

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 22, número 2, suplemento 1, noviembre 2021

A black and white photograph of a doctor in a white coat performing an ultrasound on a patient's neck. The doctor is on the left, looking at the patient on the right. A computer monitor in the background shows a medical image of a person's head and neck.

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

**11 de
noviembre**
Hotel Meliá
Lebreros

SEVILLA 2021
<http://www.jornadasecografiasamfyc.com> • info@jornadasecografiasamfyc.com
#ecoSAMFyC

GdT Ecografía
S/MFyC

acm Asociación de
Comunidades de Medicina Familiar y Comunitaria

Comité Científico

Coordinador

Cristóbal Trillo Fernández

*Especialista en MFyC. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga
Coordinador del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

Miembros

M^a Dolores Domínguez Pinos

*Especialista en MFyC y Radiodiagnóstico. Unidad de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Victoria. Málaga
Miembro del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

Diego Gutiérrez Molina

*Especialista en MFyC. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)
Miembro del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

Salvador Jiménez Ortega

*Especialista en MFyC. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija (Sevilla)
Miembro del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

Héctor Leonardo Lugo Ramos

*Especialista en MFyC. Servicio de urgencias, observación, unidad de ecografía. Hospital Santamaría del
Puerto. El Puerto de Santamaría (Cádiz)
Miembro del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

Comité Organizador

Coordinadora

Leonor Marín Pérez

Especialista en MFyC. UGC Luis Taracillo. Bollullos Par del Condado (Huelva)

Miembros

Francisco José Guerrero García

*Especialista en MFyC. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada
Miembro del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

Mohamed Solimán Berchid Debdi

*Especialista en MFyC. Centro de Salud Villacarrillo. Jaén
Miembro del grupo de trabajo de SAMFyC Ecografía en AP*

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Docencia

Pilar Bohórquez Colombo

Vocal de Formación

José Luis Hernández Galán

Vocal de Investigación

Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes

Ángela Biscarri Carbonero

Carmen María Escudero Sánchez

Vocales de Jóvenes MF

José Joaquín Cordero de Oses

Pablo Natanael Puertas Moreno

Vocal provincial de Almería: *María Araceli Soler Pérez*

Vocal provincial de Cádiz: *Antonio Fernández Natera*

Vocal provincial de Córdoba: *Juan Manuel Parras Rejano*

Vocal provincial de Granada: *Vacante*

Vocal provincial de Huelva: *Pablo García Sardón*

Vocal provincial de Jaén: *Francisco Tomás Pérez Durillo*

Vocal provincial de Málaga: *Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández*

Vocal provincial de Sevilla: *Leonor Marín Pérez*

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Medicina de Familia Andalucía

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

Disponible en formato electrónico en la web de SAMFyC (**acceso libre**):

<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Manuel García Torrecillas
Idoia Jiménez Pulido
Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO DITORIAL

Luis Ávila Lachica. *Málaga*

Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*

Pilar Barroso García. *Almería*

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. *Málaga*

José M^a de la Higuera González. *Sevilla*

Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*

Juan Manuel García Torrecillas. *Almería*

José Antonio Jiménez Molina. *Granada*

Francisca Leiva Fernández. *Málaga*

José Gerardo López Castillo. *Granada*

Manuel Lubián López. *Cádiz*

Antonio Manteca González. *Málaga*

Rafael Montoro Ruiz. *Granada*

Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*

Andrés Moreno Corredor. *Málaga*

Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*

Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*

Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*

J. Daniel Prados Torres. *Málaga*

Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*

Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*

Reyes Sanz Amores. *Sevilla*

Jesús Torio Duránte. *Jaén*

Juan Tormo Molina. *Granada*

Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el *Índice Médico Español*

Incluida en *Latindex*

Título clave: Med fam Andal.

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia.

Andalucía

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada

(España)

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría: Encarnación Figueredo

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada

(España)

Tel. + 34 958 80 42 01

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Printed in Spain.

Maqueta:

Juan Francisco González Ibáñez

Reservados todos los derechos.

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

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal
Volumen 22, número 2,
Suplemento 1, noviembre de 2021

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración de las 5^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía en Medicina de Familia. SAMFyC, de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas.

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

- Tumoración cervical en paciente fumador**
- Lo mismo son paranoias mías. Recidiva Tumor Vesical. Alertas desde Atención Primaria**
- "Doctor tengo otra vez gastroenteritis"**
- Quiste hidatídico hepático**
- ¿Doctora, no tendré lo de mi hermana?**
- La utilidad de la ecocardiografía en Atención Primaria**
- Doctora, me duele el estómago**
- ¿Cómo saber cuándo derivar a urgencias hospitalarias un cólico biliar?**
- Doctor, mira que brazo de culturista**
- "Doctor me he notado un crujido en la rodilla"**
- A propósito de un caso de un Neumotórax Espontáneo Recidivante**
- ¡Se nota, se siente, la masa está presente! ¡Se nota, se siente, Primaria está presente!**
- Adenomiomatosis vesicular**
- La ecografía como punto de partida para el diagnóstico en Atención Primaria**
- La ecografía en Atención Primaria como ayuda en la reorientación diagnóstica**
- Doctora, ¿qué me pasa en la pierna?**
- En la búsqueda de un diagnóstico**
- Un hallazgo sorprendente**

Tumoración cervical en paciente fumador

Jiménez Ramos P¹, Gómez Gómez G², Mejías Chimeno L²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibrleón. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva-Centro. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tumoración cervical izquierda.

Historia clínica

Paciente de 42 años de edad, natural de Rumania. Camionero de profesión. Fumador IPA 20, sin alergias ni otros antecedentes de interés.

Acude a nuestra consulta tras anamnesis telefónica por tumoración en zona laterocervical izquierda de 4 meses de **Evolución** con aumento de tamaño progresivo y dolorosa desde hace 2 meses. Niega otra sintomatología en la anamnesis dirigida por aparatos.

Exploración física: ORL: No hipertrofia amigdalar. CAE normales con MT íntegros. En la exploración destaca una tumoración de unos 30x30 mm aprox. blando, doloroso y no adherido a planos profundos. ACR: Rítmico sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Enfoque individual: Se realiza eco clínica en consulta de Atención Primaria, observándose lesiones de márgenes bien definidos en tercio superior de ECM de aproximadamente 30x20x40 mm con contenido quístico heterogéneo, sin presentar vascularización con Doppler. Se solicitó también Rx de tórax y analítica general con serologías como estudios complementarios.

Juicio clínico: Tumor de Warthin parotídeo izquierdo.

Tratamiento:

Se deriva a Otorrinolaringología para completar estudio y tratamiento: quirúrgico.

Evolución

Paciente intervenido con evolución favorable. Pendiente de realizar consulta antitabaco para comenzar deshabituación.

Conclusiones

El uso de la ecografía en Atención Primaria en personal entrenado, puede disminuir el tiempo de demora hasta el diagnóstico definitivo. Lo cual significa una ventaja lógica en pacientes con patologías en las cuales el diagnóstico tardío pueda influir de manera negativa en el pronóstico y evolución. Así como disminuir el estado de ansiedad provocado por las largas esperas entre el inicio del estudio y el diagnóstico final que a menudo son padecidas tanto por paciente y familiares como incluso por el propio Médico de Familia. En este caso concreto, el uso de la ecografía permitió el diagnóstico diferencial con un conglomerado adenopático que podría encontrarse en relación con patología maligna, y permitiéndose un manejo y derivación más enfocados. Además de recortar el tiempo hasta su intervención definitiva en una patología que pese a ser benigna tiene un riesgo remoto de malignización.

Lo mismo son paranoias mías. Recidiva tumor vesical. Alertas desde Atención Primaria

González Gracianteparaluceta M¹, Suárez Suárez B²

¹ Médico de Familia. CS Valterra. Arrecife de Lanzarote (Las Palmas)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valterra. Arrecife (Las Palmas)

Ámbito del caso

Atención Primaria y especializada.

Motivos de consulta

“Estoy preocupado. A veces veo la orina más oscura. Igual son paranoias mías por lo del cáncer”.

Historia clínica

Varón de 50 años, caucásico. Marinero profesión. Sin medicación habitual. En 2014, con 42 años, resección transuretral de carcinoma urotelial de alto grado con áreas mayoritarias de bajo grado y displasia urotelial en orificio ureteral izquierdo. Lavados con mitomicina. Nunca fumador ni contacto con amins aromáticas.

En 2015 cistoscopia de control dolorosa por litiasis uretral impactada en uretra que se desplaza a vejiga y se realiza litopalaxia. Además, se realiza dilatación de fosa Navicular uretral y extracción de litiasis, previa rotura por cistitis incrustante por mitomicina sobre una de las cicatrices vesicales. Se establecen controles anuales por urología con cistoscopia sin recidiva hasta hace dos años que se pierde contacto con el servicio de Urología, en parte debido a pandemia COVID-19. No tiene dolor, cierta disuria sin hematuria franca o macroscópica.

Enfoque individual: Se cita al paciente en consulta para hacer test rápido de orina: Hematuria ++.

Ecografía A.P. dirigida al área nefrourológica: Imagen hiperecólica posterolateral izquierda, que capta señal Doppler o hace efecto remolino, sin sombra acústica posterior y que no varía de posición con los movimientos. 13 mm. Jets presentes, pero asimétricos. Quiste renal simple en polo inferior riñón derecho.

Juicio clínico: Recidiva Tumor Urotelial.

Diagnóstico diferencial: Litiasis Ureteral Distal enclavada (Artefacto de centelleo o Twinkling).

Tratamiento: Derivación preferente Urología donde se realiza resección transuretral de la lesión, previa uretrotomía interna por estenosis.

Evolución

Anatomía patológica: Neoplasia Urotelial Papilar de bajo potencial maligno. Actualmente asintomático, siendo la última cistoscopia en 2021 normal.

Conclusiones

La ecografía es una herramienta crucial en el diagnóstico precoz y el control de formaciones vesicales y sus recidivas, y es accesible desde atención primaria.

"Doctor tengo otra vez gastroenteritis"

López Muñoz A¹, Pérez García A², Caraballo Ramos I³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Úbeda-Jaén

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Úbeda-Jaén

³ Médico de Familiar. Área Jaén Norte-Nordeste. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea episódica de larga evolución.

Historia clínica

Varón de 48 años, NAMC. No AF de interés, no fumador y no hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: Espondiloartrosis lumbosacra, hemorroides.

Consulta en varias ocasiones por dolor abdominal que se acompaña de vómitos y diarreas intermitentes con hematoquecia autolimitadas.

Exploración física: No signos de palidez. Exploración física general normal. Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos patológicos.

Enfoque individual: Se le solicita analítica: Con resultado dentro de parámetros de la normalidad. Tras no presencia de signos de sangrado activo ni parámetros alterados se le vuelve a citar en consulta al mes con observación domiciliar para ver evolución. Vuelve a consultar por el mismo motivo, se le vuelve a solicitar analítica y se palpa sensación de masa en hipogastrio por lo que se cita al paciente para ecografía abdominal en el CS. Resultado segunda analítica (Hb 12,8, Prot C reactiva: 84,0, SOH, 202, cultivo de heces negativo, H. pylori negativo. Ecografía abdominal: Estudio con abundante aerocolia a nivel de hipogastrio

que impide visualizar área pancreática. Vesícula de paredes finas sin presencia de litiasis en su interior. Siluetas renales sin alteraciones, vejiga urinaria normal. Se detecta tumoración situada a nivel posterior de la vejiga, con presencia de calcificaciones en su interior, heteroecoica, de 4,68 cm x 5,62 cm, sin actividad Doppler.

Juicio clínico: Masa abdominal.

Diagnóstico diferencial: Absceso, diverticulitis, neoplasia.

Tratamiento: Sigmoidectomía + cistectomía.

Evolución

Se deriva para estudio al servicio de digestivo con carácter preferente, tras realización de TAC (se adjunta imagen) y endoscopia con biopsia, se llega al diagnóstico final de adenocarcinoma estenosante de sigma pT3 pN0. Actualmente en seguimiento y revisión por oncología médica y el servicio de urología con evolución favorable.

Conclusiones

La ecografía realizada por personal formado, unida a la herramienta más importante que tenemos los médicos de familia, que es el conocimiento de nuestros pacientes, su entorno y su patología de forma global, nos aporta una visión y unas posibilidades infinitas, siendo una prueba que no genera daño directo sobre el paciente. En este caso en concreto nos ha servido como herramienta para una derivación rápida y con un diagnóstico más orientado.

Quiste hidatídico hepático

López Serrano M, Ramírez Alonso O

Médico de Familia. CS Ignacio López Sáiz. Burgos

Ámbito del caso

Hospitalario y en CS.

Motivos de consulta

Paciente que acude a urgencias hospitalarias por mareo sin sensación de giros y vómitos biliosos, analítica y ECG normales. En Rx de tórax realizada, se aprecia importante elevación diafragmática derecha. Se deriva a unidad de diagnóstico rápido (UDR) para estudio.

Historia clínica

Mujer de 65 años, dislipémica, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria preocupada por el informe recibido en urgencias hospitalarias.

Exploración física: TA 165/58, FC 94 lpm. No adenopatías.

Antecedentes personales: normal. Abdomen: Blando, no doloroso, no visceromegalias ni masas. No defensa ni signos de irritación peritoneal. Asintomática del proceso de mareo.

Enfoque individual: Investigando en sus antecedentes, se había realizado una lobectomía pulmonar derecha con resección de quiste hidatídico hace 40 años. No se disponen de Rx previas. Realizamos una ecografía abdominal en el CS y observamos en el hígado una lesión heterogénea sólida no bien definida de aproximadamente 9 cm de diámetro y colelitiasis biliar.

Juicio clínico:

Probable quiste hidatídico hepático. Confirmado en UDR mediante TAC abdominal: Hígado dismórfico, aumento de tamaño a expensas de LI y lóbulo caudado. En segmento VIII-V se observa una masa heterogénea 11.5 x 7.4 x 7 cm de diámetro, con calcificación parcial periférica, hipodensa en el interior, aunque con algunas áreas densas y otras calcificadas. Litiasis biliar, resto de órganos normales, no adenopatías.

Tratamiento: Dados los antecedentes, la ausencia de clínica sistémica y las pruebas de imagen, se deriva a cirugía para valorar tratamiento quirúrgico.

Evolución

Favorable tras la extirpación quirúrgica del quiste.

Conclusiones

Es muy importante valorar todos los antecedentes personales y familiares de los pacientes, ya que nos pueden orientar hacia un diagnóstico. Aunque la elevación diafragmática derecha podría ser secundaria a la lobectomía, también podría estar relacionada con una tumoración en el hipocondrio derecho. La ecografía en el CS, nos ayudó para tranquilizar a la paciente, descartar patología maligna como primera causa de la elevación diafragmática, y orientar hacia una primera impresión diagnóstica de quiste hidatídico a pesar del gran tamaño del mismo.

¿Doctora, no tendré lo de mi hermana?

Ortiz Andreu E¹, Sánchez Sánchez C², Delgado Bayona P³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospitalaria.

Motivos de consulta

Bulto en mama.

Historia clínica

Nódulo mamario palpable de dos meses de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora de 20 cig/día-20 paquetes/año.

Antecedentes familiares: Hermana de 48 años diagnosticada de neo de mama desde hace 6 meses.

Anamnesis: Mujer de 44 años que consulta porque refiere bulto en mama derecha en CSE sin saber precisar tiempo de duración, cree que dos meses. 2 hijos. Cesárea.

Exploración: se palpa nódulo de unos 2 cm de consistencia intermedia, adherido a planos profundos, en CSE de mama derecha. No adenopatías bilaterales.

Ecografía clínica de mama en consulta en el mismo acto, donde se observa nódulo hipoecogénico de 2,10/1.60 cm heterogéneo de bordes mal definidos con orientación antiparalela y leve sombra acústica posterior en CSI con retracción de ligamentos de Cooper, Doppler color negativo, ganglio centinela negativo. BI-RADS 4B/C. Analítica: Bioquímica general y marcadores tumorales CEA y CA 15-3 normales.

Juicio clínico: Carcinoma ductal infiltrante de mama G3 T2 No.

Diagnóstico diferencial: Nódulo sólido mamario. Tumores benignos: fibroadenoma, tumor filoides, hamartoma, papiloma ductal. Necrosis grasa. Carcinoma de mama: ductal, lobulillar.

Identificación de problemas: nódulo sólido en mama con cuatro características ecográficas de malignidad: BI-RADS 4B/C.

Tratamiento: QT neo adyuvante +radioterapia + cirugía.

Evolución

Plan de actuación: Derivación a unidad de mama de forma preferente donde se le realizó mamografía, ecografía y BAG del nódulo, ganglio centinela y estudio de extensión. Se pide estudio genético. Derivada al Servicio de oncología para tratamiento: neo adyuvante, con buena tolerancia a los ciclos de quimioterapia.

Conclusiones

La ecografía clínica en el punto de atención de la mama acorta tiempos de espera y reduce la ansiedad de los pacientes; disminuyendo la incertidumbre del médico de familia, es muy operador dependiente. En este caso el nódulo mamario presenta un patrón ecográfico sospechoso de malignidad que nos indujo a derivar a la paciente de forma preferente en el proceso asistencial de mama y ser tratada en el menor tiempo posible.

La utilidad de la ecocardiografía en Atención Primaria

Delgado Bayona P¹, Sánchez Sánchez C¹, Ortiz Andreu E²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospitalaria.

Motivos de consulta

Fatiga, tos persistente y edemas.

Historia clínica

Disnea de mínimos esfuerzos, edemas y tos persistente de meses de evolución.

Enfoque individual: Mujer de 74 años de edad, hipertensa y diabética con cardiopatía mitral leve-moderada con predominio de la insuficiencia mitral. Revisión cardiología hace dos años. Debido a la pandemia no acude a consulta desde hace más de un año. Refiere fatiga, disnea de mínimos esfuerzos y episodios de tos persistente, hinchazón de tobillos.

Exploración: soplo pansistólico 4/6 más acentuado en C4,5 con irradiación a la axila, cham leve, roncus y subcrepitanes en campos pulmonares inferiores, TA 156/98, edemas con fóvea ++.

Analítica: hemograma normal, glucosa 115, HbA1 7.2, creatinina 1.26, FG 52, CT 126, HDL 39, LDL 57, ácido úrico 7.1, GOT 38, GPT 56, GGT 124, sodio 140 potasio 4.2, TSH 2.9, Pro-BNP 1560. En tratamiento con losartán 50 mg 1-0-1, furosemida 40 mg/día, metformina 850 mg 1-0-1, linagliptina 5 mg/día, simvastatina 20 mg/día, omeprazol 20 mg/día. Rx de tórax: cardiomegalia, redistribución vascular, líneas de tranvía en bases pulmonares, atelectasias laminares en campos medios. ECG: RS a 84 lpm, BRI. Ecocardiografía: en eje apical AI dilatada

de >5.5 cm, área de 41 cm², engrosamiento de velos mitrales, más acentuado velo posterior con calcificación, poca movilidad y prolapso, chorro de regurgitación mitral severo. AD dilatada de >6 cm con chorro de regurgitación severo >40% proporción AD; índice cava elevado con 18% colapso inspiratorio: PVC > 15 mmHg. FE “de visu” preservada.

Juicio clínico: Estenosis mitral leve. Insuficiencia mitral severa. Insuficiencia tricúspideas severa. Hipertensión. Pulmonar.

Diagnóstico diferencial: disnea pulmonar, disnea cardiológica, insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar, TEP.

Identificación de problemas: Insuficiencia mitral-tricúspideas con edemas/pvc >15 mmHg, nos sugiere de forma indirecta HT Pulmonar, precisando ecocardiografía reglada por cardiología.

Tratamiento: Lo referido junto con aumento de furosemida 40 mg 2-1-0, dieta hiposódica, control peso seco y diuresis.

Planes de actuación: Derivación preferente a cardiología: valorar recambio valvular.

Evolución

Prótesis mecánica mitral con buena evolución.

Conclusiones

La ecocardiografía nos permite mejorar la exploración cardíaca, en este caso acortando los tiempos de actuación y la indicación terapéutica.

Doctora, me duele el estómago

Caraballo Ramos I, Martínez Cháves M

Médico Adjunto de Medicina. Área Jaén Norte-Nordeste. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 61 años que acude por epigastralgia.

Historia clínica

Como antecedentes personales el paciente presenta hipertensión arterial (HTA), pólipos nasales, HBP con PSA elevado (biopsia prostática en 2016 y RMN de próstata en 2021) y neoplasia rectal estadio 1 diagnosticada en 2014 e intervenido mediante colostomía. Última revisión del CA colorrectal en 2018 con colonoscopia normal y TAC con nódulos pulmonares estables.

Enfoque individual. Anamnesis: Molestias epigástricas tras la ingesta de alimentos de una semana de evolución junto a náuseas. No sensación febril. Orinas oscuras. Deposiciones normales por colostomía.

Exploración: Subictericia conjuntival. Afebril. Auscultación cardiopulmonar con leve hipoventilación en campos anteriores. Abdomen doloroso en epigastrio con sensación de ocupación. Ruidos intestinales presentes. Combur con cuerpos cetónicos 3+ y leucocitos negativos.

Pruebas complementarias: Ecografía abdominal, realizada en consulta de primaria al día siguiente: Ocupación con bilis de toda la vesícula biliar, dilatación del colédoco e imagen redondeada de tamaño 3,55 por 4,26 cm en epigastrio a nivel de cabeza de páncreas. Analítica, realizada al día siguiente, con

coagulación normal. Bilirrubina total 5,5 mg/dl (bilirrubina directa 4,85 mg/dl), GGT 1199 U/L, GPT 693 U/L, Ca 19.9 97,8 ng/ml.

Juicio clínico: Ictericia obstructiva con lesión en cabeza de páncreas que comprime el colédoco distal.

Diagnóstico diferencial: Causas de obstrucción biliar (cálculos, inflamación o tumores de las vías biliares y tumores pancreáticos).

Tratamiento: El paciente es derivado a urgencias hospitalarias con el informe de la ecografía realizada y la analítica y es ingresado para completar estudio mediante TAC de abdomen.

Evolución

Se le practica CPRE en Jaén informada como dilatación de la vía biliar con stop brusco de colédoco distal sugestivo de malignidad. Se le practica esfinterotomía e inserción de prótesis metálica. Es diagnosticado de carcinoma de cabeza de páncreas T3-4cN que infiltra la vena mesentérica superior no resecable. Actualmente en seguimiento por Oncología y tratamiento con quimioterapia neoadyuvante.

Conclusiones

La disponibilidad de la ecografía clínica en Atención Primaria ha permitido la rápida orientación del caso y resolución con un diagnóstico muy aproximado desde la primera consulta del paciente por síntomas. Palabras clave: hiperbilirrubinemia, colestasis, neoplasia pancreática.

¿Cómo saber cuándo derivar a urgencias hospitalarias un cólico biliar?

Gómez Gómez G

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva-Centro. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 56 años fumadora de 20 cigarrillos al día, con antecedentes personales de apendicectomía en 1986. La paciente refiere presentar dolor abdominal fluctuante localizado en epigastrio, que se irradia a hipocondrio derecho y flanco derecho de 4 días de evolución. El dolor aumenta con la ingesta. Ha presentado 4 vómitos de contenido alimenticio.

Enfoque individual: Durante la exploración física presenta un buen estado general con coloración normal.

En la exploración física, destaca un abdomen distendido, timpánico, blando, con dolor a la palpación profunda a nivel de fosa iliaca derecha. Murphy positivo. Se decide realizar una ecografía abdominal en el CS. La paciente presenta una vesícula distendida 13 cm de largo y 6 cm de ancho. Paredes normales de menos de 3 cm de grosor. Se aprecia una imagen hiperecogénica redondeada de 1 cm de diámetro con sombra posterior situada en el cólico. El Murphy ecográfico es positivo. No dilatación de

vía biliar intrahepática ni del colédoco, que es de < de 8 cm. No imágenes de pólipos intraluminales, malformaciones anatómicas, ni masa extraluminal compresiva.

Juicio clínico: Cólico biliar no complicado secundario a coledocitis.

Tratamiento: Dieta de protección bilio-pancreática, analgesia y reposo relativo. Revisión en el CS en 3 días.

Evolución

La paciente acudió a los 3 días con similar sintomatología y a los 6 días ya asintomática. Se realizó una derivación ordinaria a cirugía para una posible colecistectomía.

Conclusiones

Junto a la anamnesis y exploración física, la ecografía abdominal realizada en el CS por el médico de familia, es una herramienta cada vez más importante y útil en nuestro puesto de trabajo. Entre otras muchas cosas, nos puede ayudar a descartar de forma rápida y sencilla cólicos biliares complicados, colecistitis, tumores, malformaciones anatómicas y otras patologías potencialmente graves. Es por ello que la ecografía puede ser muy útil a la hora de saber cuándo derivar un cuadro de cólico biliar a atención hospitalaria.

Doctor, mira que brazo de culturista

Jiménez Ramos P¹, Suarez A², Gómez Gómez G²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibrleón. Gibrleón. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva-Centro. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tumoración y dolor en brazo derecho.

Historia clínica

Varón de 72 años con AP de HTA, DM2, SAOHS y IAM que consulta por dolor y aparición de tumoración en brazo derecho hace 10 días tras movimiento brusco en el que tiene sensación de chasquido.

Exploración: Signo de Popeye. Tumoración en extremo distal de bíceps de consistencia fibrosa. Hematoma en fase de resolución. Flexo-extensión conservada, excepto en últimos grados. Pronosupinación no dolorosa. Pulsos simétricos y conservados. Se realiza Ecografía clínica: Signo de la corredera vacía (imagen hipo-ecogénica entre tuberosidad mayor y menor). Discontinuidad abrupta del patrón fibrilar. Hematoma distal de 3x3 mm.

Enfoque individual: La ecografía se considera la primera técnica de imagen para valorar la patología del tendón de la porción larga del bíceps braquial, además es una técnica incruenta, accesible y no irradia. Por tanto, realizamos Ecografía llegando a diagnóstico y decidiendo manejo de la patología en un único acto asistencial.

Juicio clínico: Desinserción de la porción larga del bíceps braquial.

Tratamiento: Dado que el paciente mantiene buena funcionalidad y el dolor ha mejorado con tratamiento analgésico, al tratarse de un paciente anciano se decide manejo conservador con realización de fisioterapia adaptada a la lesión.

Evolución

Buena evolución, con mantenimiento de función adecuada, recuperación de movilización en últimos grados. Sin nuevos episodios de dolor ni hematoma.

Conclusiones

El uso de la ecografía como método incruento y de rápido acceso, en personal entrenado, permite el diagnóstico y manejo de la patología con un diagnóstico definitivo en un único acto asistencial. La cabeza larga del bíceps se evalúa en el plano axial y sagital, sobre la corredera bicipital. Se identifica como una estructura redondeada y ecogénica conformada por bandas paralelas, tiene localización extra sinovial, pero se comunica con la cavidad articular. La no visualización del tendón en la corredera bicipital es sugerente de rotura del mismo, pero hay que recordar que la luxación nos puede dar una imagen similar y que el estudio dinámico nos dará el diagnóstico diferencial.

“Doctor, me he notado un crujido en la rodilla”

Real Ojeda R¹, Moreno Torres F²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Sensación de crujido en rodilla izquierda.

Historia clínica

Antecedentes personales: No RAMC, fumador, HTA, DLP, DM2.

Enfoque individual. Anamnesis: Varón 75 años que acude por dolor en hueso poplíteo e impotencia funcional en rodilla izquierda tras sensación de crujido al levantarse de un taburete hace 4 días. Hoy aparición de forma espontánea de hematoma en cara interna del muslo izquierdo.

Exploración: MID: pulso femoral presente, poplíteo expansivo, pedio presente. No pulso TP. Buena coloración y temperatura del pie. No datos de ateroembolismo. MII: pulso femoral presente, poplíteo expansivo con gran masa a dicho nivel, pedio presente. Hematoma en región interna del muslo y en cara antero-posterior del gemelo con tumefacción de este último. Rodillas: sin peloteo rotuliano, maniobras meniscales negativas, cajones negativos, sin hoptezos articulares. Se realiza ecografía clínica en consulta: Pseudoaneurisma poplíteo con trombosis mural. Se solicita AngioTAC: Aneurismas poplíteos bilaterales, el mayor en MII (81mm), con signos de probable rotura.

Juicio clínico: Aneurismas poplíteos bilaterales. Aneurisma poplíteo izquierdo roto.

Tratamiento: Se cursa ingreso para la realización de Bypass urgente del aneurisma roto del MII y se programa la intervención del aneurisma derecho. Se añade a su tratamiento habitual AAS 100 mg 1 comprimido diario y enoxaparina 6000UI hasta revisión.

Evolución

Favorable. Persisten los edemas distales, aunque van mejorando progresivamente. Camina con una muleta. Refiere dolor neuropático en la pierna derecha tras la intervención.

Conclusiones

Los aneurismas poplíteos son los aneurismas periféricos más frecuentes. Es una enfermedad que suelen cursar de forma asintomática y afecta sobre todo a varones a partir de los 75 años, destacando el hábito tabáquico y la hipertensión como antecedentes personales más habituales. La rotura de los aneurismas poplíteos no suele ser la complicación habitual, siendo más frecuentes las trombosis o la embolización. El diagnóstico precoz es fundamental, ya que la consecuencia fatal de su retraso puede conllevar la pérdida de la extremidad. En este caso, la realización de una ecografía clínica en el momento de la atención primaria, ha resultado ser crucial para la orientación diagnóstica del paciente, descartando otras patologías más frecuentes, pero de menor gravedad.

A propósito de un caso de un Neumotórax Espontáneo Recidivante

Real Ojeda R¹, Moreno Torres F²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea y dolor a la inspiración profunda.

Historia clínica

Varón 21 años. Fumador activo importante de 40 cig/día desde los 12 años. ICAT 16 paquetes/año. Realizó tratamiento con cefidion 300 mg durante 6 meses por infección por Tuberculosis en 2011. Tuberculina >30 mm, radiografía normal. Convivencia con familiar con infección activa. Ingreso hospitalario por neumotórax derecho en 2019 tratado con drenaje pleural cerrado.

Enfoque individual: Estando en reposo, aparición brusca de disnea y dolor en hemitórax izquierdo que empeora con la inspiración profunda.

Exploración: Buen estado general, eupneico en reposo saturando al 97% sin oxígeno suplementario. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico a buena frecuencia. Murmullo vesicular ligeramente disminuido en tercio superior izquierdo, conservado sin ruidos en resto del tórax. Se realiza ecografía torácica a nivel anterior izquierdo constatando ausencia de deslizamiento de hojas pleurales y apreciando punto pulmón a nivel axilar.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: Índice cardiopulmonar normal, sin derrame ni infiltrado. Neumotórax izquierdo >20%.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo izquierdo parcial en paciente fumador y con el antecedente de un episodio de neumotórax contralateral en noviembre del 2019.

Tratamiento: Se realiza derivación a urgencias hospitalarias y se realiza colocación de tubo de drenaje pleural ecoguiado.

Evolución

Favorable. Resolución del cuadro con radiografía de tórax normal al alta, se realiza cierre del drenaje. Se deriva a cirugía torácica para programar resección de bullas apicales y pleurodesis química por videotoracoscopia izquierda.

Conclusiones

El neumotórax espontáneo no tiene un agente desencadenante externo claro. El neumotórax espontáneo primario aparece en varones jóvenes sin una enfermedad pulmonar subyacente, fumadores y de complexión delgada por una rotura de una bulla subpleural habitualmente. Aunque la radiografía de tórax en inspiración es la prueba diagnóstica de elección, la ecografía pulmonar ha supuesto un gran avance, especialmente en urgencias extrahospitalarias o en zonas rurales, donde no es tan accesible la realización de radiodiagnóstico. La ecografía clínica en consulta nos aporta mayor información de forma instantánea para facilitar la toma de decisiones y la orientación diagnóstica lo que supone un salto en la calidad asistencial no solo en los servicios de urgencias sino también en la atención primaria.

¡Se nota, se siente, ¡la masa está presente! ¡se nota, se siente, ¡primaria está presente!

González Gracianteparaluceta M¹, Suárez Suárez B², López Segura A²

¹ Médico de Familia. CS Valterra Arrecife de Lanzarote (Las Palmas)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valterra. Arrecife (Las Palmas)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 77 años que consulta por astenia y pérdida de cuatro kilos en dos meses.

Historia clínica

Antecedentes personales: Colectomía, artrodesis columna. HTA. DMII. Talasemia Minor.

Exploración física: 138/75, 69 kg. Abdomen blando y depresible. Palpación de masa redondeada en hipocondrio derecho. Blumberg y Murphy negativo.

Análítica: Hemoglobina 10.70 g/dl hematocrito 34.90% VCM 62.10 fl. HCM 19.00 pg. Bilirrubina total 0.51 mg/dl. Albúmina 4.1 g/dl. ALT 17 UI/L. GGT 44 U/L. AFP 1.51 ng/ml. CEA 1.33 ng/ml. CA 19.9 5.68 U/ml AG. H. pylori positivo (Pylora + IBP 10 días). Ecografía Abdominal AP: Masa bien delimitada de 100 mm, heterogénea, que capta señal Doppler, con áreas anecóicas y amplias zonas parcheadas hiperecóicas en su interior, que parece depender de segmentos caudales del lóbulo hepático derecho. Porta normal. No hay dilatación de vía biliar. Lesiones en diana dispersas por parénquima hepático. Sin ascitis ni signos sugestivos de hipertensión portal. Rx Abdomen: Masa en hipocondrio derecho. Rx Tórax: Imagen en suelta de globos.

Enfoque individual: Se comenta directamente

con el servicio de radiología que realiza Scanner toracoabdominal TAC Toracoabdominal: Neoplasia de gran tamaño dependiente de segmento caudal hepático derecho que podría corresponder a una lesión hemangioendotelial, a una neoplasia fibrosa solitaria del hígado. Menos probable un sarcoma hepático o hepatocarcinoma sobre hígado sano. Diseminación metastásica hepática. Múltiples lesiones focales sólidas pulmonares bilaterales intraparenquimatosas sugestivas de metástasis por diseminación hematogénica. Adenopatía de aspecto patológico asociada. Se realiza biopsia ecodirigida de lesión pulmonar accesible.

Juicio clínico: Proliferación mesenquimal de alto grado: Sarcoma Pleomórfico Indiferenciado.

Tratamiento: Se propone al paciente para el comité de tumores y se decide tratamiento paliativo con control por Unidad de Atención Familiar conjuntamente con paliativos de hospital de referencia.

Evolución

Paliativo.

Conclusiones

El Médico de Familia (MF) diagnóstica y orienta el caso. Se habilita un canal de comunicación con el servicio de radiología normalizando esta relación "tabú". El MF centraliza la información evitando la deriva hospitalaria favoreciendo la toma de decisiones con el paciente y familia.

Adenomiomatosis vesicular

García Serrano C¹, Ortiz Andreu E², Molina Manrique G²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor epigástrico y vómitos posprandiales.

Historia clínica

El paciente refiere que desde hace dos semanas tiene molestias a nivel epigástrico de predominio posprandial y vómitos. El dolor no interfiere el sueño ni aparece en otros momentos del día. No hay cambios en el ritmo intestinal. Además asocia pérdida de peso de 5 kg de peso desde el inicio del cuadro. No presenta ictericia ni palidez. Dolor abdominal epigástrico a la palpación profunda. Murphy negativo. No signos de irritación peritoneal.

Enfoque individual: Se realiza ecografía clínica en consulta visualizándose vesícula con material ecogénico en su interior, múltiple, adherido a paredes y fondo vesicular, sin sombra acústica posterior. Doppler vascular negativo. Fenómeno de centelleo positivo en una de las lesiones: compatible con probable adenomiomatosis vesicular. Resto de exploración ecográfica normal.

Juicio clínico: adenomiomatosis vesicular.

Tratamiento: Se inicia tratamiento con omeprazol 20 mg y paracetamol 1G si presenta dolor.

Evolución

Se solicitó analítica básica con resultado normal, incluidos marcadores tumorales normales. La paciente continua con molestias epigástricas, aunque después de iniciar el tratamiento con protector gástrico estas se han minimizado. Se realizó derivación a Aparato Digestivo para valoración de endoscopia digestiva alta, en caso de normalidad de las pruebas se podría realizar derivación a Cirugía General para valorar colecistectomía en caso de persistir los síntomas.

Conclusiones

La adenomiomatosis vesicular es una entidad benigna infrecuente que suele presentarse en mujeres en la edad media. Puede ser asintomática o presentarse como colelitiasis sintomática y se caracteriza por un engrosamiento parietal vesicular debido a hiperplasia epitelial y de músculo liso de la pared, con formación de dilataciones quísticas. La técnica de imagen más sensible para su diagnóstico es la ecografía y la técnica quirúrgica de elección la colecistectomía laparoscópica.

La ecografía como punto de partida para el diagnóstico en Atención Primaria

Sadhvani Sadwhani S¹, Méndez Monje N¹, Trillo Fernández C²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

² Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

La ecografía clínica es una herramienta diagnóstica básica para el médico de familia, que aumenta su capacidad de resolución y disminuye su grado de incertidumbre. Esto repercute en beneficio del paciente.

Motivos de consulta

Paciente de 65 años acude a la consulta del CS por presentar un bulto en ángulo mandibular izquierdo desde hace 6 meses que ha ido aumentando en tamaño. A la exploración se aprecia un nódulo de consistencia dura a nivel de ángulo mandibular izquierdo de aproximadamente 10x3 cm. Realizamos ecografía clínica con el siguiente hallazgo: 4 nódulos redondeados hipoecogénicos, vascularizados, el mayor de 50,5x30,5 mm, 2 de ellos con necrosis central. Al extender el estudio a nivel hepático se aprecian dos imágenes hipoecogénicas de 29 y 12 mm respectivamente. En este caso el apoyo familiar resultó importante porque el paciente no dio importancia a la aparición del bulto y no fue hasta que informó a su hija de su presencia cuando ésta lo trajo a consulta, haciéndose cargo posteriormente de su acompañamiento en el proceso diagnóstico.

Historia clínica

Diagnóstico diferencial: En sus antecedentes vemos que se trata de un paciente fumador (54

p/a), con cirrosis hepáticas de origen etílico CHILD A5. Preguntando por síntomas, presentaba disfonía desde hacía 2 meses. Ello nos llevó a pensar que podía tratarse de un cáncer de laringe con metástasis hepáticas. Otra posibilidad era que se tratara de un síndrome linfoproliferativo (adenopatías). Por su antecedente de cirrosis, las lesiones hepáticas podían corresponder a una hepatocarcinoma, aunque al tratarse de 2 lesiones nos orientaba más a un origen metastásico.

Actuación inicial y diagnóstico: Derivado a través de urgencias a ORL, se realizó estudio siendo diagnosticado de carcinoma escamoso de laringe estadio IV, irresecable, con metástasis hepáticas y vertebrales. Es derivado a oncología médica, donde indican tratamiento inicial con Pembrolizumab Q3W.

Conclusiones

Con este caso se evidencia la gran ventaja de tener disponible y saber manejar la ecografía en atención primaria. Ésta nos permite una mayor agilidad en el proceso diagnóstico que puede repercutir en una mayor supervivencia de nuestros pacientes.

Palabras clave

Primary Health Care, Lymphadenopathy, Ultrasonography

La ecografía en Atención Primaria como ayuda en la reorientación diagnóstica

Sadhvani Sadwhani S¹, Moreno Viedma L¹, Soto Pérez M²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

² Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

La ecografía puede resultar de gran ayuda al médico de atención primaria (MAP) ante un hallazgo que la precise para su estudio. De no estar disponible sería necesaria una derivación al servicio de radiodiagnóstico con el retraso diagnóstico que esto supone. En este caso vemos como su uso cambió radicalmente el enfoque diagnóstico.

Motivos de consulta

Paciente de 56 años con antecedente de infección por COVID pasada en marzo 2021 que acude en mayo a su MAP por un aumento del perímetro del miembro inferior derecho (MID). Ahí se evidencian caída de la uña del primer dedo del pie con proliferación de tejido subungueal. Se pauta antibioterapia con revisión en 10 días. Al empeorar la tumefacción a pesar del tratamiento se derivó a urgencias hospitalarias (UH) con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP). Es dado de alta sin realizar pruebas complementarias con diagnóstico de baja probabilidad de TVP. Vuelve 10 días después a UH, por empeoramiento del cuadro, acompañado de tumefacción inguinal derecha, diagnosticándose clínicamente de celulitis y adenopatías inguinales reactivas, recibiendo de nuevo tratamiento antibiótico. Cinco días después acude a su MAP que no considera adecuado el diagnóstico, y realiza una

ecografía clínica a nivel inguinal con el siguiente resultado: masa heterogénea redondeada de 43.4x51.8 mm de diámetro, mal delimitada, vascularizada con áreas de necrosis en su interior. Tras esto se deriva a UH sospechando relación de este hallazgo con la lesión ungueal.

Evolución y diagnóstico: Valorado por medicina interna y dermatología se solicita TAC y biopsia de la lesión ungueal siendo diagnosticado de melanoma acral del primer dedo con metástasis inguinal derecha. Es intervenido mediante amputación del dedo y vaciamiento ganglionar del MID. En el estudio de extensión se detectan metástasis pulmonares, óseas y hepáticas. El paciente fallece en octubre de 2021.

Conclusiones

En ocasiones consideramos que el diagnóstico puede ser más acertado a nivel hospitalario. Sin embargo, en este caso hemos visto como hasta que no se utilizó la ecografía en AP, no se consiguió un enfoque diagnóstico adecuado, barajándose previamente patologías más prevalentes, lo que sin duda influyó el retraso en la orientación al diagnóstico correcto.

Palabras clave

Primary Health Care, Lymphadenopathy, Ultrasonography

Doctora, ¿qué me pasa en la pierna?

Molina Manrique G¹, Sánchez Sánchez C², García Serrano C³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Castillo. Jaén

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

colapsabilidad adecuado, sin evidenciarse signos de hipertensión pulmonar.

Motivos de consulta

Inflamación miembro inferior izquierdo.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda vena femoral común izquierda.

Historia clínica

Inflamación miembro inferior izquierdo de una semana de evolución.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, trombosis venosa profunda, hematoma muscular, tromboflebitis superficial, rotura quiste de Baker, síndrome posttrombótico, artritis y linfedema.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Insuficiencia aórtica leve, hemibloqueo anterior izquierdo, monorrena funcional por atrofia renal derecha, Insuficiencia renal estadio 3, pancreatitis crónica, apendicitis aguda, colestasis extrahepática, EPOC. Alergia a penicilina, metamizol y AINEs. Tratamiento actual: Irbesartán 75 mg/24 h, Furosemida 40 mg/24 h, Omeprazol 20 mg/24 h, ácido ursodesoxicólico 300 mg/12 h.

Identificación de problemas: interrupción del flujo vascular e imposibilidad de colapso venoso con presión del transductor. Doppler ausente en territorio afectado.

Anamnesis: Mujer de 90 años que acude a consulta refiriendo inflamación de miembro inferior izquierdo de una semana de Evolución, además de dolor e impotencia funcional.

Tratamiento: Anticoagulación con enoxaparina 10.000 UI cada 24 horas durante 10 días.

Exploración: Miembro inferior izquierdo con aumento de diámetro hasta raíz del mismo y edema con fovea ++/+++, aumento de calor, signo de homans positivo.

Evolución

Se realiza analítica con dímero-D y parámetros de función renal para ajuste de medicación de anticoagulación, pautándose Edoxabán 30 mg/24 h para mejor control. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, con evolución favorable de los síntomas antes descritos.

Eco-Doppler clínica de miembro inferior izquierdo en consulta en el mismo acto: Se evidencia trombo hipoecoico y homogéneo en vena femoral común izquierda con Doppler color vascular negativo obstruido y vena no compresible. Ecografía cardíaca clínica tras diagnóstico de trombo en vena femoral común: Vena cava inferior con un índice de

Conclusiones

La ecografía Doppler es un método no invasivo y de primera elección en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda. El conocimiento de los hallazgos ecográficos de TVP así como de las entidades que simulan clínicamente una TVP es fundamental para realizar un diagnóstico adecuado. La disponibilidad del ecógrafo en la consulta de atención primaria facilita la actitud diagnóstico-terapéutica y con ello el beneficio del paciente.

En la búsqueda de un diagnóstico

Sánchez Sánchez C¹, Delgado Bayona P², Ortiz Andreu E³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia clínica

Dolor abdominal epigástrico tras la ingesta acompañado de vómitos, en paciente con pancreatitis crónica conocida.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, EPOC, ERC, monorrena, hiperuricemia, Pancreatitis crónica, apendicitis aguda, poliartralgias. Tratamiento actual: Ibersartán, furosemida, alopurinol, inhaladores.

Anamnesis: Mujer de 90 años consulta por dolor abdominal epigástrico tras la ingesta acompañado de náuseas y vómitos alimenticios de 3 días de evolución, sin fiebre ni ictericia.

Exploración: Dolor a la palpación profunda en HCD sin signos de irritación peritoneal.

Ecografía clínica en consulta: Vesícula biliar distendida de pared no engrosada con imágenes ecogénicas en su interior. Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas con conducto colérico que parece afilarse en su parte distal. Dilatación del conducto de Wirsung. Parénquima pancreático atrófico. Analítica: Hb 10.4, leucocitos 8500 (N 77%); coagulación normal; urea 140, creatinina 1.84; bilirrubina, transaminasas e iones normal; amilasa 721, PCR 150, procalcitonina normal.

Juicio clínico: Colelitiasis. Coledocolitiasis. Pancreatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Colelitiasis. Coledocolitiasis. Colecistitis. Colangitis. Pancreatitis crónica reagudizada. Estenosis de papila. Neoplasia pancreática.

Tratamiento y plan de actuación: Control del dolor y derivación a Urgencias hospitalarias. Durante el ingreso se intensifica analgesia, sueroterapia intravenosa y realización de pruebas de imagen (ecografía, colangio-RM y RM páncreas) para clasificar lesiones visibles.

Evolución

La paciente tras ingreso en MI tiene una evolución favorable. Tras realización de pruebas de imagen se concluye pancreatitis en cuerpo y cola aconsejando descartar origen autoinmune. Alta probabilidad de estenosis benigna de papila. Tras no visualizarse lesiones neoplásicas, se descarta la existencia de neoplasia productora de mucina del conducto principal (TMPI), posibilidad ofrecida en informe de Radiología.

Conclusiones

La ecografía en consulta puede ayudarnos a orientar la etiología del problema que sufre nuestro paciente. No obstante la correlación clínico radiológica y la prevalencia del juicio clínico: en el diagnóstico diferencial debe primar siempre a la hora de orientar el manejo de nuestros pacientes.

Un hallazgo sorprendente

Sánchez Sánchez C¹, Molina Manrique G², García Serrano C³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Castillo. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Consultas externas de Endocrinología.

Motivos de consulta

Analítica de control.

Historia clínica

Paciente con tiroidectomía total por recidiva de GIST gástrico acude para control analítico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: GIST gástrico (2008) intervenido con gastrectomía y tratamiento adyuvante con Imatinib. Recaída (2017) con nueva cirugía (esplenectomía, pancreatectomía corporocaudal y adrenalectomía unilateral izquierda). Tiroidectomía total por Ca folicular de tiroides (2019) en seguimiento por Endocrinología. Hipotiroidismo postquirúrgico. Hipocalcemia leve con PTH elevada probable por déficit de Vit D. Tratamiento actual: Eutirox 112 mcg/24 h, Calcio/Vit D, Vit B12.

Anamnesis: Varón de 67 años que acude a consulta para control analítico previo a revisión en CCEE de Endocrinología. PET TAC bianual de control pendiente. Actualmente asintomático.

Exploración: Sin cambios en la exploración. No se palpan nódulos en cuello.

Ecografía clínica de tiroides: Se objetiva imagen con morfología similar a tiroides con diámetro transversal de ambos lóbulos de 1.3 cm y grosor del istmo de 0.7 cm. La estructura impresiona de discretamente inhomogénea. No se aprecian imágenes nodulares y el Doppler color es negativo.

Juicio clínico: Tiroides residual.

Diagnóstico diferencial: Regeneración tiroidea tras tiroidectomía total. Tiroides residual funcional. Tiroides residual no funcional. No realización de tiroidectomía total.

Identificación de problemas: Imagen de tejido similar a tiroides en paciente con tiroidectomía total previa.

Tratamiento: Mantener dosis de Eutirox hasta resultado de analítica.

Plan de actuación: Se contacta con Endocrinología tras conocer resultado de analítica (TSH 4.130, T4 libre 1.29, Tiroglobulina 1, PTH 118, Vit D 31, Ac anti tiroglobulina 11.3) que se cita a paciente para valorar cambio en su tratamiento.

Evolución

Tras repetirse la ecografía en CCEE se revisa hoja quirúrgica de la tiroidectomía (no presente en historia clínica digital de paciente), se intensifica tratamiento con Calcio oral para corregir déficit persistente y se añade orina de 24 h junto a control analítico habitual en próxima visita a los 6 meses. Se confirma el hallazgo como tiroides residual sin actividad hormonal.

Conclusiones

El interés por la ecografía entra a formar parte de conocer la evolución de nuestros pacientes, independientemente de estar recibiendo seguimiento especializado por patologías concretas.

6^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía en MF. SAMFyC

12 de noviembre 2022
Hotel Ilunion
Málaga



#ecosamfyc
www.jornadasecosamfyc.es

