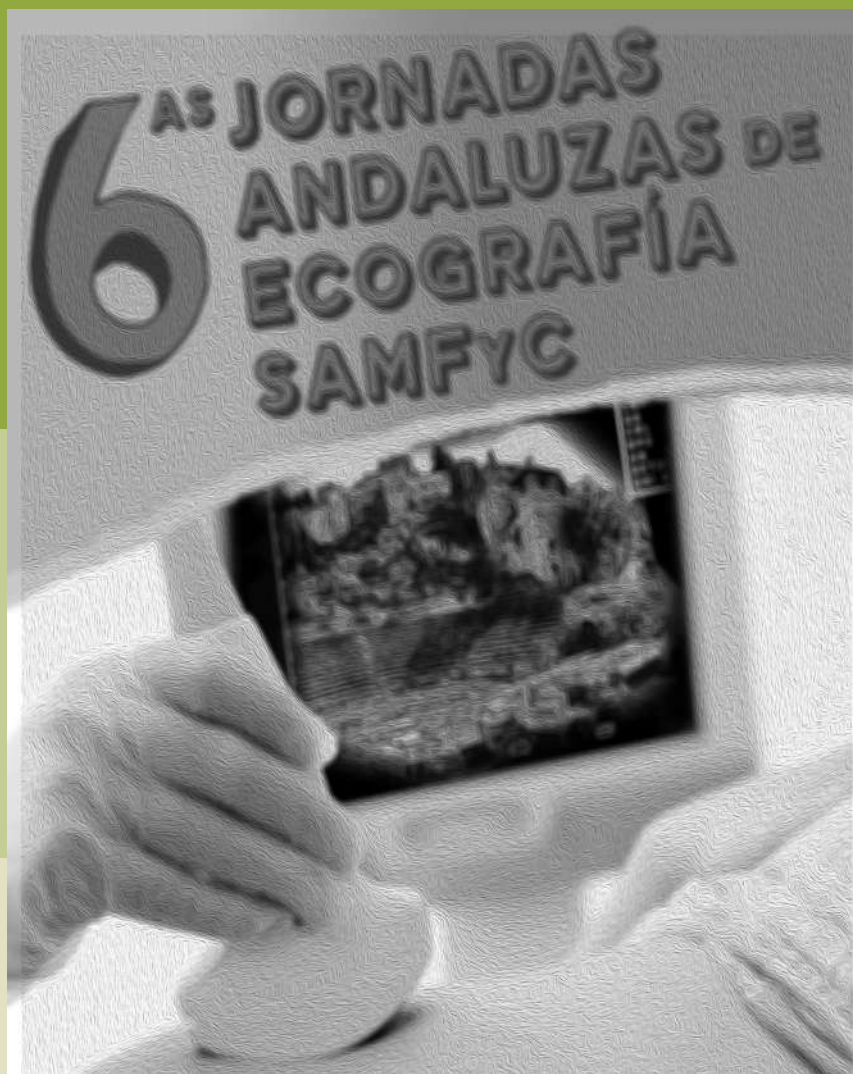


Medicina de Familia Andalucía

Volumen 23, número 2, suplemento 1, diciembre 2022



Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.23, Nº.2, suplemento 1, diciembre 2022

comité

Cristóbal Trillo González

Presidente Comité Científico
Especialista en MFyC.
Centro de Salud Puerta Blanca
Coordinador GdT SAMFyC Ecografía en MF
(Málaga)

Francisco José Guerrero García

Presidente Comité Organizador
Especialista en MFyC.
Hospital Clínico San Cecilio.
Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF
(Granada)

M. Solimán Berchid Debdi

Secretario
Especialista en MFyC
Centro de Salud Villacarrillo
Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF
(Jaén)

M^a Dolores Domínguez Pinos

Vocal
Especialista en MFyC y Radiología
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria
Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF
(Málaga)

Diego Gutiérrez Molina

Vocal
Especialista en MFyC.
Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda
Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF
(Jaén)

José Manuel Ramírez Torres

Vocal
Centro de Salud Puerta Blanca
Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF
(Málaga)

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 Colombos

Vocal de Formación

José Luis Hernández Galán

Vocal de Investigación

Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes

Emilio José Delgado Soto

Carmen María Escudero Sánchez

Vocal 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)

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



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

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 EDITORIAL:

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 Piza. *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*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el 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)
Telf. +34 958 80 42 01

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía
Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Printed in Spain

Maqueta: Juan Francisco González Ibáñez

Imprime: Impresión La Ideal

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.



sumario

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración de las 6as Jornadas Andaluzas de Ecografía de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas.

- 6 Abdomen agudo por perforación de víscera hueca. Ecografía como herramienta en el diagnóstico
- 7 Al afeitarme me he notado un bulto en el cuello
- 8 Artritis séptica, importancia del uso de la ecografía clínica a propósito de un caso
- 9 Cáncer de páncreas en paciente que acude por dorsalgia
- 10 Cáncer de tiroides: aproximación diagnóstica desde atención primaria mediante ecografía clínica
- 11 Causa infrecuente de dolor abdominal; carcinoma suprarrenal
- 12 Cuando la ecografía te da la pista...
- 13 Cuidado con lo que bebes
- 14 Desde que estoy embarazada me noto un bulto en la axila
- 15 Disnea de esfuerzo, palpitaciones y síncope
- 16 Disnea. Ecocardiografía en consulta de atención primaria
- 17 Doctor tengo fiebre intermitente y el abdomen inflamado
- 18 Doctora, me ha salido un bulto: la ecografía como ayuda a la exploración física
- 19 Doctora, mire lo que tengo en el cuello
- 20 Dolor de MID en paciente obesa
- 21 Dolor lumbar recurrente
- 22 Ecofast en el politraumatismo múltiple
- 23 Ecografía en consulta: abordaje de una adenopatía sospechosa
- 24 El apoyo de la ecografía en las molestias gastrointestinales
- 25 Hombro doloroso con 'impingement'. Ecografía clínica: luz en la oscuridad
- 26 La cremallera silenciosa
- 27 La ecografía clínica como aliada en la patología testicular
- 28 La ecografía clínica ha llegado para quedarse
- 29 La ecografía para el abordaje diagnóstico de masa laterocervical
- 30 La ecografía te puede salvar
- 31 La importancia de los artefactos
- 32 La radiografía no siempre es la solución
- 33 Masa cervical: utilidad de la ecografía en atención primaria
- 34 No recuerdo haberme tragado una espina
- 35 No siempre se trata de lo más frecuente
- 36 Nódulo mamario
- 37 Papel de la ecocardiografía en atención primaria. demora en insuficiencia cardíaca
- 38 Relevancia de la ecografía clínica en el dolor abdominal inespecífico
- 39 Rótula ecografía diagnóstica
- 40 Rotura de tendón aquileo: manejo en acto único desde atención primaria
- 41 Trombosis de vena cava inferior, a propósito de un caso
- 42 Tumor de partes blandas
- 43 Tumoración testicular: cuando llegamos demasiado tarde
- 44 Vengo por mi analítica doctora

Abdomen agudo por perforación de viscera hueca. Ecografía como herramienta en el diagnóstico

Bosy Boss S¹, Polo Pretel, MA¹, Lara Ojeda RM²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Motivo de la consulta: Epigastralgia con irradiación a hipocondrio derecho.

Anamnesis: Varón de 64 años consulta por epigastralgia de un mes, con empeoramiento hace dos días con heces negras.

Exploración: abdomen con signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:

- Analítica: anemia, leucocitosis con desviación izquierda y elevación de proteína C reactiva.
- Ecografía: Neumoperitoneo en región epigástrica, liquido libre intraabdominal en espacios subfrénicos bilaterales y pélvico.
- TAC abdominal: neumoperitoneo y liquido libre intraabdominal, compatible con perforación de viscera hueca.

Juicio clínico: Perforación de viscera hueca.

Lista de problemas: Dolor abdominal con signos de irritación peritoneal y presencia de neumoperitoneo en ecografía.

Diagnostico diferencial: Apendicitis aguda, Colecistitis aguda litiásica, colecistitis aguda alitiásica, colecistitis crónica, coledocolitiasis, colangitis, pólipos en vesícula biliar, colecistitis gangrenosa, tumores tanto benignos como malignos, perforación de viscera hueca.

Plan de actuación y evolución: derivación a urgencias, valoración por cirugía e intervención quirúrgica con mejoría clínica total.

Conclusiones: La presencia de aire en el abdomen en lugares donde no tiene que haber aire es, casi siempre, un cuadro agudo que requiere urgente atención médica. En general, la evaluación de estos pacientes comienza con radiografía o ecografía, pero el método más sensible y específico en todos los casos es la TAC. La valoración por ecografía abdominal en la perforación de la viscera hueca puede ser útil. En estudios prospectivos, en pacientes con sospecha de perforación de viscera hueca, se han descrito una sensibilidad de 93-100% y una especificidad del 64-99% en su diagnostico. Por contraposición, algunos autores, consideran que la ecografía solo puede ser útil en el diagnostico de perforación de viscera hueca con neumoperitoneo asociado. En ocasiones el líquido se distribuye libremente por el abdomen, cuando existe en mayor cantidad. Si hay poco líquido, deberemos de buscarlo en lugares anatómicos específicos, tales como el receso hepatorenal de Morrison o a nivel subhepático.

Palabras clave: Perforación gástrica, neumoperitoneo.



Al afeitarme me he notado un bulto en el cuello

Lara Ojeda RM¹, Martínez Chaves V², López Muñoz A¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

² Médica de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Paciente varón de 68 años, con antecedentes de HTA, diverticulitis, hiperuricemia, discopatía lumbar, esteatosis hepática difusa, exfumador, en tratamiento con amlodipino 5, enalapril 20, pregabalina 25, omeprazol 20 y tramadol 50. Acude a consulta refiriendo que mientras se afeitaba, se ha notado un bulto en la zona latero cervical izquierda

Exploración Física

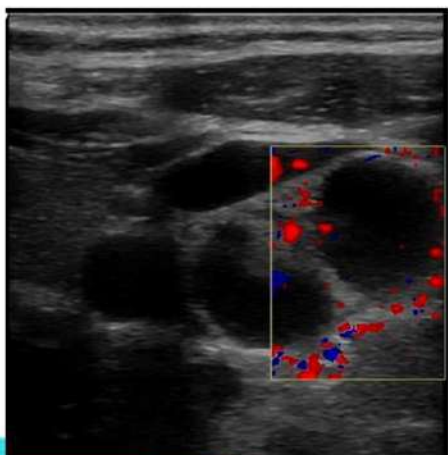
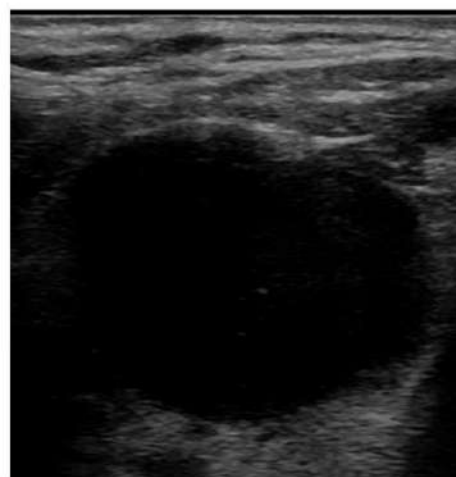
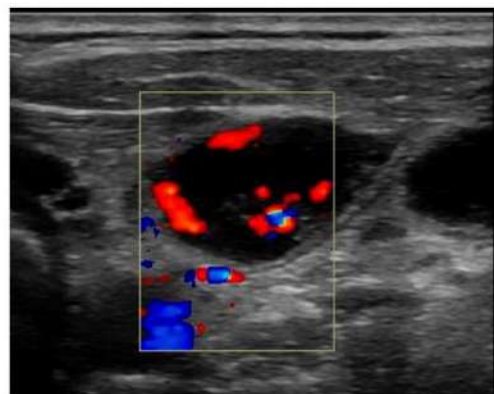
En zona latero cervical izquierda de palpa una masa indolora, elástica, impresiona de estar adherida planos profundos con algunas adenopatías regionales.

Cavidad oral y orofaringe sin hallazgos relevantes excepto una ligera hipertrofia amigdalina izquierda

Exploraciones complementarias

Analítica con perfil general y serología infecciosa, Rx de tórax que resultaron ser normales. Se decide realizar una ecografía clínica con los siguientes resultados:

Glándula tiroidea de tamaño, ecogenicidad normales. Glándulas salivares mayores sin hallazgos. Conglomerado adenopático latero cervical izquierdo con adenopatías de morfología esférica y sin el hilio graso y con un patrón de vascularización ausente en varias y anárquico en algunas de ellas, localizadas en los niveles II, III, IV y V del lado izquierdo, llegando algunas de ellas a alcanzar los 3x2 cm.



Juicio clínico

Conglomerado adenopático en zona latero cervical izqda.

Sospecha de neoplasia primaria del sistema linfático (linfoma)

Adenopatías metastásicas

Plan de actuación y evolución

Ante los hallazgos clínicos y ecográficos se remite al paciente de forma preferente a ORL donde se le solicita TAC que informa: Masa orofaríngea izquierda, adenopatías latero-cervicales izqda. Con probable infiltración, hallazgos sospechosos en primer lugar de linfoma sin descartar otras posibilidades.

Artritis séptica, importancia del uso de la ecografía clínica a propósito de un caso

Sánchez Romero A¹, Lopera Martínez M², López Pradas C³

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

² Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. H Juan Ramón Jiménez, Huelva

³ Médica de Familia. CS Isla Chica, Huelva

Caso Clínico

Ámbito

Atención primaria

Motivo de consulta

Dolor en muñeca derecha

Enfoque individual

Anamnesis

Paciente varón de 20 años, fumador sin antecedentes de interés. Acude a Servicio de Urgencias por dolor en muñeca derecha de 3 semanas de evolución. Refiere dolor tanto en reposo como a la movilización que interrumpe el sueño. Refiere además imitación progresiva de la movilidad, edema en la región afecta y fiebre termometrada de 38°C en las últimas 48 horas, sin mejoría con analgesia habitual de primer escalón.

Exploración y pruebas complementarias

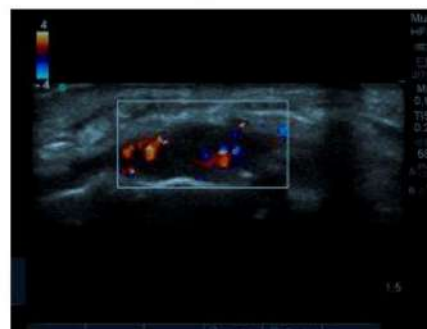
A la inspección presenta aumento de la temperatura y rubor. A la exploración presenta balance articular limitado a 10º de extensión, 20º de flexión, pronosupinación limitada a mitad de arco por dolor a movilización tanto activa como pasiva. A la palpación presenta dolor en articulación radiocarpiana y flogosis en interlínea articular.

Se extrae analítica sanguínea donde observamos 18500 leucocitos con un 90% de neutrófilos, con 540000 plaquetas y hemoglobina de 14.5; en la bioquímica, nos encontramos PCR de 210; resto sin alteraciones.

Dados los hallazgos se realiza ecografía clínica en consulta, objetivando distensión de cápsula articular contenido anecoico y partículas con aumento ecogénico compatible con derrame articular y contenido celular/fibrina. Aplicamos doppler color con aumento de vascularización, compatible con sinovitis. (Fig.1)

Figura 1.

Valorando la clínica y los resultados de las pruebas complementarias del paciente, se realiza artrocentesis ecoguiada extrayendo 5cc de líquido sinovial de aspecto turbio que se analiza, obteniendo en la bioquímica del líquido articular: 65000 leucocitos (95% de neutrófilos) y glucosa disminuida, lo que es indicativo de artritis séptica.



Diagnóstico diferencial

Artritis séptica vs artritis reactiva.

Revisiones

Tras realizar la artrocentesis ecoguiada, el paciente refiere alivio sintomático y mejoría del balance articular. Se procede al alta de consulta de urgencias con antibioterapia oral.

Es revisado en consulta a los 14 días, refiriendo aún molestias en la región, no ha vuelto a presentar fiebre. A la exploración mejoría del balance articular, aunque persiste limitación en los últimos grados de flexión y extensión. Se plantea tratamiento con muñequera elástica y antiinflamatorios no esteroideos.

Se revisa posteriormente a los 10 días, el paciente presenta balance articular conservado, encontrándose asintomático, sin complicaciones ni secuelas.

Conclusiones

La ecografía clínica resulta de gran ayuda en el manejo diagnóstico-terapéutico, pudiendo realizar técnicas invasivas ecoguiadas, disminuyendo complicaciones para el paciente.

PALABRAS CLAVE: septic arthritis, monoarthritis.

Cancer de páncreas en paciente que acude por dorsalgia

Pérez Martín C¹, Franco Gonzalez M¹, Jurado Ruiz E²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle, Écija. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almorón, Écija. Sevilla

CASO CLÍNICO

ÁMBITO

Atención hospitalaria, Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente de 40 años que acude a urgencias por dorsalgia de 1 mes de evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL:

- **Anamnesis:** Dorsalgia de un mes de evolución, que se desencadena principalmente al movimiento, acompañado de astenia y debilidad y un dolor en punta de dedo a nivel de epigastrio que se desencadena con los movimientos. El mismo día de consulta tuvo febrícula de 37 grados.
- **Antecedentes personales:** No reacciones alérgicas medicamentosas, ni antecedentes quirúrgicos de interés o enfermedades conocidas. Fumador de 10-12 cig/día y bebedor ocasional.
- **Exploración física:** Buen estado general, bien hidratado y perfundido.
 - ✓ **Auscultación cardiopulmonar:** Tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
 - ✓ **Abdomen** blando, depresible, no doloroso, pero se aprecia hepatomegalia a dos traveses.
 - ✓ No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.
- **Pruebas complementarias:**
 - ✓ **Análítica:** Hb 15.1, g/dL leucocitos 15,85 mil/mm³, neutrófilos 11,03 mil/mm³ plaquetas en rango, creatinina 0.89 mg/dL, bilirrubina total 1.06 mg/dL, amilasa 34, proteína C reactiva 84. mg/L.
 - ✓ **Rx de tórax:** Normal
 - ✓ **Ecografía de abdomen:** Probable afectación metastásica con extensa afectación metastásica hepática.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Varón de 40 años, acude acompañado de su mujer, vive en medio rural. Trabaja en una tienda cargando muebles.

JUICIO CLÍNICO

Neoplasia de proceso uncinado pancreático con afectación metastásica hepática extensa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Metástasis de un primario no conocido, cirrosis hepática, colecistitis aguda.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN

En principio se sospechó lumbalgia mecánica por características del dolor, sin embargo, debido a las múltiples consultas en urgencias y el tiempo de evolución del dolor, se valoró hacer hincapié y realizar pruebas complementarias adicionales. En la exploración nos sorprendió hepatomegalia asociada y en un principio se pretendió descartar patología de vía biliar, además de resultado de analítica con patrón de colestasis. La neoplasia fue un hallazgo casual e inesperado. Se decide ingreso a cargo de Medicina Interna para ampliar estudio, se solicitó TC de tórax y abdomen y BAG hepática.

CONCLUSIÓN

La utilidad de tener nociones básicas de ecografía desde atención primaria para el diagnóstico diferencial de múltiples patologías y disponer de ella en urgencias para el despistaje de enfermedades hepáticas y biliares, además de suponer en algunos casos como el expuesto un salto importante para encaminar un diagnóstico definitivo con consecuencias muy distintas al presumible al inicio.

PALABRAS CLAVES

Ultrasonography, pancreatic cancer, low back pain

Cáncer de tiroides: aproximación diagnóstica desde Atención Primaria mediante ecografía clínica

Silva Domínguez ML

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Caso Clínico

Ámbito: Centro de Salud. Atención Primaria.

Motivo de consulta: Recogida de resultados de analítica de control anual en paciente hipertensa

Enfoque individual

Paciente hipertensa de 49 años que, en analítica de control, presenta tirotropina 19,300 $\mu\text{UI/mL}$ y tiroxina 0,75 ng/dL. En la misma cita de recogida de resultados, comenta haberse notado aumento del tamaño de la glándula tiroides. A la exploración, la paciente presenta buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica al habla y en reposo, eucárdica y afebril. TA 120/85 mmHg. Se aprecia ligero aumento de tamaño de la glándula tiroides, palpándose nódulo indurado en lóbulo tiroideo derecho, parcialmente móvil. No presencia de adenopatías.

Dados los hallazgos anteriores, se decide realización de ecografía en consulta, en la que se aprecia nódulo en lóbulo tiroideo derecho de 15 mm, así como nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo superior a 20 mm. Ambos nódulos son de características isoecogénicas y poseen calcificaciones dispersas.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive sola actualmente. Ha desempeñado el rol de cuidadora de su madre hasta el fallecimiento de la misma. Cierta grado de retraso mental no cuantificado. Acude sola a sus revisiones y médico de familia y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Se encuentra arropada por la comunidad religiosa a la que pertenece.

Juicio clínico

- Lista de problemas: HTA, Glucemia basal alterada e Hipotiroidismo
- Diagnóstico diferencial: Nódulo tiroideo en lóbulo tiroideo derecho e izquierdo

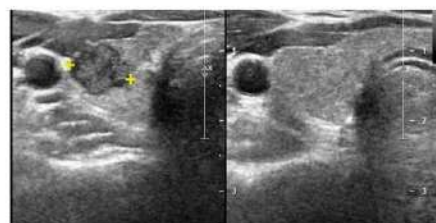


Figura 1. Nódulo en lóbulo tiroideo derecho

Plan de acción y evolución

Tras los hallazgos anteriores, se decide la derivación de la paciente de forma preferente a consultas de Endocrinología y Nutrición. Pasado un mes de la consulta inicial, fue vista por el servicio de Endocrinología y Nutrición, donde se realizó ecografía y PAAF del nódulo tiroideo en lóbulo tiroideo derecho, determinado mediante la ecografía tiroidea como TIRADS 4. El resultado de la PAAF fue carcinoma papilar de tiroides. Se derivó a Cirugía General y se inició tratamiento con Eutirox 75mg. Finalmente se realizó tiroidectomía total y exploración cervical.

El diagnóstico definitivo resultó ser Carcinoma Papilar de Tiroides con 10% de células altas T2N0M0. Estadio I. BRAF +. TERT negativo. Riesgo intermedio. La paciente actualmente continúa en revisión por Endocrinología, evolucionando favorablemente. Además, también se realiza seguimiento desde Atención Primaria mediante control analítico de calcio y hormonas tiroideas.

Conclusiones

Este caso clínico nos muestra la importancia del control analítico, clínico y seguimiento de los pacientes, sobre todo, en pacientes diagnosticados de patologías crónicas. La Atención Primaria posee un papel crucial en el manejo de estos pacientes, tanto en la detección de complicaciones como en la necesidad de ajuste de tratamiento e incluso, como en este caso, en el diagnóstico de patologías potencialmente más graves que son detectadas gracias al seguimiento estrecho e integral de los pacientes. En todo lo anterior, la ecografía se ha convertido en una herramienta accesible y tremendamente útil de ayuda al diagnóstico, haciendo posible un diagnóstico diferencial más inmediato y, con ello, un abordaje más efectivo del paciente.

Palabras clave

Cáncer de Tiroides, Ecografía, Atención Primaria.

Causa infrecuente de dolor abdominal; carcinoma suprarrenal

Sánchez Sánchez MP¹, Gómez Galera H², Góngora Beltrán C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de toros. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. Almería

³ FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. Almería

Caso Clínico

Palabras claves: carcinoma suprarrenal, masa abdominal

Motivo de consulta: Dolor abdominal

Enfoque individual: Mujer de 57 años con antecedentes de dislipemia y fibromialgia, colecistectomizada, en tratamiento con Simvastatina 20 mg, que acude a su Centro de Salud por dolor en hipocondrio derecho de 2-3 meses de evolución. El dolor ha empeorado durante las últimas dos semanas. En la exploración física destaca masa abdominal en cuadrantes derechos abdominales, indurada.

Juicio clínico: Carcinoma intraabdominal, colédocolitiasis.

Plan de acción: Se pide análisis de sangre y se realiza ecografía abdominal en la consulta, donde se visualiza tumor suprarrenal. Ante estos hallazgos, el paciente acude a Urgencias hospitalarias, en ecografía reglada se objetivan los siguientes hallazgos: Hígado de tamaño normal, sin dilatación de la vía biliar intrahepática. Se aprecian varias lesiones ocupantes de espacio, nodulares, algunas hipoecogénicas y otras isoecogénicas, sólidas, en el lóbulo caudado, lóbulo hepático izquierdo y segmento 5/6, siendo la de mayor tamaño de 68 mm. El nódulo del lóbulo caudado comprime la vena cava inferior. En localización suprarrenal derecha, se aprecia masa de gran tamaño, de 95 mm en su eje máximo, con contornos lobulados, que no depende del parénquima hepático ni del riñón. Aspecto heterogéneo, que impronta sobre el lóbulo hepático derecho. La masa tiene un comportamiento hipovascular y presenta calcificaciones groseras en su interior. Porta y colédoco de calibre normal.

Paciente colecistectomizada. Páncreas, bazo, riñones y vejiga sin alteraciones de interés. Sin líquido libre intraabdominal ni otras colecciones. Masa suprarrenal derecha, de características malignas, en relación con probable carcinoma suprarrenal.

Conclusiones: El carcinoma suprarrenal es un tumor poco frecuente que suele presentarse como una masa de gran tamaño con tendencia a invadir las estructuras vecinas o por una variedad de síndromes hormonales como el hipercortisolismo y la virilización. El diagnóstico se fundamenta en las técnicas de imagen.



Cuando la ecografía te da la pista...

Delgado Bayona P, Sánchez Sánchez C, Morgado Tase C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Caso Clínico

Varón de 76 años, IABVD, consulta por presentar malestar general, decaimiento y torpeza progresiva en aumento, desde hace una semana, precisando ayuda de los hijos para las ABVD.

Un episodio de vómito y mal control tensional desde hace varias semanas.

Tras anamnesis dirigida refiere hace dos meses caída hacia atrás por atropello de un caballo con TCE sin pérdida de conocimiento.

AP médico-quirúrgicos: FA paroxística, dilatación aorta descendente, retinopatía hipertensiva grado 2, HTA, lipomas múltiples, hemartros.

Tratamiento habitual: bisoprolol, pantoprazol, atorvastatina, ramipril, apocard. Contraindicación de anticoagulación con acenocumarol/nacos por hemorragias severas.

Exploración Física: acude caminando con ayuda de los hijos, bien hidratado y perfundido, buena coloración de piel y mucosas, consciente, orientado y colaborador.

AC: rítmico, sin soplos audibles

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos

Neurológico: CyO en las 3 esferas, PINLA, MOEC, no nistagmo patológico. Pares craneales conservados, no desviación de comisura bucal, no disartria. Fuerza y sensibilidad conservadas en las 4 extremidades. No discinesias. Romberg positivo, marcha inestable, tambaleante. ROTs disminuidos y asimétricos. Babinsky dudoso.

TA: 220/110 mmHg.

Pruebas complementarias:

-**Analítica:** Hemograma, bioquímica y coagulación normales.

-**ECG** con RS a 55 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.

-**RX tórax** sin hallazgos.

-**Fondo de ojo:** difícil de valorar por miosis de pupilas.

-**Ecografía ocular:** Diámetro vaina N.óptico OD 7.6mm, OI 7.2mm; ambos >5mm.



-**TAC craneal:** lesión extraaxial frontoparietal bilateral hiperdensa, con áreas de menor densidad superficiales, con signos de efecto masa que condicionan borramiento de surcos cerebrales, compatible con hematoma subdural bilateral en evolución.



Identificación de problemas: Anchura de la vaina del N. Óptico >5mm, lo cual se correlaciona con una presión intracraneal alta >20cm H2O.

Juicio clínico: Hematoma subdural bilateral en evolución// DD: ACV, tumor cerebral, demencia vascular

Tratamiento: Intervención quirúrgica mediante trépanos + evacuación.

Conclusiones: la ecografía nos permite ampliar la exploración física de los pacientes. En el caso de este paciente, nos ha permitido acortar los tiempos de actuación e indicación terapéutica ante una patología tiempo-dependiente que pone en riesgo la vida del paciente.

Cuidado con lo que bebes

Martínez Del Río MG, Mundt Fernandez I, Gallego Martinez J

MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Línea de la concepción. Cádiz

Caso Clínico

Motivo de consulta

Fiebre de dos semanas de evolución.

Antecedentes

Familiares: no referidos.

Personales:

-Niega reacciones alérgicas medicamentosas conocidas

- HTA, DLP, sd ansioso-depresivo

-ACV isquémico vascular en protuberancia en febrero de 2014 de probable etiología lacunar con ligera paresia en MID como secuela.

-Hipoacusia bilateral

Tratamiento habitual:

-AAS 100

-Simvastatina 40 mg

-Ramipril 10 mg

-Amlodipino 20 mg

-Lormetazepam 2 mg

-Tranxilium 5 mg

-Omeprazol 20 mg

Enfoque Individual

Varón de 65 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por picos febriles de dos semanas de evolución, acompañados de tiritones. En las últimas 48 horas presenta dolor abdominal generalizado, siendo más insidioso a nivel de ambos hipocondrios y en epigastrio. Náuseas sin vómitos y estreñimiento.

Exploración: paciente acude caminando a consulta. Consciente, orientado y bien hidratado. Hemodinámicamente estable, quejumbroso y sudoroso.

ACP: rítmica sin soplos audibles AP: MVC sin ruidos sobreañadidos Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no signos de peritonismo. Doloroso de manera generalizada, pero más intenso de ambos hipocondrios. Murphy positivo, Blumberg negativo, no Roving. No distensión abdominal. Peristaltismo conservado. PPR bilateral dudosa. Extremidades: pulsos conservados y simétricos, no signos de TVP, no edemas. No focalidad neurológica.

Pruebas complementarias: Analíticas

Bioquímica: urea 47, creatinina 1.04, Sodio 140, Potasio 4.4, Bilirrubina total 1.1, AST 85, ALT 103, amilasa 18, PCR 432.7

Serie roja sin alteraciones, leucocitos 45.800 con un 85% de neutrófilos. Plaquetas 145. Coagulación con elevación del fibrinógeno.

Sedimento con urobilinogeno 4, nitritos positivos, leucocitos 25, hemates negativos.

Rx de tórax: ICT<50%, no pizamientos, ni condensaciones Rx de abdomen: correcto luminograma, no signos de obstrucción, ni perforación

Ecografía de abdomen

Se observan numerosas lesiones quísticas en el parénquima hepático, muchas de ellas complejas con tabiques. Destacan dos en el lóbulo izquierdo, una de unos 12,7x8,4mm multiseptada y otra de unos 12 cm con ecos puntiformes y un nivel con contenido hiperecogénico. Vía biliar y vena porta de calibre normal. Vesícula con múltiples litiasis. Páncreas no valorable. Bazo y riñón izquierdo sin alteraciones. Riñón derecho con morfología de doble sistema excretor. No se observa líquido libre. (Se adjuntan imágenes de dicha ecografía)



Enfoque familiar

Paciente vive en Guadilao (Zona rural) en una finca en el campo, en casa tiene un perro y un gato y en los alrededores patos y algún caballo. No ha viajado recientemente. Al parecer llevaba un mes recogiendo agua de una fuente del campo y bebiendo de ella.

Plan de acción

Ingreso en Medicina interna para realización de pruebas de microbiología y TAC abdomino-pélvico. Se comenzó tratamiento antibiótico empírico por los abscesos hepáticos de origen desconocido y el paciente presentó mejoría sintomática durante el ingreso, con disminución de los picos febriles.

Microbiología

Serología de *Coxiella* e *Hidatidosis* negativas. *Entamoeba histolytica*: positiva

TAC abdomino-pélvico (al ingreso)

Bases pulmonares con bandas y tractos pleuroparenquimatosos

Hepatomegalia con múltiples LOES hipotenues quísticas que afectan a ambos lóbulos, alguna presenta septos realizados y en varios la pared es sutilmente más gruesa, con cierta rarefacción de la grasa perilesional, en la porción libre de los dos mayores. Las dos mayores se ubican una en el LH, segmento II-III (medida aprox: 13,7x12,7x12,5 de ejes mayores) y la del LHD en el segmento V-VI (medias aprox: 12,5x14,5x11). Minúscula banda líquida subcapsular en vecindad del quiste mayor derecho de 6 mm de espesor y 5,6 cm de eje anteroposterior. Los quistes mayores producen desplazamiento del píloro (parece coexistir con mínimo engrosamiento del mismo y cierta distensión de la cámara gástrica) y desplazamiento del riñón derecho, que también parece estar ligeramente rotado ventralmente.

Riñones no ectásicos, quistes bilateral pequeños. Páncreas, bazo y suprarrenales sin hallazgos valorables. Mínimo menisco de líquido en gotera derecha y alguna banda de edema en pararenal. No adenopatías de tamaño significativo.

En resumen: LOES quísticas múltiples de entre escasos milímetros y 14 cm la mayor, algunas no se comportan como quistes simples, pudiendo estar sobreinfectados siempre que la clínica sea compatible; a valorar sobreinfección piógena. Habría que valorar también que alguno se trate de un quiste hidático tipo I, o por ejemplo sangrado intraquístico no agudo (el diagnóstico diferencial propuesto es correlacionando las imágenes ecográficas con las del TAC).

TAC de control a los 10 días sin cambios

Ante los hallazgos de las pruebas de imagen se solicitó drenaje percutáneo al hospital de referencia:

Paciente con múltiples quistes hepáticos, dos de ellos de gran tamaño. Uno sobre LHI y otro en segmento IV sobre los que se coloca catéter de drenaje, extrayéndose unos 300 cc de cada uno de ellos, siendo el líquido de aspecto turbio y purulento.

Dado los hallazgos de las pruebas complementarias y siendo finalmente la serología positiva para *Entamoeba histolytica*, se pautó Metronidazol con buena respuesta clínica. Se mantuvieron los drenajes los días iniciales, tras extracción inicial de 1400 cc, reduciéndose paulatinamente, retirándose posteriormente tras resolución. Al alta, en situación basal.

Tratamiento al alta

Continuara con su tratamiento domiciliario habitual, añadiendo Metronidazol 750 mg cada 8 horas durante 7 días.

Conclusiones

ABCESOS HEPATICOS POR ENTAMOEBA HISTOLYTICA A destacar la importancia de una correcta anamnesis y el papel de la ecografía en este caso.

Palabras Clave

Ecografía abdominal, Fiebre de larga data, Abscesos Hepático.

Desde que estoy embarazada me noto un bulto en la axila

López Muñoz A, Bosy Boss S, Lara Ojeda RM

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Bulto axilar de larga evolución que durante el embarazo aumenta de tamaño de forma progresiva.

Enfoque individual

Mujer de 32 años, como único antecedente presenta psoriasis cutánea y precisó ingreso hospitalario por gripe y tratada con antibioterapia por neumonía sin mejoría de la clínica del bulto axilar. En la actualidad sin tratamiento farmacológico.

Consulta porque el bulto le ha aumentado de tamaño y comenta que ya le pasó lo mismo en un embarazo previo, pero que ahora "ha empeorado".

Exploración: buen estado general. Afebril. Exploración de mama normal. Bultoma no doloroso en axila de unos dos cm de diámetro retráctil no adherido a planos profundos, sin aumento de temperatura con respecto a contralateral. Mama y axila izquierda sin alteraciones. No ganglios a otros niveles.

Enfoque familiar

Juicio clínico: Tejido mamario ectópico a nivel axilar.

Diagnóstico diferencial: Hidradenitis supurativa, acceso axilar, Linfoma, Linfadenopatía, Carcinoma metastásico.

Plan de acción y evolución

Tras realización de ecografía, se procede a drenaje donde se extrae líquido blanquecino de carácter lechoso. En la actualidad la paciente se encuentra bien, no ha presentado recidiva.

Conclusiones

Hasta un 6% de las mujeres pueden presentar tejido mamario ectópico, Es importante el diagnóstico ya que está sujeto a la misma patología que la mama y por tanto es una zona que debe hacerse sus controles de forma rutinaria.

La ecografía en la consulta nos permite realizar un diagnóstico precoz e incluso un seguimiento estricto de esta anomalía.

Palabras clave

Axila. Tejido mamario ectópico.

Disnea de esfuerzo, palpitaciones y síncope

Martínez Chaves V¹, Lara Ojeda RM², Bosy Boss S³

¹ Médica de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Paciente de 67 años con antecedentes de

-Agenesia renal derecha.

-Adenoma de próstata intervenido en 2021 (RTU)

Motivo de Consulta:

Desde hace varias semanas tiene una disnea asociada a la aparición de una taquicardia al realizar pequeños y medianos esfuerzos. En las últimas 24 horas ha presentado dos episodios sincopales precedidos de taquicardia.

La exploración en los periodos intersincopales han sido normal

Se derivó al hospital al no ver una causa clara del síncope, y la exploración física y el ECG eran normales.

En hospital el hemograma, bioquímica y Rx de tórax son normales y es dado de alta como síncope vasovagal.

Ante la persistencia de los síntomas, con la aparición de nuevos episodios sincopales de consulta nuevamente con su médico de familia.

Exploración física

Aceptable estado general.

ACR: Tonos puros y rítmicos a 90 lpm. Sat O2: 94-95%. PA: 140/70 mm Hg.

Abdomen sin hallazgos. Extremidades sin edemas. Adecuada tolerancia al decúbito.

Exploraciones Complementarias

-ECG: RS a 94 lpm. Eje normal, segmentos e intervalos dentro de la normalidad

-Rx de tórax: normal.

-Hemograma y bioquímica básica de urgencias normales

Ante la normalidad de todas las exploraciones realizadas en atención primaria y la persistencia de los síntomas, se decide realizar una ecocardiografía, para ver si se podía obtener algún dato más que justificara los episodios sincopales y la disnea.

Ecocardiografía: Importante dilatación del ventrículo derecho (65 mm) con una relación 1:1 entre ambos ventrículos y con presencia del signo de McConnell. Hallazgo altamente sugerente de sobrecarga del VD.

Ante este hallazgo se indaga y se descartó en el mismo acto de la consulta la existencia de una TVP en ambos miembros inferiores mediante un eco Doppler. Realmente el paciente tampoco tenía ningún factor de riesgo.



En la presentación oral se proyectará un video con las imágenes en dinámico que resultarán mucho más ilustrativas

Disnea. Ecocardiografía en consulta de Atención Primaria

Mendieta Lagos MN¹, Roca Pujol J²

¹ Médica de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

² Médico de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

Caso Clínico

Motivo de consulta: disnea de esfuerzo.

Anamnesis, exploración y pruebas complementarias:

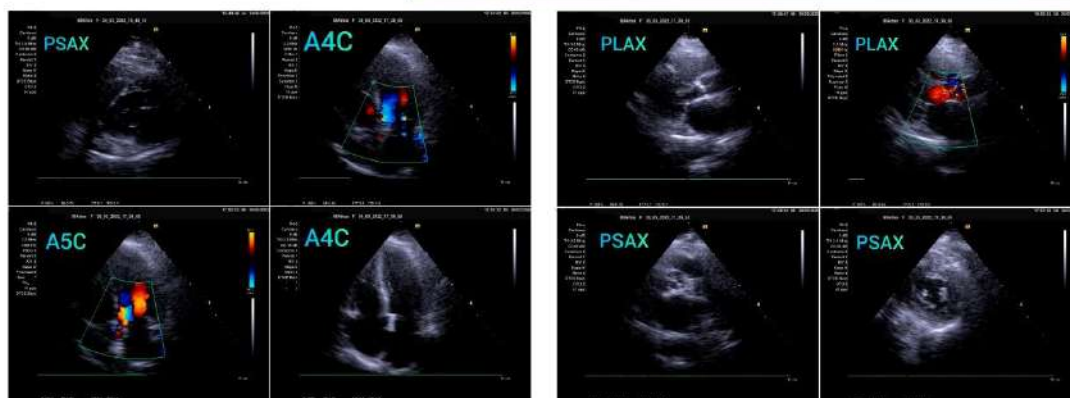
Mujer de 80 años de edad con antecedentes personales de: No hábitos tóxicos, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo II, obesidad, asma bronquial, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica crónica. Hasta la fecha seguimiento privado, a partir de ahora el seguimiento público. Presenta buena calidad de vida previa. Acude a consulta por referir **disnea** de moderados esfuerzos acompañado de disnea paroxística nocturna, ortopnea y edemas en ambas piernas. Presenta una escala modificada 'medical research council' (mMRC) de 4 y clase funcional 4 de la 'New York Heart Association' (NYHA). Saturación de oxígeno aire ambiente (O₂) del 95 %. A la auscultación respiratoria presenta crepitantes en bases derechas, tonos cardíacos rítmicos con soplo panfocal de predominio aórtico IV/VI y edemas bimaletolares con fovea 1/2 inferior pierna. Se le solicita radiografía de tórax que presenta cardiomegalia con signos de insuficiencia cardíaca. Se realiza analítica donde se descarta anemia y ferropenia, se objetiva niveles de péptidos natriuréticos (**ProBNP**) aumentados (**1162** picogramos/mL). ECG con ritmo sinusal a 68 por minuto, bloqueo rama derecha (BRDHH) con hemibloqueo supero anterior (HSA), T aplanadas V4 a V6. Se realiza **ecografía clínica pulmonar** con **patrón intersticial** con presencia de múltiples líneas B e imagen anecoica compatible con mínimo derrame pleural.



Plan de acción y evolución:

Se decide ajustar tratamiento diurético con furosemida 40 mg 3 veces al día con mejoría clínica tanto de su disnea como de sus edemas en extremidades. Se cita para **ecocardiografía**.

La **ecocardiografía en consulta** presenta, subjetivamente función ventricular izquierda conservada, hipertrofia de ventrículo izquierdo y **signos de valvulopatía aórtica con estenosis aórtica**. Se remite a Cardiología para ecocardiografía reglada, valoración, seguimiento y tratamiento específico.



Juicio Clínico:

Nuestro diagnóstico principal es de **Insuficiencia cardíaca** descompensada dado la clínica, la exploración física y las pruebas complementarias donde se objetiva aumento de PBNP, observándose signos de congestión pulmonar tanto en radiografía pulmonar como en ecografía pulmonar y que, finalmente, gracias a la **ecocardiografía** nos permite decir que dicha descompensación es secundaria a **valvulopatía aórtica**. El diagnóstico diferencial será con anemia, TEP y neumonía. La anemia se descarta por analítica y exploración, el TEP y la Neumonía lo descartamos tanto por la clínica, exploración y las pruebas complementarias.

Conclusiones:

La **insuficiencia cardíaca** implica **valoración global**: anamnesis, exploración, así como pruebas complementarias. A la analítica de sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax añadimos la **ecografía** tanto **pulmonar** como **ecocardiografía**, lo que permite mejorar la calidad de la valoración de aquellos pacientes con insuficiencia cardíaca. En el caso de nuestra paciente presenta insuficiencia cardíaca con valvulopatía aórtica.

Palabras claves: Congestive heart failure, primary care, 2D echocardiography

Doctor tengo fiebre intermitente y el abdomen inflamado

García Amador CP, Ortega Camacho C,

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuente de la Villa. Jaén

Caso Clínico

DESCRIPCION DEL CASO

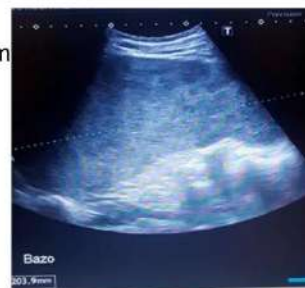
Paciente masculino de 39 años acude a la consulta de atención primaria por historia de fiebre vespertina de 38–39.5 grados de 20 días de evolución, acude a la consulta en repetidas ocasiones sin cese de la fiebre a pesar de la toma de antitérmicos, refiere malestar general, sudoración, astenia, pérdida de 7 kg desde el inicio de la sintomatología y tos no productiva, el paciente convive con un perro correctamente vacunado y desparasitado.

EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Examen físico: paciente con buen estado general refiere sensación de ocupación de espacio en hipocondrio izquierdo y aumento progreso de bazo hasta presentar esplenomegalia 10 cm sin otras visceromegalias ni adenopatías palpables. Constantes sin alteraciones patológicas.

-Analíticas: Hemograma: Hb: 6.5 g/dl que preciso transfusión. Serología: IgG CMV, Leishmania, Epstein Barr y Mycoplasma pneumoniae positivos, resto serología negativa. Coagulación: Dímero -D 59.279 ng/l. Bioquímica: ferritina: 666 ng/ml, LDH : 865 U/l, resto de analítica normal.

-Pruebas de imagen: ecografía abdominal con esplenomegalia de 19 cm radiografía tórax, TAC de tórax y abdomen, biopsia de cresta iliaca anterosuperior y aspirado de esternal de medula ósea sin alteraciones.



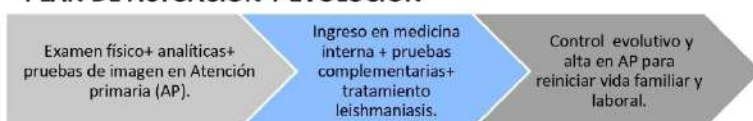
JUICIO CLINICO

Leishmaniasis

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Síndrome linfoproliferativo (linfoma, leucemia), malaria, brucelosis, tuberculosis, hipertensión portal, esquistosomiasis.

PLAN DE ACTUACION Y EVOLUCION



COMENTARIO FINAL

La baja prevalencia de leishmania en humanos en España genera dudas y confusiones diagnósticas dificultando un abordaje y manejo temprano. el médico familia debe apoyarse en la correcta anamnesis y examen físico así como sensibilizar a los pacientes que tienen animales en sus hogares a su correcta desparasitación y vacunación ya que pueden ser vectores de zoonosis que se transmiten al hombre.

BIBLIOGRAFIA

Craig G Stark, MD, FACP, FFTM, RCPS(Glasg), FISTM; Chief Editor: Pranatharthi Haran Chandrasekar. Medscape[Internet] . 2020. Revisado: 18 febrero 2020, consultado septiembre 2022. Disponible: [Leishmaniasis: Practice Essentials, Background, Pathophysiology \(medscape.com\)](https://www.medscape.com/background/pathophysiology)

PALABRAS MesH: Fiebre y leishmaniasis.

Doctora, me ha salido un bulto: la ecografía como ayuda a la exploración física

Moreno Martos H¹, Fuentes Angulo I², García Martínez L³

¹ Médica de Familia. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

Caso Clínico

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Aparición de masa en zona inguinal derecha de una semana de evolución.

Enfoque individual

Anamnesis:



Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 75mg/24h.

Paciente mujer de 55 años que consulta por notarse desde hace una semana bulto en región inguinal derecha sin ninguna otra sintomatología acompañante.

Exploración:



Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Se palpa tumoración blanda, no dolorosa, en zona inguinal derecha de aproximadamente 15 mm que no cambia con maniobras de Valsalva.

Pruebas complementarias:



Ecografía abdominal en consulta: tumoración inguinal derecha de 18 mm de diámetro. Imagen grasa rodeada de líquido. No se aprecia modificación del contenido con maniobra de Valsalva.



Figura 1. Masa inguinal derecha



Figura 2. Masa inguinal derecha

Enfoque familiar y comunitario

Nivel socio-cultural alto. Vive sola. Profesional sanitario.

Juicio clínico

Tumoración inguinal derecha.

Diagnóstico diferencial

Hernia inguinal derecha/ hernia crural derecha/ quiste de Nuck.



Plan de acción y evolución

Dado que la ecografía en consulta no es concluyente para realizar un diagnóstico definitivo, se solicita ecografía al servicio de Radiología donde amplían estudio con un TAC abdominal donde se confirma hernia crural derecha. Se deriva a Cirugía para valoración.



Conclusiones

La exploración física y la ecografía realizadas en el centro de salud en el mismo acto de consulta permitieron una aproximación diagnóstica y el establecimiento de un plan de actuación adecuado para llegar a un diagnóstico definitivo, facilitando así una buena gestión de tiempo y recursos.

PALABRAS CLAVE: Ultrasonografía. Hernia femoral. Hernia Inguinal.

Doctora, mire lo que tengo en el cuello

Caraballo Ramos I, Aramburo Herrera MC, Alías Juan M

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Motivo de consulta:

Consulta por notar varios bultos en el cuello.

Anamnesis: Varón de 41 años, NAMC. Consulta por notar varias tumoraciones en el cuello y sudoración desde hacía 6 meses. No otra sintomatología.

Exploración física: 2 adenopatías laterocervicales derechas de 1,5 cm y consistencia media, junto a otra supraclavicular.

Pruebas complementarias:

- Analítica: normal
- Radiografía de tórax: normal.
- Ecografía de cuello: lóbulos tiroideos normales, objetivando nódulo de 1.7 x 1.7 x 1.15 cm, en región media-posterior del LTD heterogéneo, mal delimitado, con calcificaciones groseras y área muy hipocogénica, sin actividad Doppler. En zona lateral derecha existen 3 adenopatías con calcificaciones internas y aumento de la actividad doppler, una de 2.5 x 1.4 x 2.8 cm en espacio lateral cervical próximo a carótida, otra de 2.3 x 1.4 x 2.85 cm en espacio cervical posterior y una tercera en hueco supraclavicular derecho de 2.73 x 1.64 cm.

Juicio Clínico: Adenopatías cervicales patológicas y nódulo tiroideo ipsilateral TIRADS 5, con componente extratiroideo.

Diagnóstico diferencial: carcinoma folicular, medular, anaplásico, linfoma.

Plan de acción y evolución: Se contacta con Medicina Interna, valoran al paciente, solicitan analítica con marcadores tumorales y nueva ecografía del cuello. Le solicitan PAAF de adenopatía, niveles de calcitonina y tiroglobulina. La PAAF es compatible con metástasis de carcinoma papilar de tiroides. Es intervenido mediante tiroidectomía total y linfadenectomía central y derecha.

Presenta un hipotiroidismo e hipoparatiroidismo postquirúrgico, y realiza seguimiento en consultas de Endocrinología y de su Médico de Familia.

Conclusión: El Ca papilar de tiroides, es el más frecuente de todos y el de mejor pronóstico. En su anatomía patológica son características calcificaciones en grano de arena o "cuerpos de psamoma". Hasta un 50% se asocian con mutaciones del gen BRAF.

Las características ecográficas son: nódulo sólido o hipocóico de bordes irregulares, microlobulados, con microcalcificaciones o calcificaciones gruesas e hipervascular. Es típico la existencia de microcalcificaciones en las metástasis ganglionares cervicales.

Con este caso, queremos dar a conocer la importancia que supone poder hacer un diagnóstico precoz desde la consulta de atención primaria, y como gracias a la ecografía clínica podemos lograrlo en numerosas ocasiones. Además de exponer la relevancia de aprender a manejar esta nueva herramienta de trabajo en AP, tanto en la consulta como en las urgencias.



Palabras clave: ecografía, papilar, tiroides.

Dolor de MID en paciente obesa

Arjona Carpio B¹, Tello Moreno M², Suárez Sánchez JM³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Linares. Jaén

² H San Agustín de Linares, Jaén

³ Médico de Familia. H San Agustín de Linares, Jaén

Caso Clínico

Motivo de consulta: Dolor e inflamación en MID.

Anamnesis:

EA: Mujer de 73 años pluritapológica y polimedicada con AP de obesidad (IMC>30), IVC MMII, HRB e HTA, presenta *dolor en miembro inferior derecho (MID) de 20 días de evolución*. Dolor a la deambulación-reposo. Afebril. No traumatismo, cirugía ni inmovilización. No AF de trombofilias. AP: *tromboflebitis hace 40 años*.

Exploración física:

MID: *aumento de tamaño con eritema, calor y tumefacción respecto a contralateral*. Dolor en fosa poplítea sin palpar masas. *Signo de Homans +*. TA 130/60 mmHg. FC 54 lpm, SATO2 96%.

Pruebas complementarias:

Análítica: hemograma normal. Dímero-D 7740.

Función renal, iones y transaminasas normales.

ECG: RS a 55 lpm, sin alteraciones repolarización.

Ecografía doppler venoso de MID: *trombosis desde segmento proximal de vena femoral a vena poplítea*.

TC torácico, abdominal y pélvico (con contraste IV): descartó trombosis pulmonar, adenopatías y causa neoplásica a dichos niveles.

Imagen ecografía (Figura 1) y (Figura 2). *Ausencia de colapso de vena femoral común derecha (V)*. En Doppler color no se aprecia flujo en el interior de la VFCD, apreciándose flujo marginal. Flujo turbulento normales en arteria femoral. (A)

Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Imagen TAC abdominopélvico (Figura 3). *Ausencia de relleno de contraste de VFCD, ocupada por material hipodenso compatible con trombo* (flecha).

Juicio clínico: TVP femoral derecha.

DD: celulitis, insuficiencia venosa, tromboflebitis, quiste de Backer, insuficiencia cardíaca...

Plan de acción y evolución: ingresó en Medicina Interna para *descartar cuadro paraneoplásico e inicio de tratamiento intrahospitalario*.

Conclusiones: Importancia de *introducir la ecografía básica en atención primaria*. Detectar factores de riesgo de TVP en nuestra paciente.

Palabras clave: "lower extremity pain", "Deep venous thrombosis", "doppler ultrasound".

Dolor lumbar recurrente

Lara Ojeda RM¹, Bossy Boss S², López Muñoz A³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

ANAMNESIS:

- Varón 64 años
- Dislipemia
- Hipertriglicemia
- HTA
- Tabaquismo.

Consulta por **dolor lumbar e impotencia funcional recurrente** que se irradia a la parte anterior del abdomen y al miembro inferior izquierdo de intensidad moderada-severa. En el momento de la consulta se encuentra **asintomático**.

EXPLORACIÓN:

Buen estado general, bien hidratado, eupneico en reposo. Cráneo y cara normal. Cuello sin bocio ni adenopatías. Carótidas que latén simétricas. Exploración neurológica normal; Auscultación cardio-pulmonar sin hallazgos. Abdomen sin anomalía alguna. MI sin edemas ni signos de patología vascular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía abdomen: espondiloatrosis lumbo sacra moderada.

Ecografía abdominal:



JUICIO CLÍNICO Y PLAN DE ACCIÓN

Aneurisma aorta abdominal infrarrenal con extensión a la iliaca izquierda con signos de actividad reciente y clínica compatible. Fue derivado de forma preferente al servicio de Cirugía Vascular de Jaén que decidieron intervenirlo de forma quirúrgica (vía femoral). Actualmente se encuentra con buen estado general de salud

CONCLUSIÓN

La **no realización de esta técnica de imagen** en la consulta de Atención Primaria podría haber supuesto un grave **riesgo para la salud** de nuestro paciente, pues el aneurisma podría haber progresado hasta la rotura del mismo. Además, la clínica ambigua que relataba el paciente, y la edad del mismo podrían haber prevalecido para encuadrar tal cuadro en diagnósticos más frecuentes y comunes como puede ser una lumbalgia mecánica o un cólico renal.

Ecofast en el politraumatismo múltiple

Franco González M¹, Pérez Martín C¹, Mata Luque J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle, Écija. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen del Valle, Écija. Jaén

Caso Clínico

Ámbito del caso

Atención hospitalaria, Urgencias.

Motivo de consulta

Accidente de tráfico de coche múltiple, cuatro pasajeras dentro del vehículo.

El accidente se produjo a la velocidad de 100 km/h, por giro a alta velocidad en curva cerrada, con salida del vehículo de la vía y vuelco del mismo. Sin salto de Airbag, sin colisión con otros vehículos. No había testigos en el momento del impacto.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

ANAMNESIS: Mujer de 50 años trasladada por el 061 tras sufrir accidente de tráfico múltiple de coche, cargado con cuatro pasajeras. La posición que ocupaba en el vehículo era detrás del copiloto. Llevaba el cinturón de seguridad abrochado correctamente. Como dato de interés, nuestra paciente es la única que no ha conseguido salir por su propio pie, requiriendo maniobras de extracción. Como antecedentes personales: Sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Hipotiroidismo. Síndrome depresivo sin seguimiento por Salud Mental. Intervenido quirúrgicamente de apendicetomía.

EXPLORACIÓN: A su llegada a nuestro Servicio de Urgencias se encuentra sin hemorragias masivas (X), con vía aérea permeable, habla sin incidencias (A). Tórax con buena mecánica ventilatoria, **taquipneica, con SatO2 a 92% sin aporte de oxígeno. Crepitantes bilaterales basales bilaterales (B)**. Hemodinámicamente estable con cifras de tensión arterial de 130/70 mmHg. Frecuencia cardíaca 95 lpm. A la auscultación cardíaca: ritmo sinusal, sin soplos audibles (C). Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas normoreactivas. Consciente, alerta, responde correctamente a edad y mes. Responde a órdenes sencillas y complejas. Sin limitación a la movilidad ocular, sin alteraciones en campos visuales por confrontación. Sin paresia facial. No alteración de otros PC. MMSS y MMII no claudican. Sensibilidad conservada. Sin dismetría. No disartría ni afasia (D). No se aprecian claras lesiones externas, salvo **herida en región occipital de cuero cabelludo y herida sangrante en oreja derecha (E)**.

Se decide priorizar realización de ECOFAST a nuestra paciente en el Box de Críticos, ya que era la única con cifras de saturación de oxígeno alrededor de un 92%, sumado a que fue la única que requirió de maniobras de extracción para salir del vehículo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **ECOFAST** se objetivó líquido perihepático en espacio de Morrison y líquido en el receso esplenorrenal. Por lo que se prioriza a la paciente y se activa **Código Trauma**: se cursa analítica sanguínea (sin hallazgos patológicos relevantes) y se solicita BODY-TC.
- **BODY-TC:** Contusiones hemorrágicas alveolares pulmonares derechas. Laceraciones/hematomas intraparenquimatosos hepáticos (s. VIII y VI) y mínima lámina de líquido libre perihepático. Fractura esplénica por laceraciones múltiples (polos superior e inferior) y hemoperitoneo peri-esplénico.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer joven que comparte vehículo para desplazarse a su centro de trabajo junto a otras tres compañeras. Trabaja y vive en el ámbito rural. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Funciones superiores conservadas.

Juicio clínico

Politraumatismo por accidente de tráfico múltiple con las siguientes secuelas: contusión pulmonar derecha, laceración hepática grado III (segmentos VI y VIII) y laceración esplénica grado III.

Plan de acción y evolución

Se ingresa a la paciente en el Servicio de Observación para monitorización y evolución. Se realizan curas de lesiones dérmicas. Se prescribe aporte oxigenoterápico y se realiza interconsulta de urgencias con el servicio de Cirugía General de guardia, para valorar las lesiones visualizadas en pruebas de imagen. Tras valoración por Cirugía General de guardia y debido a la estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente, se decide tratamiento conservador de la misma e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusión

El Ecofast es una herramienta de trabajo útil en el área de Urgencias puesto que te permite priorizar en situación de múltiples víctimas realización de pruebas complementarias, diagnosticar de forma rápida líquido libre abdominal, pleural y/o pericárdico que indique la necesidad de una posible cirugía de urgencia o una técnica inmediata y estadificar el nivel de gravedad del paciente atendiendo a la cantidad de espacios afectados visualizados a través del Ecofast.

Palabras clave

Accidents, Traffic ; Ultrasonography ; Multiple Trauma

Ecografía en consulta: abordaje de una adenopatía sospechosa

Ávila Ossorio B¹, Vázquez Cros A¹, Mora Quintero A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Ronda Histórica. Sevilla

Caso Clínico

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Bultoma en clavícula.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

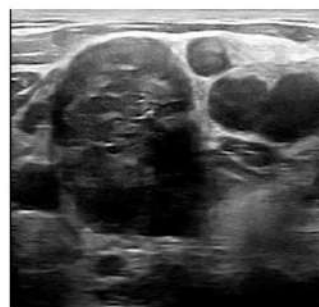
Mujer de 48 años que consulta por aparición de nódulo doloroso en región clavicular izquierda de tres días de evolución. Asocia prurito generalizado. Niega fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna.

En región infraclavicular izquierda se palpa una adenopatía de 3x2 cm, de consistencia dura, adherida a planos profundos. No se palpan adenopatías a otros niveles. Se realiza ecografía clínica donde se evidencian un conglomerado adenopático de bordes irregulares.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: linfoma de Hodgkin.

Diagnóstico diferencial: infecciones virales, bacterianas y micóticas, sarcoidosis, síndromes linfoproliferativos y metástasis.



Plan de acción y evolución

Se consulta a Medicina Interna que solicita TAC de tórax y abdomen donde se confirma conglomerado adenopático infraclavicular izquierdo y masa en mediastino anterior. Se programa exéresis quirúrgica con estudio de anatomía patológica con resultado de linfoma de Hodgkin, tipo esclerosis nodular. Es valorada por Oncología Médica y se plantea tratamiento quimioterápico que actualmente está llevando a cabo con una evolución favorable.

Conclusiones

La consulta por adenopatía es una de las más frecuentes en Atención Primaria. A pesar del corto tiempo de evolución, la ecografía nos permitió caracterizar mejor la adenopatía y ante la presencia de varios criterios patológicos, pudimos instaurar un estudio y abordaje terapéutico precoces.

Palabras clave

Linfadenopatía, Prurito, Enfermedad de Hodgkin.

El apoyo de la ecografía en las molestias gastrointestinales

Campillo Guillen RM, Delgado Bayona P, Ortiz Andreu E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Caso Clínico

Ámbito del caso: Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta: Epigastralgia, vómitos, hiporexia.

Enfoque individual: Varón de 55 años que consulta por presentar desde hace 10 días dolor en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios de carácter continuo e intenso, vómitos y náuseas postprandiales. Asociado a pérdida de peso (unos 5 kg) en el último mes y pérdida de apetito.

- Exploración física: Buen estado general, consciente, orientado. Bien hidratado y perfundido, buena coloración de piel y mucosas. Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda en epigastrio. Murphy y Blumberg negativos. RHA conservados.
- Radiografía de tórax: sin hallazgos. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normales.
- Ecografía abdominal: en corte longitudinal y transversal a nivel de epigastrio se observa cámara gástrica dilatada con imágenes de ecos móviles en su interior y paredes gástricas engrosadas (correspondientes a restos alimenticios). Más inferior, imagen ecográfica que parece corresponder a bulbo duodenal con paredes engrosadas y doppler color positivo, debido a un aumento de peristaltismo. Probable estenosis duodenal.



Diagnóstico diferencial: Infección por *H. pylori*. Ectasia vascular antral. Neoplasia.

Planes de actuación: Derivación a Urgencias para valoración y estudio por parte de Digestivo.

- Gastroscoopia: se observa en duodeno una ulceración de gran tamaño excavada y profunda en cara anterior bulbar. Mucosa circundante muy congestiva y edematizada. Estenosis severa de rodilla superior que se consigue franquear.

Juicio clínico: Estómago de retención. Ulceración bulbar duodenal gigante. Estenosis posbulbar duodenal severa.

Conclusiones: la ecografía, en este caso abdominal, es una prueba inocua, de bajo coste y fácil de realizar que nos permite poder acercarnos al diagnóstico de los dolores o molestias gastrointestinales, mejorando la capacidad de manejo, pero sin olvidar que es una prueba técnico-dependiente.

Hombro doloroso con ‘impingement’. Ecografía clínica: luz en la oscuridad

Roca Pujol J¹, Mendieta Lagos MN²

¹ Médico de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

² Médica de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

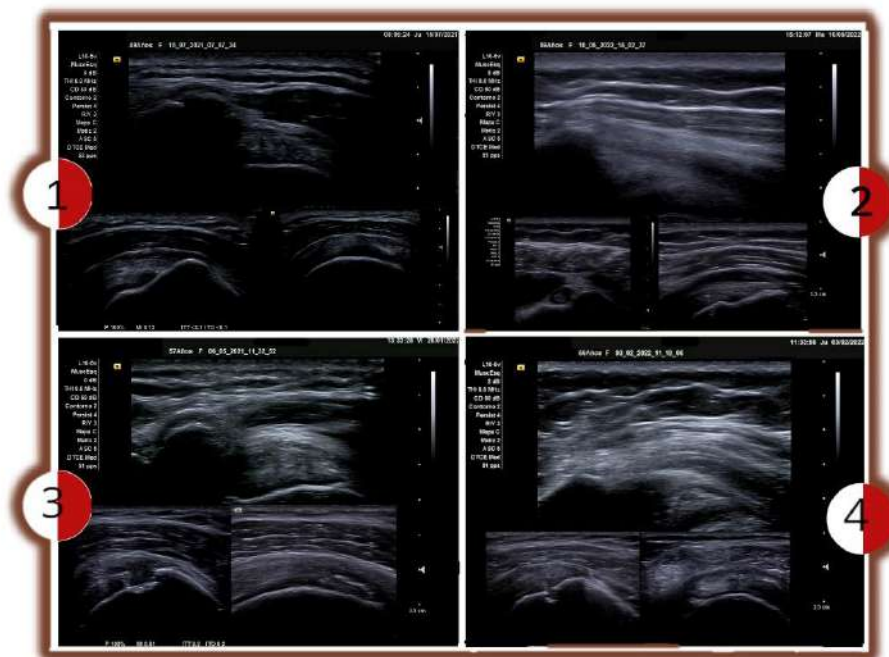
Caso clínico

Anamnesis, Exploración y Pruebas complementarias:

Cuatro pacientes de diferentes edades consultan por **hombro doloroso** de características mecánicas sin traumatismo desencadenante. El primer caso(1), mujer de 49 años de edad con rinitis alérgica a pólenes que practica ‘fitness’ de manera regular. El segundo caso(2), se trata de una mujer de 59 años con dislipemia y gonartrosis. El tercer caso (3), mujer de 57 años de edad sin antecedentes reseñables. El último caso (4), se trata de una mujer de 56 años de edad con glucosa basal alterada (GBA), dislipemia (DLP), s. piernas inquietas y lumbalgia crónica.

Se da la circunstancia que la exploración física es similar en todos ellos. Arco doloroso con Appley positivo tanto en rotación interna (RI) como en rotación externa (RE), ‘Full can’ y ‘Empty can’ positivas con **maniobras de impingement positivas**: Yocum y Hawkins.

Ecografía clínica en los cuatro casos.



Juicio clínico:

1. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con **Tendinosis** SupraEspinoso(SE).
2. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con **Bursitis** SubAcromio SubDeltoidea.
3. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con Tendinosis **Calcificante** SupraEspinoso.
4. Hombro Doloroso con s. SubAcromial con **Ruptura** parcial del SupraEspinoso.

Diagnóstico diferencial:

Tras anamnesis y exploración física se orienta como s. subacromial sin traumatismo conocido. La **ecografía clínica** nos permite valorar los tendones del hombro. En el primer caso, el tendón supraespinoso está engrosado con estructura heterogénea. Las **maniobras dinámicas** del SE ponen de manifiesto el ‘impingement’ donde se objetiva la imposibilidad para la abducción. Al estar engrosado el tendón no puede ‘pasar’ por debajo del acromion durante el movimiento.

En la segunda paciente, durante la valoración ecográfica se visualiza imagen anecoica sin captación por encima porción larga del bíceps (PLB) y SE que corresponde a una bursitis de gran tamaño. Durante las maniobras dinámicas del SE, le resulta imposible la abducción por la presencia del líquido.

La tercer paciente presenta una imagen hiperecogénica con sombra posterior en el interior del SE por tanto el diagnóstico es una tendinosis calcificante.

Por último, la ruptura parcial del SE se entiende como degenerativa. La fisioterapia se indica para mejorar movilidad y control del dolor.

Plan de acción y evolución:

El manejo es diferente según los hallazgos. Así, en el primer caso se indica tratamiento conservador con reposo deportivo, en relación al tendón afectado, frío local y AINEs con control en 15 días en los que la paciente ya mejoró. En el segundo caso, se plantea la infiltración tanto evacuadora como terapéutica por la bursitis. En el tercer caso, por la presencia de la calcificación intratendinosa del SupraEspinoso se remite a Traumatología. Si la calcificación fuera ‘blanda’ se podría plantear la técnica del barbotaje para eliminación. En el cuarto, caso, se aconseja fisioterapia.

Conclusiones:

Es importante explicar en que consiste cada proceso así como informar de posibilidades de recuperación. En una o dos consultas, el médico de familia puede manejar de manera más precisa el **síndrome subacromial** siendo la ecografía clínica fundamental. La ecografía clínica permite mejorar la aproximación **diagnóstica** y plantear **tratamiento** específico como la **infiltración ecoguiada** evacuadora y terapéutica.

Palabras clave: ‘Shoulder pain’, ‘shoulder Impingement’, ‘echography’.

La cremallera silenciosa

López Pereira A¹, Barra Ginés L¹, López Álvarez JM²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera Muelle Puerto Real. Cádiz

² Médico de Familia. CS Ribera Muelle Puerto Real. Cádiz

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Hematoma en cara posterior de muslo izquierdo

Anamnesis: Paciente varón de 41 años sin RAMc. No FRCV. No otras enfermedades de interés. No tratamiento domiciliario. Profesión: jugador profesional de pádel

Enfermedad Actual: Acude a urgencias por aparición de hematoma en cara posterior de muslo izquierdo tras antecedente traumático. Refiere alta carga deportiva previa: tres partidos intensos de pádel en 36 horas, sufriendo al final del último de ellos una brusca contracción excéntrica de la musculatura isquiotibial izquierda al resbalársele el pie, notando un pequeño "tirón" pero pudiendo terminar el partido con un vendaje compresivo. Comenta que una hora después, nota como si "una bola en la parte posterior del muslo se le deslizara hacia el glúteo", acompañado de dolor lancinante e impotencia funcional.

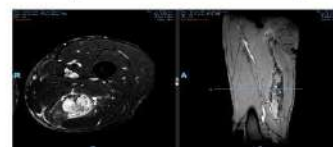
Exploración: Se aprecia equimosis de unos 5x5 cm en cara postero-medial del muslo izquierdo. Dolor a la palpación profunda sobre musculatura isquiotibial medial pero sin alteración significativa del relieve muscular. Impotencia funcional a la flexión de rodilla. Lasegue y Bragard negativos.

Pruebas Complementarias:

1- Ecografía no reglada:

apreciándose una extensa colección hipoeoica a lo largo del músculo semimembranoso de 6 cm en su diámetro transversal mayor x 4 cm.

2- RNM: Rotura extensa del músculo Semimembranoso de 28x5x4 cm, afectando a la unión miotendinosa proximal, con importante colección hemática asociada.



Juicio clínico: Rotura muscular vs distensión muscular vs arrancamiento-avulsión tuberosidad isquiática

Tratamiento: Punción Aspiración ecoguiada en consulta. RICE (primeras 24h), Fisioterapia (desde las 72h). Readaptación física para vuelta a la competición. Prevención de recaídas.

***** Conclusiones:** La relativa facilidad de acceso a un ecógrafo hoy en día en nuestras consultas, sumado a la inocuidad para el paciente, hacen de la ecografía una herramienta muy útil para una primera aproximación diagnóstica en escasos minutos. A ello se le suma la posibilidad de realizar técnicas intervencionistas eco-guiadas "in situ": punción-aspiración, infiltraciones, etc. En el mundo deportivo es de suma importancia la detección precoz de pequeñas roturas fibrilares que, al cicatrizar incorrectamente y continuar con la práctica deportiva, son susceptibles de producir Roturas de mayor tamaño "en CREMALLERA" como la sufrida por nuestro paciente y por otros deportistas de gran renombre, con el importante detrimento físico y económico que esto supone al deportista y al club.

-Palabras clave: Músculos Isquiotibiales, Lesión, Ecografía.

La ecografía clínica como aliada en la patología testicular

Rodríguez García R, Domínguez Bejarano L, Cardoso Cabello D

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Caso clínico

Descripción del caso

Varón de 39 años, fumador, que consulta por dolor en ambos testes, que aumenta con el roce, desde hace dos semanas. Niega síndrome miccional ni secreciones uretrales.

El testículo derecho es de menor tamaño que el contralateral, con leve dolor a la palpación, sin eritema. No se palpan masas ni adenopatías inguinales.

Se realiza ecografía clínica, objetivando una lesión intratesticular de aspecto sólido en la zona posterior del testículo derecho, hipoecogénica, de bordes bien definidos, sin calcificaciones, de 1 cm de diámetro, con vascularización interna.

Enfoque familiar y comunitario

- Casado desde hace 10 años
- Relaciones sexuales sin protección con su mujer



Juicio clínico

Tumor testicular (probable seminoma)

Diagnóstico diferencial

- Torsión testicular
- Epididimitis
- Varicocele
- Hidrocele
- Quiste epididimario
- Tumor testicular

Tratamiento y plan de actuación

- Analgesia
- Analítica con marcadores tumorales
- Derivación preferente a Urología

Evolución

Gracias al hallazgo ecográfico fue intervenido con el diagnóstico definitivo de seminoma puro

Conclusiones

1. Los tumores testiculares generalmente se presentan como un nódulo o una inflamación indolora de un testículo, mientras que el dolor agudo es menos frecuente.
2. El diagnóstico inicial incluye la ecografía escrotal, con una sensibilidad cercana al 100%, seguido de analítica con marcadores tumorales séricos.

La ecografía clínica ha llegado para quedarse

Martín Guerra L¹, Cruz Terrón H¹, Gascón Venguín S²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

² Médico de Familia. CS Aeropuerto. Córdoba

Caso Clínico

Motivo de consulta:

Mujer 41 años, refiere molestias abdominales y nota que su abdomen esta más inflamado.

Anamnesis y exploración física:

- Nulípara sin antecedentes de interés. Ciclos menstruales regulares, FUR 15 días antes, no manchado entre ciclos, no cambios en flujo ni ningún otro síntoma.
- Abdomen distendido, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio donde se palpa una masa sólida bastante grande, a la percusión mate, que sospechamos pueda depender del útero.
- Analítica sin alteraciones, test de embarazo negativo. Ultima citología fue en 2015 con resultado normal, indicamos necesidad de repetir la citología y damos cita para ello.
- Ecografía clínica: masa de unos 12 x 20 centímetros que abarcaba prácticamente la totalidad del abdomen que parecía dependiente de útero isoecoica y homogénea que impresionaba de mioma.



JUICIO CLÍNICO: Masa abdominal, embarazo, mioma uterino

Evolución y plan de actuación:

Nuestra principal sospecha era mioma uterino y ante las dimensiones de la masa decidimos derivar a nuestra paciente a urgencias ginecológicas para valoración. Allí confirmaron nuestras sospechas: masa que impresionaba de mioma que parecía depender de la pared posterior del útero y dieron cita en consulta de ginecología orgánica de manera preferente para valoración y tratamiento.

Conclusión:

Los miomas uterinos aparecen hasta en un 25% en mujeres mayores de 35 años. Pueden ser, submucosos, intramurales (los más frecuentes) o subserosos.

La ecografía clínica en atención primaria puede ser una herramienta muy útil de cara a la detección rápida y el despistaje de patologías urgentes y graves, por ello creemos que se debe incentivar más su aprendizaje e instaurar su manejo y adiestramiento durante los 4 años de formación en nuestra especialidad.

Bibliografía:

- Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Med Integr [Internet]. 2002 [citado el 24 de octubre de 2022];40(5):190–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-mioma-uterino-manifestaciones-clinicas-posibilidades-13036877>

La ecografía para el abordaje diagnóstico de masa laterocervical

Domínguez Bejarano L, Rodríguez García R

Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 35 años que acude por aparición de una masa laterocervical izquierda superior indolora de instauración brusca, sin otra clínica acompañante, de unos 4 cm y tres semanas de evolución tras un cuadro respiratorio de vías altas.

AP

No antecedentes personales de interés.

EXPLORACIÓN

Palpación de masa única submandibular indolora de aproximadamente 4 cm, no adherida a planos profundos, de consistencia gomosa. No otras alteraciones relevantes.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica con BQ, HB, serología normales.
- Mantoux negativo.
- Radiografía de tórax anodina

ECOGRAFÍA CLÍNICA

Imagen ovalada anecogénica de 4 cm con bordes bien definidos, no septos en su interior y ausencia de flujo Doppler.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Abogado. Divorciado.

JUICIO CLÍNICO

Sospecha de patología tumoral, dadas las características de la imagen se descarta patología maligna confirmando posteriormente el diagnóstico de quiste de segundo arco branquial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Patología infecciosa.
- Patología tumoral (benigna y maligna)

EVOLUCIÓN

Se realiza interconsulta a Medicina interna donde se realiza ecografía con punción aspiración (PAAF) de la tumoración. Con las características de la imagen ecográfica y su diagnóstico definitivo se derivó de forma preferente a Otorrinolaringología para exéresis total de la lesión.

La ecografía te puede salvar

Molina Manrique G¹, Sánchez Sánchez C², Bautista Salamanca C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo . Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar, Jaén

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga

Caso Clínico

Ámbito del caso: Atención Hospitalaria

Motivos de consulta: Dolor epigástrico, náuseas y sudoración.

Enfoque individual:

Varón de 66 años fumador de 20 paquetes/año e hiperuricemia en tratamiento con Alopurinol. Acude a SUH por dolor epigástrico de alta intensidad mientras caminaba, acompañado de cortejo vegetativo y mínimo descenso de ST en cara inferior, por lo que el DCCU decide aplicar doble antiagregación ante etiología isquémica como primera posibilidad.

- Anamnesis: Al reinterrogar al paciente refiere que el dolor ha comenzado en epigastrio pero se ha generalizado al resto del abdomen con irradiación a espalda y ha aumentado de intensidad.
- TA 110/65mmHg, FC 68 lpm, SatO2 99%, FR 15 rpm, Afebril.
- Consciente, orientado y colaborador, mal estado general, palidez mucocutánea, sudoración. En la auscultación; rítmico, sin soplos audibles, MVC y dolor abdominal a la palpación profunda con signos de dolor y dudosa irritación peritoneal. No edemas ni signos de trombosis periférica. IABVD.
- E-Fast: Imagen redondeada de 6x8cm de diámetro a nivel supraumbilical con flujo trifásico que parece corresponderse a aorta abdominal aneurismática. Además, imagen hiperecogénica móvil en borde posterolateral derecho que impresiona de flap intimal con salida de contenido al exterior sugestivo de rotura. Se realiza un barrido longitudinal de la aorta no apreciándose alteraciones en el tamaño de iliacas, aorta torácica ni arco aórtico.
- Radiografía torácica: Silueta cardio mediastínica 35%, no se observan infiltrados a nivel pulmonar ni otras lesiones significativas.
- Analítica: Leucocitosis con desviación izquierda, Hb 10'8gr/dL, hematocrito 33%, plaquetas 135.000, TP 66%, patrón citolítico y colestásico, troponina I 391, pH 7'37, ácido láctico 75.
- En AngioTC: Aneurisma infrarrenal de morfología fusiforme con relleno heterogéneo del contraste, engrosamiento de su pared y abundante hemoperitoneo a nivel intraabdominal.

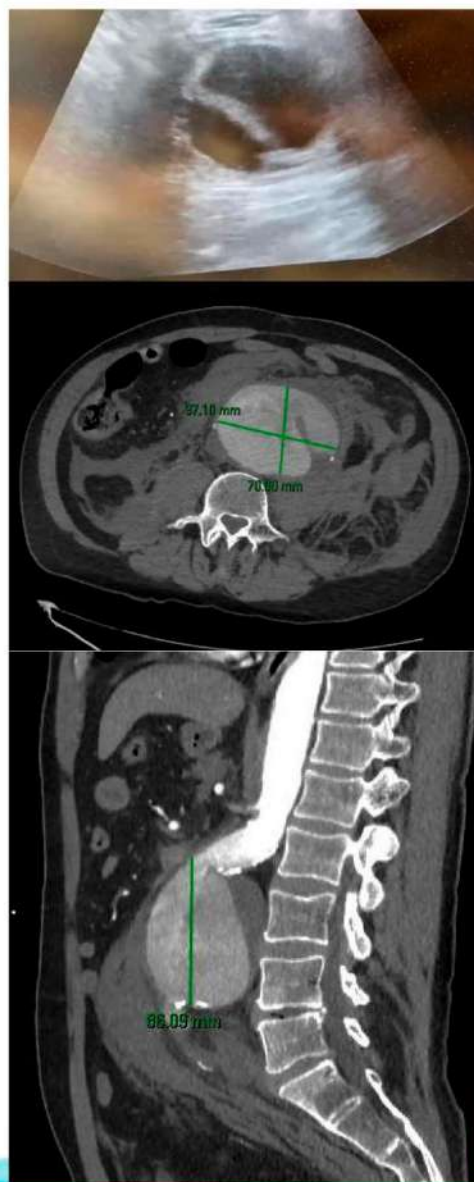
Juicio clínico: Rotura aneurisma aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma aorta complicado, IAM, neoplasia complicada con necrosis o rotura, perforación abdominal.

Plan: Cirugía urgente mediante resección aneurismática y bypass aorto-aórtico por laparotomía media.

Conclusiones:

- Ventaja de la ecografía a pie de cama para manejo primario y orientación juicio clínico.



La importancia de los artefactos

Sánchez Sánchez C¹, Molina Manrique G², Ortiz Andreu E³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo, Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Caso Clínico

Ámbito del caso: Atención Primaria. Hospitalaria.

Motivos de consulta: Disuria.

Historia clínica: Disuria y dolor en fosa renal izquierda.

Enfoque individual:

Mujer de 46 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por disuria y dolor en fosa renal izquierda de 2 días de evolución. Afebril.

- Exploración física: Buen estado general, normo coloración mucocutánea. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible a la palpación, doloroso en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

-Sistemático de orina: Hematíes ++.

-Ecografía Clínica en consulta de AP: fenómeno de centelleo positivo en entrada de uréter izquierdo. Presencia de Jet ureteral positivo que indica permeabilidad de vía urinaria. Se evidencia litiasis ureteral de 5mm. Silueta renal izquierda de tamaño y ecogenicidad normal, bordes regulares. No dilatación del sistema pielocalicial.



Juicio clínico: Litiasis ureteral.

Diagnóstico diferencial: Infección del tracto urinario. Tumor vesical.

Tratamiento: Analgesia e hidratación oral. Tamsulosina 400mcg cada 24 horas.

Planes de actuación: Observación domiciliar y control ecográfico en una semana; y explicamos síntomas de alarma por los que consultar antes.

Evolución: Tras una semana la paciente nos indica que se encuentra mejor y que el dolor y las molestias han desaparecido. Realizamos ecografía de control y no objetivamos fenómeno de centelleo ni litiasis ureteral.

Conclusiones:

En la mayoría de ocasiones los artefactos nos dificultan una adecuada valoración de la imagen con el consiguiente error diagnóstico.

Por el contrario, este caso ejemplifica la utilidad del fenómeno de centelleo en el diagnóstico de la patología que presentaba la paciente y la ayuda en el manejo terapéutico.

La radiografía no siempre es la solución

Gómez Galera H¹, Sánchez Sánchez MP², Góngora Beltrán C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. Almería

² CS Plaza de Toros, Almería

³ FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. Almería

Caso clínico

Palabras clave: Colelitiasis, colangiocarcinoma.

Varón de 70 años, alérgico a AAS y amoxicilina-clavulánico. Hepatopatía crónica enólica, EPOC tipo enfisema y SAOH, cefalea tensional, HBP e HTA. En tratamiento con Tiotropio, folmeterol/fluticasona, omeprazol, lorazepam, olmesartan/HCTZ; tamsulosina, ibuprofeno y paracetamol. Intervenido de herniorrafia derecha, apendicectomía y hernia discal. Exbebedor de grandes cantidades de alcohol y fumador activo de 10 cig/día (previo 30-40 cigarrillos/ día). ICAT 40.

Acude a consulta por presentar dolor en hipocondrio derecho, tipo cólico de hace una semana, que empeora con las comidas. Náuseas sin llegar a vómito. Refiere prurito, mayormente nocturno, que no cede "con nada".

TA 127/89mmHg, FC 78lpm, T³⁶ 36'3°C, Glucemia capilar 176mg/dl (refiere haber desayunado).

BEG, COC, Normohidratado, normoperfundido, ligero tinte icterico de mucosas. Hemodinámicamente estable. Tolerancia decúbito.

- Neurológico: Sin hallazgos de interés.
- Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos de interés.
- Abdomen: blando, globuloso, depresible, ligeramente doloroso a la palpación de hipocondrio derecho. No se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaereos conservados. No signos de irritación peritoneal. Murphy, Rovsing y Blumberg negativos. Puño percusión renal bilateral negativa.
- Miembros inferiores: sin signos de edema ni trombosis venosa profunda.

Juicio clínico: Colelitiasis vs. Posible colangiocarcinoma.

Plan de acción: ECO abdominal de forma preferente.

Se administra tratamiento sintomático.

El paciente acude a urgencias hospitalarias, el mismo día, por ausencia de mejoría con el tratamiento e irradiación lumbar homolateral del dolor. Niega nueva clínica.

En urgencias, no se evidencia la ictericia del paciente y la exploración es completamente normal, salvo sibilancias dispersas y dolor en epigastrio-hipocondrio derecho con Murphy dudoso. Motivo por el que se solicita Rx de abdomen y analítica sanguínea y de orina, cuyos resultados no muestran hallazgos significativos.

Se administra dextetoprofeno intramuscular pero, el paciente sigue refiriendo dolor, por lo que se pauta metamilol intravenoso.

Tras mejoría sintomática y dada la normalidad de las pruebas, se opta por alta a domicilio con tratamiento analgésico y dieta pobre en grasas.

La ecografía abdominal ambulatoria, realizada de manera preferente, revela:

- Probable colangiocarcinoma que provoca dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda.
- Trombosis/infiltración tumoral de vena porta izquierda.
- Hígado cirrótico, con algunos nódulos, debiéndose hacer el diagnóstico diferencial entre nódulos de regeneración vs. metastásicos.
- Signos de hipertensión portal.
- Múltiples adenopatías metastásicas.
- Esplenomegalia de 138mm
- Quiste simple de riñón derecho de 4.5x3.5cm.
- Dilatación aneurismática de la aorta abdominal infrarrenal con un calibre aproximado de 38x34mm
- Ascitis en cantidad moderada.

Se recomendó completar estudio de extensión con TAC toracoabdominal y pélvico con contraste y colangiorresonancia.

Conclusiones: El colangiocarcinoma es un tumor que afecta a los conductos biliares. Es más frecuente en adultos mayores de 50 años. El tabaco se asocia a un mayor riesgo de padecerlo. Es un tumor, generalmente, diagnosticado en estadios avanzados, lo que suele dificultar el éxito del tratamiento.

Con este caso, se busca dar énfasis la importancia de la relación entre la atención primaria y las urgencias hospitalarias. Valorando que, una radiografía simple de abdomen, en muchas ocasiones, no suele ser la mejor para descartar patología en urgencias. Así como, destacar la importancia de la interrelación entre las exploraciones y pruebas realizadas en atención primaria y la necesidad de los facultativos de urgencias de considerarlas.



Masa cervical: utilidad de la ecografía en atención primaria

Fuentes Angulo I¹, Moreno Martos H², García Martínez L³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

² Médica de Familia. CS Virgen del Mar. Almería

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

Caso Clínico

Ámbito

Atención primaria

Motivo de consulta

Bulto en cuello



Enfoque individual

Paciente mujer de 66 años que consulta por presencia de bulto en región cervical lateral derecha y odinofagia de varias semanas de evolución. Refiere también presencia de tos y disfonía de 3 meses de evolución que relaciona con infección anterior por COVID-19. La paciente está pendiente de valoración por Otorrinolaringología.

Exploración:

Cuello: presencia en región cervical derecha de adenopatía indurada y fija mal definida con dolor a la palpación.

Pruebas complementarias:

Ecografía de cuello en consulta: adenopatía de dos centímetros, aspecto heterogéneo, vascularizado periféricamente con imágenes hiperecogénicas de 1 mm difusas en centro.



Figura 1. Adenopatía cervical derecha

Enfoque familiar y comunitario

Nivel socio-cultural medio-alto. Jubilada (asesora comercial).

Juicio clínico

Adenopatía cervical de probable origen neoplásico. Disfonía.



Figura 2. Adenopatía cervical izquierda

Plan de acción y evolución

Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por Otorrinolaringología, que tras realización de videolaringoscopia informa: tumoración en cara laríngea de epiglotis que se extiende hacia banda derecha. No se puede valorar comisura anterior por efecto masa.

Conclusiones

La exploración física y la ecografía realizada en el centro de salud han permitido una rápida caracterización de la adenopatía, llevando a una actuación urgente que mejora el pronóstico de la paciente al acortar los tiempos de espera en el diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Disfonía, Linfadenopatía, Neoplasias Laríngeas.

No recuerdo haberme tragado una espina

Bosy Boss S¹, Alias Juan M¹, Lopez Muñoz A²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Motivo de la consulta: Epigastralgia de un mes de evolución.

Anamnesis: Mujer de 73 años consulta por epigastralgia de intensidad moderada, en hipocondrio derecho, de un mes de evolución, pérdida no cuantificada de peso, malestar general, astenia y sensación febril no termometrada por las tardes.

Exploración: Dolor a la palpación de hipocondrio derecho, Murphy dudoso.

Pruebas complementarias:

- Analítica: leucocitosis con desviación izquierda.
- Ecografía abdominal: absceso hepático y cuerpo extraño en su interior, probablemente espina de pescado.
- TAC abdominal: absceso hepático con cuerpo extraño en su interior compatible con espina de pescado, tras perforación de víscera hueca.

Juicio clínico: Absceso hepático con cuerpo extraño en su interior (compatible con espina de pescado).

Lista de problemas: Dolor en hipocondrio derecho con pérdida de peso, sensación febril no termometrada y presencia de absceso hepático con cuerpo extraño en su interior mediante ecografía.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda litiasica, colecistitis aguda alitiásica, colecistitis crónica, coledocolitiasis, colangitis, pólipos en vesícula biliar, tumores en vesícula biliar y/o hígado, perforación de víscera hueca.

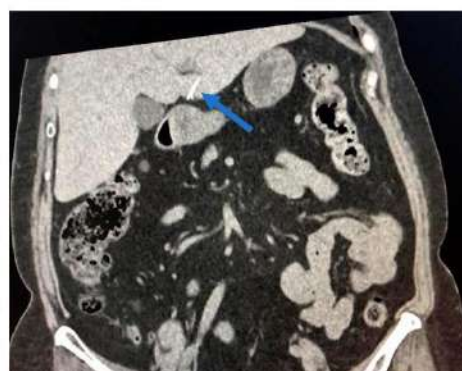
Plan de actuación y evolución: Valoración por digestivo, decidiendo antibioticoterapia, presentando así, mejoría clínica total.

Conclusiones: El 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos pasan a través del tracto gastrointestinal sin generar complicaciones en el plazo de una semana. La perforación gastrointestinal secundaria es infrecuente (< 1%) y la posterior formación de abscesos hepáticos es aún más rara. La localización más frecuente de la perforación es el estómago. Se ha comunicado que los gérmenes más comúnmente aislados, en este tipo de abscesos hepáticos, pertenecen al género *Streptococos*. En general, los pacientes no recuerdan el antecedente de ingesta de cuerpo extraño.

Un diagnóstico rápido y oportuno disminuye la morbi- mortalidad; en algunos casos, se puede presentar con síntomas atípicos e inespecíficos que enmascaran la lesión y más cuando no se tiene un antecedente claro de ingesta de cuerpo extraño.

Gracias a la disponibilidad, posibilidad de realización y aprendizaje sobre ecografía como herramienta diagnóstica, se puede realizar un diagnóstico como en este caso, pudiendo de esta forma comenzar una actitud terapéutica casi instantánea, mejorando así la clínica y el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Absceso hepático, perforación.



No siempre se trata de lo mas frecuente

Sánchez Sánchez C¹, Delgado Bayona P², Morgado Tasé C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Caso Clínico

Ámbito del caso: Atención Primaria-Hospitalaria.

Motivos de consulta: Bultoma en ingle izquierda.

Historia clínica: Bultoma en ingle izquierda de seis meses de evolución.

Enfoque individual:

Mujer de 68 años con AP de Insuficiencia venosa crónica, dislipemia y diverticulosis colónica. En tratamiento habitual con Simvastatina 20mg al día y Rifaximina 400mg durante 7 días al mes.

- Refiere bultoma en zona inguinal izquierda de seis meses de evolución que ha ido aumentando de tamaño de forma progresiva y ocasionalmente es doloroso. No alteraciones del hábito intestinal, ni náuseas ni vómitos.

- Exploración física: Abdomen blando y depresible a la palpación, no signos de irritación abdominal. Ruidos hidroaéreos presentes. A nivel abdominal no observamos masas ni megalias, ni hernias. A nivel inguinal bultoma inguino-pélvico izquierdo de aproximadamente 2cm de tamaño, no móvil, doloroso a la palpación, no reducible. En miembros inferiores no presenta edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

- Ecografía Clínica en consulta de AP: Imagen anecoica de 2'5cm, de bordes regulares y paredes finas, Doppler negativo en trayecto inguinal izquierdo, lateral al paquete vascular ilio-femoral. Maniobra de Valsalva negativa, no observamos asas intestinales.



Juicio clínico: Quiste de Nuck.

Diagnóstico diferencial: Quiste de Nuck, Hernia inguinal.

Plan de actuación y Tratamiento: Derivación a Cirugía e intervención quirúrgica programada.

Evolución: Actualmente permanece asintomática y sin recidivas.

Conclusiones:

El quiste de Nuck ocurre a consecuencia de la invaginación del peritoneo parietal durante el desarrollo del canal inguinal dando lugar a la formación del conducto de Nuck; exclusivo en el sexo femenino.

Normalmente tiende a cerrarse de forma fisiológica espontáneamente, aunque en ocasiones permanece permeable con la consiguiente formación de quistes. Se manifiesta como una masa asintomática en región inguinocrural con proyección hacia la región vulvar, pudiendo presentar similitud con la hernia inguinal o crural encarcerada. La ecografía es la prueba de elección para su diagnóstico y el tratamiento es quirúrgico.

Nódulo mamario

Lara Ojeda RM¹, Martínez Chaves V², Caraballo Ramos I²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

² Médica de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

ANAMNESIS

Mujer 72 años. NAMC y los siguientes AP: Coledocolitiasis, colescistectomía y coledocotomía. Pancreatitis aguda, HTA, hipercolesterolemia. En tratamiento con IBP y Enalapril 5mg. Sin antecedentes familiares relevantes. Consulta porque en una **autoexploración nota un “bulto-masa” en mama izquierda.**

EXPLORACIÓN

Mamas simétricas, sin deformidad, integridad de piel y pezones sin alteración alguna (no presentan retracción alguna ni secreción). A la palpación de la mama izquierda se palpa una **placa móvil en cuadrante supero externo de aproximadamente 3 cm y es poco móvil.** No se palpan adenopatías axilares.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ❖ **Ecografía** realizada en atención primaria, donde se confirma la presencia de una masa en la mama izquierda, de características ecográficas de malignidad. **Imagen 1**
- ❖ **Mamografía.** **Imagen 2**
- ❖ **BAG**



CONCLUSIONES:

El rápido acceso a una prueba de imagen para tejidos blandos, como puede ser la ecografía y su adecuada interpretación, nos puede ayudar a orientar un diagnóstico desde la primera consulta en atención primaria y por ende actuar con la mayor prontitud posible.

JUICIO CLÍNICO Y PLAN DE ACCIÓN

Cáncer de mama. El hallazgo de un nódulo o masa mamaria requiere un exhaustivo estudio que confirme el diagnóstico de malignidad y descarte patología benigna. Se derivó al servicio de Ginecología de forma preferente. Actualmente sigue en proceso de tratamiento e intervención quirúrgica

Papel de la ecocardiografía en atención primaria. demora en insuficiencia cardíaca

Roca Pujol J¹, Mendieta Lagos MN²

¹ Médico de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

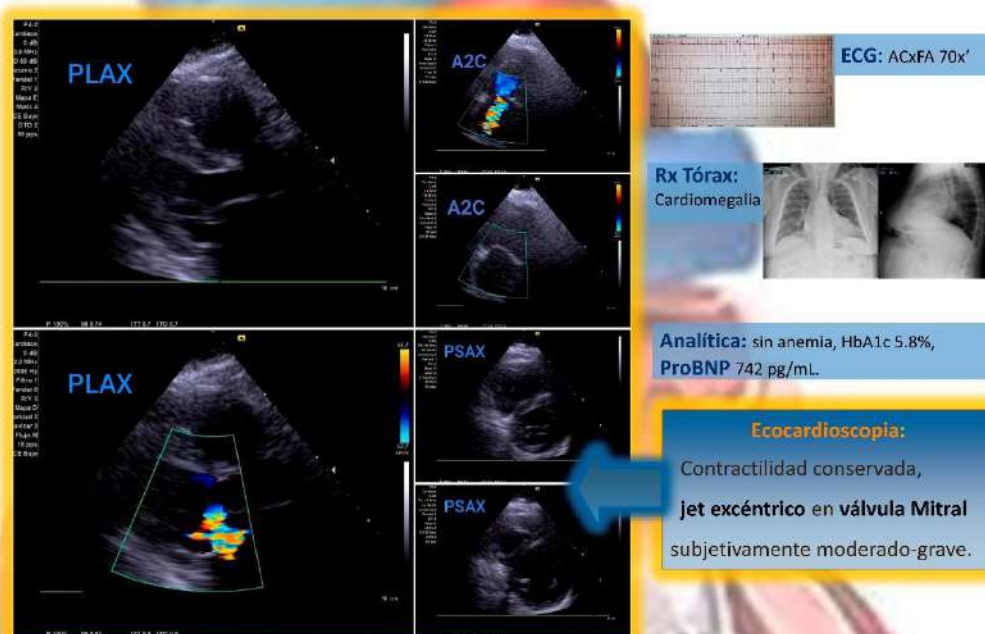
² Médica de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

Caso Clínico

Varón de 67 años de edad sin alergias conocidas, exfumador, HTA, DLP, GBA, Obesidad con alteración ventilatoria no obstructiva, Apnea del sueño en tto CPAP, Fibrilación auricular permanente, **Cardiopatía isquémica crónica**, **Insuficiencia cardíaca (IC)** con **Insuficiencia Mitral (IM)** severa conocida con Ecocardiografía 2020: IM severa por Prolapso mitral con rotura cuerda tendinosa de dicha válvula.

Consulta en mayo de 2022 por aumento de su **disnea** a moderados esfuerzos con ortopnea(1) nicturia(1), no DPN, no edemas. Comenta que en 2020 se le indicó **cirugía valvular**. Tras 2 años de pandemia, aún **NO** se le ha llamado.

AC: tonos arrítmicos 70x', soplo foco mitral III/VI, AP: mvc con crepitantes bibasales, sin edemas.



Juicio clínico:

IC con IM vs EPOC vs TromboEmbolismo Pulmonar

Paciente con IC con ruptura cuerda tendinosa valvular conocida. En 2020 se le indicó IQ. 2 años después nadie ha contactado con él. La revaloración del paciente nos orienta a insuficiencia cardíaca descompensada. Mediante la ecocardiografía detectamos jet excéntrico en válvula mitral.

Plan de acción y evolución:

La valoración del paciente tras anamnesis, exploración física, ECG, Rx Tórax y analítica de sangre con péptidos natriuréticos nos da una idea global de la situación del paciente. La **ecocardiografía** en consulta de Atención Primaria nos permite valorar: motilidad cardíaca, dimensiones de las cámaras así como alteraciones valvulares y de grandes vasos. En este caso, el Doppler color sobre válvula mitral detecta el '**jet**' excéntrico de insuficiencia mitral. La profundidad de dicho '**jet**' nos orienta, subjetivamente en la gravedad de la insuficiencia.

En este caso, se comentó en sesión clínica con cardiología. Dos meses después el paciente es **incluido** en lista de espera.

Conclusiones:

Existe demora por parte del paciente, del equipo médico y demora por parte del sistema tanto para pruebas complementarias como para lista de espera quirúrgica. Es labor de todos tratar de disminuir los tiempos. La **ecocardiografía** en el momento de la consulta, incluso antes que una radiografía y una analítica con pruebas especiales, nos aportará información clave.

Relevancia de la ecografía clínica en el dolor abdominal inespecífico de Atención Primaria

Alías Juan M, Bosy Boss S, Aramburo Herrera MC

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Caso Clínico

Motivo de consulta:

Dolor abdominal difuso de 7 horas de evolución.

Anamnesis: Mujer de 48 años. NAMC. Acude a consulta de AP por referir dolor abdominal difuso de 1 mes de evolución que se ha intensificado más en las últimas 7 horas. Asocia un episodio emético. No otra clínica acompañante.

Exploración física: Abdomen sin timpanismo, con ruidos hidroaéreos ausentes y dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, sin peritonismo. Llama la atención un masa en mesogastrio móvil de aproximadamente 6 cm, de consistencia pétreo.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hemograma con ligera leucocitosis y resto de parámetros normales.
- Ecografía clínica de AP: Hígado de tamaño, contorno y ecogenicidad normal, sin lesiones focales y con una vesícula de paredes finas sin litiasis. No se observa dilatación de las vías biliares ni intra ni extra hepáticas. Páncreas y bazo sin alteraciones. Se observa una masa ovalada hiperecogénica, con áreas quísticas en su interior, y vascularización arterial, de 12.8 x 6.1 cm. Ambos riñones son de tamaño y morfología normal, sin dilatación de sistemas excretores. La vejiga se encuentra bien replecionada y sin alteraciones. No hay líquido libre. Hallazgos sugerentes de sarcoma retroperitoneal.

Juicio clínico: GIST Gástrico pT4pN0.

Diagnóstico diferencial: mesotelioma peritoneal, tumor desmoide o sarcomatoso, hemangioendoteloma.

Plan de acción y evolución:

Se deriva a la paciente de forma urgente al Hospital con el informe y es ingresada en el servicio de Medicina Interna, donde le realizan una resonancia magnética y un TAC de de tórax, abdomen y pelvis. Se plantean los diagnósticos diferenciales de tumor retroperitoneal ya descritos. Comentan el caso con el servicio de Cirugía, y deciden realizarle una laparotomía exploradora junto con exéresis del tumor y resección atípica de la curvatura mayor gástrica. La anatomía patológica del tumor concluye que se trata de un GIST gástrico pT4pN0, por lo que la derivan al servicio de Oncología para comenzar con las sesiones de quimioterapia y posterior control junto con su Médico de Familia.

Conclusión: El tumor del estroma gastrointestinal (GIST), es el tumor mesenquimatoso más frecuente del tracto digestivo, concretamente se localiza más en estómago e intestino delgado. La mayoría de los casos están relacionados con una mutación en el protooncogen c-KIT. El agente quimioterápico empleado, el imatinib, inhibe la función del protooncogen. Es más frecuente en adultos varones entre la 4ª y 5ª década de la vida.

En este caso, con un síntoma tan común y recurrente en las consultas de atención primaria como es el dolor abdominal, queremos dar a conocer la importancia de la ecografía clínica en atención primaria. Gracias a los conocimientos en ecografía por parte del médico de Atención Primaria, tras una exploración física en la que se palpaba una masa mesogástrica de 6 cm, que nos puso en alerta, se pudo realizar el estudio de la misma de forma precoz, realizando una derivación con un diagnóstico dirigido de forma muy aproximada.



Rótula ecografía diagnóstica

Mendieta Lagos MN¹, Roca Pujol J²

¹ Médica de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

² Médico de Familia. CS Martí Serra, Marratxi. Islas Baleares

Caso Clínico

Motivo de consulta: Caída con traumatismo de rodilla

Anamnesis, exploración y pruebas complementarias:

Mujer de 58 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, intervenida de tumor GIST en diciembre de 2020 e hipotiroidismo. Acude a urgencias del centro de salud tras caída en vía pública tras la lluvia, refiere dolor intenso en rodilla izquierda, a la exploración presenta eritema con dermoabrasión en zona de rótula, dolor a la palpación y movilización de rótula, no derrame articular, estabilidad varo valgo conservada, Lachmann negativo, impotencia funcional al flexo extensión. Se decide realizar ecografía clínica musculoesquelética de rodilla donde se objetiva interrupción de la cortical a nivel de rótula con captación al ecodoppler.



Juicio Clínico:

Nuestro diagnóstico principal es de Fractura de rótula por la clínica, la exploración y la imagen ecográfica donde se observa interrupción de la cortical con captación al ecodoppler. El diagnóstico diferencial será con Contusión rodilla que en imagen ecográfica no hay interrupción de la cortical y por otro lado con Meniscopatía postraumática que por exploración no es compatible en este caso.

Plan de acción y evolución:

Se remite a la paciente a urgencias de traumatología del hospital de referencia, donde le realizan radiografía de rodilla y rótula confirmándose fractura de polo inferior de rótula no desplazada. Le indican inmovilización con férula Atlanta, deambulación con descarga más tratamiento con aines y anticoagulante durante 3 semanas realizando control posterior con traumatología y presentando buena evolución hasta la fecha.

Conclusión:

Queremos resaltar el papel de la ecografía clínica en el manejo de patologías de urgencias y su utilidad para el diagnóstico de lesiones osteomusculares, en particular las fracturas óseas, con la ventaja de evitar irradiar al paciente

Palabras claves: Patella, bone fracture, diagnostic ultrasound

Rotura de tendón aquileo: manejo en acto único desde Atención Primaria

Silva Domínguez ML¹, Rojas Roel ME², García-Agundez Moro A³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

³ Médico de Familia. HU Virgen del Rocío. Sevilla

Caso Clínico

Ámbito

Centro de Salud. Atención Primaria.

Motivo de consulta

Paciente de 64 años que acude a consulta de Atención Primaria por traumatismo a nivel del tendón aquileo hace diez días. Presenta intenso dolor y hematoma en la zona.

Enfoque individual

A la exploración física, se encuentra signo del hachazo y hematoma en región aquilea. Imposibilidad para la flexión plantar y la marcha de puntillas.

Dados los hallazgos encontrados en la exploración física, se realiza ecografía clínica en consulta, donde se objetiva rotura parcial del tendón Aquileo, con hipodensidad tisular y disminución de su espesor, así como restos tendinosos que llegan a insertarse a nivel aquileo.

Juicio clínico

- Lista de problemas: Vitiligo, Hipoacusia, Obesidad
- Diagnóstico diferencial: Rotura parcial del tendón Aquileo, Rotura total del tendón Aquileo, Músculo sóleo accesorio

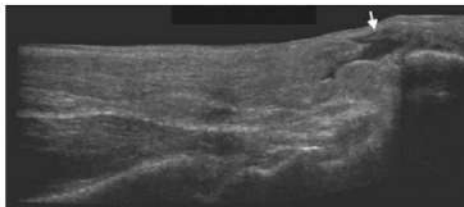


Figura 1. Rotura parcial del tendón aquileo

Enfoque familiar y comunitario

Paciente activo laboralmente y con adecuado soporte familiar y social. Hijo único y con riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Plan de acción y evolución

Finalmente, este paciente fue derivado al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de zona y, dado los hallazgos ecográficos y la rápida intervención desde Atención Primaria, el paciente pudo ser intervenido de forma preferente, con recuperación completa de la movilidad y función del miembro inferior afectado.

Conclusiones

Este caso clínico nos muestra la capacidad de respuesta que posee la Atención Primaria, pudiendo, en un mismo acto clínico, diagnosticar e iniciar el proceso necesario para dar solución a múltiples patologías que, de no ser así, podrían llegar a ser inabordables.

En todo ello, la ecografía se erigió como un fundamental método de ayuda al diagnóstico, haciendo posible un diagnóstico diferencial más inmediato y, con ello, un abordaje más efectivo del paciente.

Palabras clave

Tendón de Aquiles, Ecografía, Atención Primaria

Trombosis de vena cava inferior, a propósito de un caso

Sánchez Romero A¹, Biedma Martín MD²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. H Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Médica de Familia. H Juan Ramón Jiménez. Huelva

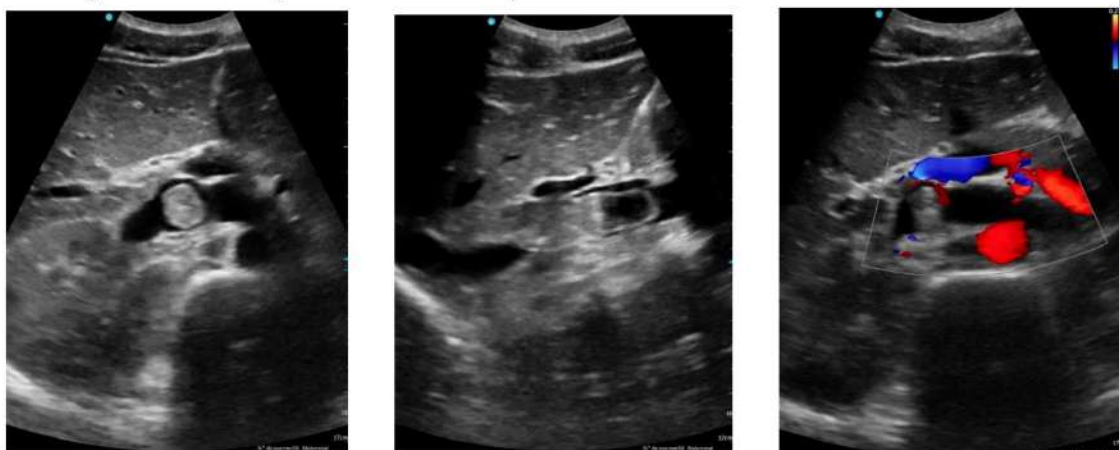
Caso Clínico

Motivo de consulta: Dolor lumbar

Enfoque individual

Varón 18 años, sin antecedentes de interés; diagnosticado de infección por SARS CoV-2 mediante test de antígeno 72 horas antes, acude a urgencias por dolor lumbar no controlado. En analítica presenta deterioro de la función renal, decidiendo rehidratación parenteral, con empeoramiento analítico progresivo (creatinina 1.72 mg/dL hasta 2.5 mg/dL).

En ecografía clínica, se objetiva aumento de la ecogenicidad ocupando la mayor parte de la luz de la vena cava inferior hasta ilíacas; compatible con trombosis y pérdida de diferenciación cortico-medular renal. Aplicamos protocolo VEXUS, cumpliendo criterios de congestión severa por síndrome compartimental renal secundario al trombo.



Se realiza angio-TC toraco-abdominal; confirmándose diagnóstico ecográfico, así como TEP subsegmentario bilateral sin sobrecarga derecha.

Enfoque familiar y comunitario. Juicio clínico

Trombosis de vena cava inferior vs insuficiencia renal prerrenal

Plan de actuación y evolución

Se prescribe heparina sódica ingresando posteriormente en UCI. Se realiza trombectomía fármaco-mecánica y colocación de filtro de vena cava inferior por radiología vascular intervencionista, mejorando analítica y estado general; dándose de alta con acenocumarol.

En posteriores controles sin síntomas de síndrome posttrombótico.

Conclusiones: La ecografía clínica es una herramienta de gran utilidad para el cuidado integral de nuestros pacientes, ya que permite una correcta orientación diagnóstico-terapéutica.

Palabras clave: Inferior cava thrombosis

Tumor de partes blandas

Morgado Tasé CS, Sánchez Sánchez C, Delgado Bayona P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Caso Clínico

Ámbito del caso: Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: Bulto en zona subinguinal derecha.

Enfoque individual: varón de 51, portador de VHC, fumador 20 cig/día.

Refiere bulto en zona subinguinal derecha desde hace un mes, con aumento de tamaño en la última semana, niega dolor, síntomas constitucionales, sudoración nocturna o trauma previo.

Exploración: tumoración en raíz de muslo derecho, impresiona de zona muscular/subcutánea de 4cm x 2cm, indurada, de consistencia intermedia, parcialmente móvil, no dolor, no signos inflamatorios.

Análítica: Hb 15 g/dL, VCM 95 fl, GOT 120 U/L, GPT 194 U/L, GGT 64 U/L, proteínas totales 8.7 g/dL, VHC+ ARN 1280.000 UI/mL, CMV IgG +, Epstein-Barr IgG +.

Ecografía Clínica en consulta de AP: nódulo hipoecogénico/anecogénico ovalado, de orientación paralela de 3.10cm x 1.72cm con material ecogénico en su interior, de bordes regulares, con refuerzo acústico, doppler vascular muy positivo y vasos aberrantes en el interior de todo el nódulo, anterior a la arteria femoral superficial.

-Se deriva de manera preferente a Cirugía para extirpación-biopsia, solicitan **RMN**, informe: LOE quística ubicada en tejido celular subcutáneo en cara anterior del tercio proximal del muslo derecho de 42mm x 40mm x 22 mm.

Anatomía Patológica: Linfoma Folicular grado 2 de la OMS.

PET-TAC: Adenopatía axilar derecha con sospecha de proceso linfoproliferativo.

Juicio clínico: Linfoma Folicular E-III-A (afectación única axilar derecha y muslo derecho).

Flpi bajo Flpi-2 bajo.

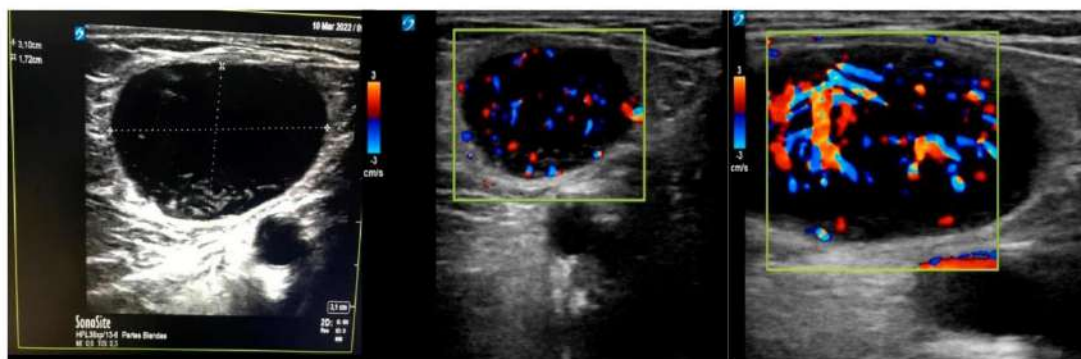
Diagnóstico diferencial: liposarcoma, sarcoma, tumores mixoides, tumores fibromatosos, ganglios linfáticos patológicos: proceso linfoproliferativo, metástasis en partes blandas.

Tratamiento: extirpación-biopsia, radioterapia, quimioterapia, tratamiento erradicador de VHC.

Planes de actuación: Derivación a Cirugía, Hematología y Oncología.

Evolución: satisfactoria en la actualidad.

Conclusiones: La ecografía nos permitió la sospecha de tumoración maligna, acortando tiempos de espera. Nos aportó como dato novedoso más información que la RMN, nódulo doppler vascular +++ con vasos aberrantes.



Tumoración testicular: cuando llegamos demasiado tarde

Menéndez Pabón J¹, Orta Toscano MA²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

² Médico de Familia. CS Cartaya. Huelva

Caso clínico

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias / Atención primaria

Motivo de consulta

Varón de 44 años con tumoración testicular de largo tiempo de evolución

Enfoque individual

Varón de 44 años que acude a consulta refiriendo bulto en testículo derecho de año y medio de evolución. No presenta clínica disúrica ni fiebre. Apetito conservado sin pérdida de peso no intencionada.

A la exploración testicular se aprecia teste derecho aumentado considerablemente de tamaño palpándose masa pétrea de unos 10 cms, no doloroso a la movilización. No se palpan adenopatías inguinales.

Se solicita ecografía testicular urgente y se deriva al paciente de forma preferente a CCEE de Urología.

Ecografía de escroto y testículos: Significativo aumento del hemiescroto derecho a expensas de un gran hidrocele parcialmente tabicado que rechaza al teste izquierdo. En hemiescroto derecho se identifica una masa heterogénea de 14 x 9 cm escasamente vascularizada que parece corresponderse al teste derecho totalmente ocupado por una lesión tumoral maligna.

Juicio clínico

Neoplasia testicular derecha

Conclusiones

Los tumores testiculares son un tipo de tumoraciones poco frecuentes (1/250 varones) pero, si no se diagnostican a tiempo, pueden tener un pronóstico infausto.

En el caso de este paciente pasó demasiado tiempo hasta que consultó por primera vez y, dada la larga lista de espera para pruebas de imagen, se tardaron 3 meses en llegar al diagnóstico final. ¿Es posible que el paciente no consultara previamente por pudor? ¿Influiría la pandemia en que el paciente no consultara antes? Por otra parte probablemente una ecografía clínica en atención primaria en el caso de este paciente (tumoración de 14x9cms) quizá podría haber acortado los tiempos.



Vengo por mi analítica doctora

Yera Cano R¹, Gutiérrez Molina D², Herrera Víquez F³

¹ Médica de Familia. CS Arcos de la Frontera. Cádiz

² Médico de Familia. CS Úbeda, Jaén

³ Médico de Familia. CS Jédula. Cádiz

Caso Clínico

- **Ámbito:** Atención Primaria.
- **Motivo consulta:** Solicitud analítica rutinaria.
- **Enfoque individual:**
 - **Antecedentes Personales:** Hipotiroidismo (2014), Fumadora 1paq/día, Depresión, Sd. Túnel carpiano bilateral, Colectectomizada.
 - **Tratamiento Domiciliario:** Eutirox 100mcg, Fluoxetina 20mg, Pravastatina/fenofibrato, Alprazolam 1mg.
 - **Anamnesis:** Acude por solicitud analítica rutinaria, además de disfagia sólidos y líquidos de varios meses de evolución con atragantamientos asociados. No había consultado por ello previamente, pero ahora se preocupa porque ha empeorado clínicamente. También disfonía y varios episodios de apneas por la noche.
 - **Exploración:** Bocio irregular grado II. No adenopatías laterocervicales. Auscultación normal.
 - **Ecografía en consulta:** Glándula tiroidea aumentada de tamaño de forma global, heterogénea con imágenes nodulares por todo el parénquima. Nódulo heterogéneo en LTD levemente hipoeicoico con vascularización escasa de 18x11.4x16.5mm. TIRADS 4^a. LTD: 26x24x54mm. LTI: 28x24.2x47mm.



- **Enfoque familiar:** Reciente fallecimiento de la madre, sin otros datos de interés.
- **Juicio Clínico:** Bocio Multinodular.
- **DX Diferencial:** Tiroiditis, Enfermedad Graves Basedow, Carcinoma.
- **Plan actuación y evolución:**
 - Solicitud analítica preferente y derivación Endocrinología.
 - Resultados analítica a destacar: TSH 3,88, Colesterol 203, Glucosa 119, VSG 31, PCR 6,2. Resto normal.
 - Se repite ecografía ante posible indicación de PAAF: Glándula tiroidea aumentada de tamaño, de contornos muy irregulares debido a la presencia de un parénquima tiroideo muy heterogéneo; ocupado en su totalidad por incontables lesiones nodulares que no dejan parénquima sano respetado. Patrón confluyente sin poder delimitar nódulo definido. No nódulos sospechosos. No se considera indicación de punción.
 - Se solicita TAC cervical para valoración quirúrgica, dada la clínica de la paciente.
- **Conclusiones:** La ecografía en AP es una técnica DX imprescindible. Nos ayuda al DX de patologías y, sobre todo, descartar aquellas de mayor malignidad. Ayuda al diagnóstico y clasificación TIRADS, de cara a descartar probabilidad de malignidad. Se cumple el criterio ecográfico: hipoeogenicidad → **TIRADS 4a** (nódulo sospechoso). El bocio tiene escasa sintomatología. Cuando crece de tamaño puede comprimir estructuras vecinas → disfagia, disfonía y problemas respiratorios.

Granada
2023
7as
Jornadas
de ecografía
SAMFyC

