con evidencia de múltiples pequeños ganglios hipercaptantes subcarinales, paratraqueales derechos y en ligamento gastrohepático, algunos de ellos más voluminosos pero de aspecto reactivo periportales. Biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía de adenopatía submandibular informada como focos de infiltrado de aspecto histiocitario, no necrotizante pero sí con imágenes de apoptosis. Para descartar la enfermedad de Gaucher se solicita la actividad quitotriosidasa en plasma que resulta negativa (47,2 nmoles/ml/hora; rango de normalidad: 4 a 76 nmoles/ml/hora).

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 19 años. Estudiante universitaria. Vive con sus padres. Estilo familiar óptimo. Buen soporte familiar. Nivel socio-cultural medio-alto.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome poliadenopático compatible con Enfermedad de Kikuchi Fujimoto. Diagnóstico diferencial con un proceso linfoproliferativo, leishmaniasis, enfermedad de Gaucher.

Plan de acción y evolución

Evolución favorable, con reducción progresiva del tamaño de las adenopatías y desaparición de la fiebre tras el tratamiento vía oral durante 2 semanas con antiinflamatorios no esteroides, permaneciendo asintomática un año después.

Conclusiones

La consulta de Medicina de Familia, como primer nivel de atención en el Sistema Sanitario, aborda una patología extraordinariamente variable y, dentro de ella, la fiebre es un motivo de consulta muy frecuente. Se debe prestar especial atención a los signos de alarma que puedan acompañarlo y realizar un seguimiento particular a cada paciente.

La enfermedad de Kikuchi es una patología rara y benigna de causa desconocida, aunque se sugiere una respuesta inmune de las células T y los histiocitos a un agente infeccioso. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes sanas y aunque es más prevalente en Asia, se ha descrito en todos los grupos raciales y étnicos. La presentación clínica más común es fiebre baja y linfadenopatía cervical, y se puede acompañar de astenia, artralgias, erupción cutánea, artritis, hepatoesplenomegalia, sudoración nocturna, náuseas, vómitos, pérdida de peso y/o diarrea. El diagnóstico se realiza mediante una biopsia de los ganglios linfáticos afectados. La histopatología diferencia esta enfermedad de otras más graves que pueda imitar. No se ha establecido un tratamiento efectivo. La resolución completa suele ser a los cuatro meses del inicio del cuadro.

La sospecha clínica y el diagnóstico precoz son fundamentales, pues la presentación clínica y las pruebas complementarias pueden simular patologías más graves que requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos prolongados y costosos, con la angustia que genera en los pacientes.

Después de una adecuada anamnesis y exploración física, con la ayuda de la ecografía, se pudo sospechar la patología para posteriormente pedir pruebas complementarias y derivar de forma precoz.

Palabras clave

Linfadenitis necrotizante histiocítica. Linfadenopatía. Diagnóstico.

Bibliografía

Kucukardali Y, Solmazgul E, Kunter E, y col. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto: análisis de 244 casos. Clin Rheumatol 2007; 26:50.

Dumas G, Prendki V, Haroche J, et al. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto: estudio retrospectivo de 91 casos y revisión de la literatura. Medicina (Baltimore) 2014; 93: 372.

Mansoor CA, Shemin Z. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto con múltiples características extra-nodales: una imitación clínica. Reumatismo. 2019; 71: 105.

28.

Eritema pernio. Inicio de un lupus

Vázquez Alarcón, Rubén Luciano		Especialista en MFyC. Tutor. CS de Vera (Almería)
Milena Camargo, Laura		Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)
Mariñas Berenguer, Juan Carlos		Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)

Motivo de consulta

Inflamación 1^{er} dedo ambos pies.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: NOAMC. No antecedentes de interés. Mujer de 14 años que consulta por tener desde hace 20 días inflamación y dolor en los dos 1º dedos de ambos pies. No refiere contusión previa ni cambio de calzado. Comenta que se inicia con una salida de hematoma, la cual continúa con una ampolla, y posteriormente se erosiona la piel y sangra.

Exploración: pulsos medios y tibiares anteriores presentes y simétricos. En la planta de ambos dedos de los pies se aprecia hematoma con una vesícula y herida tipo erosiva del pulpejo del dedo derecho. Las uñas de ambos pies se aprecian de una coloración amarillenta. Artritis de las articulaciones interfalángicas de los dos 1ºs dedos de los pies. Exantema malar leve.

Pruebas complementarias: se realiza analítica con anticuerpos, donde se aprecia ANA +, antiDNA +. Factor reumatoide negativo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Familiares de primer grado ascendentes sin patología. Hermano más pequeño asintomático.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: eritema pernio. Lupus.

Diagnóstico diferencial: sabañón. Quemadura por fricción. Síndrome de Raynaud.

Plan de acción y evolución

Se ha derivado a consulta de reumatología para confirmación y seguimiento de la enfermedad autoinmune. Se trató con corticoides en crema y se aconsejó que se evitara el cambio de calzado y que tuviera calcetines con grosor para evitar el frío distal. Ha evolucionado favorablemente a las semanas de la consulta.

Conclusiones

El eritema pernio o sabañón como se suele conocer, puede ser ocasionado por los meses del frío, en la mayoría de los casos no conlleva ninguna enfermedad o gravedad posterior, pero hay que hacer un diagnóstico diferencial para descartar enfermedades de interés como es en este caso el lupus.

Palabras clave

Chilblains, lupus vulgaris. Eritema pernio. Lupus vulgar.

29.

“Estoy perdiendo la memoria”

Sánchez García, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bellavista. Sevilla</i>
Vilches Cabezas, Rafael		<i>Médico Residente de MFyC. CS Bellavista. Sevilla</i>
Lebrero Ferreiro, Rafael		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Bellavista. Sevilla</i>

Motivo de consulta

Mujer de 74 años que consulta por quejas mnésicas en los últimos meses.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 74 años, con AP de hipertensión y patología tiroidea, que acude por quejas mnésicas al centro de salud en Enero de 2019. Se le realizó miniexamen cognitivo de Lobo, donde obtuvo una puntuación de 26 puntos (Se considera deterioro cognitivo <23-24 puntos).

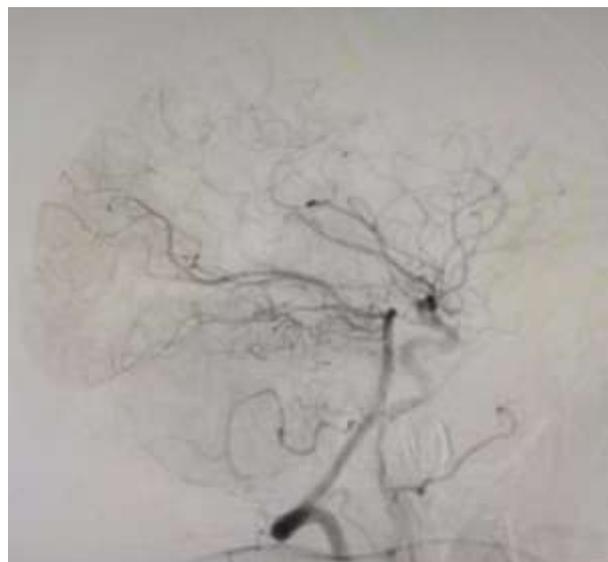
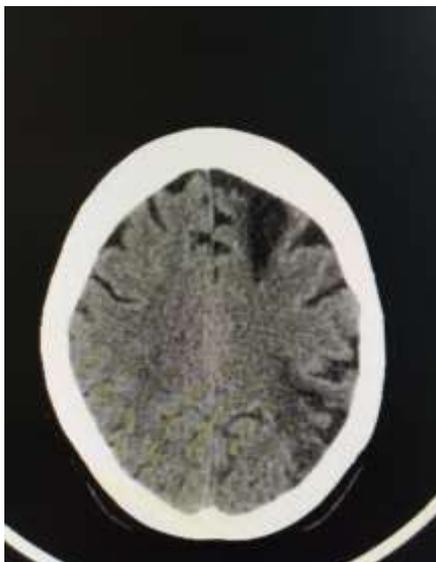
La paciente presentaba también episodios autolimitados de “mareo”, con sensación de inestabilidad sin giro de objetos que controlaba con betahistina puntualmente.

La exploración neurológica en dicho momento era rigurosamente normal. Se solicitó analítica que objetivó déficit de B12 y se comenzó el tratamiento farmacológico del mismo.

En Mayo de 2019 la paciente volvió a consultar por el mismo motivo, obteniendo en esta ocasión una puntuación de 24 puntos en MEC de Lobo. En la exploración se objetivó también bloqueo del lenguaje y cierta dificultad para nominar, que había aparecido súbitamente durante el mes de abril. En vista estos hallazgos y dada la rápida progresión, se deriva a la paciente a Neurología.

La paciente fue citada en Junio de 2019, pero la cita se perdió y fue reclamada posteriormente en Julio del mismo año, acudiendo finalmente en Septiembre de 2019 a ser valorada por primera vez.

En la primera visita en Neurología, se realiza una exploración neurológica con algo de bloqueo en el lenguaje e incapacidad para nominar “bolígrafo”. Hipoalgiesia comparativa en miembros superiores derecho, con resto normal. Se solicitan TC craneal y analítica. El TC craneal muestra secuelas de antiguos eventos isquémicos a nivel frontal izquierdo en territorio frontera de ACA-ACM izquierda y a nivel parietal izquierdo en territorio de ACM izquierda.



En vista de estos resultados, se solicita Eco-Doppler que muestra tronco supraaórtico compatible con oclusión vs suboclusión de ACI izquierda. ACI derecha normal. Subclavia izquierda monofásica con disminución de TA en MSI y robo intermitente de vertebral izquierda. Estenosis en origen de arteria vertebral derecha.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Disfasia motora y trastorno sensitivo en MSD secundarios a lesiones isquémicas en territorio frontera de la ACA y la ACM izquierda y a nivel parietal izquierdo en territorio de ACM izquierda. Probables AIT vertebro basilares.

Ateromatosis grave de TSA que condiciona oclusión de ACI izquierda, síndrome de robo de subclavia izquierda con robo intermitente sobre vertebral izquierda y estenosis en origen de vertebral derecha.

Plan de acción y evolución

La paciente ingresó de forma programada en Neurología y se realizó una angioplastia-stent de ASI sin complicaciones, con buen resultado final.

Evolución: en la exploración neurológica previo al alta hospitalaria tras la angioplastia la paciente solo presentaba cierta hipoalgesia del MSD con respecto al contralateral, siendo el resto de la exploración normal.

El *juicio clínico* al alta de la hospitalización fue el siguiente: estenosis grave sintomática (AIT vertebrobasilares) de ASI, con robo intermitente de la vertebral, tratada mediante angioplastia-stent.

Ictus hemisférico izquierdo en territorio pfrontera de la ACA y l ACM izquierda y en territorio posterior de la ACM izquierda en relación con oclusión crónica de la ACI.

Estenosis moderada en origen de A. vertebral derecha.

En las sucesivas consultas en AP, la paciente se muestra ya prácticamente asintomática. No presenta las quejas mnésicas que motivaron su consulta inicialmente y mantiene un lenguaje fluente sin bloqueos. Tampoco presenta los episodios de mareo de los que aquejaba inicialmente.

Conclusiones

A veces, por la edad del paciente podemos atribuir, de manera errónea, sus quejas mnésicas o su sintomatología neurológica a un deterioro cognitivo crónico en el que poco o nada puede influir nuestra intervención. No obstante, hay que ser inconformista y realizar revisiones y buenas exploraciones en estos pacientes, dado que en ocasiones, como en este caso, el proceso que lo causaba era mucho más importante y, como hemos podido ver, parcialmente reversible, siendo una actitud proactiva fundamental para detectar la progresión e iniciar las medidas oportunas para tratar la causa y mejorar con esto la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave

Dementia, Stroke, Subclavian steal syndrome.

30.

Evolución tórpida de un Síndrome de Lemierre

Romo Guajardo-Fajardo, Catalina		Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)
Ballesteros Barrón, María		Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)
Largaespada Pallavicini, Guillermo		Especialista en MFyC. Tutor. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)

Motivo de consulta

Tumoración cervical izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 60 años, sin alergias medicamentosas conocidas, diabética, dislipémica, monorrena e hipotiroidea en tratamiento con Eutirox 25mg, metformina 12.5/empaglifozina 1000mg y simvastatina 80mg, que acude a la consulta de atención primaria por presentar de forma repentina tumoración cervical izquierda, muy dolorosa a la palpación y movilización del cuello, sin dificultades en la deglución y sin fiebre.

A la *exploración*, se aprecia tumoración de unos 10 cm de diámetro adherida a planos profundos, de consistencia pétreo, dolorosa a la palpación, que no se moviliza a la deglución. Insistimos en la posibilidad de que dicha tumoración existiera desde hacía unos meses y no se hubiera apreciado hasta hoy pero la paciente insiste en su aparición ha sido repentina por lo que se decide derivación hospitalaria urgente para valoración.

Pruebas complementarias: a su llegada a urgencias hospitalarias se solicita analítica con hormonas tiroideas y ecografía cervical, así como RX tórax donde no se aprecian hallazgos patológicos. Analíticamente se encuentra dentro de la normalidad con valores tiroideos normales y PCR y procalcitoninas normales, y tras valorar por eco, donde se observa lesión de probable origen vascular se decide realización de TAC de cuello para estudio con mayor precisión.

EN TAC de cuello se aprecia lesión mal definida de unos 7 cm de diámetro máximo, longitudinal hipodensa que se extiende hacia espacio carotideo y rodea a carótida interna izquierda desde su origen, en probable relación con proceso inflamatorio. Resumen: Proceso inflamatorio en espacio carotideo izquierdo que engloba a carótida interna con probable trombosis de la yugular interna (S. Lemiere).

Se comenta el caso con cirugía vascular y con otorrino y ante la estabilidad de la paciente se decide ingreso en planta de medicina interna para completar estudio y tratamiento antitrombótico y antibioterapia empírica con intención de valorar posible origen infeccioso vs neoplásico.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 60 años, hija única, cocinera de profesión, cuidadora de sus padres ancianos y pluripatológicos, divorciada, con dos hijos y cuatro nietos a los que cuida mientras sus hijos trabajan.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Problemas: Síndrome de Lemierre. Linfoma difuso de células grandes subtipo centro germinal.

Diagnóstico diferencial: Bocio, absceso, masa cervical.

Plan de acción y evolución

Durante su ingreso en planta se realizan TAC reglado de cráneo, cuello, tórax y abdomen, así como ecocardiografía y biopsia de ganglio linfático cervical con estudios sin hallazgos novedosos en las pruebas de imagen y pendiente de resultados de AP que fueron resultantes para linfoma difuso de células grandes subtipo centro germinal.

Ante la estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente se da alta a domicilio con cita próxima en consultas de Hematología, anticoagulada con HBPM pendiente de valoración de inicio de QT.

Evolución y plan de acción: previo a dicha cita, la paciente acude de nuevo, con deterioro del estado general, crisis de hipoglucemias, febrícula. La paciente refiere encontrarse desbordada con una situación que ha llegado repentinamente y se siente culpable por la situación complicada que dejaría atrás si ella falta.

48 horas después la paciente fallece.

Conclusiones

La paciente antes de presentar dicho proceso, combina vida complicada entre su trabajo, su divorcio y la presión de cuidadora de padres y nietos que se vive de manera tan frecuente en personas de edad media como es esta paciente. La enfermedad da un giro completo a su vida, teniendo que ser ella la que recibe los cuidados y presenta mal estado general.

Palabras clave

Linfoma difuso de células grandes, Síndrome de Lemiere.

31.

Fase secuelar facial tras Herpes Zoster

Cardoso Cabello, David		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Varo Muñoz, Araceli		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Gabaldón Rodríguez, Inmaculada		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>

Ámbito del caso

Presentamos un caso de herpes zoster con afectación las dos ramas del nervio facial que evoluciona de manera tórpidas. Es diagnosticado y tratado por Atención Primaria, Neurología, Otorrinolaringología, Fisioterapia y Rehabilitación. Adjuntamos imágenes del caso, tras consentimiento del paciente.

Motivo de consulta

Desviación de la boca, hipoacusia izquierda y sensación acorchamiento de hemicara izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: hombre de 71 años que acude a consulta de Atención Primaria por lesiones vesículo-costrosas agrupadas en hemicara izquierda (desde mentón hasta conducto auditivo externo) de cinco días de evolución, que asocia desviación de la comisura bucal a la derecha, sensación de acorchamiento de hemicara izquierda, hipoacusia izquierda, alteración de la sensibilidad gustativa y dificultad para cerrar ojo izquierdo de 48 horas de evolución. Inicia tratamiento con Valaciclovir 1 gramo cada 8 horas pautado en urgencias. No fiebre ni ninguna otra sintomatología sistémica. En consulta, juicio clínico de parálisis facial periférica izquierda por virus de herpes zoster.

Entre sus antecedentes personales encontramos diabetes mellitus tipo 2, obesidad, psoriasis y cardiopatía isquémica con angor no revascularizada. No reacciones adversas medicamentosas conocidas. Nunca antes había tenido lesiones herpéticas.

Como tratamiento habitual simvastatina 40 mg, nebulolol 5mg, ácido acetilsalicílico 100mg, metformina 850mg, tamsulosina 400mcg, alopurinol 100mg, omeprazol 20mg y calcipotriol 50mcg/betametasona 500mcg espuma cutánea.

En consulta, se le pauta Deflazacort 30mg cada 24 horas con pauta descendente, parches oculares, lágrimas artificiales.

Imagen 1: Lesiones dermatológicas



Imagen 2: Parálisis Facial Periférica



Tras la consulta, el paciente decide acudir a Neurología de Hospital privado pasados 3 días sin mejoría significativa de la parálisis y aparición de neuralgia postherpética. Tras sucesivas consultas en hospital privado, realización de Resonancia Magnética Cerebral sin contraste y estudio neurofisiológico del nervio facial, juicio clínico concordante con el previamente establecido: Síndrome de Ransay-Hunt.

Exploración: buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Sin signos de meningismo. Funciones corticales conservadas. Lenguaje coherente. No afasia. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movilidad ocular extrínseca conservada. No alteraciones campimétricas por confrontación.

Desviación de la comisura bucal, disartria leve, dificultad para cerrar párpados izquierdos, epifora, disminución de la sensibilidad en hemicara izquierda.

Placas eritemato-costrosas extendidas desde línea media de región labial y mentón hasta conducto auditivo externo izquierdo.

Pruebas complementarias

** RMN Cerebral sin contraste: signos de envejecimiento cerebral con atrofia cortico-subcortical e imágenes compatibles con leucoencefalopatía isquémica de pequeño vaso, posiblemente secundaria a aterosclerosis.

** Estudio Neurofisiológico del Nervio Facial: estudio compatible con una neuropatía avanzada del nervio facial izquierdo con pérdida de volumen axonal y signos de degeneración.

** Analítica: sin hallazgos relevantes.

Enfoque familiar y comunitario

Hombre de 71 años de edad, independiente para todas las ABVD. Con buen soporte familiar. Con recursos sanitarios privados. Jubilado y en fase de contracción familiar completa, familia madura.

Plan de acción

En las sucesivas consultas, el paciente mejora parcialmente de la neuralgia postherpética, por lo que se permite reducir el tratamiento analgésico pautado (paracetamol, metamizol, lidocaína en parches, cloracepatodipotásico, tegretol 200 mg cada 8 horas y amitriptilina 25 mg cada 24 horas). No ocurre así, con la parálisis facial periférica. El paciente aporta informes de la terapéutica realizada en hospital privado: fisioterapia y rehabilitación, acupuntura y estimulaciones del nervio facial. Por último, le proponen la posibilidad de tratamiento quirúrgico que rechaza.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de Ramsay-Hunt, parálisis idiopática o de Bell, parálisis post cirugía ótica, otitis agudas, otitis crónicas (colestomatoma, osteítis), neurinoma acústico (más raro, cursando con parálisis progresiva), afectación del ganglio geniculado en el contexto de infección.

Evolución

Comenzó con juicio clínico de Herpes Zoster Facial vs Lesiones dermatológicas a filiar. A lo largo de los días, el proceso tuvo una evolución tórpida, asociando hipoacusia y parálisis, necesitando la valoración de diferentes especialidades. Siendo confirmado el Síndrome de Ramsay-Hunt grave refractario.

El paciente, actualmente padece diferentes secuelas post-herpéticas como son la parálisis facial periférica, la disminución de la sensibilidad gustativa e hipoacusia oído izquierdo que han mejorado levemente tras múltiples tratamientos.

Imagen 3: Secuelas post-tratamiento



Conclusiones

El paciente de 71 años inicia tratamiento antiviral 5 días tras la aparición de la dermatitis, cuando aparece la parálisis motora del facial e hipoacusia, es diabético y realiza tratamiento tópico para la psoriasis, asocia epífora y ageusia, lo que orienta a una afectación proximal del VII par, todos ellos factores de mal pronóstico.

La resonancia magnética nuclear sin contraste es inespecífica como técnica diagnóstica si no evalúa la captación del contraste de gadolinio por el nervio.

Palabras clave

Síndrome de Ramsay-Hunt, Herpes Zoster, Parálisis Facial Periférica.

32.

Granulomatosis con poliangeitis en varón de 65 años

Morillas Romero, Mariola		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
López Cruz, José Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
Pacheco Herrera, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>

RESUMEN**Motivo de consulta**

Dolor abdominal y poliartralgias.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 65 años que acude por dolor abdominal irradiado en cinturón y vómitos que no mejora con tratamiento, se decide derivar a Urgencias hospitalarias para continuar estudio y control sintomático.

A la *exploración* presentó buen estado general, hidratado, auscultación cardiopulmonar normal, edema en miembros inferiores con fovea, artralgia generalizadas, analíticamente PCR 403.4mg/L, Hb 9.8 g/dL, leucocitosis con neutrofilia y dímero- D 4248 ng/ml. Se realizó Angio-TAC con resultado negativo para Tromboembolismo Pulmonar, pero se evidencio nódulos pulmonares cavitados. Ingreso en Medicina Interna para continuar estudio.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente original de Inglaterra con gran barrera idiomática.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Dado el resultado del Angio- TAC se valora la posibilidad de lesiones inflamatorias/ infecciosas o de origen metastáticos. Según el resultado de las pruebas complementarias de inmunidad se realiza un diagnóstico diferencial entre diferentes tipos de vasculitis.

Plan de acción y evolución

Confirmado la presencia de ANAs positivo C-ANCA se decide inicio de tratamiento con corticoide, inmunosupresor y biológico.

Conclusiones

La identificación de los primeros síntomas, el seguimiento de la clínica y un tratamiento precoz evitan mayores complicaciones en nuestro paciente.

Palabras clave.

Granulomatosis with polyangiitis, Vasculitis, Anti neutrophil cytoplasm antibodies.

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Dolor abdominal y artralgias generalizadas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 65 años con los siguientes antecedentes personales:

No refiere patologías previas. No alergias medicamentosas. No fumador. Ex bebedor de vino. No Factores de riesgo cardiovascular. Intervenciones quirúrgicas: sinus pilonidal, apendicectomía.

Paciente de 65 años que acude a consulta de urgencias de Atención Primaria por epigastralgia intensa irradiado en cinturón, que incluso llega a despertarlo por la noche, náuseas y vómitos y sensación disneica de varios días de evolución que no cedía con tratamiento analgésico (ibuprofeno 600mg cada 8h y paracetamol). Además comenta fiebre de predominio vespertino y sudoración profusa de dos meses de evolución con pérdida de peso de unos 12Kg en los últimos meses pero que lo relaciona con la realización de ejercicio físico intenso.

Niega alteración del hábito intestinal. No clínica miccional. No ictericia muco-cutánea.

Debido a la clínica que presenta el paciente y tras tratamiento sintomático sin mejoría, se decide derivar al servicio de Urgencias hospitalaria para valoración y completar estudio.

A su llegada el paciente comienza con un cuadro de dolor articular generalizado (hombros, codos, muñecas, tobillos, carpos, IFP de ambas manos, cadera y columna lumbar), pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores y superiores y sudoración.

Exploración física: estado general conservado, consciente, orientado, hidratado y profundido, palidez cutánea.

Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

MMII: edema con fóvea hasta tercio medio de ambos MMII, doloroso a la palpación, no signos de TVP.

Rigidez articular generalizado con intenso dolor a la movilización.

Exploración neurológica: normal.

Adenopatías en región cervical, inguinal y axilar izquierda.

Pruebas complementarias

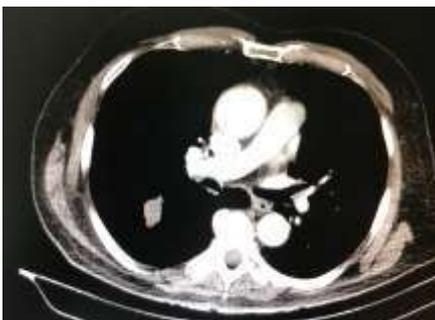
TA: 121/81 mmHg. FC 63 lpm. SatO₂ 91% basal.

ECG en ritmo sinusal a 70 lpm, eje 90°, intervalo PR normal, QRS estrecho, intervalo QTc normal, buena progresión en precordiales. No alteraciones de la repolarización.

Análítica de urgencias: PCR 403.4mg/L, Hb 9.8 g/dL, leucocitosis con neutrofilia, dímero- D 4248 ng/ml.

Radiografía de tórax en urgencia: hilios engrosado, con aumento de la trama broncovascular.

Angio- TAC de Tórax: no defectos de repleción en las arterias pulmonares. Nódulos bilaterales, a valorar la posibilidad de lesiones inflamatorias/ infecciosa o de origen metastásico.



Enfoque familiar y comunitario

Varón de 65 años natural de Inglaterra que lleva en viviendo en nuestro país unos 20 meses con gran barrera idiomática, vive en medio rural, pero no refiere contacto con animales. Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Está divorciado, vive solo, tiene dos hijas que viven en Inglaterra. Nivel socio-cultural medio.

Plan de acción y evolución

Se decide ingreso a cargo de Medicina Interna para estudio y se inicia tratamiento, se solicita TAC abdomen, tórax y cuello, serología, analítica con perfil reumático y autoinmunidad.

Se produce un empeoramiento clínico con lesiones isquémicas acrales en ambas manos, lesiones petequiales en cara ventral de ambos miembros inferiores, aparición de ulcera vascular en tobillo izquierdo y edemas severos con fóvea.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

El resultado del TAC confirma los nódulos pulmonares cavitados e imágenes sugestivas de coledocistitis. Se plantea como primera posibilidad diagnóstica una vasculitis. El resto de pruebas fueron orientadoras al diagnóstico con el siguiente resultado, analítica con perfil de enfermedad reumática (PCR 341 mg/L, VSG 117 mm/h, FR 36.1UI/mL, ferritina 3344.8 ng/mL, leucocitosis con neutrofilia 82,10% y trombocitosis 965000) Marcadores tumorales negativos, serología negativa y Anticuerpos antinucleares positivos con C-ANCA PR3 positivo y P-ANCA MPO negativo.

Se inició tratamiento de inducción con prednisona 1mg/Kg/día VO 4 semanas, con descenso posterior. Metrotexato 0.3mg/Kg/semanal durante 12 meses y ácido fólico el día posterior. Cotrimoxazol (Trimetoprim- sulfametoxazol 800/160mg) cada 12h días alternos a la semana y tratamiento biológico con ciclofosfamida/ rituximab que rechaza, ya que solicita el traslado a su país.

Conclusiones

La Granulomatosis con Poliangitis (C-ANCA) es una enfermedad multisistémica que afecta a los vasos de pequeño calibre, es una vasculitis necrotizante, inflamatoria y con formación de granulomas que afecta al tracto respiratorio y sistema renal. Mayor incidencia en adultos entre 40-55 años. La causa es desconocida, aunque hay cierta predisposición genética, asociada a factores ambientales, infecciosos, tóxicos o farmacológicos.

33.

Importancia del manejo de medicación en un paciente anciano

Alcázar Zafra, Laura		Médico Residente de MFyC. CS Cartaya (Huelva)
Carrascal Corrales, Manuel		Especialista en MFyC. Tutor. CS Cartaya (Huelva)
Mayoral Liébanas, Laura		Médico Residente de MFyC. CS Cartaya (Huelva)

Motivo de consulta

Nerviosismo y desorientación.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 86 años con los siguientes antecedentes personales:

Alergias medicamentosas: Levofloxacin, Celecoxib, Tramadol.

Hábitos tóxicos: exfumador desde 1995. No bebedor.

Sin factores de riesgo cardiovascular.

Hernia de hiato y pangastritis crónica.

Tratamiento: Esomeprazol, Cleboprida/Simeticona, Sulpirida, Lorazepam.

Acude a urgencias traído por su hija porque ésta refiere que desde hace una semana encuentra a su padre más intranquilo y desorientado, con pérdida de fuerza generalizada y alteración del equilibrio. Debido a esto, ha comenzado a necesitar ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Además, refiere incontinencia de esfínteres de reciente aparición. Niega traumatismo craneoencefálico previo.

Exploración:

Constantes: TA 119/99 mmHg, FC 100 lpm, SatO₂ 99%. Afebril.

ACR: Rítmico a buena frecuencia y sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Abdomen: blando y depresible. Ruidos hidroaéreos conservados. No se palpan masas ni megalias. No doloroso a la palpación. Murphy y Blumberg negativos. No signos de peritonismo.

Miembros inferiores: sin edemas, ni signos de trombosis venosa ni flebitis.

Exploración neurológica: consciente con desorientación temporo-espacial. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Pares craneales sin alteraciones.

Marcha lenta e inestable con escaso braceo. Fuerza y tono muscular disminuidos en los cuatro miembros (4/5), así como rigidez articular. Sensibilidad conservada.

Pulsos simétricos y conservados en los cuatro miembros.

Pruebas complementarias:

Analítica:

Hemograma: Normal en las tres series

Bioquímica: Glucosa, urea, iones, creatinina y proteína C reactiva normales.

Sistemático de orina: Normal

TAC cráneo: atrofia cortical sin datos de patología aguda.

Se decide ingresar en planta de Neurología para ampliar estudio. La analítica solicitada, que incluía vitamina B12, ácido fólico y serología, fue normal. La resonancia magnética de cráneo mostró una atrofia cortico-subcortical y leucoaraiosis. El electroencefalograma no mostró hallazgos significativos. Durante su ingreso la evolución fue favorable, posiblemente en relación con la retirada de varios de los tratamientos previos.

Enfoque familiar y comunitario

Es viudo desde hace 4 años, vive solo, trabaja en el campo y hasta ahora era independiente para ABVD. Tiene dos hijas que viven en el mismo pueblo que él y le visitan semanalmente.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Tras descartar otras causas, se sospechó que el paciente padecía una encefalopatía tóxica en relación con los fármacos que tomaba (Sulpirida, Lorazepam, Cleboprida/Simeticona), ya que pueden afectar al sistema nervioso y provocar síntomas extrapiramidales o cuadros de desorientación y agitación, sobre todo en niños y ancianos, como es nuestro caso.

Diagnóstico diferencial: hidrocefalia normotensiva del adulto, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, infección (urinaria, respiratoria...)

Plan de acción y evolución

El paciente fue dado de alta, añadiendo Trazodona 100 mg en la cena y Citicolina 1 gr en el almuerzo. Además, se le proporcionó una cita en consultas externas de Neurología a los 6 meses.

Evolución: en la revisión con Neurología el paciente negó nuevos episodios de desorientación, agitación o limitaciones de la marcha. Sin embargo, la familia refiere que últimamente le notan pérdidas de memoria reciente y con problemas para gestionar su dinero. Además, ha dejado de conducir porque refiere no acordarse de cómo se arranca el coche. Posiblemente se encuentre en una fase inicial de Alzheimer, por lo que tras descartar alteraciones en el EKG se inicia tratamiento con Donepezilo 5 mg al día durante 1 mes y posteriormente aumentará la dosis a 10 mg al día.

Conclusiones

Los pacientes ancianos forman una parte importante del cupo de un médico de atención primaria y posiblemente sea el grupo de edad que más frecuenta nuestras consultas. Con muchos de ellos se maneja una gran cantidad de medicación, en ocasiones excesiva, por lo que debemos tener en cuenta las posibles interacciones que puedan existir entre los diferentes componentes, así como las reacciones adversas que se puedan llevar a cabo en estos pacientes, ya sea por el deterioro de la capacidad de filtración y metabolismo, o por sus patologías de base.

34.

La baja laboral como parte del tratamiento de nuestros pacientes

Romero Herraiz, Fernando		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>
Senin Roldán, Esperanza		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón. Huelva</i>
Núñez Azofra, M ^a Cristina		<i>Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>

Paciente varón de 63 años, dado de alta por el servicio de Medicina Interna por TVP proximal del MID. Acude a nuestra consulta para recoger parte de confirmación de baja laboral. Llama la atención como el paciente se encuentra con taquipnea en reposo al entrar en la consulta. El paciente refiere que desde hace 48 horas se encuentra con ligero aumento de su disnea habitual pero que no le llama la atención, así como continúa con dolor a nivel de MID, no consulta antes porque no le tocaba renovar el parte de baja hasta este día.

Motivo de consulta

Renovar la baja y disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 63 años, no presenta reacciones alérgicas medicamentosas, dislipémico. Enfermedad renal crónica secundaria a uropatía obstructiva, Carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda con componente de carcinoma papilar intraquístico en mayo 2018 (Mastectomía radical izquierda y tamoxifeno). Linfedema en seguimiento por rehabilitación. En estudio por Digestivo por hepatitis crónica por VHB con actividad. Diverticulosis colónica. Enfermedad de Gilbert.

A la *exploración* el paciente se encuentra con buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido, normocoloreado, Ligera taquipnea. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos, disminución generalizada del murmullo vesicular, sin crepitantes ni ruidos sobreañadidos, Abdomen normal. Miembro inferior derecho con aumento del mismo y mayor empastamiento. Mama derecha normal y mama izquierda con cicatriz de mastectomía bien cicatrizada. TA 148/84 mmHg, Fc 84 lpm, Sat O₂ 96%. Se realiza ECG con ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Se sospecha cuadro de Tromboembolismo pulmonar como complicación de trombosis venosa profunda por la que es dado de alta hace una semana.

Se trata de un paciente con alto riesgo trombótico, como antecedentes familiares hermano con ictus y TVP (estudio de trombofilia negativo), pertenece a nuestro cupo y padre ha padecido TVP e ictus trombótico, también de nuestro cupo. Fue diagnosticado de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, que se intervino en 2018 y con hormonoterapia con tamoxifeno.

Plan de acción y evolución

Dado el reciente ingreso por trombosis venosa profunda, así como los factores de riesgo protrombóticos del paciente se decide derivación a urgencias hospitalarias para descartar una Trombosis venosa profunda. Se confirma trombosis venosa profunda aguda bilateral con infartos pulmonares.

Conclusiones

La baja laboral no deja de ser parte del tratamiento de nuestros pacientes que requieren de un

seguimiento del mismo, así como cuando tenemos pacientes con un dolor osteomuscular y lo citamos en consulta para valorar la evolución del mismo.

Debemos valorar la evolución de aquellos pacientes que se encuentran de baja, así como las posibles complicaciones que pueden producirse.

35.

La descompensación leve de la insuficiencia cardíaca y su manejo desde el ámbito de la atención primaria

Morillo Rojas, Fátima | *Médico Residente de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva*
 Hinojosa Gallardo, Juan Luis | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Huelva Centro. Huelva*

Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 75 años con antecedentes de Insuficiencia cardíaca, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2. En tratamiento con Enalapril 20mg 1c/24h, Bisoprolol 5mg 1c/24h, Espironolactona 100mg 1c/24h y Metformina 1gr 1c/24h que hasta el momento ha presentado un buen control de su patología de base, aunque con exacerbaciones de su insuficiencia cardíaca. Acude a nuestra consulta de Atención primaria por la aparición de disnea de esfuerzo (NIHYA II/IV) de 1 día de evolución con sensación de opresión torácica.

Anamnesis: la paciente nos comenta que se trata de un dolor y una disnea que aparecen con el movimiento, no en reposo. El dolor le recuerda al que ha tenido en otras ocasiones cuando ha tenido derrame pleural debido a su patología. No ha notado palpitaciones y el dolor no se irradia. Nos comenta que su peso habitual son 52 kg (dato que objetivamos en las constantes registradas en la última consulta que había tenido lugar 4 días antes, en aquel momento la paciente se encontraba asintomática, el motivo de la misma fue la renovación de recetas).

Exploración física: auscultación cardio-pulmonar: Corazón rítmico sin soplos a buena frecuencia. MV ligeramente disminuido con crepitantes húmedos en ambas bases. Percusión mate.

Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal.

Edemas con fovea en MMII hasta los tobillos.

Pulsos presentes y simétricos en las 4 extremidades.

Tensión Arterial: 128/73

SatO₂: 97%

Frecuencia Cardíaca: 50lpm

Eupneica en reposo, ligeramente taquipneica al movimiento.

Peso actual: 53.9kg

Pruebas complementarias: se solicita Rx Urgente Posteroanterior y Lateral de tórax y se indica a la paciente que venga a recoger el resultado al final de la mañana (es una posibilidad existente en nuestro centro de salud). En la que se aprecia un ligero derrame pleural bilateral y presencia de cardiomegalia (ya descrita en estudios previos y consonante con la patología de base de la paciente).

Se solicita Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 52lpm. Eje desviado a la izquierda (descrito en estudios previos). PR normal y constante. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. No presencia de bloqueos auriculo-ventriculares ni de rama.

Se solicita analítica reglada, no fue necesaria en aquel momento para el diagnóstico pero sí para una revisión de la paciente.

Enfoque familiar y comunitario

Se pide a la paciente que contacte con su hija que vive con ella para que acuda a consulta y, entre todos, encontrar un plan de acción que sea adecuado científicamente y que puedan llevar a cabo la paciente y su familia teniendo en cuenta su contexto familiar (se consensua el tratamiento).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: derrame pleural por descompensación leve de la insuficiencia cardíaca de la paciente.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, derrame pleural paraneumónico.

Plan de acción y evolución

Se decide iniciar tratamiento con diuréticos (Furosemida 40mg 1 comprimido al desayuno y 1 al almuerzo) para favorecer la pérdida del líquido acumulado y llevar un seguimiento estrecho de la paciente, pesándola todos los días hasta que alcanzase su peso original. Además, se decide bajar la dosis de Bisoprolol a 2,5mg (con idea de volver a la dosis habitual una vez pasado el momento agudo). También se recomienda a la paciente reducir la ingesta de sal entre un 10 y un 20%.

Comunicamos a la paciente que debe contactar con el servicio de Cardiología para adelantar su cita de revisión y que si sufre un aumento brusco de su disnea u otra sintomatología de alarma debe acudir al servicio de urgencias de su hospital de referencia. No se decide enviar en aquel momento a urgencias por ser una situación que la paciente ha presentado en otras ocasiones y por la ausencia de datos de alarma en aquel momento decidimos que podía ser manejado desde Atención Primaria ya que íbamos a realizar un seguimiento continuado de la paciente (acudiría para revisión a nuestra consulta diariamente).

Evolución: la paciente presentó una evolución favorable, perdiendo 0.5kg el primer día, 0.3kg el segundo, 0.5kg el tercer día, 0.6kg el cuarto, alcanzando su peso original al quinto día. Durante las visitas de seguimiento se auscultó a la paciente con el fin de descartar la aparición de soplos y de otros ruidos patológicos en la auscultación pulmonar, además se reevaluaron las constantes de la paciente que permanecieron estables en todo momento. Desde el primer día comenzó a notar una marcada mejoría de su patología disminuyendo la disnea y la sensación de opresión en el pecho.

Conclusiones

Con este caso clínico se pretende destacar el papel del médico de familia en la atención continuada del paciente, pudiendo llevar un seguimiento estrecho de la patología del mismo y con ello ayudando a una resolución favorable de los problemas que puedan presentar. Con el tiempo y los recursos adecuados se puede manejar desde el ámbito de la atención primaria un amplio espectro de patología.

Palabras clave

Insuficiencia cardíaca, derrame pleural, tratamiento ambulatorio.

Bibliografía

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(12):1167.e1-e85. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893216305541>

Vich P, Kazemzadeh A, Ocaña I, López A, Escudero C and Sánchez MA. Abordaje de la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. SEMERGEN. 2005; 31(8): 365-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13078405>

36.

Lesiones ulcerosas y necróticas en dedos de paciente fumador

Ballesteros Navarro, Carmen M ^a		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Cuder Ambel, Augusta		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Los Rosales. Huelva</i>
Pardo Morán, M ^a Nieves		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>

Motivo de consulta

Necrosis primera falange de 2º dedo mano izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón 53 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 15 cigarrillos/día (índice tabáquico 20 paquetes/año) y bebedor de 3-4 cervezas diario. No factores de riesgo conocidos. Supuesto síndrome de Raynaud (sin informes recogidos). Estudiado en Cardiología por síncope y dolor torácico con taquicardia de QRS ancho con morfología de BCRIHH. Cardiopatía isquémica en 2012 (coronariografía: ADA con estenosis severa con colocación de stent con buen resultado angiográfico final y sin complicaciones). Sin otras intervenciones quirúrgicas conocidas. Mal cumplimentador de tratamiento (desde 2013 sin realizar ningún tratamiento).

Acude a consulta por presentar placas necróticas dolorosas en pulpejo del 2º dedo de la mano izquierda y 2º y 3er dedos de la mano derecha de unos 40 días de evolución. Frialdad y cianosis acra pero con pulsos radial y cubital palpables.

Realizamos en consulta capilaroscopia: ausencia y escasez de capilares, sobre todo, a nivel de dedo izquierdo (imposible explorar).

Acude solo a nuestra consulta, asustado y nervioso. Había visto cómo sus dedos habían ido evolucionando pero pensaba que sería algo pasajero. Vio que aquello fue evolucionando y decidió acudir. Ante el riesgo que podía suponer tal hecho, decidimos derivarlo a consultas de Medicina Interna y Cirugía Vasculard, además de derivarlo a urgencias para valoración analítica y clínica, de posibles riesgos a tener en cuenta.



Enfoque familiar y comunitario

Nos encontramos con un paciente que vive solo, con aspecto descuidado y poco apoyo familiar. Separado desde hace unos años. Actualmente desempleado. Gran fumador a diario de en torno a un paquete al día. Mal cumplimentador de tratamiento domiciliario, pues desde 2013 decidió por voluntad propia abandonar toda medicación.

En el último año, aparición de úlceras vasculares en pulpejos de dedos de ambas manos, dolorosas, que obvia y evolucionan de forma tórpida. Cuando acude a nuestra consulta, la evolución de las mismas era de 40 días, con prácticamente exteriorización de falanges óseas. Nuestro paciente llega asustado refiriendo que “se ve los dedos negros” y eso nunca antes le había ocurrido.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Establecemos por un lado, la sospecha de posible enfermedad de Buerger (típica en pacientes varones, fumadores empedernidos. Se caracteriza por ser una tromboangiitis obliterante que afecta a la vascularización de arterias de extremidades acras, dando lugar a la formación de trombos y posterior necrosis). Los síntomas pueden ir desapareciendo si el paciente deja de fumar radicalmente, pues de lo contrario, el resultado serían las múltiples amputaciones. A su vez, nos planteamos que pudiera ser secundario al síndrome de Raynaud que constaba en la historia de nuestro paciente (aunque no teníamos informes). Es cierto, que la cianosis secundaria al frío que se produce en el síndrome de Raynaud tiende a desaparecer con el calor sobre la zona afecta. En este caso no pudo evitarse de ninguna forma.

Plan de acción y evolución

Se decide derivación a Urgencias para valoración por parte de Cirugía Vasculor de forma urgente. Tras el contacto de los compañeros de urgencias con Cirugía Vasculor, se decide ingreso en Medicina Interna para estudio. Se procede a ingreso en Medicina Interna, donde se inicia antibioterapia IV y tratamiento vasodilatador (iloprost). Durante su estancia hospitalaria, el paciente evoluciona favorablemente, sin progresión de zona necrótica. Es valorado por Cirugía Vasculor no precisando tratamiento en el momento actual por no complicación. Se decidió alta y continuar tratamiento y seguimiento de forma ambulatoria.

Posteriormente, es valorado por Consultas Externas de Medicina Interna, donde tras ver la evolución del paciente, se solicitan angioTC de MMSS y ecocardiografía. El paciente continúa con prostaglandinas IV y hasta hoy mejoría clínica evidente de las lesiones, todo ello acompañado de una prohibición absoluta del consumo de tabaco. Aún no se tiene diagnóstico de certeza absoluta sobre si finalmente fue secundario a Raynaud o un síndrome de Buerger.

Conclusiones

Es necesario un abordaje multidisciplinar para un correcto seguimiento y tratamiento de este paciente. Desde el punto de vista de la Atención Primaria, obviamente un buen enfoque clínico ayudó a instaurar una terapia pronta y adecuada, dentro de las posibilidades que teníamos. Fomentar la adherencia al tratamiento como Médico de Atención Primaria, es determinante para disminuir complicaciones y reingresos. Constituye un reto del día a día, pues no son pocos los pacientes que deciden abandonar su terapia y tomar las riendas de su enfermedad, con un resultado infausto. La adherencia terapéutica es un proceso complejo, que está influenciado por múltiples factores. Fomentar la confianza, establecer una buena relación médico-paciente y lograr una sensación de escucha en nuestro paciente, ayudan a mejorar la adherencia terapéutica con mayor motivación y con una eficacia demostrada.

Palabras clave

Buerger. Necrosis. Tabaco.

37.

Linfoma en medio rural

Gómez Torrado, Raúl Manuel		Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla
Adrada Bautista, Alberto Jesús		Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla
González Álvarez, Mónica		Especialista en MFyC. EBAP. CS Santa Olalla del Cala. Huelva

Motivo de consulta

Masa en el cuello.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 17 años sin antecedentes de interés que acude al centro de salud rural por aparición en los últimos 7 días de masa laterocervical sin otros síntomas acompañantes. Niega episodios previos.

A la *exploración* buen estado general, presenta adenopatía en región supraclavicular izquierda no adherida a planos profundos e indolora a la palpación. No se palpan otras adenopatías, ni axilares ni inguinales. Sin aparente síndrome constitucional, no disnea ni disfagia, exploración faringe sin alteración de amígdalas.

Se solicita Hemograma con leucocitos 11.440/mm³ resto normal. Coagulación normal. Bioquímica con LDH 287, IgA 587 mg/dL, IgG 17480 mg/dL, IgM 318 mg/dL, Hierro 17, ferritina normal. Estudio ecográfico con presencia de múltiples adenopatías en lateral izquierdo de cuello aumentadas de tamaño programándose biopsia ecodirigida. En el estudio anatomopatológico se obtiene como resultado: Linfoma de Hodgkin Clásico, Subtipo celularidad mixta.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin.

Diagnóstico diferencia: Lipoma.

Plan de acción y evolución

Tras la obtención del diagnóstico anatomopatológico la paciente es derivada a consultas de hematología donde se solicita serología, analítica general, test de embarazo, ecocardiografía, PET/TC para el enfoque terapéutico y es derivada a consultas de reproducción para preservación ovárica.

Serología: Citomegalovirus IgG positivo, IgM negativo. V. Epstein Barr IgG positivo, IgM negativo. Hepatitis A IgG negativo, IgM negativo. Hepatitis B Ag superficie negativo, HBc negativo, HBs negativo. Hepatitis C IgG negativo. Parvovirus IgG negativo, IgM negativo. Rubeola IgG inmune. Sifilis IgG negativo. Toxoplasma IgG negativo. VIH ½ - AG P24 negativo.

Analítica 16.4.19:

Hemograma: leucocitos 11440/mm³, resto normal.

Bioquímica: LDH 287 UI/l, IgA 587 mg/dL, IgG 17480 mg/dL, IgM 318 mg/dL, Hierro 17, ferritina normal.

Tiroides normal. Coagulación normal. Prueba de embarazo negativa.

Ecocardio 25.4.19: Ventriculos izquierdo y derecho, aurículas y raíz aórtica de dimensiones normales con grosos de paredes normales. Función sistólica global conservada. No patología valvular.

PET/TC 22.4.19: Afectación linfática supradiaphragmática destacando conglomerados adenopáticos localizados en región laterocervical izquierda supraclaviculares con diámetro de hasta 4 cm, así como en regiones retropectorales y axilares izquierdas y mediastínicas anterosuperiores prevasculares y en cadena mamaria interna bilateral. Bazo presenta muy ligero incremento de captación. Resto de organismo no se aprecia alteraciones en la distribución del radiofármaco.

Se realiza tratamiento oncológico con la pauta ABVD llegando a recibir 6 ciclos.

Ultimo control PET/TC el día 12.12.19 que presenta una excelente respuesta metabólica con presencia de mínimos restos a nivel supradiaphragmático, adenopatías hipermetabólicas que sugieren persistencia de la enfermedad, así como aumento de actividad en región tímica y en médula ósea, sin claro acúmulos focales. Compatibles con reactivación secundaria al tratamiento. Actualmente pendiente de radioterapia.

Por otro lado en consultas de ginecología se realiza una exploración ginecológica con ecografía transvaginal sin hallar patología ginecológica alguna y se inicia procedimiento de preservación ovárica.

Conclusiones

A raíz de este caso creemos importante abogar por la necesidad de contar con aparatos para el estudio ecográfico de los pacientes a nivel de Atención Primaria en todos los centros, así como la promoción de la formación en dicha materia, ya que el conflicto de éste caso radicó en el hecho de que la paciente fue derivada hasta en tres ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias, decisión que fue tomada dada la edad de la paciente y la aparición aguda de los síntomas, con el objeto de ser valorada por el servicio de radiología de guardia y así disminuir el tiempo de espera en el caso de haber empleado la vía rutinaria.

Palabras clave

Linfoma, preservación ovárica, ecografía.

38.

Lo que esconde una odontalgia: tumor retromolar

Vázquez Alarcón, Rubén Luciano		Especialista en MFyC. Tutor. CS de Vera (Almería)
Mariñas Berenguer, Juan Carlos		Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)
Camargo Bello, Laura Milena		Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)

Motivo de consulta

Odontalgia recidivante.

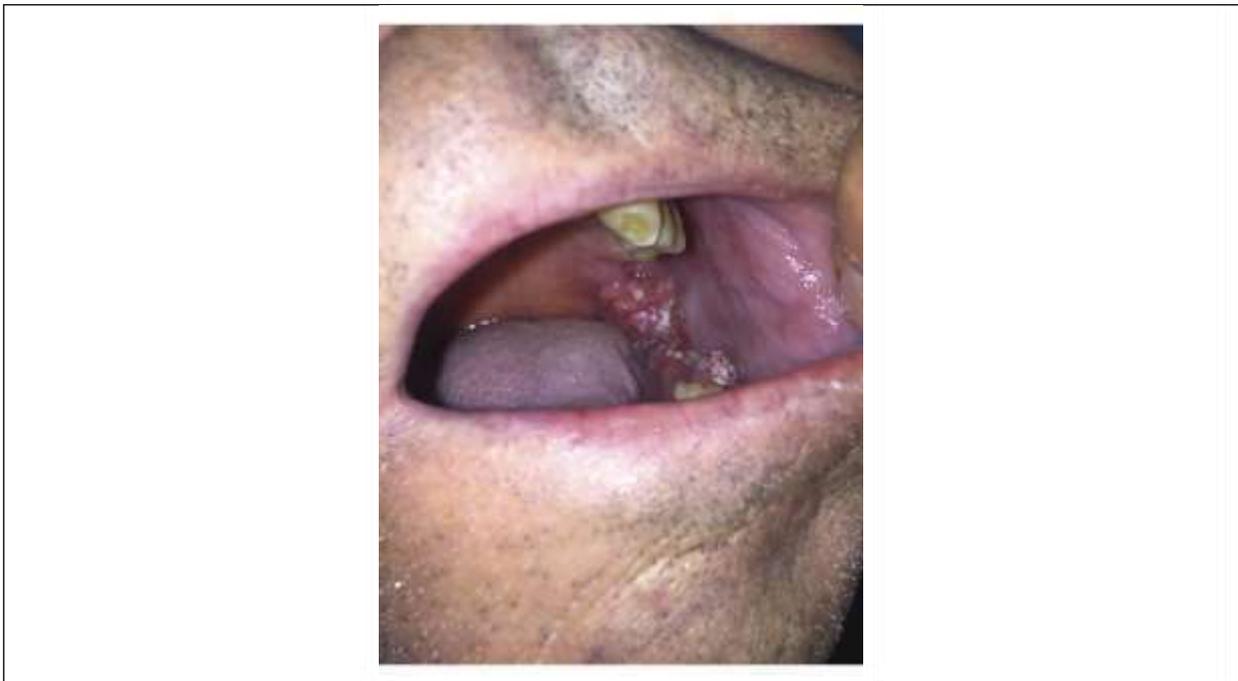
Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: antecedentes personales: fumador 60 paquidermia/año. Enolismo crónico. HTA. Carcinoma labial intervenido hace 15 años.

Acude refiriendo odontalgia desde hace varias semanas que no cede pese a la toma de paracetamol 1 gr/8h y metamizol 575 mg/8h.

Además, cuenta que se le ha caído la muela de dicha zona, y el dolor persiste con mayor incidencia nocturna.

Exploración física: se aprecia tumefacción de 4 cm longitud por 2 cm ancho con signos de exudado blanquecino en la zona retromolar izquierda, con adenopatía cervical izq.



Pruebas complementarias: Radiografía de Tórax: sin hallazgo de interés. Rx lateral de cráneo y proyección de Waters: sin signos de interés. Analítica: hemograma normal. Biopsia: carcinoma escamoso.

Enfoque familiar y comunitario

Buen apoyo familiar (casado con 2 hijos). Familia implicada en el apoyo social.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Carcinoma retromolar izquierdo.

Diagnóstico diferencial: flemón dentario. Linfoma.

Lista de problemas: fumador y bebedor importante. Se ha llevado a cabo deshabituación del tabaco en consulta, y del alcohol en el centro de desintoxicación a drogodependencias.

Plan de acción y evolución

Se derivó a consulta de otorrinolaringología, donde se realizó biopsia y confirmó el diagnóstico de carcinoma. Se realizó hemimandibulectomía izquierda con resección de tumoración, y realización de sesiones de quimioterapia, tras lo cual permanece sin recidiva del tumor.

Conclusiones

El hábito enólico y tabáquico son causas demostradas de cáncer orofaríngeo, en estos casos es importante hacer anamnesis detallada para no pasar por alto una tumoración que podría ser compatible con absceso o flemón.

Además de la importancia del seguimiento en consulta de los hábitos tóxicos para continuar reforzando la conducta.

Palabras clave

Cáncer oral. Tabaquismo. Enolismo.

39.

Lo que la anemia esconde, más que hierro

Toribio Vázquez, Julia | *Médico Residente de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva*
 García León, Miguel | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Huelva Centro. Huelva*

RESUMEN

Motivo de consulta

Síndrome constitucional.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 27 años que acude a su médico de familia por presentar desde hace 4 meses astenia, tos seca, fiebre de predominio vespertino con sudoración nocturna y pérdida de apetito.

En la *exploración física* se aprecia marcada palidez cutánea, adenopatías laterocervicales y supraclaviculares bilaterales, tensión arterial de 91/55 mmHg y fiebre de 39 °C sin foco aparente. Se decide derivar a urgencias donde se realiza analítica y radiografía de tórax objetivándose anemia marcada subsidiaria de transfusión y adenopatías hiliares, por lo que se cursa ingreso en Medicina Interna donde se amplía estudio llegando al diagnóstico definitivo mediante biopsia de adenopatía cervical.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico definitivo: Linfoma de Hodgkin tipo clásico.

Diagnóstico diferencial: síndrome linfoproliferativo, enfermedades inmunitarias o infecciosas.

Plan de acción y evolución

Tratamiento con quimioterapia y radioterapia del campo afecto así como abordaje holístico de la paciente desde Atención Primaria.

Conclusiones

Destacar la importancia de profundizar el estudio e ir más allá del síndrome clínico principal, pues en ocasiones es la manifestación de una patología de base mucho más grave.

Palabras clave

Linfoma de Hodgkin, anemia, adenopatía.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Síndrome constitucional.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 27 años con antecedente de episodios de anemización leve por menorragias, acude a su centro de salud por presentar desde hace meses astenia, malestar general, anorexia, sudoración nocturna con picos febriles de predominio vespertino junto a periodos de hipermenorreas sin otra sintomatología acompañante.

La *exploración física* impresiona de gravedad encontrando frialdad y gran palidez cutánea, tensión arterial 91/55 lpm, fiebre de 39 °C sin foco aparente, adenopatías bilaterales cervicales más predominantes izquierdas y supraclaviculares. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal así como la del resto de aparatos son normales. Dada la gravedad clínica se decide derivar a urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias en urgencias:

-Se realiza ECG donde se visualiza taquicardia sinusal.

-En analítica destaca anemia marcada con hemoglobina de 6.4, VCM 85, haptoglobina 626, ferritina 217, PCR 98 y plaquetas 608000.

-En Radiografía de tórax se distinguen imágenes perihiliares bilaterales sugestivas de adenopatías.

Se transfunde a la paciente y se ingresa en Medicina Interna con sospecha de Síndrome Linfoproliferativo para ampliar estudio.

-Se realiza analítica completa con serología vírica (VEB, CMV, VIH, hepatovirus), vitamina B 12 y ácido fólico, ECA, ANCA y ANA, anticoagulante lúpico, coombs directo, sin encontrar alteraciones significativas salvo infección pasada por VEB.

-Frotis de sangre periférica sin datos de hemólisis intravascular.

-Gen JAK2, BCR/bl1 sin alteraciones.

-Mantoux negativo.

-En TAC de cuello y tórax se visualizan múltiples adenopatías cervicales, mediastínicas, axilares y supraclaviculares, incluso intraparotídeas que forman conglomerados en mediastino anterior. Además se aprecia lesión nodular pulmonar paramediastínica anterior en lóbulo superior izquierdo por lo que se realiza PET/TC para descartar metabolismo activo.

-TC de abdomen normal.

Figura 1. Adenopatías laterocervicales en TC de cuello.



Se hace interconsulta con hematología y cirugía general para exéresis de adenopatía laterocervical izquierda captante en PET/TC con resultado anatomopatológico congruente con linfoma de Hodgkin tipo clásico, variante celularidad mixta.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Juicio clínico: anemia severa sintomática de procesos crónicos secundaria a linfoma de Hodgkin tipo clásico, variante celularidad mixta, agudizada por componente de ferropenia adicional. Finalmente se deriva a hematología.

Se comunica el nuevo diagnóstico a la paciente y su madre a quienes les cuesta asimilar la noticia, provocando en las mismas un estado de angustia y negación. Ambas se encontraban viviendo un acontecimiento familiar estresante por el fallecimiento reciente de su padre, por lo que fue

esencial el seguimiento desde Atención Primaria haciendo un abordaje psicosocial.

El linfoma de Hodgkin es una neoplasia linfoide monoclonal de origen B que constituye el 1% de todas las neoplasias y es más frecuente en varones. Clínicamente se caracteriza por la aparición de adenopatías periféricas, fundamentalmente cervicales y en segundo lugar mediastínicas, no dolorosas. Puede acompañarse de síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso). La forma usual de diseminación es por contigüidad, a través de la vía linfática.

La OMS clasifica al Linfoma de Hodgkin en dos tipos:

- Forma clásica.
- Forma no clásica.

Dentro de la forma clásica existen 4 variantes histológicas distintas:

VARIANTES	PREVALENCIA	POBLACIÓN	CARACTERÍSTICAS	PRONÓSTICO
ESCLEROSIS NODULAR	40 - 75 %	Mujeres Jóvenes	Afectación mediastínica Curso indolente	Buen pronóstico
CELULARIDAD MIXTA	20 - 40 %	Edad media	Síntomas sistémicos Estadios avanzados	Pronóstico intermedio
PREDOMINIO LINFOCITARIA	5 - 15 %	Edad media	No síntomas B Estadios precoces	Mejor pronóstico Alta supervivencia
DEPLECIÓN LINFOCITARIA	< 10 %	Edad avanzada	Presencia de síntomas B Estadios avanzados	Mal pronóstico

Tabla 1.Variantes histológicas del Linfoma de Hodgkin tipo clásico.

Su estadificación viene determinada por la clasificación de Ann-Arbor-Cotswold:

Estadio	Área involucrada
I	Grupo ganglios linfáticos único
II	Múltiples ganglios en el mismo lado del diafragma
III	Múltiples ganglios en ambos lados del diafragma
IV	Múltiples sitios extraganglionares o enfermedad extraganglionar
X	Masa Bulk mayor de 10 cm
E	Extensión extranodal
A/B	Ausencia o presencia de síntomas B

Tabla 2.Clasificación de Ann-Arbor modificada por Cotswolds.

Diagnóstico diferencial: Linfoma No Hodgkin. Leucemias. Metástasis. Enfermedades inflamatorias (LES). Enfermedades infecciosas (VEB...).

Plan de acción y evolución

Según la estadificación de Ann-Arbor la paciente se encontraba en un estadio II por lo que fue tratada con 8 ciclos de quimioterapia con esquema tipo ABVD seguida de radioterapia de campo afecto.

La paciente fue seguida desde Atención Primaria donde se hizo un abordaje integral, tratando las complicaciones del tratamiento y ofreciendo apoyo psicológico a la paciente y su madre mediante visitas programadas con la psicóloga del centro de salud y con su médico de familia.

Conclusiones

- Destacar la importancia de conocer los signos típicos de esta enfermedad así como la necesidad de indagar en el síntoma principal.
- Siempre sospechar patología maligna ante adenopatías supraclaviculares y síndrome constitucional.
- Abordar no sólo el problema principal de la paciente sino también los problemas secundarios al mismo así como velar por la salud de los pacientes en todas las esferas (física, psicológica y social), lugar donde el Médico de Atención Primaria tiene un papel principal.

Bibliografía

- www.cancer.org/es/cancer/linfoma-hodgkin
- www.uptodate.com

40.

Lumbalgia por neoplasia pulmonar no sospechada

Rodríguez Vázquez, Aurora		Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla
Gálvez García, M ^a Magdalena		Especialista en MFyC. Tutora. CS La Candelaria. Sevilla
Gómez Torrado, Raúl Manuel		Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla

Motivo de consulta

Hemiparesia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Descripción del caso: paciente varón de 61 años que acude a urgencias de traumatología por hemiparesia de hemicuerpo izquierdo. Pendiente de valoración en aparato locomotor por lumbociatalgia de un mes de evolución refractaria a tratamiento en atención primaria. Pérdida de más de 15 kg en un mes. No sudoración ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: aceptable estado general, palidez cutánea. Eupneico en reposo y al habla. Glasgow 15/15. Funciones superiores conservadas. PINL. MOEC. No rigidez de nuca. No asimetría facial. No bradipsiquia. No adneopatías laterocervicales.

ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Fuerza 3/5 MSI y MII. Fuerza 5/5 MID y MSD. Sensibilidad conservada.

Rx cervical y lumbar: signos degenerativos.

Rx tórax: masa pulmonar derecha de gran volumen.

TC craneal: LOE redondeada hiperdensa en pedúnculo cerebral derecho de 12 mm que ejerce efecto masa. Edema perilesional

TC tórax y abdomen y pelvis: masa pulmonar derecha compatible con Ca broncogénico con adenomegalias mediastínicas bilaterales, derrame pleural Loes hepáticas y metástasis óseas.

Análítica: anemia microcítica hipocrómica. Serie blanca normal. Plaquetas en rango.

**Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)**

Juicio clínico: neoplasia pulmonar con metástasis cerebral.

Diagnóstico diferencial: LOE cerebral de origen infeccioso. (Tuberculosis)

Plan de acción y evolución

Evolución: el paciente pasa de urgencias de traumatología a urgencias del hospital general, donde ingresa en observación y a continuación en medicina interna. Es dado de alta con interconsulta con cuidados paliativos. En domicilio recibe la visita de su médico de familia y residente que es quien lo

había atendido en Urgencias, quien instaura tratamiento sintomático y sedoanalgesia. El paciente empeora, aumentando su disnea, por lo que ingresa de nuevo. Aparece derrame pleural hasta tercio medio de pulmón derecho. A pesar de toracocentesis, la evolución es tórpida y el paciente fallece a las horas del ingreso, tras pauta de perfusión de morfina.

Conclusiones

Destacar la importancia de atención primaria, que había derivado al paciente para continuidad de estudios a rehabilitación tras sospecha de lumbalgia con datos de alarma. El hecho de que el paciente fuese atendido en urgencias por un residente que pertenecía a su centro de salud permitió un seguimiento inmediato y estrecho entre Urgencias y primaria. Subrayar la alta demanda que tiene cuidados paliativos, que no tuvo tiempo de visitar al paciente antes del éxitus.

Palabras clave

Lumbalgia Neoplasia pulmonar

Bibliografía

Garro Vargas K. Lumbalgias. Medicina Legal Costa Rica. 2012; 29.

Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y Atención Primaria: aspectos de Organización. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2000.

41.

Mamá, me duele el ojo

Pardo Morán, M ^a Nieves		<i>Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
Rovira Roña, Ramón		<i>Especialista en MFyC. CS Los Rosales. Huelva</i>
López Díaz, Román		<i>Especialista en Pediatría. CS de San Juan del Puerto (Huelva)</i>

Motivo de consulta

Acude a la consulta de Atención Primaria de pediatría una niña de siete años con su madre indicando que presenta molestias oculares de tres días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que presenta dolor en ojo derecho y aumento de inflamación de forma progresiva desde hace tres días. No fiebre, no alteración de la visión, no fotofobia.

Acudió el día que se inició la sintomatología, el 15 de Marzo de 2019, al Servicio de Urgencias del Hospital y fue vista por oftalmólogo que inició tratamiento tópico con tobramicina cada 4 horas por posible conjuntivitis, describe la exploración como conjuntiva hiperémica y leve inflamación palpebral derecha.

En nuestra consulta el 18 de Marzo. La paciente presenta buen estado general, buen coloración mucocutánea, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación. Observamos persistencia de hiperemia conjuntival y edema en ambos párpados de ojo derecho. Pupilas isocóricas normoreactivas. Córnea normal. Fondo de ojo normal. Buena motilidad ocular y de pares craneales faciales. Motilidad y sensibilidad conservada en miembros. Romberg negativo.

Debido a la falta de mejoría iniciamos antibioterapia oral de amplio espectro por posible blefaroconjuntivitis y analgesia de primer escalón.

Consulta de nuevo a los Servicios de Urgencias Hospitalarios de Pediatría el día 19 de Marzo, preocupados por progresión del cuadro y ausencia de alivio de los síntomas. En Urgencias les atiende un Residente de Familia de segundo año y consulta al adjunto de referencia el caso. Se decide mantener el tratamiento y aconsejan acudir a su médico de atención primaria en 48 horas si no se mejora el cuadro.

Acude a consulta al día siguiente, el 20 de Marzo. En ese momento presenta diplopía y cefalea. No otra clínica asociada. En la exploración encontramos edema palpebral superior e inferior más significativo, hiperemia conjuntival, como novedoso apreciamos exoftalmos, extropia del ojo derecho.

Enfoque familiar y comunitario

La familia ha acudido un total de cuatro veces a servicios sanitarios, y ha sido la progresión del cuadro lo que ha determinado la realización de pruebas y el enfoque de la paciente.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

La paciente presenta un pseudotumor orbitario.

Como *diagnósticos diferenciales* encontramos la blefaroconjuntivitis, celulitis preseptal, absceso orbitario.

Plan de acción y evolución

Debido a la progresión de los síntomas contactamos con Servicio de Oftalmología, quienes solicitan un TAC craneal urgente, obteniendo el diagnóstico de certeza de Pseudotumor Orbitario. Ingresa en el Servicio de Oftalmología para tratamiento corticoideo intravenoso y estudio complementario. Se solicita analítica con hemograma, hormonas tiroideas e inmunidad que resultó normal.

Conclusiones

El Pseudotumor Orbitario es una entidad de naturaleza inflamatoria, afectando a la órbita de manera difusa, pudiendo dar lugar a dacrioadenitis, miositis, vasculitis, neuritis. La clínica de dolor, edema palpebral, exoftalmos axial, y dificultad para realizar los movimientos oculares no siempre están presentes. Si la afectación es bilateral debemos pensar en una enfermedad multisistémica. El TAC es el método diagnóstico de elección. Pseudotumor orbitario. Raro en niños, manifestándose de manera bilateral en un 13%, con una recurrencia de 37%.

Palabras clave

Orbital pseudotumor, diplopía, patología orbitaria pediátrica.

42.

Manejo ante un debut simultaneo de diabetes mellitus tipo 1

Ruiz Molina, Isabel		<i>Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Cuéllar Lloclla, E. Arturo		<i>Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de Valme. Sevilla</i>
Martínez Prieto, Ángeles		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>

Motivo de consulta

Polidipsia, poliuria y pérdida de peso involuntaria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 35 años con antecedente familiar de padre con diabetes mellitus tipo 2 y sin antecedentes personales de interés que consultó a su médico de atención primaria por cuadro clínico compatible con polidipsia, poliuria y pérdida de peso involuntaria en los últimos dos meses, no presentaba proceso infeccioso reciente.

En la *exploración física* inicial se observó un sobrepeso leve, IMC: 26,1 Kg/m², TA: 112/77 mmHg, peso 67 kg, talla 1.60 m, sin otros hallazgos de interés; se realizó control de glucemia capilar al azar con un resultado de 429 mg/dl.

Ante la presencia de clínica cardinal, el resultado de glucemia capilar, la ausencia de obesidad y el ser la paciente muy joven se planteó como primera posibilidad diagnóstica un probable debut de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1); ante esta situación se descartó síntomas y signos de una cetoacidosis diabética (CAD), presentación inicial y complicación frecuente de los pacientes con DM1 derivándose posteriormente a la paciente a urgencias para realizar analítica urgente con gasometría venosa y cetonuria con el objetivo de confirmar la ausencia de esta complicación, tras descartarla se inició insulino terapia IV para revertir el cuadro hiperglucémico inicial. Tras la estabilización clínica y analítica se inició con pauta bolo-basal de insulina (Insulina basal: 10 UI de por la noche antes de acostarse, Insulina rápida 3 UI - 4 UI - 3 UI antes de las tres comidas principales más pauta correctora) y se realizó educación diabetológica.

En analítica reglada solicitada desde atención primaria (AP) destaca una HbA1c de 12.6%, un par de semanas después en revisión por el servicio de Endocrinología se confirmó DM1 tipo LADA con antiGAD + en fase de luna de miel, en la cual las células beta del páncreas puedan aún secretar suficiente insulina como para mantener la normoglucemia requiriendo el paciente menores cantidades de insulina exógena.

A los 15 días el hijo de 16 años de la paciente consultó a su médico de atención primaria por enuresis, en la anamnesis dirigida el paciente refería además poliuria y polidipsia; en la exploración tampoco existían datos relevantes: peso 56.7 kg. Talla 174 cm, IMC 18,7 kg/m², se realizó glucemia al azar con un resultado de 325 mg/dl; teniendo en cuenta el antecedente del reciente debut en la madre se planteó como primera posibilidad un nuevo debut diabético familiar, por lo cual se realizó la misma pauta de actuación y se derivó a urgencias. En analítica reglada desde AP se constató HbA1c de 13.6%.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Estamos ante el diagnóstico simultaneo de un debut de DM tipo 1, una enfermedad autoinmune en la cual se afecta la normal secreción de insulina por las células beta del páncreas por lo cual existe una necesidad de insulina exógena de por vida, en esta entidad se exige un estricto control

dietético y un estilo de vida saludable para evitar complicaciones agudas y crónicas. El debut de una DM en un paciente joven (<40 años), sin otra clínica orgánica ni tratamiento concomitante orienta a una diabetes autoinmune tipo 1, así mismo la DM tipo LADA es aquella diabetes autoinmune latente de presentación en pacientes mayores de 30 años con autoinmunidad pancreática positiva. Se descartó desde un primer momento la posibilidad de una diabetes tipo 2 por el morfotipo y edad de los pacientes.

El *diagnóstico* de esta enfermedad provoca un gran impacto familiar, es una etapa de estrés, incertidumbre y adaptación no solo de los pacientes sino también de los familiares, sobre todo al tratarse de adolescentes. El papel del médico de familia en esta situación es esencial para el manejo clínico inicial, enseñar hábitos saludables, explicar la enfermedad y su tratamiento, tranquilizar y acompañar a la familia con el proceso de su enfermedad.

Conclusiones

El caso nos enseña la importancia de conocer la clínica de presentación inicial de la DM tipo 1 y de su principal complicación que es la CAD para poder sospecharlas y realizar un óptimo manejo inicial, además se debe de hacer énfasis en el adecuado conocimiento del manejo insulínico al debut para evitar y/o tratar las complicaciones agudas.

En este caso también destaca por la simultaneidad del debut lo cual sugiere que puede existir algún factor ambiental presente ya que esta descrito que el desarrollo de DM1 se debe a una predisposición genética a la que se suman factores ambientales que actúan como desencadenantes del proceso autoinmune entre los que describen posibles infecciones víricas por enterovirus; es importante tener en cuenta los antecedentes familiares por lo cual podemos resaltar la importancia de llevar el mismo médico de AP a la mayoría de la familia para poder detectar enfermedades con carga hereditaria.

Palabras clave

Diabetes.

43.

Más allá de un síncope

Adrada Bautista, Alberto Jesús		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Villalba Benavent, Cristina		<i>Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>
Fernández Santiago, Eloisa		<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla</i>

Motivo de consulta

Síncope.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una paciente mujer de 25 años de edad, fumadora de unos 10 cigarrillos al día desde los 18 años, que no presenta antecedentes personales ni familiares de interés, sin alergias a medicamentos conocidas, ni con tratamiento domiciliario habitual.

Consulta en urgencias hospitalarias tras haber presentado un episodio de disminución del nivel de consciencia, de dos minutos de duración, en situación de reposo en domicilio, con recuperación posterior progresiva, asociado a dolor en región centrotorácica de carácter opresivo con irradiación a espalda, y náuseas. No presentó movimientos tónico-clónicos, no relajación de esfínteres ni otros síntomas añadidos durante el episodio.

Previamente, esta paciente había consultado en dos ocasiones en la última semana por episodios similares al actual, de menor intensidad, consistentes en sensación de mareo y disminución del nivel de consciencia, con recuperación espontánea, con electrocardiograma, analítica general urgente y radiografía posteroanterior de tórax sin hallazgos, con diagnóstico al alta de síncope.

En el momento actual, a la llegada a urgencias hospitalarias, la paciente presenta mal estado general, consciente, orientada, colaboradora, taquicárdica (110 lpm) e hipotensa (TA 80/40 mmHg). Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos taquicárdicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin otros ruidos sobreañadidos.

Se canaliza vía periférica, se monitoriza, y se realiza ecocardiografía urgente a pie de cama, visualizándose dilatación severa de aorta (que alcanza los 70 mm de diámetro), sin clara imagen de disección, junto con datos de insuficiencia aórtica severa, y derrame pericárdico severo con datos de taponamiento cardíaco.

Se contacta con Cirugía Cardíaca de forma urgente.

Enfoque familiar y comunitario

Estudiante, vive en su domicilio con sus padres, tiene buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome aórtico agudo.

Plan de acción y evolución

Se realiza cirugía urgente, con hallazgo de raíz aórtica muy dilatada y úlcera en cara posterior de aorta ascendente, se somete a sustitución por tubo de dacron y reparación valvular aórtica. Tras la intervención quirúrgica, la paciente presenta buena evolución posterior.

Conclusiones

La ecocardiografía es una técnica de imagen rápida que proporciona información que puede ser relevante en patología vital urgente, como el síndrome aórtico agudo.

Palabras clave

Síncope, aneurisma, ecocardiografía.

44.

Me duele el esternón

Mora Jimenez, Alberto | *Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*
 Arias Fortes, Eloisa | *Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón. Huelva*

Motivo de consulta

Varón 41 años que acude a la consulta del centro de salud de urgencia sobre las 5:50 am por presentar dolor centrotorácico de forma súbita mientras dormía. El paciente impresiona de afectado por el dolor.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 41 años. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Fumador de 15 cigarrillos diarios. NO bebedor. NO consumo de otros tóxicos. Intervenido de quiste benigno de mama izquierda. Situación basal: vive en el campo con su pareja (contacto con animales).

No tratamiento domiciliario. No ingresos previos.

Niega antecedentes familiares significativos.

En la *anamnesis* el paciente refiere que desde hace unos 30 min presenta dolor centrotorácico de características opresivas alternando con tipo pinchazo que aumentan al respirar, moverse o tocar la zona sin presentar irradiación; se encontraba en la cama y el dolor le ha despertado. NO disnea ni palpitaciones. No sudoración, piloerección ni náuseas.

Refiere EVA 10/10.

Niega clínica similar o episodios previos similares.

Niega clínica en días previos. NO antecedente de cuadro catarral o digestivo en semanas previas.

A la *exploración* el paciente se encuentra con regular estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico tolerando decúbito, consciente y orientado en las tres esferas.

Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos a buena frecuencia, buen murmullo vesicular y buena ventilación bilateral. Abdomen sin hallazgos patológicos. No presenta edemas en miembros inferiores con pulsos pedios simétricos y bilaterales.

TA 130/70 mmHg FC 70 lpm SatO₂ 98% sin aporte.

EKG: 60 lpm rítmico. PR normal. QRS estrecho. Supradesnivelación en II,III,aVF.V4-V5-V6. EKG (2010): 81 lpm rítmico. Eje normal. BIRDHH y T picuda en V2. No otras alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Debido a los síntomas y a los hallazgos en los registros de ECG se sospecha de cuadro de dolor torácico de características isquémicas sin poder descartar de forma segura el origen mecánico o mixto del cuadro.

Como se ha mencionado, el paciente no presenta antecedentes relevantes ni personales ni familiares.

Plan de acción y evolución

Se decide avisar a coordinación para activar equipo de emergencia y proceder al traslado al hospital de referencia para descartar origen isquémico del episodio de dolor torácico.

Conclusiones

A pesar de desarrollar la mayor parte de nuestra labor médica en la consulta diaria del centro de salud, no debemos dejar de tener en cuenta que se pueden presentar situaciones de urgencia o emergencia durante el desarrollo de la misma para las cuales debemos estar preparados y formados ya que pueden presentarse en cualquier momento.

45.

Mononucleosis Infecciosa. A propósito de un caso

Coletto Bartolomé, José Miguel		Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva
Pérez Márquez, Antonio		Especialista en MFyC. Tutor. CS Los Rosales. Huelva
Ballesteros Navarro, Carmen M ^a		Médico Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva

Motivo de consulta

Orinas colúricas, dolor que localiza en hipocondrio derecho e izquierdo y astenia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 15 años, con los siguientes antecedentes:

No antecedentes familiares de interés.

No alergias medicamentosas conocidas.

No factores de riesgo cardiovascular: No HTA, no DM, no DLP.

No otras enfermedades de interés. No intervenciones quirúrgicas. No realiza tratamiento activo.

El paciente acude acompañado por su madre al servicio de Urgencias del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva) derivado desde su centro de salud refiriendo presentar orinas de color anaranjado de 3-4 días de evolución. También comenta dolor en hipocondrio izquierdo en los días previos, no presente en el momento de la consulta. Astenia de dos semanas de evolución asociada a sensación febril no termometrada en días anteriores. No síntomas miccionales. No diarrea ni estreñimiento. No acolia. Refiere un vómito aislado la noche anterior. No fiebre. No consumo de alimentos de riesgo. Niega consumo de tóxicos y medicamentos.

Exploración física: buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. Leve ictericia cutáneo-mucosa y conjuntival. Eupneico en reposo.

TA: 135/73

SO₂: 99%

T^a: 38.2°C

FC: 102 lpm

- ACP: Tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos, roces ni extratonos. MVC sin ruidos patológicos.

- Abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin signos de defensa abdominal ni de irritación peritoneal. Signo de Murphy y Blumberg negativos. Puño percusión bilateral negativa. No se palpan hernias, masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes.

- Neurológico: PINLA. MOEC. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. No alteraciones de la marcha. No signos meníngeos. No se observan signos de focalidad neurológica.

Pruebas complementarias

- Rx de abdomen: líneas del psoas visibles. Heces y gas en marco cólico. Gas en ampolla rectal. No imagen radiológica sugestiva de niveles hidroaéreos.

- Analítica: Leucocitosis de 17430 con linfocitosis del 73.1% y monocitosis de 11.9%; Bilirrubina total de 3.26 (bb directa 2.52, bb indirecta 0.74); LDH de 717; AST 309; ALT 377; En orina, bilirrubina y uribilinógeno +.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 15 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Vive con sus padres en una zona humilde de la ciudad de Huelva. Su madre trabaja en una empresa como limpiadora y su

padre es jornalero. No tiene hermanos. Buen soporte familiar. Nivel socio-cultural medio-bajo. Debido a la ausencia de situaciones clínicas de interés hasta el momento, no realiza seguimiento médico activo.

Plan de acción y evolución

Dados los datos clínicos y analíticos comentados previamente, se decide ampliar la analítica solicitando FA, PCR, VHC, VHB, VIH, GGT y se solicita ecografía de abdomen.

De los parámetros ampliados, lo único a destacar es una GGT de 250. La serología de los virus solicitados fue negativa. En la ecografía de abdomen se objetivó como único hallazgo significativo una esplenomegalia leve y homogénea (135mm).

En este contexto, y analizando los datos obtenidos en las pruebas solicitadas, es importante realizar un diagnóstico diferencial entre varias entidades patológicas.

En primer lugar, los datos de fiebre, dolor en hipocondrio derecho, ictericia, leucocitosis e hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa, podría hacernos sospechar un cuadro biliar, como una colecistitis. Sin embargo, en el contexto de un cuadro de esta índole se habría hallado muy probablemente en la ecografía una imagen compatible con litiasis biliar y Murphy ecográfico positivo.

Por otro lado, los mismos hallazgos analíticos mencionados previamente, sumados a la coluria y al aumento de GGT podrían orientarnos a un cuadro de coledocolitiasis/colangitis. Sin embargo, en este contexto lo lógico sería haber encontrado también datos analíticos como la FA elevada (enzima de colestasis) e imágenes ecográficas de dilatación de la vía biliar extrahepática o imagen de cálculo a nivel del colédoco.

Finalmente, y teniendo en cuenta la exploración física con dolor en hipocondrio izquierdo y derecho, fiebre, ictericia, la leucocitosis con linfomonocitosis en análisis solicitados, junto con la hiperbilirrubinemia y esplenomegalia leve sin afectación de la vía biliar objetivada mediante ecografía, se propone como diagnóstico más probable el de Mononucleosis Infecciosa (si bien están ausentes signos y síntomas como faringitis y adenopatías típicas de dicha enfermedad).

De este modo, ante los hallazgos clínicos, analíticos y en las pruebas de imagen solicitadas, se decide finalmente ampliar los anticuerpos heterófilos en la analítica, que resultan ser positivos.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Mononucleosis Infecciosa por Virus de Epstein Barr de presentación atípica.

Plan de acción y evolución en urgencias

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias, el paciente se encontró asintomático, acompañado por su madre en todo momento y sin presentar eventos adversos de interés. Fue dado de alta con tratamiento domiciliario de paracetamol 650mg cada 8 horas si fiebre y reposo relativo durante al menos un mes, con control clínico y analítico por su médico de atención primaria para objetivar normalización analítica posterior, además de abundante hidratación e indicaciones por las que deberían volver a consultar al Servicio de Urgencias.

Conclusiones

Es importante contextualizar al paciente en su conjunto, teniendo en cuenta los hallazgos clínicos, analíticos y epidemiológicos para realizar un adecuado diagnóstico diferencial y poder de este modo prestar la mejor atención al mismo y a su familia.

En este documento se presenta un caso de Mononucleosis Infecciosa por Virus de Epstein Barr, una entidad patológica bien conocida y aparentemente fácil de diagnosticar. Sin embargo, como médicos de Atención Primaria y como profesionales en general, es obligatorio considerar

diferentes aspectos que puedan hacernos pensar en otras posibilidades de diagnóstico, dejando a un lado las ideas preconcebidas y considerar al paciente como un “todo”, sabiendo que no existe una norma concreta para la presentación de una enfermedad, y que en ocasiones el diagnóstico diferencial puede ser, y de hecho es, difícil si no se mira más allá de una persona enferma, siendo necesario un equilibrio entre el conocimiento científico, el conocimiento del paciente y, por supuesto, una correcta práctica médica basada en la evidencia, la empatía y el buen hacer del profesional.

Palabras clave

Ictericia, astenia, mononucleosis infecciosa.

46.

Orinas colúricas más fiebre, sospecha foco abdominal

Castaño Postigo, Concepción | *Médico Residente de MFyC. CS Adoratrices. Huelva*
 López Tierra, Giordano | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Adoratrices. Huelva*

Motivo de consulta

Desorientación, alucinaciones visuales y debilidad en MMII.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: mujer 81 años. RAMs: fosfomicina. FRCV: DM tipo 2, HTA, DLP.

Cardiopatía isquémica revascularizada en 2007. Parkinsonismo vascular. Leucoencefalopatía vascular de pequeño vaso. Colecistectomizada.

Tratamiento habitual: Citalopram, AAS, Atorvastatina, Atenolol, Clorazepato dipotásico, Ranolazina, Sitagliptina, Enalapril, Mononitrato de isosorbide, Lantus.

Vida basal: parcialmente dependiente para ABVD, requiriendo ayuda para el vestido y aseo. Camina con andador. Funciones superiores conservadas. Vive con su marido.

Enfermedad actual: derivada desde AP, por presentar desde hace 3 días alucinaciones visuales, confusión y bradipsiquia, junto con debilidad y astenia. El familiar refiere fiebre termometrada con pico de 38°C hace dos días, que cedió sin necesidad de paracetamol. En tratamiento con Nitrofurantoína (3 tomas) por sospecha de foco urológico, ya que, al parecer, había presentado orinas colúricas en últimos días, sin síndrome miccional y sin acolia. No alteración de hábito intestinal. No disnea ni dolor torácico. Sin otra sintomatología.

Exploración: REG. COC, aunque bradipsíquica. TA: 88/50, SatO2 98% a/a, Temp 36°C, FC 65. Ligero tinte ictérico, sobre todo en MMII, menos evidente en mucosas. Orina colúrica.

AC: rítmica

AP: aceptable mv

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.

MMII: ligeros edemas

Neurológico: no signos de focalidad. No afasia ni disartria.

Pruebas complementarias:

GSV: pH 7.35, K 4, Na 134, Lac 3.1, Gluc 160

Analítica: leucocitos 11830 (93,7%S), Hb 10.5, VCM 99.1, plaquetas 106000, TP 1.22, TTPA 1.26, Gluc 155, Cr 2.18 (previa 0.98), BT 1.64, BD 1.49, BI 0.15, AST 113, ALT 222, Lipasa 12, Amilasa 69, Na 133, K 4, PCR 118 TnT 34-27-32-63.6-70

Sistemático orina: Urobilinógeno 2.

Eco abdominal: Ligera dilatación de la vía biliar intrahepática. Vía biliar extrahepática levemente dilatada sin visualizar litiasis/detritus en hepatocolédoco, hallazgos dentro de la normalidad en pacientes colecistectomizados.

ECG: RS a 65 lpm, sin cambios respecto a previos.

RX TÓRAX: Sin infiltrados parenquimatosos.

TC abdomen en planta: moderada dilatación global de la vía biliar, con presencia de ligera aerobilia (en el contexto de colangitis). Pequeña coledocolitiasis. Sin evidencia concluyente de lesión obstructiva de la vía biliar.

ColangioRM: hígado sin lesiones focales. Leve-moderada dilatación de vía biliar intra y

extrahepática sin coledocolitiasis. Disminución progresiva del colédoco a medida que se acerca a la papila, que se encuentra ligeramente engrosada (papilitis aguda/fibrosa, menos probable origen tumoral). Valorar necesidad de CPRE.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Shock séptico. Colangitis aguda, sin confirmación radiológica. IRA en este contexto. Cuadro confusional en este contexto. BCRIHH transitorio (SCA).

Diagnóstico diferencial: Otro origen infeccioso. Colangitis supurativa. Hepatitis/cirrosis. Coledocolitiasis. Obstrucción excreción biliar de origen extrahepático.

Plan de acción y evolución

Tras exploración inicial y resultados de GSV, en la propia consulta, se inicia sueroterapia con SSF 500+500 y Tazocel (por sospecha de shock séptico con foco abdominal), manteniendo dieta absoluta y se procede a sondaje de la paciente. Se pasa a observación a la espera de resultados de pruebas complementarias iniciales y evolución. Tras recibir resultados analíticos, solicito ECO abdominal.

Evolución: en observación sillones la paciente mantiene hipotensión arterial y oliguria (diuresis inferior a 150 cc), a pesar de sueroterapia. Decidimos traslado a observación camas, continuándose con fluidoterapia y monitorización continua. Vuelve a sufrir agudización hipotensiva TA 75/40, iniciándose perfusión de dopamina a 10 ml/h, sin obtener respuesta, por lo que se inicia perfusión con Noradrenalina a 0.1 mcg/kg/min.

La paciente inicia cuadro de dolor torácico opresivo, irradiado hacia ambos hombros, mandíbula y columna cervical, acompañado de náuseas y vómitos. Apareciendo BCRIHH no presente previamente. Se realiza interconsulta a UCI que desestima posible tratamiento invasivo por comorbilidades, edad y basal de la paciente. Se mantiene tratamiento vasoactivo con NA, Solinitrina y antiagregación, quedando asintomática, y ECG normalizado.

Control en la mañana del 1/1/2020 con mejoría clínica, hemodinámica y analítica, con TA 130/77 y diuresis de 890 cc, permaneciendo afebril. Se decide entonces la retirada de NA y Solinitrina y cursar ingreso en planta de MI para continuación de tratamiento.

Durante estancia en planta de MI, mejoría progresiva. No presenta más episodios de dolor torácico decidiendo manejo conservador de su SCA con buena evolución clínica, alta 10-1-2020.

Conclusiones

Me parece importante destacar en este caso el inicio de tratamiento con Nitrofurantoína por sospecha de infección del tracto urinario, en una paciente con fiebre y orinas colúricas, sin sospecha de foco abdominal. Una vez más, se hace evidente, la necesidad de tiempo suficiente en consulta para poder realizar una buena anamnesis y exploración del paciente: ver, tocar, escuchar. Es importante saber a qué se refiere el paciente cuando indica orinas “oscuras”. (Anexo 1)

La colangitis se trata de una infección de vías biliares, que presenta una mortalidad de hasta el 15%-35%. Clásicamente, secundaria a patología litiásica, pero cada vez más relacionada con patología neoplásica o secundaria a manipulaciones de la vía biliar.

La presentación característica consiste en cólico biliar, ictericia y fiebre (tríada de Charcot), que si se acompañan de confusión mental y shock circulatorio, se denomina Pentada de Reynolds. Puede aparecer ictericia indolora en pacientes con coledocolitiasis, pero esta manifestación es mucho más característica de la obstrucción de causa tumoral.

Con frecuencia, el aumento de la fosfatasa alcalina precede a la aparición clínica de la ictericia y

puede ser la única anomalía de función hepática. Las transaminasas pueden elevarse de dos a 10 veces sus valores normales y es típica la Hiperbilirrubinemia Directa (más de 50 % de conjugada), clínicamente detectable si la bilirrubinemia es superior a 2-3 mg/dL.

Su tratamiento se basa en: medidas generales, antibioterapia (piperacilina/tazobactam, un carbapenémico, o una combinación de una fluorquinolona vs cefalosporina de tercera generación más metronidazol) y drenaje de la vía biliar.

Anexo 1

Alteraciones del color de orina

Intensamente amarilla: orina concentrada, ictericia (coluria), fármacos como riboflavina

Orina roja: hematuria, mioglobinuria, algunos fármacos, profirinuria, hemólisis

Orina parda marrón: hematuria de las glomerulonefritis agudas, Urobilinógeno, bilirrubina o porfiria.

Orina negra: melanosarcomas, alcaptonuria

Lechosa: quiluria, piurias marcadas, cristales de fosfato

Verdosa: Infecciones por bacilo piocianico, Propofol, azul de metileno

47.

Otra vez neumonía....

Alguacil Rodríguez, Emma | *Médico Residente de MFyC. CS Ribera de Puerto Real (Cádiz)*
 Ruiz Ávila, Fátima | *Especialista en MFyC. Tutora. CS Ribera de Puerto Real (Cádiz)*

RESUMEN**Motivo de consulta**

Episodios repetidos de tos, disnea y fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 61 años, diagnosticada de neumonía criptogenética tras tres episodios considerados neumonía resistentes al tratamiento. La infrecuencia del proceso, sus frecuentes recidivas y la ausencia, en ocasiones, de signos auscultatorios, conducían a un mal abordaje en la consulta de Urgencias. El papel de su médico de familia ha sido determinante, al sospechar nueva recaída y/o al modificar el tratamiento corticoideo de base, con la mejoría subsiguiente.

Enfoque familiar y comunitario

Separada. Auxiliar administrativa. Vive con un hijo soltero.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Neumonía criptogenética.

Diagnóstico diferencial con neumonía aguda por bacterias resistentes, TEP, neoplasias, vasculitis, sarcoidosis y toxicidad por drogas.

Plan de acción y evolución

Seguimiento conjunto de Neumología y Atención Primaria para valorar precozmente aparición de síntomas respiratorios, instaurar tratamiento y evitar ingresos hospitalarios.

Evolución: Se propone el diagnóstico después de 3 episodios de neumonía. Presenta rápida mejoría al instaurar corticoides orales y sufre recaída tras suspensión o reducción de dosis.

Conclusiones: Incluso en procesos infrecuentes, el médico de familia está en posición privilegiada para un diagnóstico precoz y seguimiento adecuado, instaurando o modificando el tratamiento para evitar recaídas o ingresos.

Palabras clave: Neumonía criptogenética, tos, disnea.

CASO COMPLETO**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias y Hospital de referencia

Motivo de consulta

Episodios repetidos de tos, disnea y fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 61, que en el plazo de tres meses sufre dos episodios de tos, disnea y fiebre, diagnosticados de Neumonía aguda de la comunidad, sin respuesta a tratamiento antibiótico y que precisa ingreso hospitalario. Primer episodio: tras 19 días de tratamiento con levofloxacino, se ingresa a la paciente del 21 de enero al 8 de febrero. Segundo ingreso del 1 al 8 de marzo. Según los criterios de la *American Thoracic Society* se considera neumonía que no responde al tratamiento aquella que no logra estabilidad clínica a las 72 h del diagnóstico y tratamiento.

No se identifica germen causal en ninguno de los episodios. En las dos ocasiones recibe tratamiento con antibióticos (la primera ocasión tazocel iv), corticoides orales, oxígeno y aerosolterapia.

En abril de 2019, tras nuevo empeoramiento clínico, se sospecha posible neumonía criptogénica, y se solicita fibrobroncoscopia, tras lo que se establece el diagnóstico en base a la siguiente secuencia de resultados:

Cuadro de evolución fluctuante.

Infiltrados alveolares migratorios en los estudios radiológicos.

TAC de tórax con múltiples consolidaciones bilaterales.

Rápida mejoría de los episodios tras instaurar tratamiento con corticoides orales.

Fibrobroncoscopia con aspirado que no aísla flora patógena.

Biopsia pulmonar con anatomía patológica que muestra abundante celularidad inflamatoria de tipo crónico.

Tras el diagnóstico, se instaura tratamiento con prednisona oral durante tres meses, comenzando con 40 mg/día/1 mes y descenso paulatino. Consigue mejoría clínica y radiológica en corto plazo.

Tras varios meses asintomática, la paciente ingresa nuevamente en agosto de 2019, un mes después de suspender corticoides orales.

Desde el primer episodio de neumonía la paciente acude con frecuencia a la consulta de Atención Primaria, unas para aportar informes de evolución y otras para revisión de los procesos respiratorios. En dos ocasiones acude después de ser valorada en Urgencias de hospital por persistencia de la tos y la disnea. En Urgencias no se había modificado la dosis de corticoides que recibía la paciente. En el centro de salud, se sube la dosis de prednisona mejorando rápidamente la sintomatología y evitando así ingreso hospitalario.

El 7 de enero de 2020 la paciente acude nuevamente a consulta de Primaria aportando informe de Urgencias del día anterior, donde ha sido diagnosticada de bronquitis aguda y tratada con inhaladores. En consulta del centro de salud presenta tos seca persistente, disnea y taquipnea. Se analiza la radiografía de tórax realizada en Urgencias e informada como normal, comprobándose, sin embargo, imagen focal nodular única en lóbulo superior derecho. Se repite la radiografía en el centro de salud, que muestra agravamiento de la imagen anterior. Se deriva a Hospital con la sospecha de recidiva de Neumonía criptogénica. Es ingresada nuevamente y tratada con corticoides orales y medidas de soporte hasta su mejoría.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 62 años, separada, dos hijos: el hijo mayor emancipado, con dos hijas; el hijo menor vive con la madre. Como muchas mujeres de su generación compatibiliza trabajo remunerado de auxiliar administrativa, con las tareas domésticas y coopera por las tardes en el cuidado de sus dos nietas pequeñas.

Antecedentes personales:

Fumadora de 15 cig/día hasta 2017.

Hernia hiatal y dispepsia crónica.

Trastorno ansioso-depresivo en tratamiento farmacológico.

Intervenciones quirúrgicas: una cesárea, amigdalectomía y carcinoma in situ de cérvix.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Neumonía criptogenética.

El diagnóstico diferencial incluiría neumonía aguda por bacterias nosocomiales resistentes, TEP, neoplasias, vasculitis, sarcoidosis y toxicidad por drogas.

Plan de acción y evolución

Seguimiento conjunto de Neumología y Atención Primaria, valorando de forma precoz la aparición de síntomas respiratorios, para instaurar o modificar tratamiento de base y evitar ingreso hospitalario.

Evolución: la neumonía criptogenética, se engloba dentro del grupo de Neumonías que no responden a tratamiento. Por su baja incidencia suelen pasar desapercibidas y tardan en diagnosticarse; en el caso de nuestra paciente, a los tres meses del comienzo. Son frecuentes las recaídas tras la supresión del tratamiento corticoideo. Nuestra paciente recibió tratamiento con prednisona a dosis decrecientes durante 3 meses y sufrió recaída al mes de la suspensión, requiriendo el tercer ingreso hospitalario. Otra consideración importante a tener en cuenta es que en algunas ocasiones el paciente solo presenta tos y disnea, sin signos auscultatorios apreciables. Esto puede llevar a un infradiagnóstico si no se tiene en cuenta el antecedente clínico y la sospecha diagnóstica. Esta circunstancia explica el erróneo abordaje del cuadro de la paciente cuando era atendida en el Servicio de Urgencias.

Durante el ingreso hospitalario la paciente ha presentado diabetes secundaria al tratamiento corticoideo. Con la dosis actual de prednisona mantiene glucemias controladas sin tratamiento farmacológico.

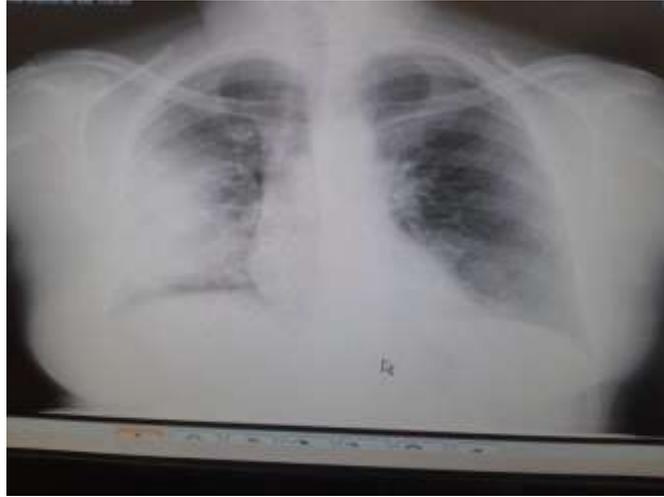
Conclusiones

La neumonía organizada criptogenética es un proceso infradiagnosticado, responsable de un porcentaje no despreciable de ingresos por neumonía. Su diagnóstico se basa en el hallazgo de las imágenes radiológicas sugestivas y la confirmación histopatológica tras biopsia transbronquial o transtorácica.

Destacar con este caso el importante papel del médico de familia en la atención longitudinal del paciente. El conocimiento de la patobiografía de nuestros pacientes nos sitúa en una posición privilegiada para valorar precozmente cambios en su estado de salud y hacer el mejor abordaje de la situación.

Distintos patrones radiológicos presentados por la paciente:

Enero/2019



Marzo/2019



Enero/2020



En historia digital se recoge consentimiento verbal de la paciente.

Bibliografía

Felipe Olivares A, Alberto Fica C, Paulo Charpentier V^a, Antonio Hernández M, et al. Neumonía criptogénica organizada como diagnóstico diferencial de neumonía que no responde a tratamiento. Rev. méd. Chile. 2014; Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200017

Cottin V, Cordier JF. Cryptogenic Organizing Pneumonia. Semin Respir Crit Care Med. 2012; 33(05): 462-475. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1325157>

48.

Paciente con disnea en atención primaria

Perejón Fernández, Antonia M^a | *Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)*
 Filella Sierpes, Amalia | *Especialista en MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)*

Ámbito del caso

Medicina de familia y urgencias.

Motivo de consulta

Disnea, tos y fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 84 años que acude a nuestra consulta refiriendo disnea junto a tos, expectoración blanquecina en aumento así como febrícula termometrada de 37.1°C de 48 horas de evolución.

Como *antecedentes personales* más relevantes, destacan una EPOC de larga evolución en tratamiento con Oxígeno domiciliario, Hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva e Insuficiencia cardiaca congestiva así como hipertrofia benigna de próstata. Actualmente anticoagulado con sintrom.

Exploración: el paciente presentaba buen estado general, estaba bien hidratado y perfundido y se mostraba consciente, orientado en las tres esferas y colaborador.

Destacaba una auscultación cardiopulmonar con roncus y sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares junto a una SaO₂ de 90% y marcado trabajo respiratorio con tiraje y taquipnea. Temperatura en consulta de 38°C.

Los miembros inferiores no estaban edematosos ni con signos sugestivos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: se realizó una radiografía en proyecciones postero-anterior y lateral de tórax de manera ambulatoria, en centro de salud, donde se evidenció una condensación pulmonar derecha junto a derrame pleural izquierdo. De este modo, y dada la exploración presentada por el paciente, se decide su derivación a urgencias de hospital de referencia para ampliación de pruebas analíticas.

Se solicita hemograma y bioquímica sanguínea junto a serología para neumococo, legionella pneumofila. La serología para los anteriores microorganismos resultó negativa. En hemograma se evidencian 15000 leucocitos con el resto de las series sanguíneas normales. En cuanto a la bioquímica, destacó una PCR en 20.45, siendo la función renal así como el resto de aparatos normales.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer y es independiente para las ABVD y AIVD. Tiene buen soporte familiar, con nivel socio-económico medio-bajo. Realiza seguimiento regular de su patología crónica en centro de salud.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico 1: Neumonía adquirida en la comunidad.

Juicio clínico 2: Insuficiencia cardiaca descompensada.

Plan de acción y evolución

Se ajusta tratamiento antibiótico empírico y se deriva al paciente a hospital de referencia, donde finalmente ingresa tras confirmarse reagudización de EPOC secundaria a neumonía adquirida en la comunidad, así como insuficiencia cardiaca descompensada.

Evolución: tras una estancia hospitalaria de 11 días, el paciente fue evolucionando adecuadamente de su sintomatología, siendo dado de alta con ajuste de tratamiento y seguimiento posterior por el servicio de neumología.

Conclusiones

En Atención Primaria es de vital importancia realizar un enfoque multifactorial y holístico del paciente, teniendo en cuenta, no sólo su enfermedad actual, sino toda su patología de base. Por otro lado, resulta imprescindible realizar una buena anamnesis y exploración física que junto a pruebas complementarias básicas y ampliamente accesibles para la gran mayoría de médicos de familia, como es la radiografía de tórax, podemos llegar a diagnósticos definitivos en la inmensa mayoría de casos.

49.

Parada cardiorespiratoria por veneno de himenóptera

Milena Camargo, Laura		Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)
Vázquez Alarcón, Ruben Luciano		Especialista en MFyC. Tutor. CS de Vera (Almería)
Mariñas Berenguer, Juan Carlos		Médico Residente de MFyC. CS de Vera (Almería)

Motivo de consulta

Síncope tras picadura de avispa.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer 65 años inglesa sin enfermedades ni medicación crónica, alérgica a veneno de himenóptero, traída por su marido al centro de salud tras síncope después de picarle una avispa, habiéndole aplicado JEXT 20 minutos después del colapso. Entra a box de críticos, tras unos 40 minutos del síncope, en cianosis difusa, sin respiración ni pulso, se monitoriza con palas objetivándose Actividad eléctrica fina, iniciándose protocolo RCP de Actividad eléctrica sin pulso, vía aérea se permeabiliza aspirando secreciones y luego cánula de Guedel ventilando con AMBU con O₂ al 100% mientras se da masaje cardíaco a razón de 30:2 (masaje: ventilaciones) y al conseguirse intubación orotraqueal se continúa masaje ininterrumpido, simultáneamente se administra adrenalina 0.5 mg intramuscular en cara antero-lateral del muslo derecho mientras se logra acceso venoso pudiendo administrar luego adrenalina 1 mg iv+ hidrocortisona 300mg IV + cargas de suero fisiológico, y tras 2 ciclos de RCP la paciente recupera pulso en ritmo sinusal a 50 lpm que luego aumenta a 90lpm, desaparece cianosis, se obtiene tensión arterial 118/55.

Enfoque familiar y comunitario

Problemas: no disponibilidad de autoinyector de adrenalina por parte del paciente que era alérgica conocida, tiempo de traslado elevado desde colapso a centro de salud, falta de entrenamiento en RCP básica por parte del marido de la víctima.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar.

Plan de acción y evolución

Se prepara para traslado a hospital de referencia, asegurando fijación de tubo orotraqueal, con 2 vías venosas de grueso calibre, sonda vesical, monitorización y ventilación con AMBU en ambulancia uvi móvil, con médico y enfermera, se avisa a 061 para notificar a hospital que vamos con dicha paciente. Al llegar al hospital se encuentra equipo médico de urgencias en box de críticos con intensivista de guardia se realiza transferencia de paciente y conectan a ventilador portátil para traslado a UCI. Durante las siguientes 12 horas presenta episodios convulsivos, y tras su estancia en UCI no logra recuperar consciencia, se determina muerte cerebral y se traslada a hospital de referencia de mayor complejidad para valoración de donación de órganos.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la docencia en medicina de familia, radica en la importancia de seguir los algoritmos de manejo de emergencias de manera ordenada, para maximizar las oportunidades de supervivencia o bien, mantener la mejor situación clínica posible de cara a la preservación de órganos vitales, dando oportunidad a personas que estuviesen en lista de espera para trasplante en el caso de que el paciente fuese donante.

Es vital la divulgación de RCP básica en población general, para aumentar probabilidades de supervivencia en casos similares.

Palabras clave

Anafilaxia, veneno de himenóptera, guías RCP, síncope.

50.

¿Parasitosis o falsa tenia?

Rodríguez García, Alicia		Médico Residente de MFyC. Consultorio de Marinaleda (Sevilla)
Galdeano Osuna, M ^a Concepción		Médico Residente de MFyC. CS La Puebla de Cazalla (Sevilla)
Jiménez Ortega, Salvador		Especialista en MFyC. Tutor. Consultorio de Marinaleda (Sevilla)

Motivo de consulta

Acude al centro de salud la madre del paciente aportando un recipiente cerrado que contiene restos de heces, entre las que se encuentra un cuerpo extraño alargado de unos 21 cm, blanquecino, no segmentado, de superficie plana y resbaladiza, que impresiona de un gusano. El cuerpo extraño ha sido expulsado por el paciente durante la defecación, tras colocársele un enema, expulsándose previamente una esfera compuesta por cuerpos alargados blanquecinos de menor tamaño, lo que denomina su madre “nido de serpientes” [sic.]

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: parálisis cerebral desde la infancia. Vida cama-sillón, totalmente dependiente, atendido por su madre de 88 años. Aprobada la Ley de Dependencia.

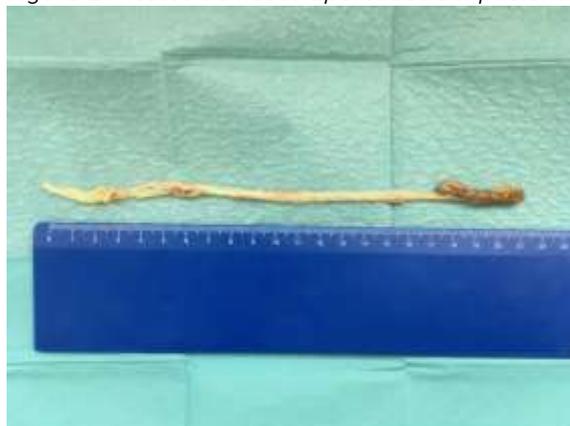
Tratamiento habitual: clorazepato 5 mg/12h, clonazepam 2mg/12h, mirtazapina 15mg/24h, levodopa/carbidopa 25mg/8h.

Enfermedad actual: varón de 59 años, que consulta a su MAP por productos patológicos en las heces. De hábito estreñido, precisa de enemas de limpieza asiduamente.

Examen físico: afebril. Estable clínica y hemodinámicamente. Buena hidratación y perfusión de piel y mucosas. Eupneico en reposo. No ingurgitación yugular. Pulsos simétricos. No edemas en miembros inferiores. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias palpables. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión bilateral negativa.

Analítica: hemograma con hemoglobina de 12.1 g/dL, hematocrito de 37.6%, volumen corpuscular medio 97.7 fL, leucocitos 3960/mm³ (PMN 2360/mm³, linfocitos 970/mm³), plaquetas 153000/mm³; bioquímica con glucemia de 82 mg/dL, función renal normal con creatinina 0.6 mg/dL, ácido úrico 4.9 mg/dL, albúmina 3.1 g/dL, proteínas totales 5.5 g/dL, colesterol en rango normal, triglicéridos en rango normal, perfil abdominal sin hallazgos de interés, incluyendo enzimas hepáticas, bilirrubina y enzimas pancreáticas; proteinograma sin datos de interés; función tiroidea normal.

Figura 1. Restos de heces aportados del paciente



Cultivo de heces: se envía el presunto parásito a Microbiología, filiándose finalmente como “restos de mucosa intestinal asociado a restos vegetales”.

Enfoque familiar y comunitario

Se administra mebendazol al paciente y a sus familiares 100 mg, dosis única, a repetir en 2 semanas, de forma provisional y a la espera de diagnóstico definitivo por parte de Microbiología. Se dan medidas para limpieza de medio y del hogar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Parasitosis (tricuriasis, tenia) vs. restos de mucosa y vegetales (falsa tenia).

Insuficiencia pancreática o hepática: heces esteatorreicas y con fibras musculares intactas.

Intolerancias alimenticias: gluten, celiacía.

Infecciones digestivas no parasitarias.

Plan de acción y evolución

Se le administró mebendazol 100 mg, dosis única, como tratamiento empírico pensando en tricuriasis, aunque morfológicamente podía ser más similar a tenia. Esperamos a diagnóstico microbiológico para añadir o no tratamiento erradicador frente al nemátodo vs. platelminto, y finalmente descartándose parasitosis, ya que nos encontrábamos ante un paciente con el tránsito intestinal disminuido al presentar una enfermedad neurológica de base, no fue necesario administrarlo.

Evolución: el paciente evolucionó sin incidencias, sin dolor abdominal ni nuevas deposiciones referidas.

Conclusiones

Los céstodos son gusanos platelmintos planos, hermafroditas, segmentados, que pueden parasitar el tracto gastrointestinal y alcanzar un tamaño de hasta varios metros. Entre ellos, la infección por *Taenia saginata* puede ocurrir por consumir carne poco cocinada y tiene una prevalencia mundial. Pueden aparecer síntomas como náuseas, anorexia, dolor epigástrico, o signos como eosinofilia periférica, aunque la infección también puede ser asintomática. Por su parte, *Dibothriocephalus latus* es el gusano del pescado más frecuente a nivel mundial; suele cursar con anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12. El diagnóstico de ambos suele establecerse observando huevos en las heces o proglótides (cada una de las partes en las que se divide el gusano). El tratamiento de elección es praziquantel o niclosamida.

Los tricocéfalos (*Trichuris trichuria*) son gusanos nematodos, cilíndricos, no segmentados, de menor tamaño que los cestodos, y también causan parasitosis en el ser humano. Clínicamente, la infección puede ser asintomática o cursar con prolapso rectal y diarrea abundante apareciendo frecuentemente moco y sangre en las heces. El diagnóstico se realiza identificando los huevos. El tratamiento de elección es mebendazol.

En nuestro caso, morfológicamente se trataba de un presunto gusano más bien plano, de 21 cm de longitud, pero no segmentado, por lo que no realizamos un diagnóstico claro de presunción desde el primer momento. Los datos de laboratorio tampoco eran muy orientativos. Tratamos empíricamente con mebendazol, a la espera de confirmación microbiológica.

Una vez confirmado el diagnóstico de laboratorio (no se trataba de un organismo vivo complejo, sino de un conjunto de fibras vegetales y restos de mucosa intestinal desprendida), realizamos una búsqueda en literatura sobre artefactos de este tipo que pudieran sugerir una “falsa tenia”, especialmente en relación con síndromes malabsortivos o en pacientes con el tránsito intestinal disminuido (en este caso en relación con la enfermedad neurológica de base del paciente), pero no

hallamos nada descrito al respecto. Consideramos que podría tratarse de un tema susceptible de estudio.

Palabras claves

Feces (heces), Parasitic Intestinal Diseases (enfermedades parasitarias intestinales), Gastrointestinal Motility (motilidad gastrointestinal).

Autorización

Se precisó la autorización explícita de la tutora de la paciente para la elaboración de dicho artículo, cumpliéndose las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

Bibliografía

Leder K, Weller PF. Tapeworm infections. En: Ryan ET, Baron EL, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020.

www.uptodate.com/contents/tapeworm-infections. Consultado el 30 de enero de 2020.

Leder K, Weller PF. Enterobiasis (pinworm) and trichuriasis (whipworm). En: Ryan ET, Edwards MS, Baron EL, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020.

<https://www.uptodate.com/contents/enterobiasis-pinworm-and-trichuriasis-whipworm>.

Consultado el 30 de enero de 2020.

51.

Precaución con los diabéticos

Portero Prados, M ^a Luisa		Médico Residente de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)
Hidalgo Escudero, José		Especialista en MFyC. Tutor. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)
Alba Magriz, María		Especialista en MFyC. Tutor. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Acude a Urgencias del Centro de Salud paciente de 55 años por dolor abdominal de 3 horas de evolución con sensación de urgencia defecatoria, sudoración, mareo y malestar general de 20 minutos de duración.

Comenta que este tipo de dolor abdominal en hipogastrio y mareo le ha ocurrido en varias ocasiones por la tarde.

No alteración del ritmo deposicional, no clínica urinaria. Afebril. No dolor torácico ni disnea.

Como antecedentes personales destacar HTA, DLP y DM tipo II sin tratamiento, Cardiopatía isquémica completamente revascularizada que debutó en 2008 como angina inestable con mareo y sudoración, realizándose cateterismo con colocación de dos stents en 1^a diagonal. No RAMS.

Exploración: BEG, COC, eupneico.

AC: rítmico, no soplos

AP: BMV

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas Complementarias:

ECG: ritmo sinusal a 80lpm. Aplanamiento de T en I y aVL, no alteraciones del ST.

Ante paciente diabético con dolor abdominal con sospecha de cortejos vegetativos se decide derivar a Hospital de referencia.

En el Hospital se le realiza analítica con Troponinas 59ng/l. Se realiza seriación enzimática siendo las segundas en 63ng/l.

Radiografía de abdomen: sin hallazgos patológicos.

Dada la clínica que presentó con el cuadro de cardiopatía isquémica en 2008 similar a este episodio y a la movilización de enzimas de daño miocárdico se pasó a Observación para valoración por Cardiología.

Realizan ecocardiografía donde se objetiva FEVI de 65%.

Ingresa al paciente en Cardiología para descartar lesión silente al poder tratarse de mareos compatible con equivalente anginoso por la atipicidad del episodio previo.

Durante el ingreso se le realiza ergometría siendo clínicamente negativa pero eléctricamente positiva con descenso de ST en cara lateral y ascenso en aVR y V1.

Se realiza coronariografía colocándose endoprótesis en segmento proximal de arteria descendente anterior, en arteria marginal y en arteria coronaria derecha.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Equivalente anginoso de cardiopatía isquémica crónica

Enfermedad multivaso sometida a revascularización percutánea completa (stents farmacoactivos en segmento proximal de arteria descendente anterior, en arteria marginal y en arteria coronaria derecha).

Enfoque familiar y comunitario

Es muy importante tener en cuenta la variabilidad de síntomas en los pacientes diabéticos a la hora de sospechar una cardiopatía isquémica aguda ya que estos pacientes pueden no presentar dolor torácico típico.

También debemos recordar que es muy importante tener en cuenta los antecedentes personales de los pacientes y realizar una historia clínica correcta.

Plan de acción y evolución

Tras realizar cateterismo con revascularización y no haber vuelto a presentar síntomas durante el ingreso, se decide alta hospitalaria con atenolol 50mg/24h, AAS 100mg/24h, Olmesartan 40mg-Hidroclorotiazida 25mg/24h, Rosuvastatina 10mg/24h, clopidogrel 75mg/24 horas durante un año, empaglifozina 10mg/24h, nitroglicerina sublingual si dolor.

Revisión en 3 meses en CCEE de Cardiología e introducción en el programa de Rehabilitación Cardíaca.

Conclusiones

En pacientes diabéticos los síntomas de cardiopatía isquémica puede ser inespecíficos.

Es muy importante en los diabéticos especialmente el control de los factores de riesgo cardiovascular, es decir, un buen control de las cifras de glucemia, de la tensión arterial y del colesterol. Recalcar que en las guías clínicas actuales los pacientes que han sufrido un evento isquémico vascular recomiendan tener los niveles de LDL inferiores a 50mg/dl.

Por tanto desde las consultas de Atención Primaria tenemos que realizar una medicina preventiva, cambiando los estilos de vida y controlando los factores de riesgo cardiovascular para prevenir los eventos isquémicos.

Palabras clave

Isquemia miocárdica. Diabetes Mellitus. Angina Inestable

52.

Prevención de enfermedades de transmisión sexual en población de riesgo

Mata López, M ^a del Carmen		<i>Médico Residente de MFyC. CS Ciudad Jardín. Almería</i>
Toro de Federico, Antonio		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Ciudad Jardín. Almería</i>
García Giralda, Marina		<i>Médico Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería</i>

Motivo de consulta

Insomnio y ansiedad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que acude a consulta porque refiere que se encuentra muy intranquila y que lleva varios días con incapacidad para conciliar el sueño. Tras unos minutos en la consulta finalmente nos cuenta que se dedica a la prostitución y que hace dos semanas se rompió el preservativo y que desde entonces “no puede dejar de pensar por si tiene algo malo”. Revisando su historia vemos que ha consultado en múltiples ocasiones por el mismo motivo.

La paciente no presenta antecedentes personales de interés. NAMC. No intervenciones quirúrgicas. La paciente niega ninguna otra sintomatología. No presenta molestias genitales. No afectación del estado general. No ha tenido fiebre.

Consciente y orientada. BEG. BH.BP. ACP. Rítmico sin soplos. MVC sin ruidos.

Realizamos exploración de los genitales (no se evidencian adenopatías, ni úlceras ni signos externos de infección).

Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive con su hija y dos nietos y refiere estar preocupada por ellos por si “pudiese pegarles algo”.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Fallo del método anticonceptivo en población de riesgo.

Insomnio pasajero.

Plan de acción y evolución

Solicitamos analítica con serologías de sífilis, VIH, VHA, VHB, VHC.

Solicitamos citología.

Realizamos recomendaciones respecto a prevención de ETS:

1- Recomendaciones:

No compartas objetos punzantes o cortantes.

Tu pareja o cliente de confianza pueden estar infectados sin saberlo y transmitir la infección.

2-Principales signos de alarma de las ITS:

Lesiones en los genitales (heridas, costras, supuración, inflamación etc.)

Aumento del flujo vaginal con dolor y olor desagradable.

Picor o escozor persistente.

Sin embargo muchas ITS pueden pasar desapercibidas.

3-¿Cómo se transmiten las ITS?

Vía sexual. Por sexo vaginal, anal, bucogenital, sin preservativo con una persona infectada.

Vía sanguínea. A través de elementos punzantes o cortantes compartidos con otras personas :
cuchillas, agujas jeringuillas, útiles de piercing y tatuaje.

Vía perinatal. Durante el embarazo, el parto o la lactancia.

4- ¿Cómo no se transmite el VIH?

Por vivir o trabajar con una persona infectada.

Por dar la mano, besar, acariciar o abrazar.

Por compartir ropa, platos, cubiertos, vasos, ducha o WC.

Conclusiones

Existen diversos factores que podrían favorecer la infección del VIH/sida en este grupo, entre los cuales se encuentran: mayor número de parejas sexuales, tipo de prácticas sexuales, nivel socioeconómico bajo, uso de anticonceptivos hormonales y presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), estigmatización y bajo acceso a servicios de salud o educativos, asociación con el consumo de alcohol y drogas, asociación con otras prácticas de riesgo (transfusión, pareja estable infectada, drogadicción intravenosa, etcétera), poca habilidad para negociar con los clientes medidas preventivas etc.

No debe perderse de vista que es importante mantener esta población en estudio, dado que es un grupo con prácticas de alto riesgo.

Las pruebas de detección del VIH, de manera obligatoria, han demostrado su ineficacia como medida de prevención, por lo que habría que plantearse como principales estrategias la educación a todos los individuos que participan en la prostitución, así como realizar intervenciones que modifiquen los factores que no permiten el cambio, como es un mayor acceso a servicios, la no estigmatización, la accesibilidad a los preservativos, etc.

El tratamiento de las ITS en personas de alto riesgo es especialmente relevante por diversos motivos. Permite disminuir la morbimortalidad a corto plazo (p.ej. Cervicitis por clamidia y enfermedad pélvica inflamatoria) y a largo plazo (como puede ocurrir en la infección por VIH y en la sífilis latente tardía).

Además el tratamiento tanto de personas sintomáticas como asintomáticas permite acortar el periodo de transmisibilidad evitando nuevas infecciones. En el caso de la infección por VIH hay diversos estudios que demuestran que el mantenimiento de una carga viral indetectable en sangre evita la transmisibilidad del virus. En infecciones crónicas recurrentes (herpes genital o condilomas por HPV) el tratamiento de las recurrencias y el acortamiento del periodo en el que la persona afectada presenta lesiones también disminuye el riesgo de transmisión aunque no lo elimina por completo. Se recomienda también realizar educación sanitaria y estudio de los contactos.

53.

Ptosis palpebral progresiva

Lorente Callejo, María | *Médico Residente de MFyC. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)*
 Largaespada Pallavicini, Guillermo | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Bollullos Par del Condado (Huelva)*

Motivo de consulta

Ptosis palpebral

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Niega alergias medicamentosas. No refiere hábitos tóxicos.

Entre sus antecedentes personales destaca ansiedad. En tratamiento con Loracepam 1 mg un comprimido al día y Deprax 100 mg medio comprimido al día.

Mujer de 62 años que acude a consulta de su Centro de Salud por ojo seco y sensación de fotofobia. En la exploración no se detecta ningún signo o síntoma de alarma salvo leve ptosis palpebral derecha que la paciente cataloga como propia. Ante estabilidad clínica se recomienda la aplicación de humectantes en consistencia gel para aplicación nocturna y lágrimas artificiales a demanda. Se indica observación domiciliaria y volver a consultar si empeoramiento o aparecieran nuevos síntomas.

Pasado un mes la paciente vuelve a consultar por progresión de la ptosis del párpado derecho y debilidad para movilizar el ojo ipsilateral. Refiere cefaleas más frecuentes de lo habitual, así como sensación de mareo e inestabilidad en los últimos meses. En la exploración destaca visión doble en la mirada conjugada a la izquierda y hacia arriba, siendo las pupilas reactivas aunque impresionando de menor respuesta la pupila derecha. Pares craneales normales, con fuerza y sensibilidad conservada, Romberg negativo y sin apreciarse alteraciones en la marcha. Glasgow 15/15. Auscultación sin hallazgos relevantes.

Enfoque familiar y comunitario

A pesar de que acude sola a consulta, mantiene buena estructura social. Ansiosa.

No se realiza el test de Apgar pero mantiene buena relación familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Ante ptosis palpebral se establece *diagnóstico diferencial* entre causas miogénicas, neurogénicas, mecánicas y pseudoptosis.

La etiología miogénicas se divide en congénita y adquirida. Dentro de las congénitas, se encuentran la afectación miogénica simple, blefarofimosis o fibrosis congénita de los músculos extraoculares. En cuanto ptosis adquiridas diferenciamos la miastenia gravis, la oftalmopatía externa progresiva crónica, distrofia miotónica de Steiner y distrofia oculofaríngea.

La etiología neurogénica se puede deber a parálisis congénita del III par craneal, parálisis adquirida del III par, la migraña oftalmopléjica, ptosis de Marcus-Gunn, síndrome de Horner, síndrome de Duane y otras enfermedades neurológicas, como el síndrome de Guillain-Barré.

La etiología mecánica está en relación con el aumento de peso o volumen palpebral. Dentro de

este grupo se engloban los edemas palpebrales, los tumores palpebrales, tumores orbitarios, la dermatocalasia o casos de cicatrización conjuntival.

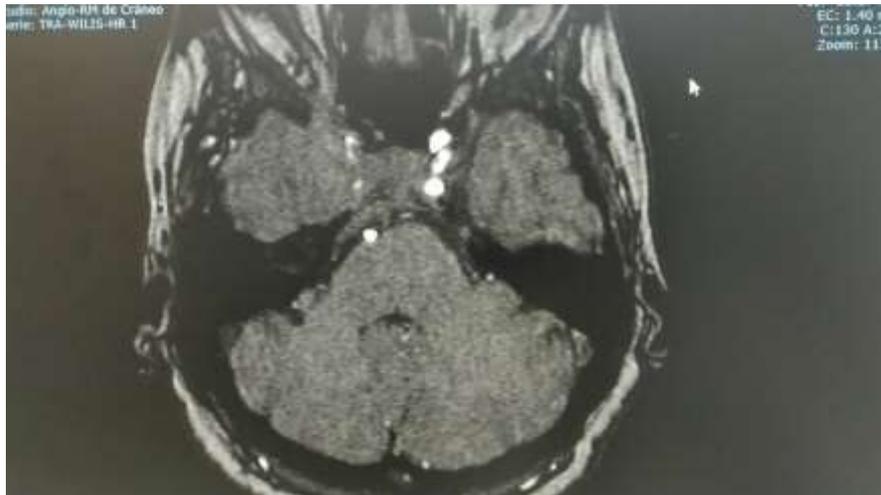
La pseudoptosis agrupa situaciones que determinan una posición más baja del párpado superior por patologías asociadas. Las causas más frecuentes son el blefaroespasma, el espasmo hemifacial, la apraxia de la apertura palpebral, la regeneración aberrante del nervio facial, alteraciones orbitarias (cavidad anoftálmica, microftalmia o pthisis bulbi), parálisis de la mirada inferior, la retracción del párpado contralateral o la pseudoptosis psicogénica.

Plan de acción y evolución

Debido a la impresión de afectación neurológica se decide derivación a Urgencias de Oftalmología para valoración y descartar patologías que precisen intervención inmediata. Desde este servicio tras evaluar a la paciente se solicita un TAC, resultando una imagen compatible con posible meningioma paraselar derecho con extensión a cono orbitario.

Evolución: con el informe del TAC, Urgencias de Oftalmología contacta con Neurocirugía para ingreso en dicho servicio y completar el estudio. Se reexplora nuevamente a la paciente destacando afectación del VI par derecho y parcial III par derecho con pupilas isocóricas normorreactivas. Los oftalmólogos objetivan paresia en el ojo derecho para la mirada hacia arriba y medial, sin focalidad motora ni sensitiva.

Se pautó Fortecortin pauta descendente: 4 mg cada 8 horas durante 5 días, 2 mg cada 8 horas durante 15 días y suspender posteriormente.



Desde Neurocirugía solicitan RMN en la que resulta lesión ligeramente isointensa en secuencias T1 de localización en fosa craneal media paraselar derecha, de 38x37x24 mm, que presenta un intenso realce homogéneo tras la administración de contraste, compatibles con un meningioma como primera posibilidad. No se apreciaron lesiones aneurismáticas, ni estenosis en vasos intracraneales. Informan de múltiples lesiones hiperintensas en sustancia blanca periventricular y profunda, de predominio frontoparietal bilateral, sugestivas de enfermedad de pequeños vasos.

Actualmente pendiente de valoración anestésica y examen neurooftalmológico.

Conclusiones

Es esencial saber manejar la incertidumbre en Atención Primaria, dejando siempre la puerta abierta al paciente si tras la observación domiciliar observa algún cambio en su situación. Una vez descartados los síntomas y signos de alarma, es importante informar al paciente que ante el

empeoramiento o aparición de nuevos síntomas, que se comentaran en consulta, debe volver a consultar. La atención al paciente en el Centro de Salud permite el uso de la longitudinalidad, es decir, revisar al paciente tras un periodo de tiempo para ver la evolución de los síntomas y orientar mejor el diagnóstico.

Así mismo es importante la realización de una buena anamnesis que facilite la realización de un diagnóstico diferencial completo y permita la continuidad asistencial a otros especialistas.

Bibliografía

Junceda J, Hernandez L. La Ptosis Palpebral: Fundamentos y técnica quirúrgica. Editorial Allergan; 1996.

Ortiz S, Sanchez BF. Ptosis Palpebral. *Annals d'Oftalmología*. 2009; 17 (4) 203-213.

54.

Psicoterapia en los trastornos afectivos y de ansiedad

Boillat Oriani, Gerardo Andrés | *Médico Residente de MFyC. CS Rincón de la Victoria (Málaga)*
 Pérez Sánchez, José Carlos | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Rincón de la Victoria (Málaga)*

Motivo de consulta

“Me siento ansiosa”.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente femenina de 38 años, quien el día anterior sufre un episodio de ansiedad por segunda ocasión en el trabajo (primer episodio hace 2 semanas), sintiendo presión en el pecho, sin poder hablar, en general “muy mal”. Sufre síncope tras crisis de ansiedad, asistiendo a un hospital privado donde le dieron diazepam y alta a casa, recomendando sacar cita con un psiquiatra.

Hace 2 semanas empezó a encontrarse mal en el trabajo con mucho sueño y cansancio. Se compró un *Redbull*, que tomó después de 2-3 cafés previos, y empezó a sentirse peor. Manifestaba vista nublada, taquicardia, malestar general e inició a hiperventilar. La tumbaron por 30 minutos y la llevaron luego a casa.

Se diagnóstica de trastorno de angustia y se inicia incapacidad temporal. Se pauta tratamiento con lorazepam 1 mg a demanda y se cita en 1 semana para primera entrevista psicológica en centro de salud.

Seguimiento: en 1ª *psicoterapia* la paciente nos comenta sobre los problemas en su relación de pareja y con sus padres. Refiere que conviven juntos pero que existen muchas discusiones. El padre bebe alcohol más de lo lógico. Le molesta que beba de más y tenga responsabilidades (como recoger a los niños).

En su vida marital cree que ella lleva todo el peso de las actividades y que el marido ve normal que la mujer haga la mayoría de cosas del hogar: recoger a los niños, levantarlos, arreglar mochilas, llevarlos donde los abuelos, lavar la ropa, y otros temas de convivencia. Actualmente siente dudas en su relación de pareja.

Además, problemas con su hijo mayor, quien se está viendo con una psicóloga tras recibir noticias de su tutora en la escuela que le dice presenta mucha timidez, es muy introvertido, se ve triste. El niño se ha enfadado en ocasiones diciendo cosas como “no debía haber nacido”, “soy tonto”, y se da cabezazos.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente está casada y tiene dos hijos varones. Se trata de una familia nuclear íntegra. La paciente vive en casa con su esposo y sus hijos. Tiene un trabajo estable y una red social aparentemente buena.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome depresivo (episodio depresivo mayor). Trastorno de angustia.

Plan de acción y evolución

Se adiciona al tratamiento ansiolítico: Sertralina 50mg/día. Se le recomiendan actividades de ayuda (como escribir sus pensamientos y sentimientos en una libreta). Se vuelve a citar para continuar con sus entrevistas psicológicas.

Evolución: en 2ª *psicoterapia* refiere persistencia del cansancio y fatiga; sin embargo, mejoría con el llanto y en su tema familiar (mejor conversación con ellos). Aún no le apetece salir de casa, a pesar de estar saliendo a recoger a sus niños y visitar a sus padres. Ha escrito un poco en su libreta. Ha quedado este día con una amiga. Con cierta gente si le apetecía verse, con otra no quiere ni cruzarse. Ha dejado de fumar. La paciente se ve con facilidad al llanto y dificultad para leer sus notas del libro. Se aumenta dosis de Sertralina a 100 mg/día.

En 3ª *psicoterapia* nos comenta que asistió a la MUTUA unos días atrás. Le mencionaron que la medicación toma mucho tiempo en hacer efecto. Refiere estar más activa. Le apetece salir más de casa. Manifiesta mejoría en su relación familiar. Ha seguido escribiendo en su libreta. Continúa sin fumar. Se reúne con frecuencia con varias buenas amigas que le dan apoyo emocional. Se le aconseja continuar con la medicación.

En 4ª *psicoterapia* refiere pesadillas las primeras 2 semanas (anotándolo en su libreta). Menciona se encuentra menos activa, con poco más de sueño y cansancio. Tiene mucho miedo que vuelva a presentar otra crisis cuando vuelva a incorporarse de vuelta al trabajo. Se realiza cambio de medicación a Venlafaxina 75 mg/12h.

En 5ª *psicoterapia* se le da el alta de su incapacidad temporal para incorporarse de vuelta al trabajo. Refiere significativa mejoría. Hace sus reflexiones. Cumple bien su medicación. Está mucho más activa, algún día que otro un poco cansada. Está viendo series de TV, leyendo sobre *mindfulness*, escuchando *podcasts* y asiste al gimnasio. No ha necesitado tomar ansiolíticos de rescate. Lleva 6 semanas sin fumar. TA: 130/85 mmHg. Se le recomienda continuar con la medicación y algunos libros y películas para mejoría anímica.

En 6ª *psicoterapia* refiere encontrarse muy muy bien. Orgullosa de no fumar más. Siempre existen problemas en casa, como enfrentamientos con el marido o que el padre cambia de carácter cuando bebe, pero lo lleva mejor, y lo escribe en su libro. Está leyendo un libro (novela) que le recomendó su hermana, le encanta. TA: 117/74 mmHg. Continúa con la medicación.

En 7ª *psicoterapia* se encuentra muy bien. Tuvo un problema de gestión emocional en el trabajo, pero supo resolverlo. Nos agradece el avance positivo que ha tenido hasta la fecha y nos dice “sin su ayuda, doctores, no lo hubiera logrado”. De llegar a conseguir una respuesta completa, el tratamiento debe continuar al menos durante 6 meses más con la misma dosis con la que se consiga la curación para evitar recaídas.

Conclusiones

Muchos pacientes atendidos en consultas de atención primaria padecen un trastorno afectivo, siendo los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados por los “médicos de familia”.

Los trastornos de ansiedad son el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general, siendo la crisis de angustia la principal urgencia psiquiátrica.

La *psicoterapia de apoyo* es útil en todas las depresiones, tanto para explicar el proceso al paciente como para mejorar la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia.

De las distintas formas de psicoterapia, las *técnicas cognitivas* y la *psicoterapia interpersonal* se han demostrado especialmente eficaces; casi siempre se asociarán con un tratamiento farmacológico.

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos

mentales, 1ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.

55.

Secundarismo farmacológico como posibilidad diagnóstica. La importancia de la valoración integral del paciente

Medina Vizquete, Andrea		Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla
Pérez Rodríguez, M ^a Araceli		Especialista en MFyC. Tutora. CS La Candelaria. Sevilla
Salazar Rojas, Sebastián		Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla

Motivo de consulta

Dolor abdominal y diarrea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente de 71 años que consulta en el servicio de urgencias del hospital por dolor en mesogastrio que se acompaña de diarrea líquida con mucosidad (6-7 deposiciones al día) de 3 meses de evolución. Además, refiere náuseas, pérdida de peso de 18 kg en dicho tiempo y esporádicamente algún vómito.

La paciente presenta una alergia a levodropropizina y antecedentes personales de interés tiene una hipertensión arterial, una diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente y un carcinoma de mama bilateral, intervenido con doble mastectomía.

Exploración: la paciente presenta buen estado general, se encuentra consciente, orientada en las 3 esferas, colaboradora, bien hidratada y perfundida y normocoloreada. Estable hemodinámicamente con TA 117/79mmHg. El abdomen es blando y depresible, doloroso de forma generalizada más intensamente en zona periumbilical, sin presentar signos de peritonismo ni ascitis, no se palpan masas ni megalias y tiene los ruidos hidroaéreos presentes. El resto de la exploración se encuentra dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: a su llegada se solicita una analítica sanguínea con perfil abdominal en el que únicamente destaca una PCR de 23.8 y una radiografía abdominal en la que no se observan hallazgos patológicos. Dado que la paciente no presenta ningún signo de alarma es dada de alta con derivación a consultas de Digestivo para estudio del cuadro.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive con su marido en una localidad de 1500 habitantes a 80 kilómetros de la capital. Tiene dos hijos independizados. Tienen un nivel sociocultural medio. No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal ni de enfermedades inflamatorias intestinales.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: enteropatía por olmesartán.

En el *diagnóstico diferencial* cabe incluir el cáncer colorrectal, las enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, la celiaquía, y otros trastornos del hábito intestinal debido a la intolerancia y/o alergia a fármacos y/o alimentos.

Plan de acción y evolución

En consultas de Aparato Digestivo se solicitan ecografía abdominal, colonoscopia y nueva analítica, resultando todas las pruebas normales.

La paciente consulta en varias ocasiones más en el servicio de urgencias. Posteriormente la paciente acude a su médico de familia pues la clínica persiste a pesar de presentar todas las

pruebas normales y continúa perdiendo peso. Revisando su tratamiento, notamos que la paciente está tomando olmesartán. Entre las reacciones adversas medicamentosas de este fármaco se encuentra el dolor abdominal, las náuseas y vómitos, la diarrea y la dispepsia. Se retiró dicha medicación, tras lo que cedieron los síntomas y la paciente comenzó de nuevo a ganar peso. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática; no ha vuelto a presentar dolor abdominal, diarrea y ha vuelto a ganar el peso perdido.

Conclusiones

En este caso se pone en evidencia la importancia de valorar al paciente en su totalidad y la necesidad de repasar los tratamientos que toman ante la aparición de nuevos síntomas. En muchas ocasiones, cuando un especialista hospitalario valora a un paciente se centra en la sintomatología que éste presenta referida a su especialidad.

Es necesario que el médico de familia lleve un seguimiento de los usuarios de forma integral, siendo conocedor de las visitas que realizan estos a otros especialistas y al servicio de urgencias, pues somos nosotros quienes podemos valorar íntegramente a los pacientes y de esta forma diagnosticar patologías de las que otros médicos no se han percatado, además de poder optimizar el tratamiento y deprescribir o sustituir fármacos en el caso de que sea necesario.

Palabras clave

Dolor abdominal, olmesartan, efecto secundario.

56.

Síndrome de Charles Bonnet. ¿Qué es y cómo diagnosticarlo?

Vaquero Onrubia, Pilar		Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)
Aguayo Sánchez, Carmen		Médico Residente de MFyC. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)
Luque Vargas, Raquel		Especialista en MFyC. Tutora. CS Utrera Norte-Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)

RESUMEN

Paciente de 87 años que consulta en Atención Primaria por cuadro de alucinaciones visuales de 2 semanas de duración con crítica de las mismas. No deterioro de su calidad de vida basal, sin deterioro cognitivo, y sin ninguna sintomatología acompañante. Tras ser derivado para descartar organicidad a urgencias hospitalarias, con resultados de prueba de imagen, valoración neuro y psiquiátrica normales, se decidió valorar por parte de Oftalmología. Se comprobó la escasa agudeza visual del paciente (ya intervenido de cataratas de un ojo y con DMAE bilateral), siendo diagnosticado de síndrome de Charles- Bonnet. Es importante para el médico de familia tener en cuenta este cuadro en los pacientes con alucinaciones visuales, e incluirlo en el amplio diagnóstico diferencial.

Motivo de consulta

Alucinaciones visuales con juicio de realidad preservado. El caso clínico se desarrolla en el ámbito de la Atención Primaria y posteriormente en Urgencias Hospitalarias, para completar el estudio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: no alergias a medicamentos, hipertensión arterial, no fumador ni bebedor, fibrilación auricular permanente anticoagulada, enfermedad renal crónica, estenosis aórtica moderada con FEVI preservada, anemia ferropénica crónica con estudios endoscópicos normales, pancreatitis aguda biliar en 2015 de gravedad moderada, hipotiroidismo. Operado de cataratas en ojo izquierdo en 2017.

Situación basal: independiente para actividades básicas de la vida diaria, funciones superiores conservadas. Deambula solo. Convive con su mujer.

Tratamiento habitual: Sintrom 4 mg 1 comprimido al día, eutirox 150 mg, furosemida 40 mg cada 12 h, omeprazol 20 mg cada 24 h, amlodipino 5 mg 1 comprimido al día.

Paciente de 87 años que consulta en el Centro de Salud refiriendo alucinaciones visuales desde hace 2 semanas (zoonosis de pequeño tamaño: gusanos, hormigas, gallinas...) con juicio realidad preservado, generándole angustia. Afebril. No consumo de nuevos fármacos ni tóxicos. No datos sugestivos de clínica infecciosa. No disnea, no dolor torácico. No situaciones estresantes previas. Acompañado por su mujer que refiere que no ha tenido comportamientos fuera de lo habituales las últimas semanas, no afectando a su calidad de vida de forma acusada, pudiendo desempeñar su actividad habitual. Sin deterioro cognitivo.

Exploración: estabilidad hemodinámica TA 130/80, FC 65 lpm, afebril. Consciente, orientado en tiempo y espacio y colaborador, con juicio de realidad conservado haciendo crítica de las alucinaciones visuales. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio. Sin hallazgos de interés en auscultación cardíaca ni exploración abdominal. No edemas en miembros inferiores. Exploración neurológica dentro de la normalidad: pupilas isocóricas y reactivas a la luz, movimientos oculares externos conservados, campimetría por confrontación normal (aunque persiste en todo momento

las alucinaciones, que ceden al cerrar los ojos). No ataxia ni temblor. Marcha conservada. Romberg negativo. No focalidad neurológica.
Test Mini Mental sin rasgos de deterioro cognitivo, y test de tóxicos negativo.

Se decidió derivar a Urgencias de hospital de referencia por ser el primer episodio de alucinaciones visuales en paciente independiente, sin deterioro cognitivo previo. A descartar organicidad.

Pruebas complementarias

Analítica sangre: leucocitos 6.110, hemoglobina 8,5 (anemia crónica ya estudiada con valores similares en las anteriores analíticas), plaquetas 237.000. INR 2,3. Glucosa 103, urea 51, creatinina 2 (controles previos similar 2,3), iones normal, no elevación de reactantes de fase aguda. Vitamina B12 y tiroideas normal, en la analítica de hace una semana.

Orina normal. Radiografía de tórax y abdomen normal. TC cráneo: sin hallazgos agudos de interés
Valoración por Oftalmología: agudeza visual 0,3/ 0,1, catarata derecha. Pseudofacoemulsificación izquierda por intervención de catarata izquierda, con opacificación de la cápsula posterior. DMAE seca bilateral.

Valoración por Neurología y Psiquiatría, descartando patología a dichos niveles.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Síndrome de Charles Bonnet en paciente con escasa agudeza visual bilateral debido a degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

Diagnóstico diferencial: patología psiquiátrica (esquizofrenia, trastorno delirante...), neurológica (demencia de cuerpos de Lewy, demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, Parkinson, delirium...), tóxicos, fármacos de nueva introducción en el paciente, patología endocrino-metabólica (crisis tiroidea), tumor cerebral primario, encefalitis, meningitis, metástasis cerebral de tumor de origen desconocido...

Plan de acción y evolución

Se decide intervenir la catarata del ojo derecho, y citar para aplicar laser YAG en ojo izquierdo, debido a la opacificación tras la intervención de cataratas de dicho ojo. Ello mejoraría la pobre agudeza visual del paciente, pudiendo desaparecer en parte las alucinaciones visuales.

Por lo demás no hay un tratamiento que sea de elección en el síndrome de Charles Bonnet. Para su tratamiento se han usado fármacos anticomociales, neurolepticos, antidepresivos y agentes colinérgicos. Sin embargo, actualmente no existe suficiente evidencia clínica para seleccionar un tratamiento farmacológico determinado. Ello junto con las medidas higiénicas (adecuada iluminación, estar acompañados...) mejora la sintomatología.

Evolución: en el caso de nuestro paciente se empleó baja dosis de risperidona con aceptables resultados. Ello junto con la intervención ocular disminuyó la frecuencia de las alucinaciones, mejorando la angustia del paciente y su calidad de vida.

Conclusiones

El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por alucinaciones visuales en pacientes con gran deterioro de visión sin deterioro cognitivo, siendo una de las patologías que con más frecuencia causan este cuadro la degeneración macular asociada a la edad (DMAE). También suele aparecer en retinopatía diabética, glaucoma, miopía magna...

El envejecimiento poblacional hace prever un aumento de su incidencia, probablemente infradiagnosticado por su desconocimiento por parte del personal médico. Hay un amplio diagnóstico diferencial que tener en cuenta. Es una patología que causa mucha angustia y

sufrimiento al paciente que lo padece, pudiendo ser tratado como un cuadro psiquiátrico aun no siéndolo. Lo más importante a la hora del manejo, es la información al paciente y a la familia, con el fin de reducir la ansiedad. El conocer esta patología es muy interesante para el médico en atención primaria y en urgencias, ya que puede evitar ingresos para completar el estudio, junto con derivaciones a otros especialistas sin que sean necesarios.

57.

Taquicardia ventricular: también en atención primaria

Pedraza Gil, Laura | *Médico Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)*
 Aranda Lara, Francisco Javier | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)*
 Lario Fernández, M^a Dolores | *Especialista en MFyC. Tutora. Tutor. CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)*

RESUMEN**Motivo de consulta**

Control de FRCV.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 60 años con síndrome metabólico y cardiopatía isquémica crónica multivascular revascularizada parcialmente. Acude a Urgencias en varias ocasiones en los últimos años por episodios de dolor centrotorácico opresivo que ceden con CFN sublingual.

A su llegada a consulta, nos comenta que hace unas horas ha vuelto a tener un nuevo episodio anginoso autolimitado. Actualmente, asintomático. A la auscultación, rítmico y taquicárdico. TA 90/55, pulso palpable. No dolor torácico, no disnea, no cortejo vegetativo. ECG: taquicardia ventricular monomorfa a 180lpm.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Realiza seguimiento de su patología crónica en Centro de Salud sin mucha regularidad y con mal control de FRCV.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular.

Plan de acción y evolución

Se monitoriza al paciente y contactamos con 061. Se inicia perfusión con Amiodarona 150mg IV. Tras unos minutos, el paciente vuelve a ritmo sinusal, estabilizándose TA y FC. En ECG de control, se objetivan varias extrasístoles ventriculares y un BCRDHH no conocido como posibles desencadenantes. Se traslada al paciente a Hospital de referencia.

Conclusiones

La TV no es una patología común en Atención Primaria, pero puede desencadenarse ante cualquier paciente con riesgo cardiovascular elevado. La valoración integral del paciente en consulta permitió diagnosticar de manera casual y manejar de manera precoz una arritmia de semejante importancia.

Palabras clave

Taquicardia ventricular, isquemia miocárdica, síndrome metabólico

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Paciente varón de 60 años que acude a consulta por absceso a nivel pectoral y durante la entrevista nos comenta que hace unas horas ha sufrido un episodio anginoso por el que ha tenido

que tomar CFN sublingual.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares

- Madre con cardiopatía isquémico-hipertensiva fallecida a los 82 años.
- Padre fallecido por IAM a los 60 años.

Antecedentes personales

- Ex-fumador de 1 paq/día durante 40 años.
- HTA. DLP. DM2. Obesidad.
- Historia cardiológica:
 - Cardiopatía isquémica, IAM inferior antiguo (2009). Coronariografía con lesión no significativa de ADA y ACD dominante con afectación de aspecto crónico vascularizada parcialmente por circulación heterocoronaria, por lo que se decide manejo conservador. FEVI conservada
 - SCASEST (Nov 2018). Coronariografía con oclusión crónica de ACD y lesión significativa de ADA, por lo que se decide ICP sobre ADA
 - Ingreso en Agosto de 2019 por dolor torácico. Coronariografía: enfermedad coronaria multivaso con revascularización parcial. Stent permeable en ADA. FEVI conservada (55%). Se decide ajuste de medicación.

Tratamiento habitual: Atorvastatina 80mg/Ezetimibe 10mg 1cp/24h, Metformina 850mg 1cp/12h, AAS 100mg 1cp/24h, Telmisartan 80mg/HCTZ 25mg 1cp/24h, Bisoprolol 2.5mg 1cp/24h, Ticagrelor 60mg 1cp/12h, Clorazepato dipotásico 15mg 1cp/24h, Nitroglicerina 1mg/Cafeina 25mg

Historia actual: anamnesis

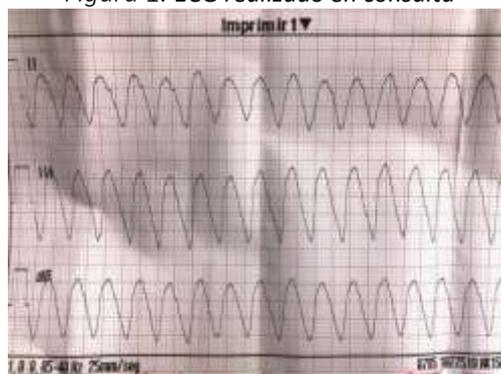
Paciente que presenta angor de esfuerzos moderados de larga evolución por el que ha tenido que consultar en Urgencias en los últimos años, pero que no se ha visto modificado en las últimas semanas. Hoy nos refiere en consulta un episodio de mareo sin pérdida de conocimiento acompañado de presión centrotorácica mientras conducía por la mañana, por el que ha tomado CFN sublingual, aliviando los síntomas. Actualmente asintomático.

Exploración física: buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Afebril. SatO2 98%, FC 140 lpm, TA 90/55.

A la auscultación, rítmico pero taquicárdico, no soplos audibles. Pulso difícilmente palpable. MVC sin ruidos sobreañadidos. No edemas de miembros inferiores ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: ante las cifras de TA y el hallazgo de la taquicardia, decidimos realizar ECG, donde objetivamos taquicardia de QRS ancho a 180 lpm con morfología monomorfa ([figura 1](#))

Figura 1. ECG realizado en consulta



Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Taquicardia ventricular monomorfa.

Plan de acción y evolución

Monitorizamos al paciente en una consulta y contactamos con Centro Coordinador de Urgencias de movilidad. En todo momento el paciente se encuentra estable clínicamente. Administramos 10mg de Nitroglicerina y 150mg de Amiodarona IV en perfusión con suero glucosado al 5%. Tras unos minutos, la TA y la FC se estabilizan y el paciente vuelve a ritmo sinusal. En ECG de control, se objetiva morfología de BCRDHH, con algunas extrasístoles ventriculares y un descenso poco específico de ST en cara inferolateral. Cuando se consigue la estabilidad hemodinámica del paciente, se decide traslado a Centro Hospitalario de referencia.

De manera diferida, consultamos evolución del paciente durante su Ingreso en Cardiología. Dados los hallazgos del cateterismo de Agosto de 2019 donde se decidió manejo conservador, la ausencia de progresión de síntomas isquémicos y el hecho de presentar TVMS como evento arrítmico, optan por no repetir coronariografía y realizar implante de DAI como prevención secundaria. Suspenden Ticagrelor y aumentan dosis de Bisoprolol (1cp/12h).

Conclusiones

La Taquicardia Ventricular no es una patología común en Atención Primaria, pero puede desencadenarse ante cualquier paciente con riesgo cardiovascular elevado, por lo que la función del Médico de Familia frente a signos o síntomas de alarma cobra relevancia.

El manejo de una arritmia tan importante pero tan infrecuente en nuestro ámbito debe realizarse consultando y siguiendo un protocolo específico, ya que en ocasiones el abordaje de ciertas patologías no está a nuestro alcance. Pero lo que me parece interesante destacar es que, gracias a la valoración integral del paciente en consulta, se pudo diagnosticar casualmente y gestionar de manera precoz una arritmia que puede llegar a ser mortal.

58.

Ten tu ecógrafo cerca

Serrano de los Santos, M^a José | *Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla*
 Ayala Cardoso, Francisco | *Especialista en MFyC. Tutor. Tutor. CS La Candelaria. Sevilla*
 Rodríguez Vázquez, Aurora | *Médico Residente de MFyC. CS La Candelaria. Sevilla*

Motivo de consulta

Hematuria y disuria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 71 años, que acude a consulta de Atención Primaria por hematuria intermitente y disuria de 4 días de evolución. Afebril.

Antecedentes Personales: no alergias medicamentosas conocidas, CAT 20paquetes/año, Hipertensión arterial, dislipemia.

Intervenciones quirúrgicas: Hernia inguinal, vasectomía.

Paciente parcialmente dependiente para ABVD. Vive solo.

Tratamiento habitual: Amlodipino, clortalidona, Losartán, Alopurinol y Omeprazol

Exploración física: buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Estable hemodinámicamente. Eupneico en reposo y al habla. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Sin masas ni organomegalias. No se palpa globo vesical.

Análítica: Serie roja y blanca sin alteraciones. Plaquetas en rango.

Plan de acción y evolución

Ciprofloxacino 500mg/12h 15 días.

Evolución:

Tras ciclo de antibiótico, el paciente persiste con hematuria. Se realiza Eco clínica con presencia de masa en vejiga.



Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Neoplasia vesical

El paciente es derivado de forma preferente al servicio de Urología. Del mismo modo, se contacta con dicho servicio para mostrar imágenes de ecografía para poder ser valorado lo más rápido posible.

El paciente es valorado a las 2 semanas en consultas de Urología, donde confirman diagnóstico de Neoplasia vesical.

Diagnóstico diferencial: ITU, Neo vesical, pólipo vesical.

Conclusiones

El uso de la ecografía en Atención Primaria aumenta la resolutiveidad y optimización de nuestras derivaciones, acortándose en este caso el tiempo de espera de nuestro paciente para ser valorado y tratado por urología.

Es importante que los Centros de Salud estén dotados de ecógrafos y de profesionales formados para su uso.

Palabras clave

Urinary Bladder, Neoplasms Urine infection Ultrasonography.

59.

Trastorno de aprendizaje no verbal: una disfuncionalidad social y ejecutiva

Cavallaro, Irene | *Médico Residente de MFyC. CS Gibraleón. Huelva*
 Suárez Pérez, María | *Especialista en MFyC. Tutora. CS Gibraleón. Huelva*
 Caballero Morgado, Julio Cesar | *Especialista en MFyC. Adjunto. Hospital de Riotinto (Huelva)*

Motivo de consulta

Paciente de 7 años que acude a consultas de pediatría de atención primaria por déficit de atención y dificultad de aprendizaje.

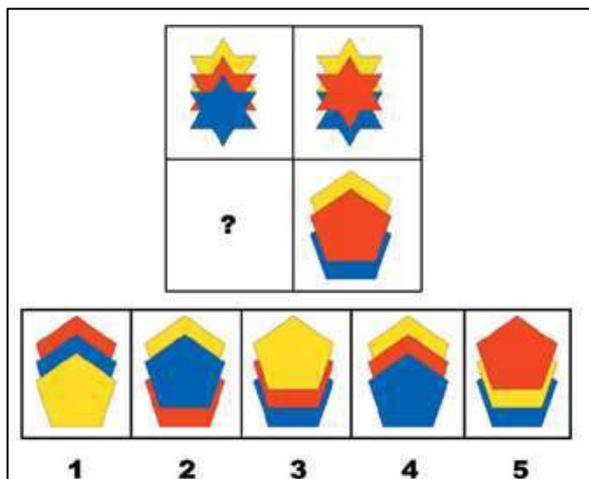
Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente de 7 años sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes.

Remitido a consultas de pediatría de AP por presentar lentitud y torpeza motora en la realización de las tareas y comportamiento inadecuado durante las horas escolares.

Exploración: la exploración física y psicológica en consulta resulta normal y decidimos derivar a consultas de Salud Mental infantil.

Pruebas complementarias: en las pruebas neuropsicológicas realizadas evidenciaron marcadas diferencias entre la puntuación de la escala verbal y la manipulativa del WISC-R.



Áreas Principales del WISC-IV			
Comprensión Verbal	Razonamiento Perceptivo	Memoria de Trabajo	Velocidad de Procesamiento
Similitudes	Cubos	Dígitos	Claves
Vocabulario	Conceptos	Letras y Números	Búsqueda de símbolos
Comprensión	Matrices	Aritmética	Animales
Información	Figuras Incompletas		
Adivinanzas			

En pruebas de memoria visual el paciente obtuvo puntuaciones muy por debajo de la normalidad, probablemente debido a las dificultades visuoespaciales y a los problemas de planificación.

En aquellas tareas en las que se requería integración de la información visual, basada en un significado contextual, el niño no era capaz de encajar las piezas.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear integra en una fase IV del ciclo vital según modelo de Duvall.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Trastorno de aprendizaje no verbal (TANV).

En los diagnósticos diferenciales es necesario incluir el trastorno de atención e hiperactividad (TDAH) que con respecto al TANV se caracteriza por inatención, impulsividad, problemas de autocontrol y conducta sin dejar de sociabilizar y el síndrome de Asperger que se caracteriza por

conductas inflexibles, estereotipias, aislamiento e imposibilidad de mantener el contacto visual entre otros.

Plan de acción y evolución

El niño se incluyó en un grupo de alumnos con necesidades educativas especiales donde recibe adaptaciones metodológicas como priorizar las explicaciones verbales claras y concretas, reduciendo la carga visual de los materiales.

Conclusiones

El TANV es un trastorno neuropsicológico del desarrollo poco conocido, que se confunde en la mayoría de las veces con otras patologías conductuales. Es resultado de un déficit en las conexiones de la sustancia blanca del hemisferio derecho, el cual se encarga de procesar la información sensorial.

Este síndrome se caracteriza por los déficit en la percepción táctil y visual, en las habilidades de coordinación psicomotora y en la destreza para tratar con material o con circunstancias nuevas. En consecuencia, aparecen problemas en el aprendizaje (memoria táctil y visual) y en funciones ejecutivas (formación de conceptos, resolución de problemas, razonamiento abstracto y velocidad de procesamiento de la información). Las deficiencias presentes en la percepción social, el juicio y las habilidades de interacción social son también consecuencia de los déficit neuropsicológicos. Debido a todas estas características, estos niños presentan una predisposición a padecer problemas emocionales y caracteriales. Los efectos finales de estas circunstancias son las dificultades académicas y socioemocionales.

La prevalencia del TANV no está clara, por ser un trastorno no recogido en el DSM IV y carente de una definición consensuada.

Al tener dificultades no verbales este trastorno pasa desapercibido, lo cual condiciona una falta de diagnóstico o un diagnóstico tardío; por esta razón, con este caso queremos ampliar el conocimiento de dicho síndrome con el fin de tenerlo en cuenta a la hora de buscar diagnósticos diferenciales de los trastornos conductuales.

60.

Trombosis de seno venoso sigmoides tras una otitis media aguda

Cavallaro, Irene | *Médico Residente de MFyC. CS Gibraleón. Huelva*
 Suárez Pérez, María | *Especialista en MFyC. Tutor. Tutora. CS Gibraleón. Huelva*
 Caballero Morgado, Julio Cesar | *Especialista en MFyC. Adjunto. Hospital de Riotinto (Huelva)*

Motivo de consulta

Niña de 11 meses que acude a consultas de pediatría de atención primaria por fiebre y enrojecimiento ótico izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: niña de 11 meses sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes. Correctamente vacunada, embarazo y parto sin incidencias.

Traída por fiebre de 4 días de evolución de hasta 39°C, acompañada de decaimiento, enrojecimiento ótico izquierdo y varios vómitos de contenido alimenticio.

En los días previos había acudido al servicio de urgencias hospitalario por fiebre y malestar general recibiendo el alta a domicilio con diagnóstico de síndrome febril de corta evolución con tratamiento sintomático.

Exploración: buen aspecto, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Febrícula.

Otoscopia izquierda: hiperemia y abombamiento timpánico, elevación del pabellón auricular con enrojecimiento y edema retroauricular, doloroso a la palpación.

Resto de exploración física y constantes vitales normales.

Se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias y valoración otorrinolaringológica especializada.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: leucocitosis (20630 uL) con neutrofilia (9871 uL), resto de series normales.
- Bioquímica: PCR 98mg/dL, resto de valores normales.
- TAC con contraste de mastoides: otomastoiditis confluyente izquierda con absceso subperióstico de 22mm de diámetro. El seno sigmoides izquierdo muestra un defecto de repleción de 11mm de longitud sugestivo de trombosis secundaria.
- RM con contraste iv de cráneo: defectos de repleción lineal central, hiperintensos en T2 y con aparente restricción en secuencia difusión por trombosis séptica parcial aguda del seno sigmoides izquierdo.



Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear integra en una fase II del ciclo vital según modelo de Duvall.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Trombosis de seno venoso sigmoides izquierdo secundario a otitis media aguda.

En los diagnósticos diferenciales se incluyeron todas las patologías infecciosas que pudieran ocasionar ocupación de seno venoso como la otitis media crónica, la mastoiditis, la meningitis y el absceso intracraneal.

Plan de acción y evolución

Al ingreso hospitalario se instauro tratamiento intravenoso con antibioterapia empírica con amoxicilina/clavulánico a 100mg/kg/día durante 6 días y corticoterapia con metilprednisolona a 1.5mg/kg/día.

Al tercer día del ingreso se realiza miringotomía y colocación de drenajes transtimpánicos.

Al séptimo día se drena el absceso subperióstico, se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular subcutánea 15mg/24h y se cambia antibioterapia intravenosa a cefotaxima 400mg/6h y metronidazol 90mg/8h.

Evolución: se realiza un estudio de coagulación e hipercoagulabilidad que resulta normal.

La paciente no ha presentado repercusiones neurológicas y actualmente continua en seguimiento por pediatría y hematología.

Conclusiones

La trombosis de seno sigmoides es una patología infrecuente pero es necesaria su detección temprana para evitar desenlaces fatales.

En todo paciente pero sobretodo en el pediátrico es necesario hacer una exploración física completa, y no solo focalizada en los aparatos que causen dolencias, con el fin de realizar un diagnóstico exhaustivo.

El diagnóstico de este cuadro es difícil, ya que las manifestaciones clínicas son absolutamente polimorfas y se hace imprescindible el apoyo de pruebas de neuroimagen.

Con este caso queremos recordar la presencia de esta patología para tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial de infecciones óticas con mala evolución.

61.

Tumores raros de la infancia

Pacheco Herrera, María		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
Bernal Bernal, Roberto		<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>
Morillas Romero, Mariola		<i>Médico Residente de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)</i>

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor abdominal + astenia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 17 años, sin antecedentes previos de interés, que acude a urgencias hospitalarias por malestar general, dolor abdominal inespecífico y moderada astenia de dos o tres meses de evolución, con diagnóstico al alta de proceso viriásico. Acude a su médico de Atención Primaria, que objetiva hemoglobina de 5.7g/dl, por lo que la deriva de nuevo al hospital para tratamiento y estudio. Tras realizar TC de abdomen descubren masa a nivel mesogástrico. Se deriva a Hospital Virgen del Rocío por sospecha de tumoración rara infantil, donde la intervienen.

Enfoque familiar y comunitario

Hija única, buen apoyo familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Tumor raboide extrarrenal maligno primario de íleon con afectación peritoneal y hepática (estadio IV). Diagnóstico diferencial con GIST intestinal, entre otros.

Plan de acción y evolución

En tratamiento quimioterápico en Hospital Virgen del Rocío, hasta la fecha.

Conclusiones

Observar cuidadosamente las pruebas complementarias solicitadas, sobre todo en personas jóvenes, por el impacto que esto conlleva si se desencadena un desenlace fatal.

Palabras clave

Rhabdoid Tumor, anemia, Soft Tissue Neoplasms.

CASO COMPLETO

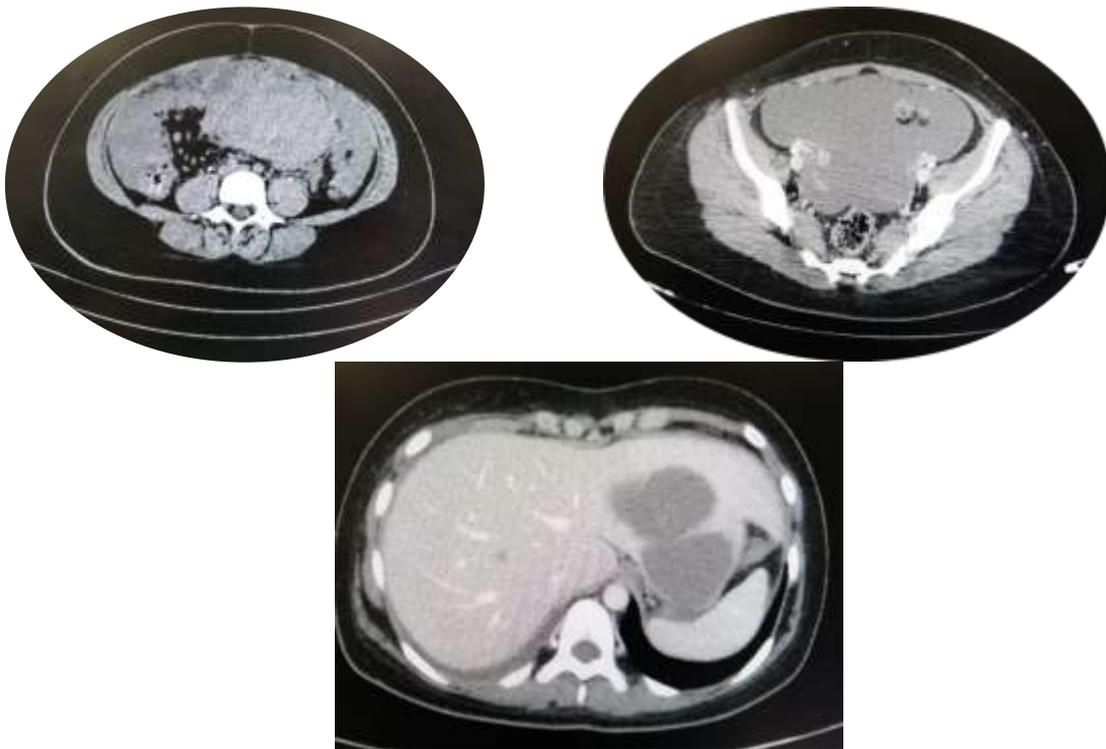
Motivo de consulta

Dolor abdominal y astenia moderada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 17 años sin enfermedades previas de interés, alergia a medicamentos ni intervenciones quirúrgicas pasadas. Acude a urgencias hospitalarias por astenia de varios meses de evolución, intensificada en la última semana, con regular estado general y acompañada de dolor abdominal difuso. A la exploración, palidez mucocutánea, taquicardia e hipotensión. Se le realizó analítica de urgencias, obteniéndose hemoglobina de 5.7g/dl, ligero ascenso de transaminasas, PCR 139,3mg/L

y leucocitosis 12750 (10340 neutrófilos). Fue dada de alta con diagnóstico de viriasis, pasando desapercibido el hemograma. A los 5 días acudió a su Médico de Atención Primaria ante la ausencia de mejoría, y la deriva a urgencias nuevamente tras visualizar la anemia. Le transfundieron 2 concentrados de hematíes, le realizaron urgente un TC abdomen y la ingresaron a cargo de Medicina Interna. Se objetivó masa mesogástrica de 85x93x92cm con sangrado activo, realizándose BAG de la lesión sin llegar a diagnóstico certero. Se procedió a realizar RMN de abdomen que se informó como “Tumor primario peritoneal vs GIST intestinal vs carcinomatosis peritoneal secundaria”.



Se derivó al Hospital Virgen del Rocío por ser de referencia en tumores abdominales raros en la población infantil-adolescente. Fue sometida a una laparotomía exploradora con biopsia de la lesión, que dependía de íleon terminal, y su resección posterior.

Enfoque familiar y comunitario

Hija única, con buen entorno familiar y social.

Antecedentes maternos de macroadenoma hipofisario productor de GH y atipia cérvix uterino; paternos de GMSI; abuela con cáncer de mama a los 70 años, y dos tíos con cáncer gástrico y glioma, respectivamente.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Tumor raboide extrarrenal maligno primario de íleon con afectación peritoneal y hepática (estadio IV).

Realizado diagnóstico diferencial con GIST intestinal, linfoma extranodal primario de TGI, tumor germinal, tumor primario peritoneal, angiosarcoma, tumor desmoplásico de células pequeñas redondas.

Plan de acción y evolución

Se deriva a Oncología Médica de Hospital Virgen del Rocío para tratamiento quimioterápico, hasta la actualidad.

Conclusiones

La mayoría de casos evaluados en urgencias poseen pruebas complementarias anodinas y por tanto sin repercusión clínica, pero debido a la gran saturación que existe en los servicios de urgencias por la alta demanda de asistencia sanitaria, a veces puede que algunos datos de interés pasen desapercibidos. El papel del médico de familia como supervisor y participante en la atención continua del paciente es importante en casos como el que aquí se expone.

Palabras clave

Rhabdoid Tumor, anemia, Soft Tissue Neoplasms.

Bibliografía

Ramos R; Rodríguez-Luis JC; Gómez J; et al: Tumores malignos de abdomen y pelvis en el niño. Canarias Pediátrica. 2000; 24, 1: 57-64.

PDQ Pediatric Treatment Editorial Board. Childhood Soft Tissue Sarcoma Treatment (PDQ®): Patient Version. 2019. En: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65904/>

Morgan, Jeffrey; Raut, Chandrajit P; Duensing, Anette; et al. Epidemiology, classification, clinical presentation, prognostic features, and diagnostic work-up of gastrointestinal stromal tumors (GIST) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2019 [acceso el 13 de octubre de 2019]. Disponible en: https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/epidemiology-classification-clinical-presentation-prognostic-features-and-diagnostic-work-up-of-gastrointestinal-stromal-tumors-gist?search=GIST&source=search_result&selectedTitle=1~86&usage_type=default&display_rank=1

62.

Un hematoma que no se resuelve

Varo Muñoz, Araceli		Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla
Cardoso Cabello, David		Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla
Gabaldón Rodríguez, Inmaculada		Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

A continuación, presentamos un caso clínico que nos resultó muy llamativo y sorprendente en la consulta acerca del hallazgo de un carcinoma de mama. Este caso se abordó entre Atención Primaria, Ginecología y Oncología.

Motivo de consulta

Hematoma y bultoma en mama izquierda desde hace cinco meses.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 76 años que acude a la consulta de Atención Primaria porque desde hace cinco meses presenta un hematoma y bultoma en mama izquierda que no se resuelve. Lo relaciona con una caída desde su propia altura con golpe en hemitórax izquierdo que fue valorada en urgencias sin hallarse fracturas. Comprobamos que en el informe de urgencias se describe el hematoma mamario.

Niega secreción por el pezón. Niega fiebre.

Entre sus *antecedentes personales* encontramos: intolerancia a codeína, ibuprofeno, simvastatina y amoxicilina-clavulánico. Hipertensión arterial bien controlada. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento. Intervenciones quirúrgicas: una cesárea y amidalectomía.

Menopausia a los 50 años. G3P2C1A0.

Niega antecedentes familiares oncológicos.

Tratamiento crónico: Enalapril 20mg/Hidroclorotiazida 12,5mg cada 24 horas; Sertralina 100mg cada 24 horas; Clorazepato dipotásico 5mg si crisis de ansiedad; Zolpidem 10mg medio comprimido por la noche; Pícolato deanol 250mg/Heptaminol clorhidrato 180mg una ampolla al día.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo y al habla. Afebril. Hemodinámicamente estable. Mamas hipotróficas. En mama izquierda se palpa en cuadrante superointerno un bultoma regular, duro, de unos 8cm de diámetro mayor, no adherido a planos profundos y no doloroso, sin signos infecciosos locales. Compatible con hematoma organizado debido al tiempo de evolución y el tamaño.

No se palpan adenopatías axilares.

ACR: Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos.

Balance motor de miembro superior izquierdo sin limitación e indoloro.

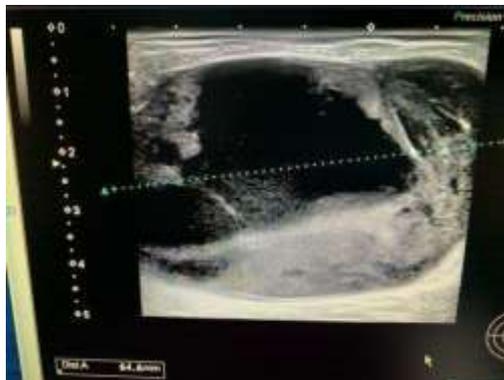
Pruebas complementarias: decidimos solicitar ecografía de mama.

Ecografía de ambas mamas: Mamas con áreas de densidad fibroglandular dispersas. En cuadrante superointerno de mama izquierda se observa una gran masa quística compleja de unos 6,5cm x 4cm con ecos difusos internos y formaciones papilares vascularizadas en su pared con extensión más allá de la pared quística en la zona más superior. Se recomienda biopsia.

Mamografía



Ecografía mamaria



Mama derecha sin hallazgos.

Impresión diagnóstica: Masa quística compleja en mama izquierda a descartar lesión papilar vs carcinoma intraquístico. Categoría BIRADS 4C.

Ecografía de axila homolateral sin hallazgos patológicos.

Biopsia con aguja gruesa: LESIÓN PAPILAR COMPLEJA CON ATIPIA. Podría corresponder a un carcinoma papilar encapsulado.

Receptores de estrógenos: expresión intensa en el 90-100% de las células neoplásicas.

Receptores de progesterona: expresión ligera en el 10-20% de células neoplásicas.

CK19: positivo.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 76 años independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Es viuda, tiene dos hijas. Buen soporte familiar, vive con una hija y su nieto. Nivel socio-cultural medio. Va todos los días a un colegio para personas mayores.

Plan de acción

Se decide intervención quirúrgica para obtener el diagnóstico definitivo y como medida terapéutica.

Se realiza segmentectomía y se envía la pieza de resección para ampliar estudio.

Anatomía patológica: Carcinoma papilar encapsulado de 5,5cm que respeta márgenes de resección.

Estudio inmunohistoquímico:

Ausencia de expresión de p63.

Receptores de estrógenos: expresión intensa en el 60-70% de células neoplásicas.

Receptores de progesterona: ausencia de expresión nuclear en las células neoplásicas.

HER2: negativo.

Ki67: índice de proliferación celular 20-30%.

CK19: positivo.

No se describe componente infiltrante de la tumoración.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma papilar encapsulado de cuadrante superointerno de mama izquierda, no infiltrante. luminal B.

En un principio, se planteó como posibilidad diagnóstica un hematoma organizado. Tras la ecografía, se planteaba el diagnóstico diferencial entre tumoración benigna o maligna y dentro de las malignas, entre diferentes tumores.

Plan de acción y evolución

Tras la cirugía, la paciente se encuentra clínicamente estable, sin complicaciones de la herida quirúrgica y continua seguimiento con Oncología. Está pendiente de iniciar la Radioterapia. PS 1. Marcadores tumorales normales.

Inició tratamiento con anastrozol 1mg al día y tras varios meses tomándolo se encuentra bien y no han aparecido efectos secundarios.

Conclusiones

Desde mi punto de vista, se trata de un caso clínico muy sorprendente, nunca imaginé que detrás de un hematoma secundario a una caída podría haber un cáncer de mama, ni siquiera la paciente le dio importancia y tardó cinco meses en consultar por ello.

Por este motivo, es importante el papel del médico de familia para orientar los signos y/o síntomas por los que consultan los pacientes. Si en este caso no le hubiéramos dado importancia a un hematoma que llevaba cinco meses sin resolverse y lo hubiéramos achacado al traumatismo, el carcinoma podría haberse extendido y, por lo tanto, haber llevado peor evolución y pronóstico.

63.

Un simple esguince de muñeca... ¿o algo más?

Montoya Cervantes, Miguel Ángel | *Médico Residente de MFyC. CS de Camas (Sevilla)*
 Casado Martín, Mercedes | *Especialista en MFyC. Tutora. CS de Camas (Sevilla)*
 Guillén Vázquez, Jesús | *Médico Residente de MFyC. CS de Camas (Sevilla)*

Motivo de consulta

Paciente de 16 años, acude a consulta por persistencia de dolor en muñeca izquierda tras caída casual hace más de siete días, tras haber cumplido tratamiento con medidas conservadoras.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de un paciente de 16 años que sufrió una caída casual sobre su mano izquierda, con dolor a la movilización de la muñeca y discreto edema en cara dorsal de la misma. Fue valorado en urgencias de Atención Primaria, con juicio clínico de esguince de muñeca y pautándose tratamiento conservador con vendaje elástico compresivo, reposo funcional y antiinflamatorios. Refiere mejoría parcial de la sintomatología con persistencia dolor a la dorsiflexión de la muñeca.

A la *exploración*, no se aprecia edema ni deformidad en muñeca, con balance articular conservado aunque doloroso a la extensión profunda de la muñeca. Se exploran estructuras, no objetivándose signos de afectación escafoides, bostezos ni dolor a la palpación del fibrocartilago triangular del cúbito. Cabe destacar la localización de un punto doloroso al palpar en profundidad en la fóvea semilunar, sobre el tubérculo de Lister, que se incrementa al extender la muñeca mientras presionamos; se realiza el test de Watson siendo negativo.

Se solicita radiografía anteroposterior y lateral de la muñeca, inicialmente normal y en segundo término con el puño cerrado, en la cual se objetiva el signo de Therry con aumento del espacio escafolunar de hasta 2.38mm.

Imagen 1. En la radiografía de la izquierda, realizada en anteroposterior con la mano en posición anatómica, no observamos alteraciones. Al cerrar el puño, observamos cómo se produce una separación mayor de 2mm entre el escafoides y el semilunar. Esta separación se conoce como el **signo de Therry**.



Enfoque familiar y comunitario

Familia nuclear con buena dinámica familiar, en la cual el paciente es el único hijo. Ambos progenitores trabajan durante la mañana. El paciente se encuentra terminando la

enseñanza secundaria obligatoria.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Ante el dolor en muñeca tras traumatismo como mecanismo lesional, debemos tener en cuenta las distintas entidades clínicas que se pueden presentar. En este caso y acorde a la exploración y a las pruebas complementarias, la primera opción que deberíamos plantearnos sería la disociación escafolunar por lesión en el ligamento homónimo. Otros juicios clínicos que debiéramos tener presente serían el esguince de muñeca (ligamento radiocarpiano, ulnocarpiano, colaterales medial y lateral) o la fractura de escafoides, la cual muchas veces el diagnóstico es clínico al no evidenciarse trazos de fractura en el momento agudo.

Plan de acción y evolución

Ante los hallazgos clínicos, se decide manejo inicialmente conservador con medidas RICE (Reposo, Hielo [Ice], Compresión, Elevación) durante 7 días más y se decide derivar a traumatología para estudio mediante pruebas de imagen y, en caso de estimarse necesario por parte de la especialidad, corrección quirúrgica mediante artroscopia.

Actualmente el paciente se encuentra pendiente de cita por Cirugía Ortopédica y Traumatología de referencia.

Conclusiones

La inestabilidad escafolunar es la inestabilidad carpiana más frecuente y puede condicionar la pérdida tanto de movilidad como de fuerza en la articulación. La disociación escafolunar es la causa más frecuente pudiendo explorarse clínicamente mediante el test de Watson, en el cual se sujeta la muñeca con una mano colocando el pulgar en la tuberosidad anterior del escafoides y se procede a realizar una desviación radial; si es positivo se producirá un chasquido y el paciente sentirá dolor.

Aunque la incidencia de la disociación escafolunar sea menor que, por ejemplo, la del esguince de muñeca, tenemos que tenerla presente y explorarla para detectarla y evitar su cronificación en forma de inestabilidad carpiana.

64.

Una buena exploración a tiempo

Alaminos Tenorio, Esperanza		Médico Residente de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla
Gálvez Pascual, M ^a José		Médico Residente de MFyC. CS Alcora (Sevilla)
Cabrera Escribano, Claudia		Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Motivo de consulta

Proctalgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 75 años, con los siguientes *antecedentes personales* de interés:

RAMC: Penicilina. Mepivacaína.

No hábitos tóxicos.

HTA, DLP. Hipotiroidismo primario autoinmune. Gastritis crónica. Hernia de hiato ya intervenida.

Síndrome ansioso-depresivo.

Intervenciones quirúrgicas: Funduplicatura de Nissen en Dic/2018. Apendicectomía.

Paciente independiente para sus ABVD. Vive sola con su marido. Buen apoyo familiar.

Tratamiento domiciliario: Eutirox 75mcg/24h, Pantoprazol 20mg/24h, Desvenlafaxina 100mg/24h, Lorazepam 1mg/8h, Zopiclona 7.5mg/24h.

Motivo de consulta: la paciente acude a Urgencias por proctalgia intensa. Refiere desde hace 5 meses presentar dolor en región anal que ha ido intensificándose, junto con sangrado franco en las deposiciones. No alteraciones del hábito intestinal. No síndrome constitucional. Afebril.

Exploración:

BEG. Hemodinámicamente estable.

Abdomen blando, depresible, levemente doloroso a palpación en hipogastrio y FII. No masas ni megalias. No signos de peritonismo.

Tacto rectal: No se observan hemorroides externas ni fisuras. Se palpa masa de consistencia dura e irregular, friable al tacto, que parece infiltrar el margen izquierdo del canal anal. Restos hemáticos en el dedil.

Se solicita analítica y se contacta con Cirugía General de guardia, que tras valoración deciden tomar muestra para remitir a Anatomía Patológica.

Pruebas complementarias:

-Analítica: Hb 13g/dl, Serie blanca y plaquetaria dentro de la normalidad.

Coagulación sin alteraciones. INR 1.06

Bioquímica, con iones y albúmina en rango.

-Rx abdomen: Gas y heces de distribución en marco cólico. No dilatación de asas. Gas en ampolla rectal. Líneas del psoas visibles.

-AP de Biopsia incisional: Carcinoma de células escamosas (El estudio IHQ es positivo para p16 y p40).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Carcinoma anal de células escamosas.

Diagnóstico diferencial: Hemorroides internas, Fisura anal, Carcinoma recto/sigma.

Plan de acción y evolución

Se deriva a la paciente a CCEE de Oncología RT de forma preferente, que han realizado estudio de extensión y planificación del tratamiento.

Comentarios

La proctalgia o sangrado rectal es un motivo de consulta frecuente en AP, y en ocasiones no reparamos en explorar a los pacientes. En este caso un sencillo tacto rectal nos dio la pista para continuar el estudio de la paciente, con el hallazgo de un Ca anal no esperado. La exploración física es un arma fundamental para el diagnóstico en Medicina de Familia. Además, con las pruebas que tenemos al alcance, como la SOH o una colonoscopia de cribado, podemos completar diagnósticos importantes para nuestros pacientes.

Palabras clave

Digital rectal examination, Anus neoplasm, Gastrointestinal hemorrhage.

65.

Variante del Síndrome de Guillain Barré: neuropatía axonal motora pura o Síndrome de Aman

Vaca Vilanova, Patricia		Médico Residente de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla
Palop Pérez, Cecilia		Médico Residente de MFyC. CS Alamillo. Sevilla
Soto Moreno, Isabel		Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Motivo de consulta

Se presenta el caso de un varón de 24 años de edad sin antecedentes personales destacables, que consulta por cuadro de tetraparesia progresiva, precedida una semana antes por cuadro de GEA valorada por su médico de familia, autolimitada tras tratamiento conservador.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de un varón de 24 años con los siguientes antecedentes:

Antecedentes familiares: no conocidos.

Antecedentes personales: no RAM conocidas. No fumador. Bebedor ocasional. No otros antecedentes de interés. No tratamiento habitual

Anamnesis: hombre de 24 años consulta por aparición de sensación de calambre o disestesia en pantorrilla derecha en el día anterior, que ha progresado al miembro inferior izquierdo y mano izquierda, convirtiéndose en debilidad muscular que le dificulta la deambulación.

Destaca cuadro de diarrea y fiebre de dos días de evolución 1 semana antes, autolimitada con tratamiento conservador pautado por su Médico de familia.

Exploración: paciente con buen estado general, consciente, orientado e hidratado.

Auscultación cardiopulmonar: corazón rítmico y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Exploración neurológica: movimientos oculares extrínsecos conservados con nistagmo horizontal en mirada extrema agotable; pupilas isocóricas normorreactivas; pares craneales conservados. Fuerza en MSD 4/5, MID 4-/5 proximal y 3/5 distal. En MMII 3/5 en flexores de la cadera, 2/5 extensor de la rodilla, ¼ flexión dorsal, 3/5 flexión plantar. Sensibilidad termoalgésica, vibratoria y propioceptiva conservadas. No disimetrías ni disidiadococinesia. ROT conservados y simétricos en MMSS, rotulianos hipoactivos y aquíleos ausentes.

Ante los hallazgos de la exploración y la sospecha clínica de polineuropatía, tras comprobar que se encontraba estable hemodinámicamente y sin compromiso respiratorio, se deriva a servicio de Urgencias hospitalarias para valoración y estudio.

Pruebas complementarias: a su llegada a urgencias, se realizan:

TAC craneal: no se aprecian LOES, focos hemorrágicos intraparenquimatosos ni colecciones extraaxiales. No signos de isquemia aguda. Sistema ventricular de calibre normal para la edad del paciente. No desviación de estructuras de la línea media. No se observan otras alteraciones significativas.

Análítica en urgencias: hemograma normal. Bioquímica normal salvo CPK 269. Coagulación normal.

Punción lumbar: LCR con 3 células mononucleares, resto normal. Gram negativo. Cultivo negativo.

ENG-EMG: signos compatibles con polirradiculoneuropatía axonal motora pura.

Serologías negativas para VIH, CMV, borrelia. Inmunizado frente VhB, rubeola y sarampión. Autoinmunidad: Ac antiRo-52 positivo moderado. Analítica reglada: hemograma, bioquímica y coagulación normal. Función hepática normal. Función tiroidea, vitamina B12 y fólico normales.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Según los hallazgos del EMG se concluye Polineuropatía axonal motora pura, compatible con Síndrome de *AMAN*.

La polineuropatía periférica consiste en un trastorno de los nervios periféricos simétrico y diseminado, normalmente distal y de instauración gradual. Podemos encontrar múltiples etiologías. Se distinguen dos tipos: de afectación axonal o desmielinización, afectando a fibras gruesas y finas.

La neuropatía axonal aguda motora (*AMAN*) es una forma axonal motora pura del síndrome de Guillain-Barré, que, junto con la neuropatía sensitivo-motora axonal aguda (*AMSA*) representan el 3-5 % de los casos en países occidentales, siendo más frecuentes en Asia y América Latina.

La polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda, o síndrome de GuillainBarré, es una enfermedad autoinmunitaria progresiva secundaria a un proceso infeccioso viral en casi 60 a 70% de los casos. Entre los antecedentes infecciosos destacan la infección por *Campylobacter jejuni* (13 a 39%), citomegalovirus (5 a 22%), virus de Epstein-Barr (1 a 13%) y *Mycoplasma pneumoniae* (5%). Se caracteriza por debilidad muscular, con posterior parálisis motora, simétrica, con o sin pérdida de la sensibilidad y puede acompañarse de alteraciones autonómicas, que se resuelve espontáneamente.

La evolución clínica del *AMAN* suele ser más grave ya que en muchas ocasiones los pacientes suelen requerir ventilación mecánica. Sin embargo, no existe déficit sensorial. En la mayoría de casos, la *AMAN* se produce tras una infección con cepas de *C. jejuni* que causan enteritis. Se asocia con la presencia de anticuerpos antigangliósidos anti-GM1, que confieren peor pronóstico.

El grado de severidad y la distribución es variable, dependiendo de la extensión de la desmielinización, el grado de déficit sensitivo, la existencia de degeneración axonal y la respuesta al tratamiento.

Plan de acción y evolución

El paciente fue ingresado en planta de Neurología donde se le realizó el estudio y se comenzó tratamiento.

Evolución: durante su estancia comenzó con cervicalgia y lumbalgia de origen neurógeno con respuesta a tratamiento con gabapentina. Se decidió comenzar tratamiento con Inmunoglobulinas durante 5 días, con buena tolerancia.

Tras el tratamiento presentó una lenta mejoría motora. Ha realizado fisioterapia. No ha presentado disautonomía, disfagia ni disnea. Actualmente en seguimiento por su Médico de Atención Primaria y de baja laboral hasta su completa recuperación, para lo cual asiste a sesiones de Rehabilitación.

Conclusiones

En este caso podemos apreciar la importancia de la realización de una buena anamnesis y exploración neurológica completa, así como saber reconocer los síntomas fundamentales de esta patología, dada su potencial gravedad. Además, hay que descartar la existencia de posibles complicaciones de este cuadro, principalmente respiratorias. Finalmente, debemos derivar al

paciente al servicio de Urgencias de forma inmediata. Además, debemos sospechar y pensar en la posible asociación con procesos virales en semanas previas.

Bibliografía

Bellapart Rubio J., Castro Orejales MJ., Fernández Vidaurre C., Claramunt Suau A., Roglan Piqueres A. y Marruecos Sant I. Aman o síndrome axonal difuso. *Med intensiv.* 2000; 24: 371-373.

Domínguez Borgúa, Valenzuela Plata, Jiménez Sánchez, Méndez Chagoya, I Bailón Becerra, Nophal Cruz. Variante AMAN del síndrome de Guillain-Barré en un paciente de 40 años de edad. *Med Int Méx.* 2014; 30: 489-495.

Varela González, Blázquez González, Toribio Martín. Síndrome de Guillain-Barré en la consulta de atención primaria. *Elsevier.* 2003; 32: 493-4.

66.

¿Y simplemente una RX Tórax?

Serrano Camacho, Ana | *Médico Residente de MFyC. Consultorio de Retamar. UGC Almería Periferia (Almería)*
 Zapata Martínez, Manuela | *Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio de Retamar. UGC Almería Periferia (Almería)*
 Moreno Martos, Herminia | *Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio de Retamar. UGC Almería Periferia (Almería)*

Motivo de consulta

Disfagia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente de 70 años de edad que desde hace 7-8 años (2012) refiere a veces dificultad al tragar algunos alimentos, no refiere pérdida de peso, no tiene episodios de ronquera, ni ha dejado de comer ningún alimento, no refiere ninguna otra sintomatología, no le impide hacer su vida normal, hace ejercicio.

(Este síntoma lo refería cuando venía a consulta por algún otro motivo, no venía mucho a consulta).

Antecedentes personales: ex fumador (hace 6 años fumaba puros) Hipertrofia benigna de próstata. En estudio por digestivo por colestasis y alteración morfológica de la vía biliar.

Tratamiento: Dustasterida 500 mg, 1/ 24h. Duxazosina 8mg, 1/24h.

Exploración física: la exploración de la cavidad oral y faringe fue normal. La Palpación bimanual del suelo de la boca, lengua, labios: normal. La exploración del cuello no se palpa tiroides ni adenopatías.

Exploración neurológica sobre todo a los pares craneales V, VII, IX; X, XII (los que intervienen en la deglución) fue normal.

Se derivó a ORL porque se enfocaba como una disfagia orofaríngea. La laringoscopia nasofaríngea fue normal.

Se deriva a Digestivo enfocándose como disfagia esofágica, le realizan Transito EGD: Normal y se realiza Endoscopia: Normal.

En 2018 ante un cuadro de tos que aparecía cuando hacía abdominales, se realiza RX Tórax observándose pérdida de volumen en hemitórax izquierdo. Aumento de densidad parahilar izquierdo, probablemente situada en mediastino anterior sospechando timoma versus malformación vascular.



Derivado a Neumología se realiza TAC torácico con contraste: se observa gran masa de contornos

lobulados bien delimitados 100mm x 65mm, sólida, situada en mediastino anterosuperior con lateralización izquierda. Conclusión: se confirma gran masa mediastínica como primera opción diagnostica de Timoma, proceso linfoproliferativo o metástasis de tumor germinal (menos probable). Derrame pleural izquierdo leve. Cardiomegalia.



Enfoque familiar y comunitario

El paciente es viudo. Vive solo. Jubilado, trabajaba como marino mercante en máquinas con inhalación de humos.

Hace una vida activa, acude al gimnasio con frecuencia.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Ante una disfagia habría que plantear los siguientes *diagnósticos diferenciales*:

Disfagia Orofaringea:

Causas neuromusculares: ACV, Enfermedad de Parkinson, Miastenia Gravis, Esclerosis Múltiple.

Causas Obstructivas: Bocio. Divertículo de Zenker. Neoplasias. Masas en mediastino.

Disfagia Esofágica:

Causas Neuromusculares: Acalasia, Espasmos esofágicos, Esofagitis eosinofílica. Causas Obstructivas

intrínsecas: Tumores, Estenosis Péptica, Anillos esofágicos.

Causas Obstructivas extrínsecas: Compresión vascular. Masas Mediastínicas.

Plan de acción y evolución

Es remitido a Cirugía Torácica donde realizan timectomía.



En biopsia se confirma el diagnóstico de timoma, que está confinado al timo de tamaño

11,2x10,4x7,3cm con márgenes libres, no afectación de ganglios y el parénquima pulmonar adyacente sin alteraciones morfológicas significativas.

Diagnóstico: Timoma tipo B1 ESTADIO IIA DE Masaoka.

(El principal sistema de estadiaje utilizado en los timomas es el propuesto por Masaoka y colaboradores en base al cual: estadio I= tumor encapsulado; estadio IIA= afectación capsular microscópica; estadio IIB= invasión macroscópica en el tejido graso; estadio III= invasión de los grandes vasos, pericardio o pulmonares; estadio IVA= diseminación pleural y / o pericárdica; y estadio IVB= metástasis linfáticas o hematógenas).



Posteriormente el paciente es derivado a Oncología para sesiones de radioterapia.

Evolución: el paciente presentó un postoperatorio satisfactorio y buena tolerancia a las sesiones de radioterapia.

Actualmente el paciente presenta una tos persistente crónica desde hace 3-4 meses que está en estudio por neumología que destaca el antecedente de radioterapia sobre mediastino, bronquiectasias por tracción secundarias a cirugía de timectomía, está siendo estudiado por Hematología por una hipogammaglobulinemia sin manifestación clínica por el momento.

Conclusiones

El presentar este caso, es por lo fácil que hubiera sido el diagnóstico si desde un principio hubiéramos hecho la Rx Tórax, pero intentamos descartar las causas más frecuentes, sobre todo digestivas, y hasta que el paciente no nos refiere esa tos, no pensamos en hacer la Rx torax. (También esa tos cuando se tumbaba para hacer abdominales, podría haber sido de reflujo). El paciente tampoco había tenido síntomas de alarma (pérdida de peso, disfagia progresiva, disfagia con ronquera...) y es un paciente que acudía poco a consulta porque en realidad tenía una buena calidad de vida y esa disfagia no le molestaba mucho.

JART 2020