

Casos Clínicos

Atención Primaria

CC
AP

JART 2021



4^{TAS}

JORNADAS

ANDALUZAS

PARA RESIDENTES

Y TUTORES DE MFyC

FORMATO VIRTUAL

MARZO 2021

24, 25 y 26



#JARTSAMFYC2020

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

SAMFYC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

*“La mejor medicina de todas es enseñarle a la gente como **no** necesitarla”*

Hipócrates

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
7 junio 2021
Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)
Maqueta: EFS
ISBN-e. 978-84-09-48268-9

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

Coordinadores

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

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

Revisores

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

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

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

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

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

Regina Rodríguez Martínez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Urgencias. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Este segundo libro de casos clínicos en Atención Primaria de las IV Jornadas Andaluzas de nuestra especialidad quedará también vinculado a un momento histórico médico y social que esperemos no se repita.

Entre EPIs y mascarillas nos vimos forzados a posponer la realización de nuestras jornadas Andaluzas de Residentes y Tutores de la SAMFyC y finalmente nos encontramos de otra manera, sin abrazos, sin calor, pero con la misma ilusión.

Autores

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

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

Adama Herrojo, María	MIR de MFyC. CS El Torrejón. Huelva
Aguilar Calahorra, Lucía	Especialista en MFyC. Tutora. CS Almanjáyar, Granada
Alguacil Rodríguez, Emma	MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
Almendros Camacho, Jaime	MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
Alonso Alcalde, Julia	MIR de MFyC. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba
Amodeo Durán, Rosario	MIR de MFyC. CS Carmen Dominguez, Córdoba
Anarte Abad, Manuel	MIR de MFyC. Tutor. CS D. Baldomero Villanueva, Granada
Añez Martínez, Begoña	MIR de MFyC. CS Gran Capitán, Granada
Aramburo Herrera, M ^a Carmen	MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén
Aranda Domínguez, Laura	MIR de MFyC. CS Sector Sur, Córdoba
Aranda Parras, M ^a Concepción	Especialista en MFyC. Tutora. CS Alcázar. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Arjona Carpio, Belen	MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
Aróstegui Plaza, Cristina	MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
Aurioles García, Elena	MIR de MFyC. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba
Ávila Ossorio, Beatriz	MIR de MFyC. CS Ronda Histórica, Sevilla
Azogil López, Luis Miguel	Especialista en MFyC. Tutor. CS de Valverde del Camino, Huelva
Barbosa Cortés, María	Especialista en MFyC. Tutora. CS Alonso, Huelva
Barquero Padilla, Raquel M.	MIR de MFyC. CS El Valle, Jaén
Bartolomé Menéndez, Inmaculada	Especialista en MFyC. Tutora. CS Sector Sur, Córdoba
Bellido Carreira, María	Especialista en MFyC. Tutora. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)
Berchid Dehbi, Mohamed Soliman	Especialista en MFyC. Tutor. CS Villacarrillo, Jaén
Bernal Pavón, Laura	MIR de MFyC. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba
Blanca Moral, María	Especialista en MFyC. Tutora. CS San José. Linares (Jaén)
Bosquet López, Rocio	MIR de MFyC. AGS Norte de Almería
Cabello Morales, Vicente	MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
Calderón Landete, Clara	MIR de MFyC. CS Alcázar. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Calero de Torres, Sofía	MIR de MFyC. CS Marquesado, Granada
Callejas Rodríguez, Jonatan	MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
Campillo Guillén, Rosa	MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén
Caraballo Ramos, Isabel	Especialista en MFyC. Tutora. CS Villacarrillo, Jaén
Carmona Pérez, Isabel	MIR de MFyC. CS Bormujos, Sevilla
Carmona Saucedo, Carmen	Especialista en MFyC. Tutora. CS Arahal, Sevilla
Carrero Morera, María	MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
Carrillo Garcia, Laura Andrea	MIR de MFyC. Hospital Carlos Haya. Málaga
Casquero Sánchez, Javier	MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
Castillo Castillo, Rafael	Especialista en MFyC. Tutor. CS San José. Linares (Jaén)
Cepeda Zamorano, Marta	MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
Chacón Reche, Fernanda	Especialista en MFyC. Tutora. AGS Norte de Almería
Chávez Gata, Luis	MIR de MFyC. CS La Laguna, Cádiz
Conde Fernández, M ^a Dolores	Especialista MFyC. Tutora. CS Coria del Río, Sevilla
Cornejo Benitez, Almudena	MIR de MFyC. CS de Moguer (Huelva)
Cruz Molina, Carmen Laura	MIR de MFyC. Hospital de Riotinto, Huelva
Cruz Pérez, Alexia	MIR de MFyC. CS Adoratrices, Huelva
Dantas Cayuela, Paula	MIR de MFyC. CS Arahal, Sevilla

Darwish Mateos, Sara	<i>MIR de MFyC. CS El Valle. Jaén</i>
De Diego Cabrera, María Soledad	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Carmen Domínguez, Pozoblanco (Córdoba)</i>
De Juan Berrio, Alejandro	<i>MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)</i>
De la Cruz Castellano, Ana	<i>MIR de MFyC. Hospital General Minas de Riotinto, Huelva</i>
De Oliveira Seruca, Verónica Sofia	<i>MIR de MFyC. AGS Campo Gibraltar Oeste. Algeciras (Cádiz)</i>
Del Valle Vázquez, Luis	<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Campo de las Beatas, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Delgado Moya, Marta	<i>Especialista en MFyC. Tutora. Hospital de Riotinto, Huelva</i>
Díaz Amorín, Ana	<i>MIR de MFyC. CS Ronda Histórica, Sevilla</i>
Domínguez Zorrero, Isabel	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS de Moguer (Huelva)</i>
Eliche Mozas, Paz	<i>MIR de MFyC. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)</i>
Eraso Saiz, Amaya	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia, Ciudad Real</i>
Esteban López, M ^a del Mar	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS de Garrucha (Almería)</i>
Expósito Duque, Víctor	<i>MIR de MFyC. CS de Úbeda (Jaén)</i>
Fernández Aramburu, M ^a Carmen	<i>MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén</i>
Fernández Arias, Antonio	<i>Especialista en MFyC. Tutor. AGS Campo Gibraltar Oeste. Algeciras (Cádiz)</i>
Fernández Bonilla, Celia	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Ronda Histórica, Sevilla</i>
Fernández Pérez, Pablo	<i>MIR de MFyC. CS San Felipe, Jaén</i>
Ferrer Collantes, M ^a Victoria	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba</i>
Fraile Pascua, Isabel	<i>MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada</i>
Franco Boza, Carolina	<i>MIR de MFyC. CS Campo de las Beatas, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
Fuentes Angulo, Idaira	<i>MIR de MFyC. CS Retamar, Almería</i>
Galache Reboloso, Ana	<i>MIR de MFyC. CS Antequera Centro, Málaga</i>
Gallego Ayuso, Cristina	<i>MIR de MFyC. CS Dr. Salvador Caballero García, Granada</i>
Gámiz Gámiz, M ^a Luisa	<i>MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba</i>
García Egea, Manuel	<i>MIR de MFyC. CS Puebla de Vúcar, Almería</i>
García Molina, María	<i>MIR de MFyC. CS Bulevar, Jaén</i>
García Prat, Marta	<i>MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva</i>
García Reinoso, Sara	<i>MIR de MFyC. CS Campo de las Beatas, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)</i>
García Serrano, Cristina	<i>MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén</i>
Gascón Veguin, Santiago	<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Aeropuerto. Málaga</i>
Gil Aguilar, Virginia	<i>MIR de MFyC. CS Antequera Estación, Málaga</i>
Gómez Sánchez, Coronada María	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Bormujos, Sevilla</i>
González López, Isabel	<i>MIR de MFyC. CS Almanjáyar, Granada</i>
González Torres, María	<i>MIR de MFyC. CS Motril Centro, Granada</i>
González Urbano, María	<i>Especialista en MFyC. CS de Gójar, Granada</i>
Gracia Rodríguez, Raquel	<i>MIR de MFyC. CS Bujalance, Córdoba</i>
Grimaldi Miranda, Elena	<i>MIR de MFyC. CS Molino de la Vega, Huelva</i>
Gutiérrez Cañones, Rosa	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Pozoblanco, Córdoba</i>
Guzmán Jabares, Rocío	<i>MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva</i>
Hernández Viera-Carmona, Claudia	<i>MIR de MFyC. ZBS Mollina, Málaga</i>
Herruzo Rivas, Alfonso	<i>Especialista en Psiquiatría. CS Virgen Linarejo, Linares (Jaén)</i>
Hervás Jerez, Julia María	<i>MIR de MFyC. CS de Sector Sur. Córdoba</i>
Huertas Rodríguez, Jaime Antonio	<i>MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla</i>
Jiménez Aranda, Esther	<i>MIR de MFyC. CS Carmen Dominguez, Córdoba</i>
Jiménez Jerez, Carmen	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices, Huelva</i>
Junyent Gómez, Raquel	<i>MIR de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla</i>
Justicia Gómez, Laura	<i>MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga</i>
Kránicz, Hajnalka	<i>MIR de MFyC. CS Gran Capitán. Granada</i>
León Arévalo, Isabel	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena, Sevilla</i>
Leyva Alarcón, Ana	<i>MIR de MFyC. CS El Valle, Jaén</i>
Linares Canalejo, Anaís María	<i>MIR de MFyC. CS de Valverde del Camino, Huelva</i>
Lirio Fernández, M ^a Dolores	<i>Especialista en MFyC. ZBS Mollina, Málaga</i>
López de Hierro, José Andrés	<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Zaidín Sur. Granada</i>
López Estepa, María Isabel	<i>MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba</i>

López Luque, Mercedes	Especialista en MFyC. Tutora. CS Sector Sur, Córdoba
López Martínez, Soraya	MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga
López Muñoz, Adrián	MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén
López Puertas, Rafael	Especialista en MFyC. Tutor. CS Bulevar, Jaén
López Sánchez, M ^a de la Villa	Especialista en Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares (Jaén)
Lozano Clavero, Marina	MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
Luis Moreno, Cristina	MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
Luque Ruano, Ana Luz	Especialista en MFyC. Tutora. CS Bujalance, Córdoba
Madueño Caro, Antonio José	Especialista en MFyC. Tutor. CS La Laguna, Cádiz
Mañas Sevillano, Estebana	MIR de MFyC. CS Don Paulino García Donas, Sevilla
Marqués Mayor, Marta Auxiliadora	MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
Martín Brioso, Ester	Especialista en MFyC. Tutora. Hospital de Riotinto, Huelva
Martín Galán, Abelardo	Especialista en MFyC. CS Almanjáyay, Granada
Martín Guerra, Laura	MIR de MFyC. CS Aeropuerto. Málaga
Martín Mañero, Cristina	MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
Martín Rioboo, Enrique	Especialista en MFyC. Tutor. CS Poniente. Córdoba
Martín Romero, Dolores	Especialista en MFyC. Tutora. CS Antequera Centro, Málaga
Martínez Báez, Paula	MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla
Martínez Lechuga, Mariana	Especialista en MFyC. Tutora. CS de Úbeda (Jaén)
Martínez López, Rafaela	MIR de MFyC. CS Alcázar 1. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Martínez Ruiz, María José	Especialista en MFyC. Tutora. CS Pozoblanco, Córdoba
Martínez Segura, Purificación	Especialista en MFyC. CS Retamar, Almería
Martos Guardedeño, Rocío	Especialista en MFyC. Tutora. CS Antequera Centro, Málaga
Martos Vargas, Yolanda	Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena, Sevilla
Melguizo Jiménez, Miguel	Especialista en MFyC. Tutor. CS Almanjáyay, Granada
Menéndez Sagrado, Paulina	Especialista en MFyC. Tutora. CS Fuensanta, Córdoba
Meseguer Gómez, María	MIR de MFyC. CS Coria del Río, Sevilla
Miguel Moreno, Marta	MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
Miró Rodríguez, María Rosa	Especialista en MFyC. Tutora. CS Valverde del Camino. Huelva
Montes Torres, Rafael	Especialista MFyC. Tutor. CS Palma-Palmilla, Málaga
Mora Quintero, Antonio	Tutor. Ronda Histórica. Sevilla
Morales Delgado, Nazaret	MIR de MFyC. CS Poniente. Córdoba
Morales Marín, Víctor José	Especialista en MFyC. Tutor. CS Alcázar 1. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Moreno Cruz, Ángela	MIR de MFyC. Hospital Norte de Málaga. Antequera (Málaga)
Moreno Maíz, Eva Soledad	Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia. Ciudad Real
Moreno Martos, Herminia M ^a	Especialista en MFyC. Tutora. CS Retamar, Almería
Moreno Moreno, Rocío Emilia	Especialista en MFyC. Tutora. Palma-Palmilla, Málaga
Muñoz Escalante, María Auxiliadora	Especialista en MFyC. Tutora. CS Palma-Palmilla, Málaga
Muñoz García, Alicia	Especialista en MFyC. Tutora. CS Marquesado, Granada
Muñoz García, María Elena	Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia, Ciudad Real
Muñoz Romero, M ^a Trinidad	Especialista en MFyC. Tutora. CS Huelva-centro, Huelva
Nieto Espinar, Yolanda	Especialista en MFyC. CS Virgen de Linarejos. Linares (Jaén)
Ochoa Pascual, Marta	MIR de MFyC. CS Molino de la Vega, Huelva
Ortiz Méndez, María Teresa	MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
Padial Rodríguez, Carmen	Especialista en MFyC. Tutora. CS Motril centro, Granada
Panero Hidalgo, Pablo	Especialista en MFyC. Tutor. CS D. Baldomero Villanueva, Granada
Pardo Álvarez, Jesús	Especialista en MFyC. Tutor. CS El Torrejón, Huelva
Pastor Costa, Begoña	MIR de MFyC. CS Vera, Almería
Pedraza Ramírez, Paula	MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
Peis Redondo, José Ignacio	Especialista en MFyC. Tutor. CS Bulevar, Jaén
Peralbo López, Ana	MIR de MFyC. CS Herencia. Ciudad Real
Pérez Márquez, Antonio	Especialista en MFyC. Tutor. CS Molino de la Vega. Huelva
Pérez Milena, Alejandro	Especialista en MFyC. Tutor. CS El Valle. Jaén
Pérez Razquin, Eduardo	Especialista en MFyC. EBAP. CS El Torrejón. Huelva

Pino Lijarcio, Ana	<i>MIR de MFyC. CS CS Zaidín Sur, Granada</i>
Piquer de Aynat, Carmina	<i>MIR de MFyC. AGS Norte de Almería</i>
Piury Pinzón, Javier	<i>MIR de SAMFyC. CS Huelva-centro, Huelva</i>
Prieto Romero, Noelia	<i>MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)</i>
Ramírez Sánchez, Sara	<i>MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba</i>
Ramos Ruiz, Juan Andrés	<i>Médico de Familia. Técnico de Salud UD AFyC Norte-Nordeste (Jaén)</i>
Reche Navarro, Carmen	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS San Felipe, Jaén</i>
Reinoso Rodríguez, Irene	<i>MIR de MFyC. CS Bulevar, Jaén</i>
Ríos Zamora, Cristina	<i>Especialista en MFyC. Tutora. ZBS Mollina, Málaga</i>
Rivas Cano, José Guillermo	<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba</i>
Rodríguez Cachafeiro, Katherine Priscila	<i>MIR de MFyC. CS Vera, Almería</i>
Rodríguez García, Macarena	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Arahal, Sevilla</i>
Rodríguez Masegosa, Tamara	<i>MIR de MFyC. CS D. Baldomero Villanueva, Granada</i>
Rodríguez Mengual, Amparo	<i>MIR de MFyC. CS Aeropuerto. Málaga</i>
Rodríguez Pérez, Macarena	<i>MIR de MFyC. AGS Campo Gibraltar Oeste. Algeciras (Cádiz)</i>
Rodríguez Villadeamigo, Gemma	<i>MIR de MFyC. CS El Torrejón. Huelva</i>
Roldán Carregalo, M ^a Inmaculada	<i>Tutora. CS Mollina. Málaga</i>
Ruiberriz De Torres Rodríguez, Antonio	<i>Especialista en MFyC. Tutor CS Don Paulino García Donas, Sevilla</i>
Ruiz Ávila, Fátima	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)</i>
Salazar Bruque, Irene	<i>MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga</i>
Sánchez Mariscal, M ^a Dolores	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Salvador Caballero, Granada</i>
Sánchez Molina, Lucía	<i>MIR de MFyC. CS Espiel, Córdoba</i>
Santiago Carranza, Encarnación	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Dr. Salvador Caballero García, Granada</i>
Santos Estudillo, Marcos Isidro	<i>Especialista en MFyC. CS de Palos de la Frontera, Huelva</i>
Segura Góngora, María Dolores	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Úbeda, Jaén</i>
Solís Jiménez, José María	<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Salvador Caballero, Granada</i>
Sotomayor Venceslá, Yanira	<i>MIR de MFyC. CS Sector Sur, Córdoba</i>
Sousa Montero, María Angustias	<i>MIR de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva</i>
Suárez Sánchez, José Manuel	<i>Tutor. CS San José. Linares (Jaén)</i>
Tárraga Galdón, Fátima	<i>MIR de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada</i>
Tatnell Rodríguez, Raquel	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Espiel, Córdoba</i>
Thomas Carazo, M ^a Esther	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS Gran Capitán. Granada</i>
Torrescusa Camisón, Rubén	<i>MIR de MFyC. CS La Laguna, Cádiz</i>
Tortosa Rosúa, José Antonio	<i>MIR de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada</i>
Trujillo Díaz, Noelia	<i>Especialista en MFyC. Tutora. Hospital General Minas de Riotinto, Huelva</i>
Vaquero Onrubia, Pilar	<i>MIR de MFyC. CS Arahal, Sevilla</i>
Vázquez Alarcón, Rubén Luciano	<i>Especialista en MFyC. Tutor. CS Vera, Almería</i>
Vázquez Cros, Alicia	<i>MIR de MFyC. CS Ronda Histórica, Sevilla</i>
Velasco Doña, Elena	<i>MIR de MFyC. CS San Felipe, Jaén</i>
Viejo Maya, Zulema	<i>MIR de MFyC. CS Gran Capitán. Granada</i>
Vílchez Megías, Pablo	<i>MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén</i>
Villas Luna, Paula	<i>MIR de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva</i>
Villén Jiménez, Alba	<i>MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada</i>
Yagüe López, M ^a Victoria	<i>Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón, Huelva</i>

Índice

Caso	Título	Página
1	Abordaje del paciente hiperfrecuentador en atención primaria y urgencias	11
2	Abordaje desde AP de enfermedades emergentes	13
3	Abordaje familiar: lesiones cutáneas pruriginosas a estudio	15
4	Abordaje integral de una paciente que consulta por múltiples episodios de migraña. Disforia de género desde la consulta de AP	18
5	Adolescente con síncope y TIC en pandemia	20
6	¿Afasia secundaria a mixoma auricular? A propósito de un caso	23
7	Anciana frágil con mareo y fatigabilidad	25
8	Apendagitis aguda epiploica	28
9	Artritis tuberculosa	31
10	Atención inicial de "lumbalgia en mujer post-menopáusica". Educación, terapéutica y abordaje de problemas	33
11	Bloqueo de rama derecha, no todos son insignificantes	38
12	Botriomicoma. Diagnóstico diferencial	41
13	Caídas de repetición en el anciano	43
14	Cefalea intensa que no cesa con tratamiento analgésico habitual	45
15	Cervicalgia que escondía tumor pulmonar	47
16	Coinfección en tiempos de pandemia: más allá del COVID-19	49
17	Colangiocarcinoma intrahepático. a propósito de un caso	52
18	Con el corazón partido en tiempos de pandemia	55
19	Consulta telefónica: renovación de medicación	57
20	Covid-19 y enfermedad tromboembólica. La importancia de tromboprofilaxis en pacientes ambulatorios	59
21	Cuando mi paciente se niega a un tratamiento ¿cómo actúo?	62
22	Cuando un susto lo cambia todo. Factores de riesgo cardiovascular	64
23	Cuidado con la consulta telefónica	66
24	Del dolor abdominal al embarazo inesperado	70
25	Dermatofibrosarcoma protuberans	72
26	Desorientación en paciente con enfermedades autoinmunes	74
27	Diabetes mellitus tipo 1. A propósito de un caso	77
28	Diagnóstico dermatoscópico y tratamiento con cirugía menor de un carcinoma basocelular	79
29	Diagnóstico diferencial de la disnea en un paciente cirrótico en tiempos de COVID	82
30	Diagnóstico tardío de una patología neurológica en mujer joven. A propósito de un caso	84
31	Diarrea crónica, pérdida de peso y dolor abdominal. Familia disfuncional y apoyo multidisciplinar	86
32	Disfagia y disnea con un mismo origen	90
33	"Doctor, no me salen las palabras"	93
34	¡Doctor, "tomo toda mi medicación"!	95
35	Doctor, mi cuerpo no me responde. Síndrome paraneoplásico	98
36	"Doctora, a mí me sigue doliendo"	101
37	"Doctora, cada día me canso más"	103
38	"Doctora, mi hijo ha perdido la ilusión de vivir"	105
39	Doctora, no puedo mover las piernas	107
40	Dolor abdominal de inicio brusco en paciente mayor. A propósito de un caso	109
41	Dolor abdominal y estreñimiento de novo	113
42	Dolor lumbar al inicio de pandemia de Covid-19	116
43	Dolor lumbar en paciente joven. A propósito de un caso	119
44	Dolor torácico en mujer joven. A propósito de un caso	122
45	Dolor torácico y su diagnóstico diferencial	125
46	El bazar de las sorpresas, una masa mediastínica en radiología de tórax	128
47	El contexto de la salud (información social en la historia clínica)	131
48	EPOC y COR pulmonale: papel del médico de familia	133
49	Factor tiempo en lesiones dermatológicas	136
50	Fiebre de más de una semana de evolución en paciente sano	138
51	Fiebre en tiempos de pandemia	140
52	Fiebre reumática por faringoamigdalitis estreptocócica. A propósito de un caso	142
53	Fractura patológica	144

54	Granuloma de Majocchi ¿de qué se trata?	147
55	¿Hacemos correctamente lo correcto? A propósito de un caso clínico de una embarazada en Atención Primaria	149
56	Hiperpigmentación cutánea ¿tomé demasiado el sol?	151
57	HTA secundaria en paciente joven	154
58	Importancia del abordaje inicial y seguimiento del paciente psiquiátrico en Atención Primaria	156
59	Intenso dolor abdominal que acaba en endoprótesis aórtica	158
60	Intento autolítico de una menor	161
61	Intervención en varón de 69 años con síntomas digestivos y neurológicos inespecíficos	163
62	La importancia de la exploración: un caso sobre “lumbalgia”	165
63	La importancia de las tumoraciones superficiales de crecimiento rápido	168
64	La importancia del ámbito sociofamiliar	170
65	la longitudinalidad en el final de la vida de una paciente con demencia (el antes, durante y después)	173
66	La pica. Acercamiento a este curioso síntoma	175
67	Lesiones ampollosas. A propósito de un caso	177
68	Los pacientes oncológicos también tienen urgencias	180
69	Los tratamientos no son inocuos, tienen efectos secundarios	183
70	Manejo del médico de familia de la enfermedad hematológica	185
71	Manejo del nódulo tiroideo en la consulta de atención primaria	188
72	Más allá de una clínica habitual en nuestra consulta	191
73	“Me pica todo, doctora”	193
74	Monitorización del dolor en paciente oncológico de larga supervivencia	195
75	Mujer que consulta por nódulo mamario. La importancia de los antecedentes familiares	197
76	Mutilación genital femenina: una superviviente en nuestra consulta	199
77	Neutropenia en paciente post-COVID	201
78	¿Orgánico o psicósomático?	203
79	Osteomielitis en paciente diabético	204
80	Paciente anciana frágil. ¿Hay que tratar las enfermedades o al enfermo?	206
81	Picadura de garrapata en tiempos de COVID-19	208
82	Por favor doctora, quíteme este dolor de cabeza	210
83	Proceso diagnóstico en un síndrome constitucional con hemoptisis en asmático conocido en medio rural	212
84	Pseudodemencia depresiva, de lo paranormal a lo médico	215
85	Psicosis e Interferón, compleja decisión	217
86	Púrpura trombocitopénica idiopática: a propósito de un caso	219
87	¿Qué me ocurre doctora?	221
88	¿Qué me pasa, doctor?	224
89	Seguimiento de una parálisis facial	227
90	Síndrome de las lágrimas de cocodrilo	229
91	Tiroides y fibrilación auricular: a propósito de un caso	231
92	Tiroiditis de Hashimoto. A propósito de un caso	233
93	Tiroiditis. Los límites de la consulta telefónica	235
94	Todo lo que no dices. La importancia del seguimiento en el tiempo	237
95	Tos en tiempos de COVID-19	239
96	Tumoración cervical de larga evolución	241
97	Un embarazo (in)deseado	244
98	Una manifestación poco habitual de una patología frecuente	246
99	Una nefropatía diagnosticada desde una hematuria	248
100	Urticaria e hipotensión brusca	250
101	Valoración de adenopatías en atención primaria	252
102	Varón que consulta por dolor abdominal y pérdida de peso. La importancia de los antecedentes familiares	254

1.

Abordaje de un paciente hiperfrecuentador en atención primaria y urgencias

López Martínez, Soraya
Montes Torres, Rafael
García Egea, Manuel

/MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga
/Especialista MFyC. Tutor. CS Palma-Palmilla, Málaga
/MIR de MFyC. CS Puebla de Vícar, Almería

Motivo de consulta

Hiperfrecuentación de la atención primaria y urgencias.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Mujer de 68 años. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (vida sofá-cama, cama-sofá). Vive en un barrio de exclusión social. Aislamiento social. Hiperfrecuentadora de los servicios de urgencias y atención primaria, consultas casi a diario. Polimedicada. Incumplidora parcial y falta de adherencia al tratamiento, sobre todo a medidas generales y preventivas pese a sentir miedo irracional a morir. No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: Diabetes de larga duración. TEP secundario a TVP. Ángor en 2013 con cateterismo normal. Inmovilizada/limitación funcional severa por síndrome posflebítico, además de gonartrosis bilateral y obesidad mórbida. Trastorno ansioso depresivo y psicosis estable. Personalidad hipocondriaca y aprensiva. Miedo irracional y limitante a tener enfermedades y morir (lo reconoce). Síndrome vertiginoso crónico SAOHS. No tolera CPAP. EPOC. Incontinencia urinaria.

Intervenciones quirúrgicas: hernia umbilical

Tratamiento habitual: enalapril 20 mg; clotiapina 40 mg; pentoxifilina 400 mg; biperideno 4 mg; sitagliptina 50 mg; sintrom 4 mg; tapentadol 25 mg; atorvastatina 40 mg; paracetamol 1 g; omeprazol 20 mg; betahistina 16 mg; escitalopram 20 mg; metamizol 575 mg; lormetazepam 1 mg (polimedicada).

Exploración

Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. ACR: Tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. SAT 96%. Cognitivo normal, lenguaje coherente y estructurado.

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage reducida. Puntuación: 12. Conclusión: depresión establecida (S:80%, E: 100%).
- Escala de Halmilton para la ansiedad: Valoración ansiedad psíquica: 17. Valoración ansiedad somática: 15. Valoración global de ansiedad: 32. Conclusión: niveles altos de ansiedad. Es aconsejable actuar según PAI ADS.
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Puntuación: 16 (Riesgo social).
- Índice de esfuerzo del cuidador: 9. Conclusión: Elevado nivel de tensión.

Pruebas complementarias

Analíticas sanguíneas desde atención primaria semestrales + Especialidades Hospitalarias + Urgencias, TAC por estudio cefalea (normal), ECO abdominal por dispepsia crónica, sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente presenta riesgo social y funcional. Vive con su única hija y nieto. Su hija tiene que tiene un trastorno depresivo y de personalidad y ejerce como cuidadora de la madre. Ésta se convirtió al islam tras conocer a su ex marido musulmán, con el que tuvo un hijo y al poco se separó. La paciente tiene muchas discusiones con su hija sobre todo cuando el ex marido acude a la casa familiar, presenciando las discusiones que tiene con su hija y provocándole muchos problemas en su estado de salud físico y sobre todo crisis de ansiedad, recurriendo frecuentemente a los servicios de urgencias y llamadas a sus Centro de Salud. El nieto de la paciente presenta problemas de conducta debido al entorno familiar en el que se ha criado (cumple criterios de Familia Disfuncional). Además, el único sustento que tiene la familia en su pensión de viudedad. La paciente no tiene ningún tipo de contacto social con otras personas, siendo los sanitarios su único vínculo social.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

1. Hiperfrecuentadora. Uso abusivo y reiterado de los servicios públicos sanitarios sin beneficio significativo para su salud o bienestar bio-psico-social.
2. Paciente compleja pluripatológica y polimedicada con baja adherencia al cumplimiento terapéutico.
3. Riesgo social y disfunción familiar.

Plan de acción individualizado

- Abordaje biológico, psicológico y sociocultural directo del problema de la hiperfrecuentación y polimedicación que empeoran su evolución.
- Incidir sobre las causas de descompensación de su patología crónica: educación sanitaria y control de constantes, adherencia al tratamiento y discusiones familiares.
- Buscar ayuda de otras personas como administrativos para la gestión de cita, enfermería, trabajador social y salud mental.
- Espaciar las consultas de seguimiento y citar con enfermería en consultas de crónicas para potenciar la educación sanitaria.
- Potenciar la consulta telefónica.
- Poner medicación para tiempo prolongado.
- Potenciar educación sanitaria en toma de constantes y tratamiento, signos y síntomas de alarma de descompensación y motivo de consulta de la hija cuidadora. Derivarla al grupo de cuidado al cuidador y GRAFA (grupo para el control de la ansiedad). Técnica cognitivo- conductual.
- Concienciar de uno de los motivos que provoca descompensación en su madre como son las discusiones con su ex pareja en la casa familiar, los cuales les provocan crisis de ansiedad, llamadas al servicio de urgencias.
- Abordaje psicológico familiar de medicación, voluntariado e inserción social para evitar que el acto médico sea su único evento social.
- Evitar estigmatización por su excesivo uso de las consultas médicas, intentando mejorar la relación médico-paciente con una entrevista empática, adaptada a su nivel cultural y así conseguir una mayor confianza para evitar múltiples derivaciones y polifarmacia.

Evolución

Tras implementar el plan de acción enfocado a sus problemas bio-psico- familiar- social tal y como define la salud la OMS (bienestar), comprobamos que:

- Disminuye el número de visitas a urgencias (últimamente llamadas a ambulancia). Probablemente por el aumento del tiempo dedicado y la mejora de la relación médico-paciente con su médico (confianza).
- Incumplimiento: debido al aumento de la confianza y a la mejora de la RMP, además, hemos logrado adherencia al tratamiento farmacológico con apoyo de enfermería (como refuerzo de la dosis). Lo único es su hábito dietético transgresor (toma dulces casi a diario pese a ser Diabética) que a día de hoy persiste pese a haber recibido información sobre su proceso y necesidad de corrección dietética.
- Estabilización de su patología crónica.
- Psicología: sigue persistiendo miedo patológico a morir.
- Está informada por trabajador social de grupos del barrio para andar, senderismo, gimnasia de adultos, grupos lúdicos de juegos de mesa, ... los cuales no usa.
- Ha disminuido la polifarmacia.

Conclusión

Esta paciente elegida por ser el prototipo de paciente complejo además de hiperfrecuentadora, constituye un auténtico desafío para el médico de familia en su afán de mejorar la calidad asistencial prestada, enfocando desde un abordaje bio-psico-social integral, y contando con el apoyo multidisciplinar de especialistas de Hospital, trabajador social, enfermería y demás profesionales, siendo el médico de Atención Primaria quien dirige, planifica, estructura y hace el seguimiento con las correcciones oportunas, para dar una respuesta optimizada y de calidad.

Palabras clave

Consultas y derivaciones, problema social, cumplimiento terapéutico.

2.

Abordaje desde AP de enfermedades emergentes

Meseguer Gómez, María
 Conde Fernández, M^ª Dolores

| MIR de MFyC. CS Coria del Río, Sevilla
 | Especialista MFyC. Tutora. CS Coria del Río, Sevilla

Motivo de consulta

Síndrome confusional con fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Antecedentes personales:

- No RAMc. No hábitos tóxicos activos.
- Factores de Riesgo Cardiovascular: DM, dislipemia, HTA. Hiperhomocisteinemia.
- Úlcera gástrica en 1992.
- Ictus isquémico en 2015 con múltiples lesiones agudas en territorio de ambas arterias cerebrales anteriores y frontera ACA-ACM izquierda, probablemente aterotrombótico (trombo disgregado). Hipoplasia del segmento A1 de ACA derecha. Estenosis moderada de ambas arterias cerebrales medias (M1). Ateromatosis carotídea bilateral, con estenosis leve.
- Ictus en corona radiada izquierda en el 2019.
- Trombofilia hereditaria por mutación G20210A heterocigota del gen de la protrombina.
- Tratamiento habitual: AAS 100 mg, Clopidogrel 75 mg/24 h, Atorvastatina 80 mg/24 h, Ácido fólico-vit B, Pantoprazol 20 mg/24 h, Enalapril 10 mg/24 h, Fenofibrato 145 mg/24 h, Vildagliptina 50/metformina 850 mg /12 h.

Antecedentes familiares: sin interés.

Hombre de 74 años con múltiples factores de riesgo cardiovasculares que acude a las consultas de urgencia de su Hospital de referencia por deterioro progresivo del nivel de conciencia con fiebre “de hasta 39.5°C, que no baja” acompañante. Hace dos días consultó en otro Hospital por lenguaje incoherente y fiebre sin focalidad neurológica, donde se le realizó analítica y TAC craneal que descartaron datos de isquemia aguda, hemorragia aguda o LOE. No tos, ni disnea ni síndrome miccional acompañante.

Exploración

- Tª: 38°C, TA 168/70 mm Hg, SatO₂ 95% con GN, con apneas transitorias de hasta 80%. Aceptable estado general, consciente pero desorientado y poco colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente.
- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible y no doloroso a la palpación. Sin masas ni organomegalias. No signos de peritonismo ni de ascitis.
- Exploración neurológica: estuporoso y con dolor intenso que no responde a estímulos verbales, retira con los cuatro miembros y presenta apertura ocular, sin dirigir claramente la mirada. Pupilas isocóricas, mióticas, fotorreactivas lentas. Reflejo de amenaza no valorable. Oculocefálicos conservados en plano horizontal y vertical. Miosis bilateral simétrica. No asimetría facial. Impresiona de nauseoso presente bilateral. Tono aumentado en los 4 miembros de forma simétrica, en MMSS impresiona de paratonía. Temblor de reposo con las 4 extremidades, irregular y asimétrico, que cesa por momentos. No apreciamos claras posturas distónicas salvo una dudosa inversión autolimitada en segundos de MID. No apreciamos mioclonías.

Pruebas complementarias

- Analítica: 13560 leucocitos con neutrofilia (Neutrófilos (porcentaje): 85,50) y linfopenia (Linfocitos (recuento): $0,96 \times 10^3/\mu\text{L}$), Glucosa 198 mg/dL, PCR 15.3 mg/L. Función renal normal con creatinina de 0,75 mg/ml con iones en rango, sedimento de orina normal y estudio de coagulación sin alteraciones. Se han extraído Hemocultivos y Urocultivos: PENDIENTE DE RESULTADOS.
- Rx Tórax: sin datos de proceso alveolo-intersticial infeccioso.
- TAC craneal: comparamos con TAC previo. Conclusión: estudio sin cambios respecto a TC previo reciente. Signos leves de atrofia cortico-subcortical. Signos de leucoencefalopatía isquémica y/o hipertensiva. Infarto isquémico antiguo frontal y parietal izquierdo con área de encefalomalacia asociada. Infartos lacunares de aspecto crónico a nivel del núcleo caudado izquierdo y corona radiata del mismo lado.
- Se procede a Punción Lumbar bajo sedación con 15 mg IV con salida de líquido claro. Se mandan muestras para bioquímica, cultivo y AP.
 - Bioquímica del LCR: 71% PMN, Glucosa 100, Proteínas Totales 158.7, Leucocitos 534, Hematíes 1000, Mononucleares 29.
 - Detección ADN (líquido cefalorraquídeo): Negativo. NO SE DETECTA ADN/ARN de: Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neisseria meningitidis, Streptococcus Agalactiae, Streptococcus pneumoniae, CMV, Enterovirus, Herpes simplex virus 1, Herpes simplex virus 2, Herpes virus humano 6, Parechovirus, Varicella zoster virus, Cryptococcus neoformans/gattii.
- PCR de COVID-19: NEGATIVA.
- EEG: Se realiza vídeo-E.E.G. caracterizado por un trazado bifásico alternante con periodos en rango alfa sin distribución topográfica y periodos de actividad delta generalizada. Se objetiva reactividad cortical a los estímulos auditivos y nociceptivos. No se observan anomalías epileptiformes, crisis ni patrón de estatus. Impresión de EEG con signos de disfunción cerebral difusa moderada. En este momento es esperable una evolución favorable del nivel de conciencia.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente para las actividades de la vida diaria.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Meningoencefalitis aguda de probable origen bacteriano.

Plan de acción y evolución

Se realiza traslado a UCI para monitorización del paciente y realización de pruebas complementarias. Se pone tratamiento antibiótico empírico de Ceftriaxona, Ampicilina y Aciclovir IV, Keppra 1000 mgr y Dexametasona 1 mg IV.

Se solicita RMN para descartar posible afectación estructural. Además, se solicita serología de gérmenes atípicos Rickettsias, Borrelia, Micoplasma, Leptospiras, VIH, toxoplasma, legionella, VHS, Varicela, Criptococo.

Conclusión

El paciente fue finalmente diagnosticado de meningoencefalitis infecciosa por el Virus de Nilo Occidental, virus de la familia Flaviviridae (arbovirus), confirmándose la presencia de IgM positivo en suero y negativa en LCR. Tras su ALTA MÉDICA, el paciente volvió a ingresar en numerosas ocasiones por insuficiencia respiratoria. Finalmente fallece días después de su último ingreso por insuficiencia respiratoria por infección COVID-19.

En el contexto de consideraciones en Salud Pública, es necesario recalcar la importancia de la vigilancia epidemiológica pasiva tanto en animales como en personas. Para ello, debe potenciarse la declaración de enfermedades neurológicas, especialmente en aves y en caballos, reservorios que, por su potencial relación con el hombre, pueden transmitir la enfermedad. En humanos deberían ser de declaración obligatoria los casos de encefalitis y meningitis asépticas sin diagnóstico etiológico.

Las zonas que vigilar preferentemente son las cercanas a humedales. Puede realizarse a través de un programa preventivo de control integrado que incida sobre las poblaciones de mosquitos, basado en métodos de control físico, químico, biológico y educacional.

3.

Abordaje familiar: lesiones cutáneas pruriginosas a estudio

Aróstegui Plaza, Cristina
 Casquero Sánchez, Javier
 Castillo Castillo, Rafael

/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivo de consulta

Varón de 15 años que acude a consulta del centro de salud por presentar lesiones cutáneas pruriginosas en miembros superiores y abdomen.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis-abordaje familiar (madre-padre-hijo):

Hijo:

- Alergia a Penicilinas, Cefalosporinas y Carbapenems.
- Sin antecedentes personales ni familiares de interés. No hábitos tóxicos.
- Acude a nuestra consulta un varón de 15 años por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas desde hace varios días en miembros superiores y tronco sin relación con hábitos alimentarios nuevos ni ninguna otra relación aparente.
- A la exploración física, encontramos 4 lesiones cutáneas circinadas con halo eritematoso y descamativo en miembros superiores y abdomen.
- No se realizaron pruebas complementarias, pues el diagnóstico fue clínico. La primera sospecha diagnóstica fue de sobreinfección bacteriana en eccema numular. Se indicó tratamiento antibiótico con Eritromicina oral y ácido fusídico tópico.
- A los dos días de iniciar el tratamiento vuelve a consultar, por aumento en el número de lesiones cutáneas (siete) y enorme prurito cutáneo. Así mismo acude con su madre y su padre, quienes presentan mismas lesiones.

Madre:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Enfermedades previas: diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e hipotiroidismo.
- Dos días más tarde de atender a su hijo, acude a consulta una mujer de 52 años por presentar lesiones cutáneas en forma de diana en miembro superior derecho y tórax muy similares a las encontradas en su hijo.

Padre:

- Alergia a Penicilina. Sin antecedentes médicos de interés. Intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal derecha. Acudió junto con su esposa un varón de 53 años por presentar también las mismas lesiones cutáneas que su esposa y su hijo.
- Destacó que recientemente habían acogido un gato como animal de compañía, que habían encontrado en el campo, sin haberlo llevado al veterinario para comprobar su estado de salud.

En este caso, el dato que aporta el padre en la anamnesis (acogida de un gato), fue el fundamental para cambiar el enfoque diagnóstico. Así de esta manera, el diagnóstico de sospecha que se estableció fue el de *tiña corporis*.

Exploración física

Buen estado general, afebriles, conscientes, orientados y colaboradores.

En los tres individuos se aprecian lesiones cutáneas redondeadas, eritematosas, con descamación superficial, con aspecto de curación en la zona central y crecimiento periféricamente (lesiones circinadas) (Figura 1), sin secreción purulenta en zonas expuestas (miembros superiores, abdomen y tórax). El borde de avance está formado por una circunferencia eritematosa descamativa. (Figura 2).



Figura 1



Figura 2. Visión al dermatoscopio

No presentaban lesiones en cabeza, cuero cabelludo, pliegues cutáneos, manos (palmas), pies (plantas) ni uñas.

Pruebas complementarias:

El diagnóstico fue clínico.

Pero ante la duda diagnóstica, se realizó:

- Cultivo de hongos en medio de Sabouraud: positivo para *Microsporum canis*.
- Examen directo al microscopio de las escamas en tinción de hidróxido de potasio (KOH) (pudimos observar hifas septadas sugyentes de dermatofitosis).

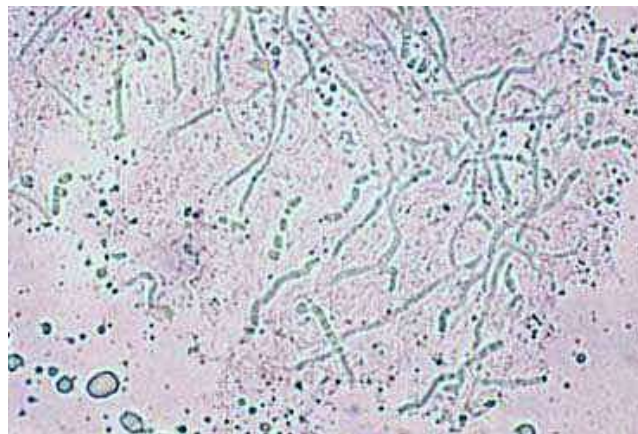


Figura 3. Tinción KOH

Enfoque familiar y comunitario,

Se trata de una familia normofuncionante, sin acontecimientos vitales estresantes, que residen en un ámbito rural. Cuentan con un buen nivel socioeconómico. Ambos padres tienen una situación laboral activa (profesores de enseñanza primaria) y el hijo está escolarizado.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El diagnóstico de tiña corporis es clínico.

Diagnóstico diferencial:

- **Ecceema numular:** lesiones circulares (numulares) cubiertas de vesiculopustulas agrupadas y escamocostras amarillentas
- **Eritema multiforme o polimorfo:** lesiones en diana de coloración violácea (anillos concéntricos).
- **Psoriasis anular:** placas eritematodescamativas, con descamación y bordes bien definidos.
- **Dermatitis seborreica:** máculas, pápulas y placas rosadas, untuosas al tacto, con descamación fina y amarillenta, que aparecen en zonas seborreicas.
- **Impétigo:** pústula superficial que se rompe rápidamente, y al secarse deja costras amarillentas (melicéricas).
- **Pitiriasis rosada de Gibert:** máculas y pápulas rosadas, ovales. Las lesiones producen descamación en la parte interna del borde (collarete epidérmico). La erupción se precede de una lesión de mayor tamaño denominada medallón heráldico.
- **Lupus eritematoso subagudo:** lesiones maculopapulares anulares y arciformes o papuloescamosas.

Plan de acción y evolución

Pese a no tener aún un diagnóstico de certeza, se estableció el tratamiento con antifúngicos tópicos (Terbinafina 1 aplicación cada 24 horas durante 2 semanas) y orales (Terbinafina 250 mg cada 24 horas durante 4 semanas).

Durante las dos primeras semanas desde el inicio del tratamiento, reevaluamos las lesiones disminuyendo en tamaño y con apariencia de parcial resolución, así como mejoría del prurito cutáneo. Se explicaron medidas no farmacológicas: no compartir ropa con otras personas, mantener secas las zonas afectadas. Informamos de la contagiosidad de las lesiones hasta los 10-15 días desde el inicio del tratamiento.

Las dermatofitosis o tiñas son enfermedades infecciosas superficiales debidas a un grupo de hongos (dermatofitos) que afectan a las capas superficiales de epidermis, pelos y uñas.

Se clasifica como tiña corporis o herpes circinado aquella que afecta a piel corporal excepto en manos (tinea manuum), pies (tinea pedis), pliegues inguinales (tinea cruris o eczema marginado de Hebra), cara (tinea faciei) y tallo piloso (tinea capitis), entre otras.

El tratamiento de las tiñas o dermatomicosis consiste en antifúngicos tópicos (Clotrimazol, Miconazol o Terbinafina) durante 2-4 semanas para formas superficiales o lesiones en número escaso, reservándose el tratamiento oral (Terbinafina, Itraconazol o Fluconazol) para las formas profundas o extensas.

Conclusión

Debemos de ser exigentes en la realización de una correcta anamnesis y exploración física, pues un esfuerzo a este nivel nos orienta hacia el diagnóstico de diversas enfermedades cutáneas sin necesidad de pruebas complementarias.

Destacar el papel del médico de familia en la detección inicial de la infección, la instauración temprana de tratamiento, así como el seguimiento y atención longitudinal posterior.

Es fundamental el abordaje comunitario en nuestra especialidad, pues de nosotros depende evitar nuevos contagios proporcionando a los pacientes las medidas no farmacológicas y recomendaciones necesarias.

Bibliografía

Martín Zurro A, Cano Pérez J.F, Gené Badia J. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª ed. Elsevier España SL. 2019.p. 1015-55.

Ely JW, Rosenfeld S, Seabury Stone M. Diagnosis and management of tinea infections. Am Fam Physician. 2014; 90:702-10.

Grupo científico DTM. Green Book. Marbán; 2019.p. 1512-18.

4.

Abordaje integral de una paciente que consulta por múltiples episodios de migraña. Disforia de género desde la consulta de AP

Barquero Padilla, Raquel
Leyva Alarcón, Ana
Pérez Milena, Alejandro

/MIR de MFyC. CS El Valle, Jaén
/MIR de MFyC. CS El Valle, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutor. CS El Valle, Jaén

Motivo de consulta

Mujer de 18 años, estudiante de primero de Bachillerato. Desde hace tres años presenta crisis migrañosas que le limitan su actividad diaria y que en varias ocasiones han precisado asistencia en urgencias para tratamiento intramuscular e incluso intravenoso. Estos episodios se acentúan durante la época previa a los exámenes, empeorando su rendimiento académico y provocando ausencias por enfermedad. Ha sido diagnosticada de migraña común por el servicio de Neurología en 2 ocasiones con normalidad de las pruebas complementarias (analítica de sangre y TAC craneal). Actualmente está sintomática, con crisis cada 10-15 días pese al tratamiento con Zonisamida 100 mg VO/noche, Rizatriptan 10 mg SL cuando aparece la crisis y Naproxeno 550 mg si el dolor no cede. En los últimos dos meses acude a la consulta de su médico de familia en numerosas ocasiones solicitando analgesia intramuscular (con intensidad del dolor: EVA 9/10) siempre coincidiendo con fechas previas a sus exámenes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente se trasladó del domicilio familiar al de su hermana mayor (provincia diferente a la familiar) para realizar sus estudios de Bachillerato. Se define como una persona exigente en cuanto a los estudios y refiere episodios de estrés y ansiedad, sobre todo cuando se acerca la época de exámenes. Duerme y come bien y realiza actividad física diaria. Durante el verano se encuentra mucho mejor. Menarquia a los 13 años con menstruaciones habitualmente regulares y ciclos largos (30-33 días). No embarazos previos ni usa métodos anticonceptivos. Fumadora de 3 cigarrillos/día. exploración cardiovascular y neurológica normal con IMC 24,42 kg/m² y tensión arterial 117/74 mmHg. Fenotipo femenino, no hirsutismo ni acné. Mamas con desarrollo completo.

Comenta que sufrió bullying en la infancia y durante el último curso de secundaria en su localidad, motivo por el que decidió mudarse con su hermana. Escaso apoyo social en su nuevo instituto, refiere tener una pareja del mismo sexo con la que ha empezado a intimar. Se aconseja realizar un registro diario del dolor, limitar el uso de antiinflamatorios y realizar un seguimiento en consulta programada.

Enfoque familiar y comunitario

En sucesivas citas programadas acude con su madre y hermana mayor. Refiere buen apoyo familiar, con una familia nuclear en estadio IV (contracción), con sus padres viviendo en otra provincia y ella compartiendo piso con su hermana mayor (se presenta el genograma en figura 1). Son dependientes económicamente de los padres, reciben visitas de sus padres y pasan las vacaciones en el domicilio familiar. Excelente relación con la madre y hermana, algo más distante con el padre, sin otros familiares cercanos. Sin apoyo social salvo una nueva pareja de su sexo. Al preguntar por esta relación, la paciente y su madre comentan su identificación desde pequeña con el rol masculino, lo que ha provocado la agresión y burlas de algunos compañeros de estudio y ha sido el motivo real del traslado de domicilio. Sin embargo, hasta el cambio de provincia y el inicio de relación con su pareja no había comenzado un proceso de aceptación de su identidad sexual. Apoyada por la familia, solicita una valoración para el cambio de sexo.

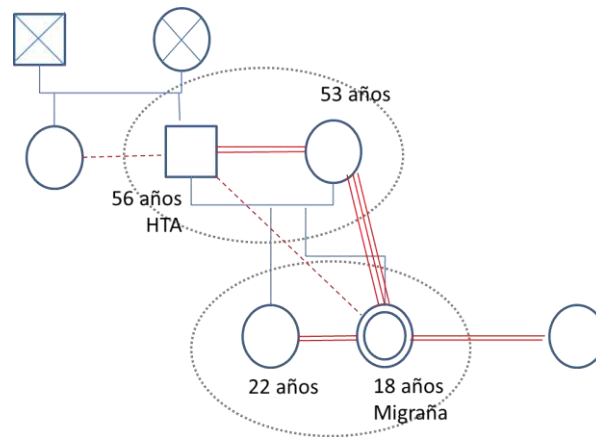


Figura 1. Genograma

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Migraña sin aura (G43.0). Violencia escolar (Y072). Fracaso académico (F81.9). Disforia de género (F64.0). La identidad transexual de la paciente ha estado presente de forma continua durante al menos los dos años previos, como se confirma en la entrevista familiar, y no es un síntoma de otro trastorno mental. Pendiente descartar cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.

Plan de acción y evolución

Se exploran las emociones de la paciente, aconsejando tratamiento con Sertralina 50 mg/día, lo que reduce el número de crisis y el uso de analgesia para la migraña. Se continúan las consultas programadas para el control de la ansiedad, al tiempo que decide acudir a una psicóloga privada para completar la terapia. También se aconseja iniciar los trámites para el cambio de nombre en el documento de identidad y la tarjeta sanitaria, así como una ONG que acompaña y asesora a los menores y sus familias durante el proceso de transición. Se explica a la paciente en qué consiste la terapia hormonal cruzada y los cambios esperables de la misma. En la consulta con el servicio de Endocrinología le solicitan analítica hormonal basal, cariotipo y ecografía pélvica antes del inicio de la terapia hormonal cruzada. En Endocrinología ofertan cita en Salud Mental, aunque la paciente no lo necesita y continua con seguimiento en Atención Primaria.

Conclusión

Hoy día, términos como “transexualidad”, “disforia de género”, “homosexualidad” o “género no binario” obligan al profesional de la salud, y con especial interés al médico/a de familia, a la constante actualización en este campo para poder brindar toda la información de la que disponga y poder responder a las demandas de sus pacientes, tanto a nivel biomédico como psicosocial, cobrando este último mucha más importancia. El modelo dicotómico tradicional (binarismo sexo/género, hombre-masculino/mujer-femenina) deja de estar presente para dar cabida a multitud de términos que engloban la diversidad sexual existente (Sexo biológico+ Identidad sexual/Identidad de género+ Orientación del deseo+ Expresión de género ---> diversidad sexual) que nos obligan a salir de nuestros compartimentos más estancos a unos más inclusivos y respetuosos con la diversidad de género. El abordaje biopsicosocial y la atención familiar permite abordar cuestiones que la respuesta biomédica es incapaz de afrontar y para las que la formación médica actual aún parece deficiente. La formación de unidades interdisciplinarias y trabajar junto a profesionales de la endocrinología, la psicología, la medicina familiar y las asociaciones de autoayuda proporcionan un camino más fácil durante el proceso de cambio a los pacientes, más llevadero y más atento, siempre con el médico de familia como coordinador de dicha atención.

5.

Adolescente con síncope y TIC en pandemia

Darwish Mateos, Sara
Pérez Milena, Alejandro

/MIR de MFyC. CS El Valle. Jaén
/Especialista en MFyC. Tutor. CS El Valle. Jaén

Motivo de consulta

Paciente de 14 años, primera consulta con Médico de Familia tras alta por Pediatra, que consulta por tic motor.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):*Anamnesis*

Paciente que hace 4 meses pasó de la consulta de pediatría a la de medicina de familia. Durante el periodo de confinamiento por la pandemia de SARS-CoV-2 presentó un episodio de mareo al pasar de sedestación a bipedestación. Pese a sentarse de nuevo, llegó a caer al suelo con pérdida de consciencia de pocos segundos, sin movimientos anormales ni relajación de esfínteres. Su madre pudo tomar TA Y FC presentando: 116/78 mmHg y 98 lpm. La recuperación posterior fue completa sin estado post-crítico. Llegó asintomática a urgencias del hospital donde se le realizó Rx de tórax y EKG, que fueron normales. Desde hace unas semanas la madre observaba que contraía de manera brusca un hombro derecho, en ocasiones acompañado de un giro de cabeza a la derecha. La menor es consciente de esos movimientos, aunque no puede evitarlos. Le sucede unas 3-4 veces al día, aunque no todos los días. Al principio refería que estaban desencadenados por dolor muscular, que persistía varias horas. No predominan durante ningún momento del día ni se acompaña de pérdida de fuerza o de sensibilidad.

Fue derivada a consulta de Cardiología y Neuropediatría, con exploración física normal y EEG sin alteraciones. Tras descartar epilepsia mioclónica, se emitió un juicio clínico de tic motor, aconsejando seguimiento por Pediatra Atención Primaria y volver a remitir en el caso de presentar nueva clínica sincopal. Actualmente tras descartar patología orgánica con pruebas complementarias normales, por parte de Pediatría, Cardiología y Neuropediatría, ha pasado a seguimiento por su Médico de Familia, tras cumplir los 14 años.

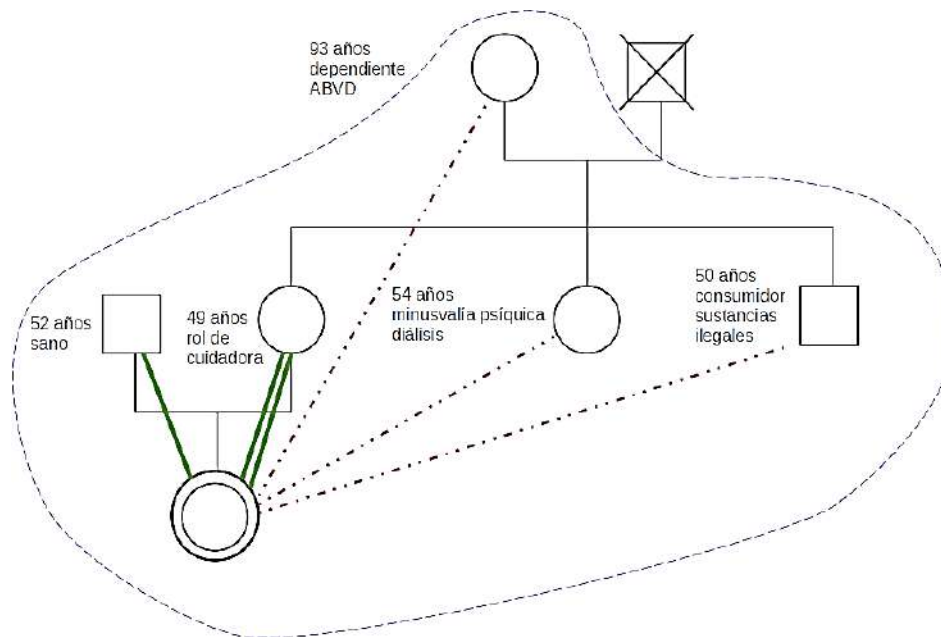
La paciente es valorada de forma programada en el Centro de Salud, tras realizar una valoración previa de forma conjunta con su pediatra. Describe que desde hace 2 meses los episodios se han hecho más frecuentes, aunque sin pérdida de consciencia. La clínica la describe como contracción muscular brusca de cuello y manos que puede ir desde una 1 contracción hasta unas 17 seguidas. Describe la duración como de pocos segundos, autolimitado e independiente del momento del día y de la actividad que esté realizando. Refiere no encontrarse más nerviosa o estresada en el momento de la contracción muscular. Al principio aparecían desencadenados por dolor muscular en cuello, actualmente aparecen sin desencadenante alguno. Sufre insomnio de conciliación, aunque se va a dormir pronto (sobre las diez de la noche) y generalmente no usa antes pantallas (dibuja, lee o habla con amigos ocasionalmente antes de dormir). Tiene buen mantenimiento del sueño. Solo despierta si tiene pesadillas (muy ocasional) no pudiendo volver a conciliar el sueño en estos casos. Sensación matutina de sueño reparador.

Exploración

La paciente se encuentra asintomática a la llegada a consulta, consciente y orientada, de aspecto cuidado, con accesorios (colgante, reloj, mascarilla, etc.) de animación japonesa. exploración neurológica básica sin hallazgos, con un tono muscular simétrico y normal, con fuerza en extremidades, pares craneales y reflejos osteotendinosos normales. Auscultación cardiopulmonar normal: ritmo cardíaco regular sin soplos ni extratonos, no roce pericárdico, murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos, no crepitantes en bases.

Diagnóstico diferencial:

- Disquinesia paroxística quinesigénica. Son generalmente familiares y posiblemente de herencia autosómica dominante (AD). Comienzan entre los 6 y 15 años. Caracterizadas por episodios breves, habitualmente menores de un minuto, de disquinesias floridas con hechos distónicos y coreicos desencadenados por movimientos bruscos. Con frecuencia se presentan varias veces al día.
- Tetania hipocalcémica. El espasmo carpopedal, especialmente en manos, puede confundirse con distonías u otros trastornos del movimiento.
- Hiperekplepsia o enfermedad del sobresalto. Entidad muy rara, caracterizada por la aparición temprana de reacciones de sobresalto a diferentes estímulos, en forma de mioclonías o de rigideces generalizadas. Hay casos familiares y esporádicos.
- Episodios de estremecimiento o shuddering attacks. Consistentes en súbitas y muy breves posturas anómalas desencadenadas por emociones, más habitualmente en flexión de cabeza y tronco y flexoadducción de codos y rodillas, que se repiten de forma variable, hasta 100 veces al día. Es frecuente la historia familiar de temblor esencial y la evolución a temblor esencial. En lactantes y niños pequeños.
- Trastorno del dolor extremo paroxístico. Entidad también muy rara y difícil de diagnosticar en lactantes y niños pequeños. Dolor rectal, ocular y/o submaxilar, con mucho componente vegetativo y de agitación, y que pueden acabar en síncope.
- Tics. Caracterizados porque, a diferencia de otros trastornos del movimiento como coreas o distonías, el niño puede reprimirlos en algún momento e imitarlos.

Enfoque familiar y comunitario:*Genograma*

Genograma

La paciente vive en una familia nuclear sin parientes próximos en estadio IIB de extensión, con su padre y su madre y sin otros hermanos. Esta situación ha cambiado debido a un traslado desde otra comunidad autónoma a casa de su abuela materna hace un año y medio, pasando a formar una familia extensa (conviven más de dos generaciones en el mismo hogar). El traslado fue debido a la necesidad de cuidados que requieren tanto su abuela, una anciana de 92 años que presenta una dependencia total para todas las actividades básicas de la vida diaria, como su tía materna de 54 años, con una minusvalía debida a un déficit intelectual. Conviven también con su tío materno, con consumo conocido de sustancias adictivas ilegales. Refiere tras la mudanza desde su anterior vivienda una buena adaptación a la nueva ciudad y al nuevo instituto. Le gustaba salir y encontrarse con amigos, hacer actividades, etc. Reconoce que, tras la llegada de la pandemia, lo peor para ella ha sido el confinamiento y la falta de contacto social con sus amistades. No tiene un cuarto propio y tiene que dormir en la habitación de su madre (principal cuidadora de la abuela) por falta de espacio en la casa.

Actualmente, refiere muy buena relación y comunicación con su madre, también buena relación con su padre, aunque menos comunicativa. Poca interacción con resto de familiares convivientes. En el colegio se lleva muy bien con una amiga, y generalmente se encuentra satisfecha con lo que hace allí, sus notas y amiga.

En la escala de reajuste psicosocial de Holmes y Rahe presenta una puntuación de 239, debido a la presencia de los siguientes factores estresantes:

- Cambio de salud de un miembro de la familia (44 puntos)
- Cambio en las condiciones de vida (39 puntos)
- Incorporación de un nuevo miembro a la familia (39 puntos)
- Cambio de situación económica (38 puntos)
- Cambio de colegio (25 puntos)
- Cambio de actividades de ocio (19 puntos)
- Cambio de actividades sociales (18 puntos)
- Cambio de hábito de dormir (17 puntos)

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El estudio familiar permite valorar una crisis de desarrollo en la familia abarcando en este caso el envejecimiento y la decadencia de un familiar directo que se incorpora al núcleo familiar. También existe una importante problemática con los dos hermanos maternos, cada uno con una diferente y difícil situación personal y social, y con el nuevo rol de cuidadora que debe desempeñar su madre. Además del cambio de hogar, la adolescente se enfrenta a un cambio de instituto y de redes sociales, que es dificultado por el confinamiento debido a la pandemia por SARS-CoV-2. Es también importante la falta de espacio e intimidad en la nueva vivienda, lo que condiciona mucho la circulación de espacios de la menor en su propio domicilio. Todo ello se refleja en un alto grado de estrés de la menor que puede empeorar sus síntomas.

Una vez descartada la patología orgánica de gravedad y ante los diferentes acontecimientos vitales que han acontecido a la paciente (cambio de ciudad y residencia en primera adolescencia, convivencia con familiares dependientes, llegada de la pandemia y confinamiento, etc.); se reorienta el diagnóstico hacia Tics motores de origen psicógeno desencadenado probablemente por distintos estresores a lo largo de un periodo corto de tiempo durante una etapa de desarrollo del adolescente.

Plan de acción

Se ofrece un seguimiento programado a la menor en consulta de Atención Primaria iniciando tratamiento con ácido valproico a dosis bajas y una terapia cognitivo-conductual que permita distinguir los momentos de mayor estrés diario para disminuir la intensidad y número de tics. La paciente acepta una derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del distrito, explicando a la paciente y a su madre el tipo de trabajo que se podrá realizar, con posibilidad de incluir otras terapias psicológicas o eventuales fármacos, para mejorar su clínica.

Conclusión

Ante un paciente que es dado de alta por pediatría y acude por primera vez a consulta con el Médico de Familia, es importante poder revisar sus antecedentes en la historia. Si además se tiene la oportunidad de revisar esto directamente con su Pediatra del Centro, este trabajo de equipo multidisciplinar ayudará mucho a entender aspectos del paciente, presentes tanto dentro como fuera de la historia clínica. Es verdaderamente importante entender el contexto familiar del paciente, especialmente en contexto de una pandemia. Vivir en un entorno adecuado, con un espacio propio, ha ayudado a muchos a poder desarrollarse en un contexto de dificultad, mientras que para otros, con un entorno menos favorable, el confinamiento ha supuesto un verdadero desencadenante de diferentes problemas de salud.

Palabras clave

Tic Disorders, Adolescence, Family Relations, Family Health, Involuntary Commitment.

6.

¿Afasia secundaria a mixoma auricular? A propósito de un caso

Rodríguez Villadeamigo, Gemma
 Pérez Razquin, Eduardo
 Barbosa Cortés, María

/ Especialista en MFyC. CS El Torrejón, Huelva
/ Especialista en MFyC. CS El Torrejón, Huelva
/ Especialista en MFyC. Tutora. CS Alonso, Huelva

Motivo de consulta

Afasia y debilidad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Varón, 57 años. No RAM, HTA, fumador 20cig/d, bebedor de 2L de cerveza diarios.

Anamnesis

Afasia y disminución de fuerza en miembros derechos. Tras temprana valoración en hospital secundario de referencia se diagnostica de ictus isquémico y se deriva a hospital terciario tras fibrinólisis, para trombectomía mecánica urgente.

Exploración

BEG. Consciente, colaboradora, desorientada en tiempo, obedece orden simple, desviación forzada de mirada a la izquierda, hemianopsia homónima, PFSN, hemiplejía y hemianestesia derechas, afasia severa, NIHSS: 23

Pruebas complementarias

EKG: irregular con p sinusales y de distinta morfología, QRS estrecho, ST elevado cóncavo V2-V4, y ondas T altas y picudas, QTC 457ms.

BQ: glu 111, crt 1.12, urea 58, CPK 17903, TnT us 1512. HG: Hb 12.1, plaquetas 639000, resto normal.

TC cráneo: infarto isquémico parcial en evolución en territorio de ACA izquierda.

Rx tórax: signos de edema hidrostático, infiltrados basales, derrames pleurales.

Ecocardiografía transesofágica intraoperatoria: masa auricular izquierda probablemente mixoma auricular, válvula mitral con Insuficiencia funcional ligera, VI dilatado con datos de miocardiopatía de estrés (tako-tsubo invertido).

TAC toracoabdominal: infartos múltiples, renales bilaterales, esplénicos y múltiples trombos en miembros inferiores. AP de tumor auricular: mixoma auricular.

Cultivos de émbolos arteriales y de tumor auricular negativos. Antigenuria Legionella y Neumococo negativos. Hemocultivo negativo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Mixoma auricular izquierdo con embolización distal a encéfalo, con debut como ictus isquémico izquierdo en territorio ACM y ACA, isquemia arterial aguda de MMII y síndrome compartimento MID, con múltiples zonas de isquemia esplénica y renales. Miocardiopatía de estrés (síndrome Tako-tsubo invertido) con disfunción VI.

Diagnóstico diferencial

Endocarditis, Embolismo séptico.

Plan de acción y evolución

Tratamiento: AAS 100/24 hs, Losartán 25 mg/24 hs, Furosemida 40 mg: 0.5-0.5-0, Citalopram 20 mg/24 h, Omeprazol 20 mg/24 hs, Enoxaparina 40 mg/24sc, Resource Protein 200 ml/8 h.

Tras trombectomía mecánica urgente, se detecta tumor auricular y miocardiopatía de estrés que recupera. Posteriormente clínica de isquemia arterial aguda con hallazgo de embolismos esplénico, renal y de MMII, con FR agudo, que mejoran con resección de tumor, arteriotomía, sonda de Fogarty y fasciotomía para descompresión, con recuperación progresiva quedando afasia mixta y hemiplejía derecha.

Conclusión

La instauración del “Código Ictus” ha permitido la resolución y recuperación funcional de muchos pacientes con ictus en fase aguda. El mixoma auricular es una causa excepcional de ictus.

Los pacientes con ictus al alta, deberían recibir apoyo a través del personal del centro de salud, para garantizar la evolución adecuada del cuadro mediante rehabilitación, valoración neurológica, soporte nutricional y prestaciones sociales, entre otras.

Palabras clave

Stroke, Myxoma, Embolism.

Bibliografía

Smith WS, English J, Johnston C. Enfermedades cerebrovasculares. En: Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. Ciudad de Méjico;2018.

7.

Anciana frágil con mareo y fatigabilidad

Añez Martínez, Begoña

Santiago Carranza, Encarnación

Gallego Ayuso, Cristina

/MIR de MFyC. CS Gran Capitán, Granada

/Especialista en MFyC. Tutora. CS Dr. Salvador Caballero García, Granada

/MIR de MFyC. CS Dr. Salvador Caballero García, Granada

Motivo de consulta

Mareo y fatigabilidad tras esfuerzos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Paciente de 89 años con los siguientes antecedentes:

- AF: dos tías maternas con cáncer de útero.
- NAMC
- FRCV: HTA sin tratamiento actual, dislipemia.
- Osteoporosis con aplastamiento vertebral D7.
- Adenocarcinoma endometrial tipo endometriode (pobremente diferenciado (G3), estadio IIIA de la clasificación de la FIGO) en tratamiento con histerectomía total con doble anexectomía por laparoscopia, RT externa y endocavitaria posterior, finalizada en febrero de 2017. En seguimiento por el servicio de oncoginecología y oncología radioterápica general.
- Maculopatía leve asociada a la edad.
- Nevus melanocítico intradérmico en región maxilar izquierda.
- Intervenciones quirúrgicas: fractura de Colles intervenida en 1973, fractura distal de radio izquierdo intervenida en 2013, juanetes de sastre en dedos de los pies intervenidos en varias ocasiones, amigdalectomía, histerectomía con doble anexectomía.
- Tratamiento actual: calcio carbonato 1,25 g / colecalciferol 400UI / 24 h; cinitaprida 1mg / 24 h; ácido alendronico 70 mg / 7 días; alprazolam 250 mcg / 12 h; simvastatina 20 mg / 24 h; metamizol 575 mg / 12 h; sulfato de hierro (II) 256,30 mg / 24 h; mirtazapina 30 mg 0.50 comprimido / 24 h; omeprazol 20 mg / 24 h

Acude al Centro de Salud tras presentar un cuadro, que se inicia hace unos dos meses, con sensación de dolor epigástrico, asociado a disnea, astenia y fatigabilidad en relación con esfuerzos leves- moderados, que cesa en reposo, y sensación de mareo sin pérdida de conocimiento, que describe como inseguridad en la marcha y malestar general mal definido. Sin palpitaciones ni dolor torácico; niega edemas maleolares ni otros síntomas de IC. No AP de enfermedad cardíaca ni medicación previa con fármacos cronotropos negativos.

Exploración

- BEG. Consciente y orientada en las tres esferas y colaboradora. Normohidratada, normoperfundida y normocoloreada. Eupneica en reposo.
- Constantes: TA 113/ 78, FC 42 lpm, SatO2 98%
- ACP: rítmica, soplo polifocal pansistólico. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Exploración neurológica: Glasgow 15/15, PINLA, MOEC, PPCC conservados y simétricos. Fuerza y sensibilidad conservadas en todos los miembros. No disimetría ni disdiadococinesia. Romberg negativo.
- MMII sin edemas ni signos de TVP

Pruebas complementarias

- Analítica sin alteraciones significativas.
- ECG: rítmico, 42 lpm, ligera desviación del eje a la izquierda, bloqueo auriculoventricular de 2º grado tipo 2: 1, extrasístoles de VD aisladas, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización.
- Rx tórax: en decúbito, ICT normal (<50%), sin signos de derrame pleural. Hilios congestivos y aumento de la trama vascular.

Enfoque familiar y comunitario:

Anciana frágil (3 puntos en el cuestionario de Barber) que vive sola y jubilada. Independiente para las ABVD (índice de Barthel de 100), independiente para las AIVD (escala de Lawton- Brody de 8 puntos) e independiente para las AAVD (test de Pfeiffer con 0 puntos y examen cognoscitivo de Lobo de 30 puntos). Mini Nutritional Assessment (MNA) de 26.5 puntos y escala de Tinetti de 26 puntos. No tiene hijos y mantiene una relación conflictiva con sus dos hermanas. Recibe apoyo por parte de la comunidad de vecinos y ayuda domiciliaria 2 horas a la semana. Nivel socio- económico medio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Bloqueo auriculoventricular de 2º grado tipo 2: 1

Diagnóstico diferencial: entre todos los diagnósticos diferenciales de mareo inespecífico priorizamos el ECG ante otra prueba diagnóstica, que nos permitió diferenciar también el tipo de BAV.

Plan de acción y evolución

Debido a la gravedad del cuadro que presentaba la paciente se decidió derivación a Urgencias Hospitalarias, que la paciente rechazó por tener que realizar tareas domésticas. Se pactó con la paciente nueva consulta una semana después.

A la semana continuaba con la misma clínica, por lo que se le realizó otro ECG: rítmico, 48 lpm, ligera desviación del eje a la izquierda, bloqueo auriculoventricular de 3º grado, extrasístoles de VD aisladas, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Tras volver a informar de la gravedad del cuadro clínico, aceptó ser derivada a Urgencias Hospitalarias, quienes reafirmaron el diagnóstico de AP. Contactaron con el Servicio de Cirugía Cardiovascular y tras la administración de anestesia local se intervino quirúrgicamente. En dicha intervención se realizó implante de marcapasos endocavitario definitivo modelo Sorin DR por vía subclavia izquierda, con buenos parámetros de estimulación y sentido.

Previa alta hospitalaria, la paciente presenta herida en vías de cicatrización normal; rx de tórax de control sin complicaciones derivadas del procedimiento; ECG de control con marcapasos normofuncionante, FC 77 lpm, onda P y luego se visualiza espiga ventricular; por lo que se procedió al Alta Hospitalaria con cita de revisión en la consulta de estimulación cardíaca del Servicio de Cirugía Cardiovascular en dos meses.

Posteriormente se contactó con la paciente por telefónicamente tras su Alta Hospitalaria, quien refería buen estado general y estar muy satisfecha con el resultado.

Conclusión

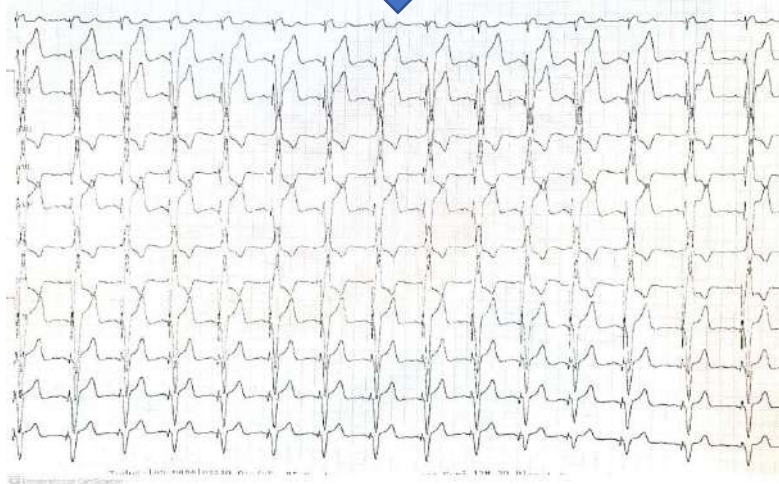
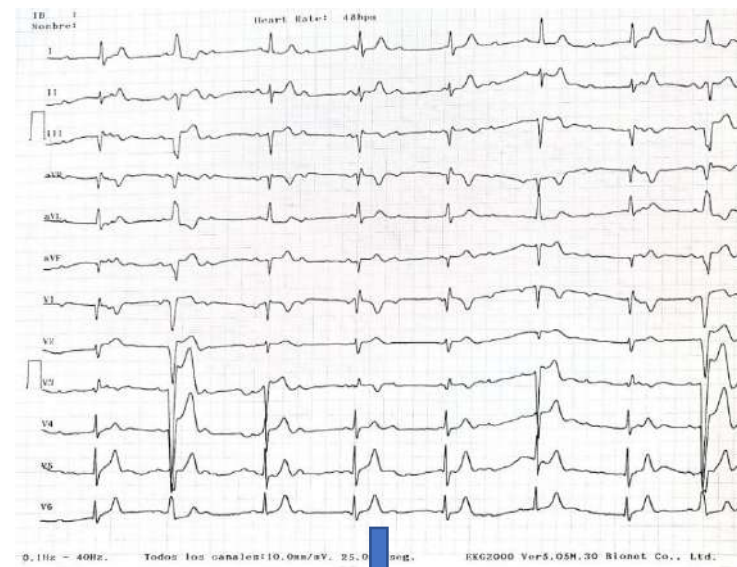
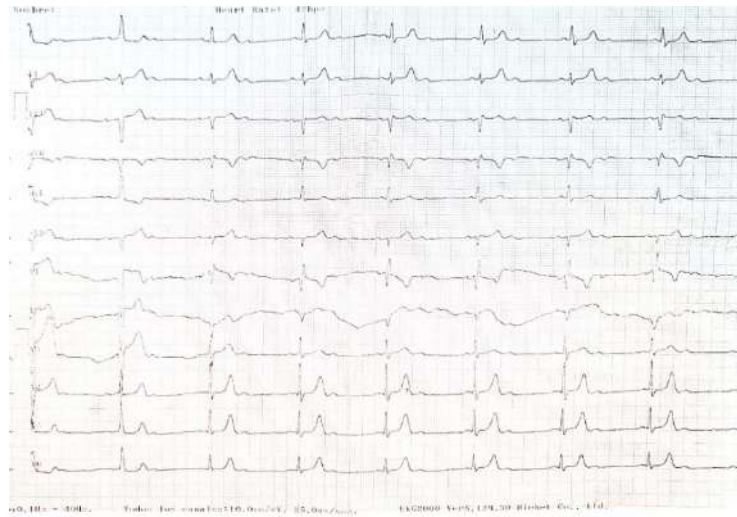
Es frecuente la aparición de bradiarritmias en pacientes de edad avanzada, en los que la degeneración crónica del nodo sinusal, del nodo AV o del sistema de His- Purkinje o alguna de sus ramas son las causas más frecuentes. La fibrosis idiopática constituye la causa de bloqueo AV más frecuente en nuestro medio.

La aplicabilidad de este caso clínico se basa en la realización de una buena anamnesis por parte del Médico de Atención Primaria, identificando los posibles signos y síntomas de urgencia vital, para reconocer y tratar precozmente el BAV y evitar en este caso mayores complicaciones como podría haber sido una posible parada cardiorrespiratoria.

Por lo tanto, es necesario poner énfasis en el papel del médico de familia en la detección precoz de esta patología, ya que como se ha comentado anteriormente se trata de un problema frecuente en los pacientes de edad avanzada, y dado el progresivo envejecimiento de la población en nuestro país es de prever que la prevalencia de este aumente.

Bibliografía

Del Val Martín D, Rodríguez Muñoz D, Zamorano Gómez JL. Bradiarritmias: disfunción sinusal, bloqueo auriculoventricular y trastornos de la conducción intraventricular. En: Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Elsevier. 2017; 12(18): 2267-74.



8.

Apendagitis aguda epiploica

Martínez López, Rafaela

Calderón Landete, Clara

Aranda Parras, M^a Concepción*/MIR de MFyC. CS Alcázar. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)**/MIR de MFyC. CS Alcázar. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)**/Especialista en MFyC. Tutora. CS Alcázar. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)***Motivo de consulta**

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. No hipertensión arterial. No dislipemias. No diabetes mellitus. No enfermedades cardiológicas o pulmonares conocidas. Estudiado en Neurología por ansiedad paroxística episódica. No hábitos tóxicos. No antecedentes quirúrgicos. No toma medicación habitualmente.

Enfermedad actual: Varón de 19 años de edad, acude al Servicio de Urgencia por dolor punzante en flanco inferior izquierdo, no irradiado, de 24 h de evolución de inicio repentino. En las últimas horas aumento importante de la intensidad de dolor que no cede a pesar de paracetamol y metamizol alternos cada 4 horas. Además, asocia náuseas sin vómitos y hábito intestinal normal. No fiebre. No clínica miccional ni alteración del tránsito intestinal. No contacto estrecho con afectados por coronavirus. Fue valorado en urgencias al inicio de clínica, objetivándose leve leucocitosis, donde se descartó patología aguda.

Exploración física

T^o 36°C TA:154/85 mmHg FC: 106 ppm SatO₂:100%. Aceptable estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Normohidratado, coloreado y perfundido. Eupneico en reposo. No focalidad neurológica ni signos meníngeos. Mancha antiálgica.

Auscultación cardiaca regulas sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando y

depresible. Doloroso a la palpación de flanco inferior izquierdo. Signo de Murphy negativo. Signo de Blumberg negativo. Mínima hernia inguinal izquierda reductible, aparentemente no complicada. No se palpan masas ni megalias. Puño percusión renal bilateral negativa. Pulsos femorales bilaterales presentes. Miembros inferiores sin edema ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedios palpables.

Pruebas complementarias

- Radiografía abdominal: presencia de gas y heces en marco cólico. Presencia de gas distal. No neumotórax ni neumoperitoneo. No signos evidentes de litiasis. Líneas de psoas visibles. Ausencia de niveles hidroaéreos u otros signos de obstrucción intestinal.
- Análisis de sangre y orina: hematología y coagulación: Sin alteraciones. Hb 17.8 g/dl (13.5-17.5), HTO 50.2% (41-53). Leucocitos 9700uL (4500-11000). Neutrófilos 6600uL (1500-6500). Plaquetas 212000 uL (120000-400000). Bioquímica: Función renal normal Cr 0.9 (0.7-1.2), enzimas hepáticas y pancreáticas normales GOT 17 UI/L (10-40). GPT 28UI/L (10-40). Bilirrubina total 0.4 mg/dl (0.2-1.1). Amilasa 39 UI/L (28-100). Electrolitos normales y gasometría venosa sin alteraciones. Lactato 1.4mmol/L (0.5-2.2). PCR 1.8 mg/dl (0-0.5). Sedimento urinario sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente se encuentra en una situación familiar complicada por el fallecimiento reciente de ambos progenitores. Su padre ha fallecido por infarto agudo de miocardio con 50 años en enero del 2021 y su madre

falleció por cáncer de mama con 49 años en 2018. Tiene un hermano de 25 años sano con él vive y mantiene una buena relación. Se dedica a la hostelería, haciéndose cargo junto a su hermano del negocio familiar del que antes eran responsables sus padres. Realiza ejercicio físico dos o tres días a la semana.

Diagnostico diferencial

Diverticulitis aguda, apendicitis aguda, peritonitis, obstrucción intestinal, apendagitis aguda epiploica.

Plan de acción y evolución

Se inicia tratamiento con pantoprazol, metoclopramida y metamizol con escasa respuesta. Por lo que, ante la persistencia de la clínica, exploración física patológica y con PCR de 1.8 como único hallazgo, se decide realizar interconsulta a cirugía general para valoración y realizar TC abdominopélvico para descartar inicialmente diverticulitis.

TC Abdominopélvico con contraste intravenoso: Lesión ovalada de densidad grasa localizada adyacente al segmento distal del colon descendente, con halo de hiperatenuación y trabeculación de la grasa locorregional, en una extensión de aprox imadamente 3.2 cm, con engrosamiento reactivo de la fascia lateroconal adyacente, compatible con apendagitis epiploica. Mínima cantidad de líquido libre en pelvis. No se aprecian signos de neumoperitoneo.

Diverticulosis en sigma. No nódulos pulmonares. No infiltrados ni otras alteraciones en parénquima pulmonar. No derrame pleural. No adenopatías mediastínicas de tamaño significativo. Hígado de tamaño, morfología y densidad normal, sin lesiones focales. Páncreas sin alteraciones. No dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Bazo de tamaño normal.

Riñones con fase nefrográfica conservada, sin hidronefrosis. Glándulas suprarrenales normales. No adenopatías de tamaño patológico intra ni retroperitoneales. Pequeña hernia inguinal indirecta de contenido graso sin signos de complicación.

Conclusión diagnóstica

Lesión ovalada de densidad grasa localizada adyacente al segmento distal del colon descendente, con halo de hiperatenuación y trabeculación de la grasa locorregional, en una extensión de aproximadamente 3.2 cm, con engrosamiento reactivo de la fascia lateroconal adyacente, compatible con apendagitis epiploica.



Imagen 1: Flecha: Vaso de localización epiploica trombosado. Imagen TC de Apendagitis epiploica

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Apendagitis aguda epiploica

Tratamiento:

- Analgesia alternando Paracetamol 1 g un comprimido cada 8 horas, Metamizol 575 mg un comprimido cada 8 horas y Enantyum 25 mg un comprimido cada 8 horas.
- Antibioterapia con Amoxicilina – clavulánico 875/125 mg un comprimido cada 8 horas durante 7 días.
- Control evolutivo por Atención Primaria y posterior seguimiento en Consultas Externas de Cirugía General.

Conclusión

La apendagitis aguda epiploica es una entidad inespecífica poco conocida a pesar de ser causal de dolor abdominal, que lleva frecuentemente a los pacientes que la padecen a consultar a los servicios de emergencia pudiendo simular un abdomen agudo quirúrgico, por lo que es importante tenerla en cuenta, ya que habitualmente estos quedan sin diagnóstico específico. Su correcto diagnóstico es imprescindible para evitar laparotomías o laparoscopias exploradoras innecesarias, pues es una entidad tipo autolimitada que cursa con benignidad.

Ante cualquier sintomatología persistente en el tiempo que lleva al paciente a consultar en repetidas ocasiones a consulta o urgencias, debe primar la clínica del paciente y la orientación diagnóstica que podamos extrapolar de la realización de una exploración física detallada y minuciosa a pesar de que los resultados de las pruebas complementarias sean más inespecíficos.

9.

Artritis tuberculosa

Gallego Ayuso, Cristina
Solís Jiménez, José María
Añez Martínez, Begoña

/MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Salvador Caballero, Granada
/MIR de MFyC. CS Gran Capitán, Granada

Motivo de consulta

Coxalgia derecha con limitación para caminar.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 26 años que no tiene alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos conocidos. Llegó a la playa de Motril en patera y fue acogido por la ONG Médicos por el Mundo. Procedente de Marruecos, lleva en España desde el 2018. Dificultad para hacer una buena historia clínica por la barrera idiomática y por no conocer sus antecedentes personales. Lo único que se pudo averiguar fue que hace varios años tuvo una infección pulmonar, más tarde empezó con dolor en la espalda y progresivamente empeoramiento de su estado articular.

A la *exploración* impresiona su extrema delgadez y desnutrición. En la cadera derecha se puede ver una amiotrofia de los glúteos derechos y dolorosa a la palpación. La movilidad activa y pasiva de la cadera está limitada. Apenas flexión mínima y rotación externa. Resto de la exploración física sin alteraciones importantes. El paciente está eupneico, sin fiebre. FC 80 lpm, tonos rítmicos, sin soplos, MMV conservado. Abdomen normal. exploración neurológica normal. TA 110/60.

Ahora camina con un bastón, dificultad para sentarse por la limitación de la movilidad de la cadera. toma medicación para el dolor, sin mejoría clínica.

Se pide analítica, radiografía de cadera, tórax y columna vertebral.

En la radiografía de cadera podemos ver cambios degenerativos de articulación coxofemoral derecha, con disminución de espacio articular, esclerosis subcondral y geodas subcondrales en acetábulo; esfericidad de la cabeza femoral conservada.

En la radiografía de tórax y columna lumbosacra sin alteraciones significativas.

En la analítica lo que encontramos: discreta anemia microcítica hipocrómica; Leucocitosis con linfopenia y neutrofilia; VSG 64; PCR 63; serologías negativas a VIH; VHB; VHC; Factor reumatoide negativo; ANA y ENA: negativos; IGRA: positivo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En los hallazgos de la radiografía podemos ver una artrosis, pero al ser un paciente joven de 24 años tendríamos que descartar la enfermedad de artrosis degenerativa. Por lo tanto, podemos sospechar que tiene una artrosis producida por una artritis tuberculosa. Lo podemos deducir por los datos de infección de la analítica y su antecedente de neumonía tuberculosa. Lo más seguro es que haya habido una diseminación hematógena del foco pulmonar.

La artritis séptica de la cadera, secundaria a infección por *Mycobacterium tuberculosis*, es una afección muy frecuente en nuestro país; sin embargo, frecuentemente suele confundirse con otras enfermedades debido al reto que significa realizar su diagnóstico y a la gran cantidad de diagnósticos diferenciales. Debe sospecharse siempre que se presente un paciente con dolor en la cadera, limitación para los arcos de movilidad, claudicación, aumento en los reactantes de fase aguda y cambios degenerativos articulares con patrón destructivo de progreso rápido.

El *diagnóstico diferencial* se llevará a cabo con aquellos procesos que producen monoartritis crónica como artritis reumatoide, artritis infecciosas bacterianas y micótica, artropatía neuropática, distrofia simpático refleja, osteonecrosis aséptica y sinovitis vellonodular pigmentaria principalmente.

En este paciente es importante ver si la tuberculosis esta activa. Porque podría estar contagiando. También es importante tratar su estado físico porque impresiona de delgadez y desnutrición. Una vez aclaremos se está activa o no la tuberculosis se procede al tratamiento. Muy importante es tratarlo lo antes posible porque en la tuberculosis el tiempo es fundamental, ya que en el caso de la tuberculosis osteoarticular como hemos podido observar puede producir una artrosis a un chico joven e incapacitar a la articulación.

Plan de acción y evolución

Lo primero que se hace es controlar el dolor con analgesia para que el paciente pueda descansar y tener una mejor calidad de vida.

Después de ver todas las pruebas derivamos al paciente al traumatólogo para que nos informe cual va a ser su plan. Este nos pide que lo derivemos al servicio de Medicina interna para que nos confirme que la enfermedad no esté activa.

También se le deriva al endocrinólogo para que le trate la desnutrición y esté en una mejor forma física, por si acaso los traumatólogos deciden operarle.

Una vez contestadas las tres derivaciones. Nos confirman que el paciente no tiene una tuberculosis activa y que va a ser operado después de 6 meses, cuando su estado de desnutrición mejore.

Conclusión

Hemos cogido este caso porque nos ha parecido interesante tanto médico como psicosocial. Porque en este caso se demuestra lo importante que es una buena historia clínica y que muchas veces nos va a pasar que vamos a tener dificultades, como en este caso la barrera idiomática. Lo importante es que no hay que desistir y hay que intentar buscar el alivio en el paciente.

Otra cosa a destacar es que es muy importante la función de Atención Primaria, porque gracias a poder hacer un seguimiento a este paciente se pudo llegar a un diagnóstico. Pongo en caso a este paciente que visito urgencias un par de veces y solo le aliviaban momentáneamente, porque al ser una consulta reducida en tiempo no podían hacerle su seguimiento apropiado.

Ahora lleva puesta una prótesis de cadera y puede hacer una vida normal. Aunque se va a tener que poner otra prótesis en la otra cadera porque de tanto que ha forzado la cadera sana, le ha producido una artrosis degenerativa.



Axial

10.

Atención inicial de “Lumbalgia en mujer post-menopáusica”. Educación, terapéutica y abordaje de problemas

Arjona Carpio, Belén
Suárez Sánchez, José Manuel

/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS San José. Linares (Jaén)

Motivo de consulta

Paciente femenina de 66 años presenta lumbalgia mecánica sin irradiación de meses de evolución. El dolor se ha intensificado y le incapacita para su actividad habitual. Afebril, no incontinencia urinaria, no clínica miccional, no síndrome constitucional. No desencadenante de esfuerzo físico ni contusión.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

- AMC: penicilina.
- Antecedentes familiares: no refiere.
- Enfermedades: Taquicardia paroxística, EPOC, periartrosis escapulo humeral, hernia de hiato, microadenoma hipofisario, epilepsia gran mal. FRCV:HTA.
- Hábitos tóxicos: fumadora 10-12 cigarrillos/día, desde hace 35 años.
- Menopausia precoz: 38 años.
- Tratamiento habitual: Enalapril 20 mg/ HCTZ 12.5 mg 1c/día, Omeprazol 20 mg 1c/día, Lorazepam 1mg 1c/día, Spiriva 18mcg 1inha/día, Seretide 50/500 mcg 1inha/12 h.

Exploración

Columna: leve cifosis dorsal con rectificación lordosis lumbar. Dolor intenso a la presión apófisis espinosas vértebras lumbares, no en paravertebral. No hematomas ni lesión dermatológica. Lasègue y Bragard negativos, ROT conservados. exploración neurológica normal. MMII no edemas, pulsos distales conservados y simétricos. Constantes: TA 140/90, FC 78lpm, SatO2 98%.

Pruebas complementarias

Rx AP y lateral de columna dorso-lumbar: alteración de la densidad ósea y disminución altura cuerpos vertebrales L2-L3 compatible con osteopenia y artrosis.

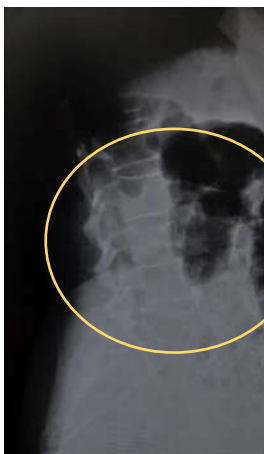


Figura 1. Rx lateral de columna dorso-lumbar



Figura 2. Ampliación

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tras anamnesis, exploración física y resultado de pruebas complementarias la paciente presenta Factores de riesgo relacionados con la disminución de la densidad mineral ósea y riesgo de fractura por debilidad:

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Mayor de 65 años	Fumadora
Fallo ovárico prematuro sin tratar	Sexo femenino
Microadenoma hipofisario	Menopausia precoz

Y por las características de la fractura vertebral, nos induce a pensar origen osteoporótico:

Osteoporóticas	Por otras causas
Factores de riesgo de osteoporosis	No existen factores de riesgo de osteoporosis
Antecedentes de corticoterapia	Neoplasia previa
Dolor mecánico	Dolor de reposo
VSG normal	VSG elevada
Fosfatasa alcalina y calcemia normal	Fosfatasa alcalina y calcemia elevadas
Proteinograma normal	Banda monoclonal en proteinograma
Alteraciones Rx entre D4-L5	Alteraciones Rx por encima de D4 o solo en L5
Aplastamiento en cuña anterior	Alteraciones Rx de pedículos y/o arco posterior
Causadas por traumatismos mínimos	

Ante elevada sospecha: aplastamiento vertebral 2º osteoporosis en paciente post-menopáusica y FR, solicitamos: estudio analítico, índice FRAX y derivación a reumatología.

- Analítica de sangre y orina, (recomendada por Guías de Práctica Clínica para diagnóstico diferencial de fractura vertebral):
Hemograma con VSG, PCR. Bioquímica básica: GOT, GPT, Calcio, P, FA, Cr, FG. Vitaminas y hormonas: Vit D, PTH, TSH. Proteinograma y proteinuria (albúmina Bence Jones).
Alteraciones analíticas que sugieren otras patologías:

Analítica	Patología
VSG	Aumentada: neoplasia, patología inflamatoria, colagenosis
Hemograma	Enfermedades hematológicas
Calcemia	Aumentada: hiperparatiroidismo 1º, metástasis, MM Disminuida: osteomalacia
Fosforemia	Disminuida: osteomalacia, hiperparatiroidismo
Fosfatasa alcalina	Aumentada: fracturas, enf. Paget, osteomalacia, hepatopatías, metástasis óseas
Proteinograma	Mieloma
TSH	Patología tiroidea
Creatinina, FG	Nefropatías
Transaminasas	Hepatopatías
Testosterona y LH	Hipogonadismo
Calciuria	Disminuida: hiperparatiroidismo 2º, osteomalacia. Aumentada: hiperparatiroidismo 1º, hipercalciuria renal idiopática

- Índice FRAX: calculamos el riesgo de fractura a diez años en nuestra paciente, tanto para fractura de cadera como para otras fracturas osteoporóticas.

FRAX® Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura

Inicio Herramienta de Cálculo Tablas FAQ Referencias CE Mi

Herramienta de Cálculo

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

país: Reino Unido Nombre/ID: PACIENTE Sobre los Factores de riesgo

Questionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
 Edad: Fecha de Nacimiento: A: 1954 M: 07 D: 22

2. Sexo Hombre Mujer

3. Peso (kg) 65

4. Estatura (cm) 165

5. Fractura previa No Sí

6. Padres con Fractura de Cadera No Sí

7. Fumador Activo No Sí

8. Glucocorticoides No Sí

9. Artritis Reumatoide No Sí

10. Osteoporosis secundaria No Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día No Sí

12. DMO de Cuello Femoral

Seleccione BMD

Borrar Calcular

IMC: 23.9

La probabilidad de diez años de fractura (%)

Sin DMO

Mayor osteoporótica	26
La fractura de cadera	10

Figura 3. Índice FRAX

Según el algoritmo de decisión basado en el riesgo obtenido para fractura osteoporótica mayor con el uso de la herramienta del FRAX:

- Riesgo $\leq 3.5\%$: recomendar medidas preventivas
- Riesgo 3.5-10%: solicitar DMO
- Riesgo $\leq 7\%$: medidas preventivas
- Riesgo $\geq 7\%$: recomendar tratamiento
- Si existe fractura por fragilidad (cadera, vertebral, húmero) recomendar tratamiento.

Sospecha diagnóstica

Aplastamiento vertebral 2º a osteoporosis (Fractura por fragilidad)

Diagnóstico diferencial

- Tumor óseo 1º
- Metástasis (próstata, mama, tiroides, pulmón, riñón)
- Osteomalacia
- Mieloma Múltiple (MM)
- Osteomielitis
- Otras: enfermedad de Paget, artritis reumatoide, hiperparatiroidismo, linfoma...

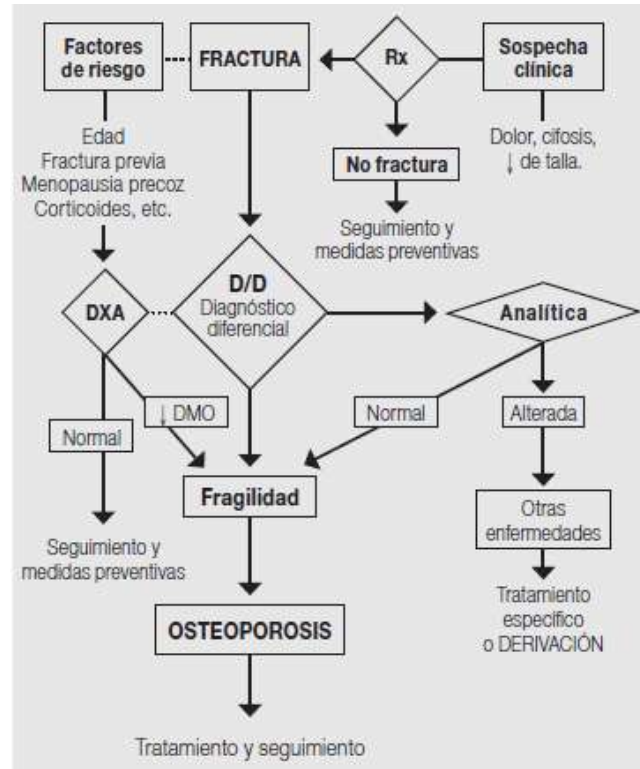
El criterio clínico de osteoporosis es la presencia de fractura ósea por fragilidad, que debe cumplir al menos dos requisitos:

- 1) Desproporción de la fractura con la intensidad del traumatismo (traumatismo de bajo impacto)
- 2) Excluir otras causas de fragilidad ósea (DD metástasis, MM, osteomalacia, enferm. Paget...)

Para realizar el diagnóstico de confirmación de osteoporosis: interpretación Densitometría.

DMO: T-score < -2.5 DE. Además, DMO valora riesgo de fractura y monitoriza respuesta al tratamiento.

Algoritmo diagnóstico de osteoporosis:



Plan de actuación

Explicamos la necesidad de realizar PPCC para DD y la derivación a Reumatología para confirmación diagnóstica y reajuste de tratamiento.

Exponemos F.Riesgo de osteoporosis: menopausia precoz, tabaquismo, endocrinopatías (microadenoma hipofisario), EPOC y fármacos (IBP, anticomiciales, corticoides).

Explicamos medidas higiénico-dietéticas:

Exposición solar durante 15 o 20 min/día.

Dieta rica en calcio: productos lácteos, sardinas...

Ejercicio físico tras resolución proceso agudo: caminar 30 min-1hora/día.

Evitar hábitos tóxicos: tabaco, alcohol...

Prevención caídas y fracturas. (Retirar tratamiento benzodiazepinas).

Planteamos el abandono tabáquico para no agravar aún más el proceso de osteoporosis.

Pautamos tratamiento analgésico de fractura vertebral, reposo (3-4 días cama) y órtesis. Además de inicio terapia osteoporosis ante sospecha elevada y fractura por fragilidad en mujer post-menopáusica con FR.

Tratamiento pautado:

Analgésico: Palexia (Tapentadol) 25 mg 1c/8h+ Paracetamol 1 g 1c/8h+ Tryptizol (Amitriptilina) 10 mg 1c/día (noche)

Osteoporosis: Demilos (calcio/colecalciferol) 600 mg/1000UI 1c/día (comida)+ Hidroferol (calcifediol) 0.266mg 1c/mes+ Actonel (ácido risedrónico) 30 mg 1c/semanal (en ayunas, 30min-1h antes desayuno)

Control adherencia terapéutica en 15 días, valorar RAM y estabilización del dolor.

Informar de resultado analítico.

Plan de acción y evolución

Analítica: VSG 33mm/h, PCR 56.3 mg/L. Vitamina D 15 ng/mL. Resto normal.

Estudio por REUMATOLOGÍA:

RMN: severo aplastamiento vertebral de L3. Hundimiento de plataforma superior de L2. Leve retropulsión del muro posterior.

DMO: T-score -2.7 DE → diagnóstico de osteoporosis. Ante densitometría diagnóstica de osteoporosis + fractura vertebral, se considera OSTEOPOROSIS GRAVE.

Se reajusta tratamiento

Control analítico+DMO en 1-2 años

Valoración de vertebroplastia en unidad de columna

Juicio clínico: aplastamiento vertebral L3 secundario a osteoporosis.

Conclusión

Resaltar la gran importancia de la promoción y prevención de la salud a la población, la detección precoz de pacientes frágiles para evitar el desarrollo de complicaciones graves (fracturas por fragilidad) que disminuyen la calidad de vida y aumentan la morbimortalidad, generando un elevado impacto sociosanitario y económico. Alta prevalencia debido al aumento de la esperanza de vida.

Abordaje de la mujer, afecta mayormente a sexo femenino en proporción 3-4/1.

Buena relación médico-paciente es esencial en todo proceso de consulta y adherencia terapéutica.

Dificultades en cuanto a:

Falta de actualización de protocolos desde AP.

Complejo abordaje biopsicosocial ante la situación actual de pandemia y el dolor incapacitante de la paciente.

Bibliografía

Bastida Calvo JC. Guía Práctica del manejo de la Osteoporosis y de la prevención de la fractura por fragilidad en Atención Primaria. Semg. 2014. Disponible en:

https://www.semg.es/images/stories/recursos/2015/documentos/osteoporosis_guia.pdf

OMC de España (Organización Médica Colegial). Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Osteoporosis. 2ª Edición Actualizada. Madrid. 2008. Disponible en:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_osteoporosis_edicion2.pdf

Ministerio de Ciencia y Educación. Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2010. Disponible en:

https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_476_Osteoporosis_AIAQS_compl.pdf

SEMFYC. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Osteoporosis. Manejo: Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona. 2014. Disponible en:

https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/03/Libro_Osteoporosis14_Def.pdf

Centro de Salud El Progreso. Badajoz. Protocolo para el manejo de la Osteoporosis Post-menopáusica en Atención Primaria. Disponible en:

https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_primaria/documentos/centros_salud/PROTOCOLO_PARA_EL_MANEJO_DE_OSTEOPOROSIS_EN_MUJERES_POSTMENOPAUSICAS.pdf

Naranjo A et Al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre Osteoporosis. Reumatol Clin, 2019; 15 (4): 188-210.

11.**Bloqueo de rama derecha, no todos son insignificantes**

Morales Delgado, Nazaret
 Martín Mañero, Cristina
 Martín Rioboo, Enrique

/MIR de MFyC. CS Poniente. Córdoba
/MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Poniente. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivo de consulta

Solicita informe de salud.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Cólico nefrítico izquierdo. Hipercolesterolemia. Riesgo cardiovascular moderado.

Hábitos tóxicos: no fumador ni bebedor. No alergias conocidas. Profesor de Educación Secundaria. Tratamiento habitual: no refiere. Antecedentes familiares: abuelo materno fallecido súbitamente a los 62 años.

Anamnesis

Varón de 53 años que acude a consulta de atención primaria solicitando informe de salud para poder incorporarse al Servicio Militar, como reservista voluntario, por un periodo de varios meses, que solicita cada dos años.

El paciente se encuentra asintomático. No episodios de síncope ni mareos previos. No cefaleas. No dolor torácico ni clínica vegetativa. No sensación de palpitations ni episodios arrítmicos conocidos.

Dos años antes ya de documentó un bloqueo de rama derecha “atípico” siendo consultado telefónicamente un cardiólogo, descartando patología que precisara continuar estudio.

Antes de la realización de dicho informe su MAP le realiza una exploración física completa, acompañado de una serie de *pruebas complementarias* básicas como son analítica y ECG.

Exploración

Buen estado general. Consciente, orientado, colaborador. Normohidratado, normoperfundido. Eupneico en reposo. El paciente acude andando a consulta, sin impresionar de gravedad.

Exploración neurológica: Glasgow 15/15. PIRNL. Pares craneales conservados. No focalidad neurológica. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. No dismetrias ni disdiacocinesias. Fuerza y sensibilidad en 4 extremidades conservada. ROT presentes. Romberg negativo. Marcha normal. Maniobra dedo- nariz normal.

No adenopatías palpables a nivel submandibular, axilar, inguinal, subclavicular.

Orofaringe: Úvula centrada sin hiperemia ni hipertrofia amigdalares.

Auscultación cardiopulmonar: Pulso rítmico a buena frecuencia sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

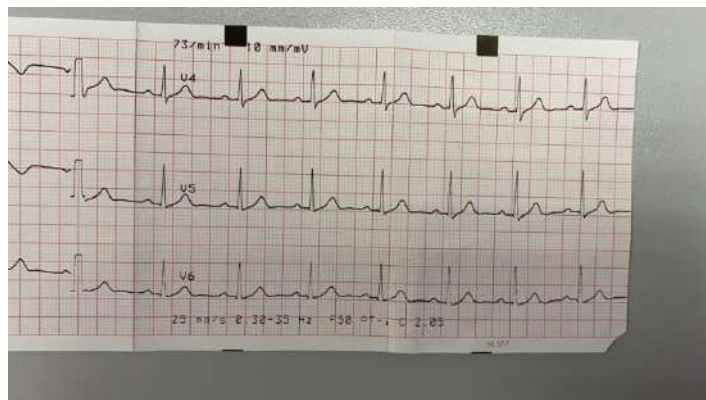
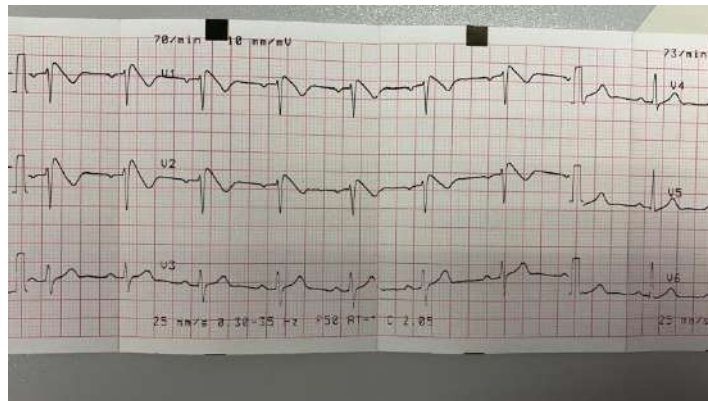
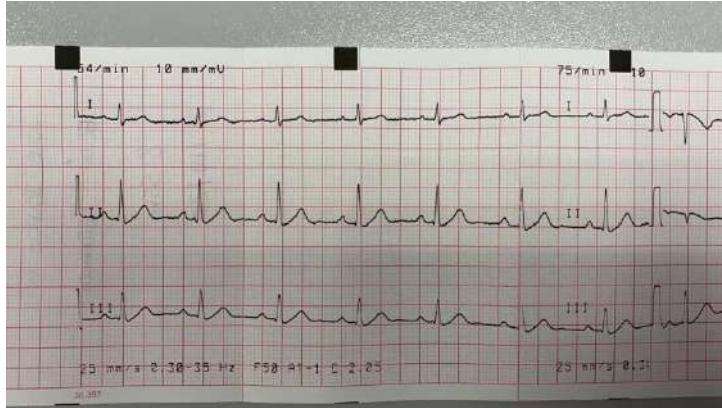
Abdomen: blando, depresible. Sin palpar masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativo. Ruidos hidroaéreos conservados. No timpanismo excesivo a la percusión.

Miembros inferiores: No edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias

Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos reseñables.

ECG: Ritmo sinusal a unos 70 lpm. PR normal. QRS con imagen de bloqueo de rama derecha, con patrón atípico, en el que destaca la elevación convexa y descendente del segmento ST ≥ 2 mm en más de una derivación precordial derecha (V1-V2) con onda T negativa. Sugestivo de Síndrome de Brugada.



Enfoque familiar y comunitario

Importancia de diagnosticar enfermedades que tienen carácter genético, a veces asintomáticas, que pueden llegar a tener complicaciones cardiovasculares graves, síncope, e incluso un desenlace fatal como puede ser una arritmia como fibrilación ventricular o taquicardia ventricular o en su mayor caso a la muerte súbita.

Plan de actuación y tratamiento

Derivación al servicio de Cardiología.

Se recomienda evitar algunos factores de riesgo que incrementan la elevación del segmento ST, tales como los fármacos antiarrítmicos (procainamida, propafenona), psicotrópicos (amitriptilina, litio) y anestésicos/analgésicos (procaina y propofol), entre otros (cocaína, alcohol).

El tratamiento farmacológico para el SBr no es muy efectivo. La implantación de un DAI previene la muerte súbita en pacientes sintomáticos con ECG tipo I, además, si se presentan efectos desfavorables como eventos arrítmicos malignos tipo TV o FV, el DAI termina las anteriores situaciones con estimulación anti-taquicardia o con terapia de desfibrilación, de esta forma evita una parada cardíaca y posterior muerte súbita arrítmica.

Comentario: el síndrome de Brugada, descrito por primera vez en 1992, se caracteriza por un patrón electrocardiográfico característico en precordiales derechas y la predisposición a presentar arritmias ventriculares y muerte súbita. El síndrome de Brugada se incluye entre las canalopatías, trastornos eléctricos primarios que característicamente no asocian cardiopatía estructural concomitante.

Aunque se transmite de forma autosómica dominante, en un porcentaje no despreciable de los pacientes puede ser esporádico, siendo en la mayoría de las ocasiones asintomático antes del diagnóstico, aunque las arritmias, síncope o muerte súbita se presenta en el 20-40% de los pacientes.

Evolución

El paciente se encuentra pendiente de realización de EEF por parte de servicio de Cardiología. Continúa asintomático. Se deriva a la unidad de arritmias para desenmascaramiento de posibles arritmias mediante test de provocación farmacológicos (habitualmente ajmalina).

Conclusión

Las bases genéticas de la enfermedad han demostrado que su origen es de carácter autosómico dominante con penetrancia incompleta y se han aislado aproximadamente 20 genes asociados con más de 250 mutaciones. Sin embargo, existen diagnósticos de novo en los que el cribado de la enfermedad en familiares directos no encuentra antecedentes. Los principales síntomas incluyen: taquicardia, síncope, arritmias y muerte súbita como desenlace final.

Recordar la relevancia de reconocer aquellos hallazgos ECG que representan un riesgo importante de enfermar, incluso en pacientes asintomáticos, y cuyo diagnóstico puede salvar la vida del paciente.

La importancia de realizar las pruebas pertinentes para despistaje a grandes rangos de patologías que comprometen la salud antes de realizar informes de salud solicitados por pacientes para realizar su oficio.

Bibliografía

Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315.
 Brugada J, Campuzano O, Arbelo E, Sarquella-Brugada G, Brugada R. Present Status of Brugada Syndrome JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2018;72(9):1046-1059.

12.**Botriomicoma. Diagnóstico diferencial**

Grimaldi Miranda, Elena
Pérez Márquez, Antonio

/MIR de MFyC. CS Molino de la Vega. Huelva
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Molino de la Vega. Huelva

Motivo de consulta

Lesión en escote de rápida.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una paciente mujer de 41 años sin antecedentes personales de interés que consulta telefónicamente por una lesión en escote de aproximadamente dos meses de evolución, ante la necesidad de valorar presencialmente la lesión se cita en consulta esa misma semana.

Se objetivándose una lesión de 1 cm de diámetro, que impresiona de quiste sebáceo sobreinfectado (eritematoso y caliente), se inicia tratamiento antibiótico con mupirocina. 10 días después la paciente consulta telefónicamente para referir aumento de la lesión pese a tratamiento antibiótico, por lo que de nuevo se cita presencialmente.

En la segunda visita se objetiva una lesión pediculada, de color rojizo, perlado, sin supuración ni bordes eritematosos, no dolorosa a la palpación que ha aumentado de tamaño a 3 cm. Se decide citar rápidamente en consulta de tele-dermatología para realización de fotografía y valoración por Dermatología ante la rápida evolución del mismo y la necesidad de descartar un proceso neofornativo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de botriomicoma (o granuloma piógeno), se trata de tumores vasculares que se manifiestan como pápulas o nódulos de color vinoso y tamaño variable, de crecimiento rápido y que sangran fácilmente.

Es frecuente que la base sea más estrecha, como en el caso que describimos.

En adultos es fundamental realizar una biopsia para realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas que sí tienen características de malignidad como el melanoma, por la rápida evolución que ha tenido la lesión, destacando el melanoma nodular dada la fase de crecimiento vertical que presenta.

También debe realizarse con el carcinoma basocelular, dadas las características de la lesión como borde perlado y coloración rojiza.

Otros diagnósticos diferenciales son el granuloma periférico de células gigantes, el fibroma osificante periférico, el sarcoma de Kaposi, el angiosarcoma o el linfoma no hodgkiniano.

Plan de acción y evolución

Se realizan fotografías (ilustración 1) y dermatoscopia (ilustración 2), así como tele-consulta a Dermatología.



Ilustración 1



Ilustración 2

Esa misma semana se recibe respuesta por parte de Dermatología ante la necesidad de descartar melanoma se cita a la paciente para extirpación quirúrgica de la lesión la semana siguiente.

Tras la cirugía la cicatriz evoluciona adecuadamente, sin presentar complicaciones. La anatomía patológica determina que se trata de un granuloma piógeno o botriomicoma.

Conclusión

Importancia del seguimiento y evolución de las lesiones dermatológicas, para detectar signos de alarma que puedan producirse, destacando la utilidad de las herramientas telemáticas de comunicación con Dermatología. Además, es necesario resaltar también la necesidad de en tiempos de COVID-19 combinar las consultas telefónicas con las citas presenciales.

Palabras clave

Granuloma piógeno, Atención Primaria, Dermatología.

13.**Caídas de repetición en el anciano**

Ávila Ossorio, Beatriz
 Junyent Gómez, Raquel
 Mora Quintero, Antonio

/MIR de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla
/MIR de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutor. Ronda Histórica. Sevilla

Motivo de consulta

Caída accidental desde propia altura.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales:

Reacciones adversas medicamentosas: Alergia a penicilina y procaína.

Hábitos tóxicos: Exfumador de 10 cigarrillos/día durante 25 años (índice consumo acumulado tabaco: 12.5 paquetes/año). No bebedor. Niega consumo de otros tóxicos.

FRCV: Dislipemia.

Enfermedades previas: Síndrome hemorroidal. Gonartrosis bilateral. Hipertrofia benigna prostática.

Intervenciones quirúrgicas: Leucoplasia. Ulcus duodenal.

Tratamiento domiciliario: no realiza.

Anamnesis

Paciente varón de 75 años que acude al servicio de Urgencias acompañado por su hijo por episodio de caída accidental desde su propia altura con traumatismo en ambas rodillas. Nos cuenta que desde hace más de un año nota empeoramiento progresivo de la marcha. Refiere que le cuesta iniciar la marcha, posteriormente nota que no le responden las piernas, las encuentra pesadas, de tal forma que para caminar el cuerpo se le inclina hacia delante, llegando incluso a caerse en repetidas ocasiones tanto en domicilio como en la calle. No ha notado torpeza en los miembros superiores.

Interrogando al paciente nos comenta que desde hace mucho tiempo presenta urgencia miccional e incontinencia urinaria, en ocasiones hasta tiene que ir a orinar varias veces durante la noche, motivo por el cual lleva tiempo utilizando pañal. Ha consultado por este motivo en varias ocasiones y ha realizado tratamiento con tamsulina ante la sospecha de hipertrofia benigna prostática, pero ante la no mejoría del cuadro ha dejado el tratamiento.

Su hijo nos refiere que no le ha notado cambios en el comportamiento, tan solo pequeños olvidos, a pesar de lo cual el paciente es capaz de encargarse de las gestiones de su hogar, maneja correctamente el dinero y realizar la compra.

Exploración

Constantes estables. Examen cardiológico y respiratorio normales.

Pequeñas erosiones en cara anterior de ambas rodillas sin sangrado activo ni tumefacción. Balance articular conservado sin limitación sin dolor.

Neurológico: Facies hipoexpresiva. Alerta y orientado, sin alteraciones del habla ni lenguaje. No alteración de la motilidad ocular ni asimetría facial. No claudicación de miembros inferiores ni superiores. Discreta bradicinesia. Rigidez con fenómeno de rueda dentada predominantemente en ambos miembros superiores. Dificultad para iniciar la marcha, que realiza a pasos cortos, dubitativa y con descompensación de los giros. Braceo conservado.

Pruebas complementarias:

Analítica de sangre que incluye hemograma, coagulación y bioquímica, con resultados dentro de la normalidad.

TAC sin contraste IV de cráneo: Dilatación del sistema ventricular. No se aprecia atrofia cerebral significativa. No focos hemorrágicos intraparenquimatosos ni colecciones extraaxiales. No desviación de línea media. No signos actuales de isquemia aguda. No signos indirectos de lesiones ocupantes de espacio. Sin hallazgos en fosa posterior. No ocupación de los senos paranasales visualizados.



Ilustración 1. TAC cráneo sin contraste. Hidrocefalia.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente es viudo y tiene un hijo. Se trata de una familia nuclear íntegra. El paciente vive solo, cuenta con buen apoyo familiar. Siguiendo la clasificación de la OMS para las etapas del ciclo vital, se encuentra en la fase VI – Disolución (desde la muerte del primer conyugue hasta la muerte del conyugue sobreviviente). El paciente cuenta con estudios básicos, estuvo escolarizado hasta los 12 años. Desde entonces ha realizado diferentes actividades laborales, trabajando la mayor parte de los años como celador en un hospital. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hidrocefalia normotensiva del adulto.

Diagnóstico diferencial: enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de Alzheimer, Parkinson, demencia frontotemporal), demencia vascular (demencia multiinfarto, enfermedad cerebrovascular), infecciones (sífilis, tuberculosis), traumatismo cráneoencefálico, carcinomatosis meníngea, atrofia cerebral.

Plan de acción y evolución

Se realiza derivación de forma preferente a consulta de Neurología tras lo cual se realiza punción evacuadora de forma reglada, extrayéndose 45 cc de líquido claro. En cita de revisión se valora que el paciente ha mejorado clínicamente la marcha. Por otro lado, se realiza derivación al servicio de Neurocirugía para valorar indicación de válvula de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Conclusión

Una vez más queda reflejada la importancia de parar y dedicar tiempo a la parte más importante de la consulta médica: la entrevista. Resulta primordial como médicos de familia y atención en urgencias realizar una adecuada anamnesis ante todo motivo de consulta, pues en la gran mayoría de los casos nos va a orientar hacia el verdadero problema. Si en este caso atendido en urgencias nos hubiéramos dedicado a la simple evaluación de las zonas contusionadas del traumatismo, hubiéramos obviado que el problema no era la caída, sino la repetición de las mismas desde hacía mucho tiempo, asociado a otros problemas (la incontinencia urinaria). No podemos valorar síntomas aislados sino a pacientes de forma global. La demencia secundaria a hidrocefalia normotensiva es una de las pocas demencias tratables y potencialmente reversibles. Es importante tener esta entidad presente pues una correcta orientación diagnóstica va a permitir la optimización de los recursos y su detección precoz.

Palabras clave

Incontinencia urinaria, Apraxia de la Marcha, Hidrocefalia Normotensa

14.**Cefalea intensa que no cesa con tratamiento analgésico habitual**

Tárraga Galdón, Fátima

Tortosa Rosúa, José Antonio

López de Hierro Ruiz, José Andrés

*/MIR de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada**/MIR de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada**/Especialista en MFyC. Tutor. CS Zaidín Sur. Granada***Motivo de consulta**

Cefalea de gran intensidad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Litiasis renal. Síndrome del túnel carpiano bilateral. Hernias cervicales y lumbares. Fibromialgia. Niega hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes familiares: sin interés. **Tratamiento actual:** no refiere.

Enfermedad actual: mujer de 50 años que acude a nuestro servicio de Urgencias de Atención Primaria por cefalea de gran intensidad (refiere que es el dolor de cabeza más intenso que ha sufrido en su vida), localizada en región parietal izquierda e irradiada hacia región ocular izquierda, de tipo punzante (como una quemazón), de 2 días de evolución. Refiere náuseas acompañantes, sin vómitos. No fotofobia ni sonofobia. Mareo con sensación de giro de objetos. No parestesias. Niega episodios previos de características similares, solo cefaleas coincidentes con la menstruación o en período perimenstrual. Niega antecedente traumático. No ha tomado medicación para el dolor.

Exploración

Hemodinámicamente estable. Afebril. TA 112/70 mmHg, FC 57 lpm, SatO₂ 100%. Regular estado general. Consciente, orientada en las tres esferas y poco colaboradora por dolor intenso. Palidez cutánea. Normohidratada, normoperfundida. Eupneica en reposo. Glasgow 15/15. Neurológica: PICNR. MOEs conservados. Pares craneales explorados normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. ROT conservados. No disimetría dedo-nariz, no disdiacocinesia. No nistagmo. Marcha no valorable.

Actitud: se decide pautar tratamiento con Dexketoprofeno + Metamizol intravenosos en el ambulatorio y esperar evolución, dado que no había tomado ningún tratamiento analgésico en su domicilio. Mientras esperamos, la paciente permanece en una habitación oscura y tranquila. Se reevalúa a la paciente media hora después, que no refiere ninguna mejoría clínica tras medicación administrada, por lo que se deciden pautar: Paracetamol + Metamizol + Metoclopramida intravenosas, a la espera de mejoría del dolor. Se reevalúa de nuevo a la paciente 1 hora y media después, que continúa con cefalea intensa tras nueva administración de medicación. Se decide derivar al Servicio de Urgencias de referencia para valoración y realización de pruebas complementarias.

Urgencias hospitalarias

En el Servicio de Urgencias hospitalarias se solicita analítica general, que resulta normal, así como radiografía cervical, en la que se objetiva rectificación cervical, sin otras alteraciones a destacar. Se pauta diazepam intravenoso y gafas nasales de O₂ a 2 litros, y tras reevaluación una hora después, se decide solicitar TAC craneal, dado que no mejora tras la nueva administración de medicación.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente permanece acompañada en todo momento por su pareja. Se muestra angustiada e intranquila, dada la intensidad del dolor y su desesperación por no conseguir alivio con ninguno de los fármacos administrados. Revisamos su historia clínica en Atención Primaria, sin encontrar antecedentes de migraña ni otro tipo de cefalea que requiriese abordaje urgente. Intentamos abordarla con cautela, informando en todo momento sobre los pasos diagnósticos y terapéuticos realizados, así como transmitiendo la tranquilidad que necesita.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Cefalea intensa que no cesa con tratamiento analgésico habitual, sin signos de alarma en la exploración.

Plan de acción y evolución

Finalmente, el TAC craneal concluye que se objetivan dos probables meningiomas de localización temporal izquierda, de 15x8 mm y 7,6x4 mm respectivamente. Desde el hospital se contacta con el Servicio de Neurocirugía, que considera que la cefalea no es debida a los meningiomas encontrados en la prueba de imagen. Citan a la paciente en consultas externas de Neurocirugía, solicitando RMN para completar estudio diagnóstico e indicando pautar tratamiento sintomático domiciliario. Se inicia tratamiento con corticoide intravenoso, que consigue alivio de los episodios de dolor, que ahora se suceden con menor frecuencia.

En Urgencias hospitalarias, se informa a la paciente sobre los detalles del proceso diagnóstico, así como sobre el tratamiento a seguir (prednisona 30 mg en pauta descendente durante 9 días, paracetamol/tramadol, metoclopramida 30 mg si náuseas, y diazepam 5 mg por las noches durante 7 días), indicando que ante cualquier síntoma de alarma o empeoramiento acuda de nuevo a Urgencias.

Desde Atención Primaria se realiza un seguimiento conjunto junto con Neurocirugía, revisando y comprobando si el tratamiento analgésico ha resultado eficaz. A su vez, se indica a la paciente que realice un diario de cefaleas, en el cual documente los días y a qué horas se producen las crisis de dolor, así como los síntomas acompañantes y los fármacos que permiten la mejoría de las crisis.

Este simple hecho nos será de gran utilidad, tanto para médicos de familia como para especialistas, para realizar un seguimiento más aproximado y conseguir un mayor control del dolor con la medicación pautada.

Diagnóstico diferencial

Migraña episódica, cefalea tensional, cefalea en racimos o cluster, hemorragia subaracnoidea, cefalea secundaria.

Conclusión

Las cefaleas son un grupo muy amplio y heterogéneo de entidades clínicas, y representan un importante problema de salud, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en Atención Primaria como en los servicios de Urgencias. Algunos tipos, como la migraña crónica, afectan a la calidad de vida de los pacientes a todos los niveles de su vida (familiar, personal, laboral y social). Por ello, ante el comienzo de una cefalea intensa de inicio brusco, sin antecedentes conocidos y con presencia de algún síntoma de alarma (frecuencia o intensidad creciente, unilateralidad, alteración psíquica, focalidad neurológica, etc.), es imprescindible descartar organicidad. Una vez realizado este paso, el control de las crisis de dolor es fundamental, así como realizar un seguimiento periódico del tratamiento sintomático pautado, valorando su respuesta y tolerabilidad durante los ataques.

Por otra parte, la educación del paciente es muy importante, puesto que debe ser partícipe del proceso: ha de ser capaz de reconocer la sintomatología de las crisis de dolor y realizar los correspondientes registros diarios de cefalea, en caso de que esta fuera diaria. No debemos de olvidar que nuestro principal objetivo desde Atención Primaria es reducir la frecuencia de las crisis de dolor y la discapacidad que sufren estos pacientes, ya que el dolor puede ser en ocasiones muy invalidante.

Por último, el meningioma es un tipo de tumor intracraneal extraparenquimatoso, que afecta principalmente a mujeres durante la 5ª y 6ª década de la vida. En general son lesiones de buen pronóstico cuyo tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Sin embargo, en aquellos de pequeño tamaño se puede seguir una actitud expectante, como es el caso de nuestra paciente.

Bibliografía

Oria CG, Jurado Cobo CM, Romero JV. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de Estudio de Cefaleas. Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE)

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

15.

Cervicalgia que escondía un tumor pulmonar

Vázquez Alarcón, Rubén Luciano
Rodríguez Cachafeiro, Katherine Priscila

/Especialista en MFyC. Tutor. CS de Vera (Almería)
/MIR de MFyC. CS de Vera (Almería)

Motivo de consulta.

Cervicalgia que no cede desde hace un mes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: varón de 67 años. Exfumador 2 paq/día desde hace 10 años. Exbebedor moderado desde hace 3 años. HTA, DM2, Enfermedad arterial periférica. HDA en 2009 (por toma de antiagregantes).

Anamnesis.

Acude a consulta por cervicalgia que inicia en hombro e irradia hacia región laterocervical izquierda, desde hace un mes. Es atendido por médico extracomunitario que indica Rx cervical y hombro y pauta analgésicos menores (no AINEs) para el dolor, indicando cervicalgia como juicio clínico. Posteriormente acude comentando que el dolor no cede. Es valorado en consulta por médico de familia en donde no objetiva en exploración patología osteomuscular. En rRx de hombro no se aprecia patología músculo-esquelética, y la exploración no se aprecia patología cervical. Al valorar Rx de hombro se aprecia lesión ocupante de espacio en lóbulo superior izquierdo (LSI). En Rx de tórax se objetiva masa parcialmente espiculada en LSI.

Pruebas complementarias

Analítica: hemograma normal. Coagulación fibrinógeno en 760. Hba1 C 7.2%, creatinina, perfil hepático y resto de bioquímica normales. Rx hombro y cervical: no patología osteomuscular. Se aprecia masa en LSI. Rx tórax: masa espiculada en LSI. Pet-TAC.: neoplasia pulmonar de 4x5 cm en LSI. Adenopatías mediastínicas. Fibrobroncoscopia: tumoración endobronquial. Anatomía patológica: Adenocarcinoma pulmonar pobremente diferenciado.





Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial).

Masa pulmonar izquierda.

Diagnóstico diferencial

Cervicalgia, síndrome hombro doloroso, síndrome coronario, odontalgia, leucemia/linfoma, neuropatía diabética, síndrome Pancoast.

Plan de actuación y evolución

Tras ser valorado en consulta por segunda vez, se derivó a consulta de diagnóstico rápido para neumología, quien solicitó el Pet-TAC, y fibrobroncoscopia.

Actualmente está a la espera de oncología para valorar tratamiento. En tratamiento con opiáceos mayores para el dolor.

Conclusión

El papel del médico de familia es fundamental en el trabajo de una consulta, pues aborda al paciente de forma multidisciplinar y durante la *anamnesis* ya elabora un abanico de diagnósticos diferenciales que ayudan a orientar el proceso.

Palabras clave

Neck pain, shoulder syndrome impingement, Pancoast syndrome.

16.

Coinfección en tiempos de pandemia: más allá del COVID-19

Expósito Duque, Víctor
Martínez Lechuga, Mariana
Vílchez Megías, Pablo

/MIR de MFyC. CS de Úbeda (Jaén)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS de Úbeda (Jaén)
/MIR de MFyC. CS de Úbeda (Jaén)

Motivo de consulta

Lesiones en boca y genitales

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Varón de 25 años sin hábitos tóxicos. Úlceras gástricas con la toma de AINEs en 2019 y COVID19 positivo hace un mes y medio. No toma medicación habitual ni tiene patologías crónicas.

Presenta lesiones bucales bilaterales dolorosas de un mes de evolución por las que ha consultado a varios otorrinolaringólogos (uno privado y dos “consultas de pasillo”) y ha seguido tratamiento con enjuagues de Nistatina, Miconazol, varios colutorios y una fórmula magistral de Triamcinolona, Lidocaína y Glicerina. Acude porque desde hace dos días tiene también lesiones genitales.

En la *anamnesis* niega otra clínica en el momento actual. Al interrogar por antecedentes refiere un cuadro de cefalea, astenia y malestar general hace dos meses de una semana de duración y que, al remitir, le apareció un rash cutáneo que describe como máculas puntiformes no confluentes en torso no pruriginoso que desaparecieron en dos días sin afectar a extremidades por el que no consultó. A la semana comienza con tos dando positivo en test Ag SARS-Cov-2 y se mantuvo en aislamiento con síntomas leves (diarrea, tos, congestión nasal, anosmia y ageusia, dolores musculares, disnea con el ejercicio y dolores articulares). Alta a los 19 días tras positivarse los Ac IgG, un día antes de comenzar con las lesiones en la boca.

A la *exploración* persisten placas blancas bilaterales en cara inferior de lengua que no se desprenden con facilidad con una única zona ulcerada milimétrica. A la inspección genital se ven lesiones papulosas erosionadas en pene y escroto de pequeño tamaño dolorosas y balanitis leve. El resto de inspección no muestra otras lesiones cutáneas. Auscultación cardiotorácica y exploración abdominal sin hallazgos. Articulaciones pequeñas y grandes sin signos de inflamación. Adenopatías de pequeño tamaño bilaterales no adheridas a planos profundos en varias áreas cervicales.

Enfoque familiar y comunitario:

Soltero sin hijos, con buena red de apoyo sociofamiliar. Trabajador sanitario. HSH con actividad sexual frecuente. Convivencia en domicilio familiar tres días antes de dar positivo a SARS-Cov2 con padres y hermanos quienes resultan positivos en el estudio de contactos.

Como antecedentes familiares abuela paterna con artritis reumatoide y abuela materna con linfoma del manto. No otros antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal ni enfermedades autoinmunes.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

En el diagnóstico diferencial se plantea como posibilidad que el cuadro se englobe dentro del único diagnóstico que ya tenemos, COVID-19. Sin embargo, la cronología no cuadra ya que los primeros síntomas compatibles (cefalea, astenia, mialgias, exantema morbiliforme ...) se adelantan unas dos semanas al diagnóstico. Existen casos publicados de pacientes con lesiones genitales y bucales atribuidas al COVID-19 pero como manifestaciones tempranas de la infección aguda.

Planteamos ampliar, por lo tanto, el diagnóstico diferencial con otras causas infecciosas o enfermedades sistémicas inflamatorias.



Reacción tras Penicilina im.

Plan de acción y evolución

Se solicita analítica: hemograma, hemostasia, dímero-D, bioquímica general, transaminasas y reactantes de fase aguda sin alteraciones relevantes, factor reumatoide <10 y HLA-B51 negativo, Ac reagínico de sífilis positivos con titulación 1/64, Citomegalovirus (Ac IgG positivos, Ac IgM negativos), VIH negativo, Virus de Epstein-Barr (Ac IgG y Ac IgM ambos positivos), VHB negativo, VHC negativo, Ac SARS-Cov2 (Ac IgG y Ac IgM ambos positivos).

El paciente es diagnosticado de Sífilis secundaria, infección por Citomegalovirus pasado (ya conocida, asintomática), infección reciente por Virus de Epstein-Barr e infección pasada por Sars-Cov2.

Se trata con Penicilina im. apareciendo a las 3-4 horas una reacción cutánea con maculopápulas confluentes que se extienden por tronco y extremidades (ver foto) sin fiebre, malestar general ni dolores musculares que podría tratarse de una manifestación atípica de la reacción de Jarisch Herxheimer o una reacción inducida por antibióticos tras un síndrome mononucleósico.

No ha vuelto a presentar lesiones en boca y genitales tras recibir tratamiento con penicilina im.

Conclusión

Durante el último año el número de infecciones causadas por el SARS-Cov2 ha aumentado en todo el mundo. Los síntomas cardinales del COVID-19 incluyen fiebre, tos, fatiga, disnea, anosmia y ageusia. Sin embargo, la notificación de manifestaciones cutáneas ha aumentado considerablemente y se caracterizan por su polimorfismo. Entre ellas el Rash urticariforme, el Rash morbiliforme/eritematoso/maculopapular confluyente y el exantema papulovesicular son las manifestaciones más predominantes.

En nuestro caso clínico se presentan dos de estas lesiones (Rash urticariforme y Rash maculopapular confluyente), sin embargo, estas suelen anteceder o ocurrir simultáneamente al cuadro agudo por COVID-19 y no son patognomónicas de esta patología pudiendo corresponder en nuestro caso a un signo de Sífilis secundaria, al síndrome mononucleósico, a una reacción medicamentosa o a la reacción por destrucción masiva de espiroquetas tras la administración de penicilina.

En la literatura hemos encontrado únicamente dos casos clínicos de coinfección de SARS-Cov2 con Virus de Epstein-Barr. No obstante, una serie de casos austriaca sugiere una elevada prevalencia de altas viremias de virus de Epstein-Barr en paciente COVID-19 positivos ingresados en UCI, si bien señalan que su papel como activador de la respuesta inflamatoria sistémica está por dilucidar.

Hasta la fecha no hemos encontrado casos publicados en la literatura consultada en español e inglés de coinfección por *Treponema pallidum* y SARS-Cov2.

En la situación actual de pandemia, debido al constante foco en el diagnóstico de casos de COVID-19 corremos el riesgo de pasar por alto otras patologías o retrasar su diagnóstico. Además, existen barreras como el miedo de los profesionales al contagio, la enorme cantidad de síntomas y signos que se han relacionado con el nuevo coronavirus, el uso de equipos de protección individual, el aislamiento domiciliario... que pueden dificultar la realización de un correcto diagnóstico diferencial. No podemos obviar la posibilidad de que el miedo de los pacientes a padecer el nuevo COVID-19 y a sufrir las consecuencias del aislamiento, estigma e incluso la realización de pruebas y rastreo de contactos, pueda retrasar la comunicación al sistema sanitario de síntomas sospechosos de COVID-19 que podrían corresponder a otras patologías.

Palabras clave

COVID-19, *Treponema pallidum*, Epstein-Barr Virus Infections.

Bibliografía

- Falkenhain-López D, Agud-Dios M, Ortiz-Romero PL, Sánchez-Velázquez A. COVID-19-related acute genital ulcers [Internet]. Vol. 34, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. Blackwell Publishing Ltd; 2020 [cited 2021 Feb 13]. p. e655–6. Available from: [/pmc/articles/PMC7323140/](#)
- Genovese G, Moltrasio C, Berti E, Marzano AV. Skin Manifestations Associated with COVID-19: Current Knowledge and Future Perspectives [Internet]. Vol. 237, *Dermatology*. S. Karger AG; 2021 [cited 2021 Feb 13]. p. 1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232965/>
- Borghetti A, Ciccullo A, Visconti E, Tamburrini E, Di Giambenedetto S. COVID-19 diagnosis does not rule out other concomitant diseases [Internet]. Vol. 50, *European Journal of Clinical Investigation*. Blackwell Publishing Ltd; 2020 [cited 2021 Feb 13]. Available from: [/pmc/articles/PMC7235488/](#)
- García-Martínez FJ, Moreno-Artero E, Jahnke S. SARS-CoV-2 and EBV coinfection [Internet]. Vol. 155, *Medicina Clinica*. Ediciones Doyma, S.L.; 2020 [cited 2021 Feb 13]. p. 319–20. Available from: [/pmc/articles/PMC7316068/](#)
- Lehner GF, Klein SJ, Zoller H, Peer A, Bellmann R, Joannidis M. Correlation of interleukin-6 with Epstein-Barr virus levels in COVID-19. *Crit Care* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Feb 13];24(1):657. Available from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-03384-6>

17.

Colangiocarcinoma intrahepático. A propósito de un caso

López Luque, Mercedes
Hervás Jerez, Julia María

/Especialista en MFyC. Tutora. CS de Sector Sur. Córdoba
/MIR de MFyC. CS de Sector Sur. Córdoba

Motivo de consulta

Bulto en abdomen

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Paciente mujer de 63 años que como antecedentes personales destaca: no presentar alergias medicamentosas

Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial en tratamiento con valsartán 160 mg, torasemida 5 mg y amlodipino 10 mg, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg medio comprimido cada 12 h e hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 10 mg.

Hábitos tóxicos: Fumadora activa 7 cigarrillos/ día durante 40 años. Bebedora una cerveza diaria.

Intervenida úlcera gástrica, apendicectomía y miomas uterinos (histerectomía, salpinguectomía y ooforectomía).

Solicita consulta telefónica con su médico por haberse palpado hace 5 meses "bulto en abdomen" en hipocondrio derecho, acompañado de molestias a ese nivel que ha empeorado en los últimos días, hiporexia sin otros síntomas: No náuseas ni vómitos. No dolor postprandial. No pérdida de peso importante ni astenia ni sudoración. Refiere no haber acudido antes a su centro de salud dada situación pandemia COVID-19. Se le da cita en el mismo día de forma presencial para exploración física de la paciente.

Exploración

Adecuado estado general, consciente, orientada colaboradora, bien hidratada y perfundida. No tinte icterico. Eupneica en reposo con cifras de tensión arterial 137/89; frecuencia cardiaca de 78 lpm y saturación de 98% con FIO2 0.21.

Abdomen blando y depresible. Hepatomegalia dolorosa a la palpación de unos 3 dedos con sensación de masa excrecente dura en hipocondrio derecho sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Cicatriz de laparotomía media.

Pruebas complementarias

- Analítica: Hematimetría: Hb, VCM, HTO, Leucocitos, neutrófilos, linfocitos y plaquetas normal. Bioquímica: Bilirrubina total 1.4, BD 0.4, resto de enzimas hepáticas, de colestasis, amilasa, iones, función renal normales. Coagulación normal.
- Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos.
- Ecografía abdomen y pelvis: En hígado se identifican dos lesiones: una de 67 mm en segmento II-III, con atenuación heterogénea y otra de 2 cm hipoecoica en segmento VIII. Adenopatía en hilio hepático de 8 mm de diámetro corto.



Lesión hepática de 67 mm en segmento II-III con atenuación heterogénea en ecografía abdominal



Lesión hepática de 2 cm hipoecoica en segmento VIII en ecografía abdominal

TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste (preferente): Micronódulos pulmonares irregulares, el de mayor tamaño en LID de 7 mm, que ocluye puntualmente la luz de un bronquio segmentario basal derecho. Dado el contexto clínico, no se puede descartar metástasis. Hígado aumentado de tamaño, con dos lesiones focales sugestivas de metástasis, una de 3 cm en segmento IVa, y otra de 6 cm en segmento IVb, que protruye deformando el contorno hepático contactando con el músculo recto anterior derecho del abdomen, y caudalmente con la vesícula biliar. Se observa otra lesión milimétrica en segmento II-III periférica, que podría corresponder a otra metástasis, difícilmente catalogable dado su pequeño tamaño. Adenopatías periportales, algunas con centro necrótico, de hasta 14 mm. Nódulos suprarrenales bilaterales, hipodensos, pero que dado el contexto clínico no permiten descartar metástasis. Marco cólico de calibre normal, sin identificar claros engrosamientos murales, llama la atención una zona de posible engrosamiento parietal hipercaptante de unos 17 mm en colon derecho, a unos 6 cm de la válvula ileocecal, que se recomienda valorar endoscópicamente.



Lesión hepática de 6 cm en segmento IVb en corte transversal de TAC de abdomen



Engrosamiento parietal hipercaptante de 17 mm en colon derecho en corte transversal de TAC de abdomen

Se realiza derivación a Urgencias previo contacto con el servicio de AP. Digestivo para su ingreso y estudio: Colonoscopia: Divertículos de colon. Pólipos de colon no resecaados (0-Is). Lesión cecal aparentemente infiltrativa externa. Anatomía patológica: Adenoma túbulo-velloso con displasia de alto grado.

Tras presentar caso en subcomisión tumores digestivos, se amplía estudio:

- Analítica: Albúmina, proteínas totales, calcio corregido, hierro, ferritina, transferrina y tirotrópina, normales. Marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario normal, CA 19.9: 341.8.
- Biopsia percutánea de lesión hepática segmento IVa: Infiltración por adenocarcinoma. El estudio IHQ (Citoqueratina 7 y 19 positivos, resto negativos) apoya origen pancreatobiliar.

Derivada a Oncología Médica quien valora tratamiento paliativo con ensayo clínico FIGHT. Amplía analítica: infección hepatitis B pasada, inicia Lamivudina 10 días antes de QT.

Enfoque familiar y comunitario

Como antecedentes familiares oncológicos conocidos: Hermana cáncer de útero sobre los 50 años, viva. Hermano cáncer de laringe, fumador y bebedor importante, falleció a los 60 años. No otros conocidos de interés oncológico.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Colangiocarcinoma intrahepático estadio IV (M1 hepáticas y sospecha pulmonar, suprarrenal). Sospecha primario segmento IVb con extensión a recto anterior y vesícula caudalmente y lesión colon derecho compatible displasia de alto grado.

Diagnóstico diferencial de protuberancia abdominal: Hernias. Quistes ováricos. Colecistitis. Cáncer de colon, riñón, hígado. Enfermedad de Crohn. Aneurisma de la aorta abdominal. Absceso pancreático. Diverticulitis. Hidronefrosis.

En cuanto a la importancia de esta patología en el ámbito de la Atención Primaria, debemos de tener en cuenta el diagnóstico diferencial de las lesiones hepáticas, pese a su escasa incidencia. Desafortunadamente, y dada esta rareza, aún no están disponibles guías de práctica clínica que puedan mejorar su manejo; aun así, dada la disponibilidad creciente tanto en medios relacionados con la ecografía como en formación dirigida a los médicos de Atención Primaria, esta patología ha de tenerse en cuenta para establecer un diagnóstico diferencial.

Plan de acción y evolución

Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento tras ser derivada a Oncología Médica quien valora tratamiento paliativo con ensayo clínico FIGHT. Amplía analítica: infección hepatitis B pasada e inicia Lamivudina 10 días antes de QT.

Conclusión

El carcinoma de vías biliares (colangiocarcinoma) es una entidad infrecuente que representa menos del 2% de tumores malignos, con incidencia 1-2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes y año. La edad de presentación más frecuente es desde los 60 años. Como factores riesgo: hepatitis vírica crónica (B y C), consumo de alcohol, obesidad, diabetes, etc.

El colangiocarcinoma puede aparecer en cualquier punto del árbol biliar (desde los canalículos intrahepáticos hasta la ampolla de Vater), siendo el tramo perihiliar el más frecuentemente afectado, representando entre un 40 y un 60% del total. A día de hoy se trata aún de una entidad de pronóstico habitualmente infausto y en la que la única terapia potencialmente curativa (la resección radical) sólo puede ser aplicada en una minoría de pacientes. No obstante, los avances recientes en el diagnóstico por imagen y en las técnicas quirúrgicas aplicadas han aumentado significativamente la posibilidad de una esperanza de curación cada vez mayor. Así pues, es el propósito de este caso clínico servir de revisión (tanto a médicos de asistencia primaria como a especialistas en el diagnóstico por la imagen) de los rasgos fundamentales de esta infrecuente entidad para que una actuación conjunta nos permita ofrecer progresivamente un mejor pronóstico a estos pacientes.

Palabras clave

Colangiocarcinoma, dolor abdominal, lesión hepática.

Bibliografía

- Burgos L. Colangiocarcinoma. Actualización, diagnóstico y terapia. Rev Med Chile. 2008; 136: 240-8.
- Saldinger PF et al Hilar cholangiocarcinoma. American Cancer Society Atlas of Clinical Oncology: Hepatobiliary Cancer. 2001; 193-209.
- Giménez M et al. Carcinoma de vías biliares. Tumor de Klatskin. Cirugía digestiva. Buenos Aires. 2009; 466 (4): 1-12.
- Brenes PC. Tumor de Klatskin. Rev Med Cos Cen. 2010; 592: 169-71.
- Lu BC, et al. Treatment of hilar cholangiocarcinoma of Bismuth-Corlette type III with hepaticojejunostomy. Wspolczesna Onkol. 2013; 17(3): 298-301.

18.**Con el corazón partido en tiempos de pandemia**

Piury Pinzón, Javier
 Villas Luna, Paula
 Muñoz Romero, M^a Trinidad

/MIR de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva
/MIR de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Huelva Centro. Huelva

Motivo de consulta

Vómitos incoercibles con picos febriles, dolor torácico y síncope.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Varón de 70 años independiente para ABVD, con factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo y Dislipemia controladas con tratamiento. No RAMc. Exfumador hace 35 años. Antecedentes de hipotiroidismo secundario a amiodarona, fibrilación auricular paroxística, retinopatía hipertensiva grado II-III y sospecha de oclusión venosa rama retiniana ojo izquierdo.

Presenta episodio de 24 h de evolución consistente en vómitos incoercibles, dolor epigástrico, picos febriles (38,5°C), sensación de palpitations y síncope al ponerse en bipedestación. Se activa código Infarto tras hallazgos de elevación del ST en el ECG.

Tratamiento habitual con Linagliptina 5 mg, Metformina 850 mg, Eutirox 25mcg, Aspirina 100 mg, Carvedilol 6,25 mg, Doxazosina 8mg, Telmisartan 40 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg.

Exploración

MEG, Glasgow 9 puntos, muy tendente al sueño, presenta sudoración, palidez mucocutánea, mala perfusión periférica, tendencia a la hipotensión (TA 70/50mmHg), sin dificultad respiratoria ni signos de trabajo respiratorio.

En la auscultación se objetiva arritmia a alta frecuencia (130 lpm) con soplo foco aórtico II-III. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen doloroso a nivel epigástrico sin palpase masa ni megalia. No signos de peritonismo. Resto de la exploración por aparatos (miembros inferiores, pulsos) normales.

Pruebas complementarias

Se realiza ECG donde se objetiva elevación del ST en I, aVL, V2 a V4, activándose código Infarto para realizar de forma urgente Coronariografía donde se informa de coronarias normales y aquinesia apical en ventriculografía, compatible con Síndrome de Tako-Tsubo.



Dada la situación actual de pandemia, se realizó Antígeno para SARSCOV-2 y PCR para COVID-19 con resultados negativos, junto a Radiografía de tórax informada como normal, sin hallazgos de infiltración.

Analítica sanguínea donde se observa intensa leucocitosis con neutrofilia (30.460 con 87% neutrófilos), una elevación de las enzimas cardíacas (TnT 1175 ng/L) y pro-BNP en 11.670 pg/mL, Procalcitonina 0,57 ng/mL, PCR 90,1 mg/L, Creatinina 2,06 mg/dL, Urea 83 mg/dL.

TAC craneal: Sistema ventricular con dilatación desproporcionada del sistema ventricular, en su contexto clínico y sospecha, dicha hidrocefalia puede ser secundaria a causa infecciosa.

Enfoque familiar y comunitario.

Independiente para ABVD, casado con 2 hijos, sin deterioro cognitivo asociado, camina a diario sin angina, sin apoyo y presenta bajo riesgo de caídas. Jubilado y con vida activa.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de Tako-Tsubo secundario a sepsis de foco desconocido.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar diagnóstico diferencial con Infarto Agudo de Miocardio (IAM), disección aórtica, infección por COVID con complicación.

Plan de acción y evolución

Tras los hallazgos en el ECG, se activa código Infarto para realización urgente de Coronariografía.

El paciente pasa a UCI tras coronariografía, manteniéndose sueroterapia para revertir shock mixto por sepsis de origen desconocido, aunque continúa con vómitos, delirios y tendencia al sueño, realizándose nuevo ECG observando Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Dada la sospecha clínica de hipertensión intracraneal con TAC craneal donde se observa hidrocefalia, se realiza punción lumbar, con resultado del líquido cefalorraquídeo sin alteraciones. Dada la situación epidémica actual y la necesidad de camas en UCI, se decide traslado a Unidad de cuidados intermedios donde evoluciona favorablemente tras antibioterapia de amplio espectro y no vuelve a tener dolor epigástrico ni delirios, resolviéndose la insuficiencia renal, con mejoría clínica y analítica. Pasa a planta de Cardiología con buena evolución, realizándose ecocardiografía donde no se objetivan lesiones estructurales cardíacas, aunque sí la discinesia apical con FEVI preservada, tras tratamiento médico de apoyo contra shock cardiogénico y séptico hasta el alta hospitalaria.

Conclusión

Aunque el Síndrome de Tako-Tsubo es una patología más frecuente en mujeres posmenopáusicas sin factores de riesgo cardiovasculares y ante estrés emocional, la importancia de este caso es la presentación en un varón con factores de riesgo cardiovasculares precedido de estrés físico como desencadenante.

La importancia de los equivalentes anginosos en pacientes varones diabéticos. El paciente diabético con dolor epigástrico puede presentar un IAM silente en cara inferior del corazón.

El tratamiento fundamental son las medidas de apoyo contra shock cardiogénico, arritmias agudas e insuficiencia cardíaca aguda.

19.**Consulta telefónica: renovación de medicación**

Linares Canalejo, Anaís
Azogil López, Luís Miguel
Santos Estudillo, Marcos Isidro

/MIR de MFyC. CS de Valverde del Camino, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutor. CS de Valverde del Camino, Huelva
/Especialista en MFyC. CS de Palos de la Frontera, Huelva

Motivo de consulta

Renovación de medicación.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 67 años con único antecedente de HTA (diagnosticada desde hace 5 años), con buen control tensional hasta la fecha, con losartán 100 mg/HCT 25 mg. No realiza otro tratamiento. Operada en 2013 de hernia inguinal izquierda. Ex-fumadora desde hace 30 años.

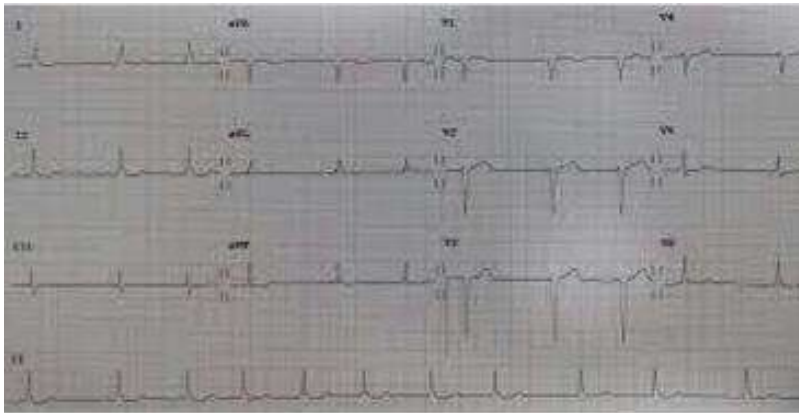
Enfoque familiar y comunitario

Independiente para las ABVD. Ama de casa. Nivel socioeconómico medio-alto. Buen soporte familiar (casada y con 3 hijos).

Nos pide cita telefónica para la renovación de su medicación antihipertensiva.

Observamos último control analítico hace 3 años con valores dentro de la normalidad. Se decide nueva petición y realización de ECG en el centro de salud esa misma mañana, objetivando:

Electrocardiograma: Fibrilación Auricular a 78 lpm (de origen desconocido) con eje normal. QTc 435. Sin signos de isquemia actual ni bloqueos. No alteraciones de la repolarización.



Se cita a la paciente de forma presencial a final de la mañana, ante el resultado del electrocardiograma, para entrevista detallada y exploración.

Anamnesis

La paciente nos cuenta que no ha presentado dolor torácico, palpitaciones o disnea en el último año. Comenta cuadro ansioso hace algunos años, a raíz de un problema familiar (el cual, no ha vuelto a presentarlos). Refiere “ser una persona sana para su edad”.

Exploración

- Auscultación cardiopulmonar normal, sin sonidos patológicos.
- Abdomen no doloroso sin masas ni megalias con ruidos conservados.
- Miembros inferiores sin edemas, aunque con signos de insuficiencia venosa crónica.
- Exploración neurológica sin alteraciones.
- Constantes: TA: 135/67. Saturación: 98% Frecuencia cardiaca: 82 Lpm.

Cálculo de Escalas Diagnósticas:

- Riesgo SCORE: 2%
- CHA2DS2-VASC: 3
- HASBLED: 1

Plan de actuación

Tras descartar signos de gravedad, se le explica a la paciente el diagnóstico de arritmia cardiaca, las medidas a seguir y los signos de alarma, por lo que debe consultarnos. Se decide:

- Enoxaprina subcutánea a dosis terapéutica (1 mg/kg).
- Derivación a Hematología para iniciar anticoagulación oral.
- Derivación a Cardiología para estudio.
- Recogida de analítica en 1 semana.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Fibrilación auricular de origen desconocido

Conclusión

En los pacientes hipertensos, con un adecuado control, se establece en las diferentes guías de práctica clínica, una visita anual conjunta medicina-enfermería. Se recomienda una analítica de sangre y de orina anual junto a un ECG cada 2 años.

Así mismo, queda reflejado que ante un diagnóstico de fibrilación auricular no conocido sin factores de riesgo ni criterios de gravedad, podrá ser valorado, tratado y seguidos por Atención Primaria.

Palabras clave

Hypertension, atrial fibrillation, cardiology

Bibliografía

Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva M, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. Hypertension Follow-up Study Group. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ*. 2004;328:204.

Thomas Unger, Claudio Borghi, Fadi Charchar et al. For the International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75:1334–1357.

Hipertensión arterial. *Fisterra* 2020. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/index.aspa>. Domínguez Sánchez-Migallón P. Algoritmo para la atención integral al paciente con fibrilación auricular. *Med Gen Fam*. 2020.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 70: 43. 1-84.

20.

Covid-19 y enfermedad tromboembólica. La importancia de tromboprofilaxis en pacientes ambulatorios

Díaz Amorín, Ana
Fernández Bonilla, Celia

/MIR de MFyC. CS Ronda Histórica, Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Ronda Histórica, Sevilla

Motivo de consulta

Dolor costal izquierdo tras infección leve por SARS CoV2.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 69 años que, tras haber superado infección leve por SARS CoV2 hace tres semanas, acude a la consulta de su médico de familia por persistencia de dolor costal izquierdo de una semana de evolución, a pesar del tratamiento con AINEs prescrito en urgencias hospitalarias donde, además, se le realizó radiografía de parrilla costal y columna dorsolumbar en las que no se observaron signos de patología ósea aguda, siendo diagnosticada de dolor de características mecánicas.

Con respecto a los antecedentes familiares, tiene un hermano con mutación del factor V de Leiden, una hermana que sufrió TEP y tanto su padre como su madre padecieron TVP. Como antecedentes personales destacan los siguientes: exfumadora de 23 paquetes/año, dislipemia, hipotiroidismo y fractura de peroné izquierdo manejada de manera conservadora. Realiza tratamiento con atorvastatina 10 mg, levotiroxina 50 mcg, amitriptilina 10 mg y pantoprazol 20 mg.

Exploración

En la exploración física inicial solo destaca ligero edema y leve incremento de la temperatura del miembro inferior izquierdo que la paciente relaciona con secuelas de la fractura sufrida un año atrás. A pesar de ello se pauta anticoagulación con heparina y se reevalúa en 72 horas.

En la revisión, la paciente refiere episodio autolimitado de hemoptisis de escasa cuantía. Presenta buen estado general, se encuentra bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo y al habla, satura a 93%, tensión arterial de 137/92 mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica, a 110 lpm, sin soplos audibles y crepitantes en ambas bases. Extremidades inferiores con incremento del diámetro del miembro inferior izquierdo de 3 cm respecto al contralateral, aumento de la temperatura y enrojecimiento cutáneo. Signo de Homans negativo. Resto de exploración por aparatos y sistemas anodina.

Pruebas complementarias

Centro de salud

- ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, eje positivo, sin alteraciones agudas de la repolarización.
- Radiografía de tórax: infiltrado periférico bibasal (Imagen 1).
- Microbiología. PCR SARS CoV2 de tres semanas antes del cuadro: positivo.

Hospital

- Analítica:
 - Hemograma: hemoglobina 12.1 g/dl, hematocrito 37.2%, VCM 93 fL, plaquetas 319000/microL, leucocitos 8960/microL, neutrófilos 5829/microL, linfocitos 1770/microL.
 - Bioquímica: filtrado glomerular 95 mL/min/1.73m², urea 19 mg/dL, creatinina 0.57 mg/dL, Na 140 mEq/L, K 3.9 mEq/L, PCR 151 mg/L.
 - Coagulación: INR 0.95. D-dímero: 6081 ng/ml.
 - Test rápido de antígenos al ingreso: negativo. Serología SARS CoV2: IgG positiva.

- AngioTC de tórax: defecto de repleción compatible con trombo, a nivel de arteria pulmonar principal izquierda que se extiende a ramas lobar superior y, sobre todo, a la inferior y algunas ramas segmentarias y subsegmentarias. No se observa aumento de calibre de cavidades cardíacas derechas ni reflujo de contraste hacia la vena cava inferior. En el parénquima pulmonar se identifican áreas de consolidación de morfología irregular en el LII, que no capta contraste y que sugiere zona de infarto pulmonar. Leve derrame pleural izquierdo. Área de hipoventilación en base derecha (Imagen 2).
- AngioTC de MMII: se observa asimetría en el sistema venoso de ambos MMII, identificando realce de las paredes con defecto de repleción central a nivel de la vena ilíaca externa izquierda, que se extiende distalmente hacia la femoral común, segmento proximal de femoral profunda, femoral superficial y poplítea, hallazgos en relación con trombosis de dichas estructuras venosas.



Imagen 1



Imagen 2

Enfoque familiar y comunitario

Familia nuclear con parientes próximos, etapa V (final de la contracción), fase centrífuga del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Como acontecimiento vital estresante destaca el diagnóstico de esclerosis múltiple de su hija y el nacimiento de una nieta, de quien es cuidadora principal.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tromboembolismo de arteria pulmonar principal izquierda y subsegmentarias, con infarto pulmonar asociado. Probable origen multifactorial: fractura previa, disminución de la movilización e infección por SARS-CoV2. Trombosis venosa profunda proximal en MII.

Diagnóstico diferencial

Se planteó el diagnóstico diferencial inicial con neumonía por SARS-CoV2 e insuficiencia cardíaca descompensada. Como diagnósticos menos probables miocardiopatía, pericarditis y cáncer intratorácico.

Plan de acción y evolución

La paciente inicialmente ingresa en planta COVID donde se pauta tratamiento con dexametasona, pero ante la elevación de D-dímeros y un nuevo episodio de hemoptisis se solicita AngioTC que confirma la enfermedad tromboembólica, iniciándose anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas.

Durante su estancia hospitalaria la evolución fue favorable, se mantiene estable hemodinámicamente en todo momento, sin precisar oxigenoterapia y con movilización progresiva. Por lo que tras 5 días de ingreso se decide alta con pauta de anticoagulación, inicialmente con enoxaparina 60 mg/12 horas, que será sustituida por aldocumar.

Conclusión

El virus SARS-CoV2 conduce a un estado procoagulante que predispone a enfermedad tromboembólica venosa y arterial, lo que oscurece el pronóstico del paciente.

Estudios como el de Tang et al., ponen de relevancia la disminución de la mortalidad de hasta un 20% en casos de COVID-19 ingresados, tratados con heparina, respecto a los no tratados. En la misma línea, la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (ISTH) aconseja la profilaxis en todo paciente con COVID-19 que requiera ingreso, siempre que no existan contraindicaciones. En el ámbito nacional, la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) recomienda valorar de manera individualizada la necesidad de profilaxis de ETEV en pacientes ambulatorios.

En definitiva, sabemos que la tromboprofilaxis con HBPM puede cambiar sustancialmente el pronóstico de estos pacientes. Por ello nuestro papel como médicos de familia es esencial en la prevención y seguimiento de la enfermedad tromboembólica en pacientes con COVID-19, en fase prehospitalaria y tras el alta hospitalaria.

Si bien es cierto, que en el momento actual no se dispone de ninguna escala ambulatoria de riesgo trombótico validada específica para pacientes con COVID-19, es por ello fundamental que se evalúe de manera individualizada y periódica el riesgo de trombosis en pacientes ambulatorios, tanto con COVID-19, como contactos que requieran aislamiento, para establecer la necesidad de una profilaxis antitrombótica adecuada.

Bibliografía

Revzin MV., Raza S, Warshawsky R, D'agostino C, Srivastava NC, Bader AS, et al. Multisystem imaging manifestations of covid-19, part 1: Viral pathogenesis and pulmonary and vascular system complications. Radiographics.

Jiménez ZG, Feito ID, Blanco SA. Tromboembolismo pulmonar durante la pandemia de la COVID-19 con sospecha diagnóstica desde atención primaria. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria.

SETH. Recomendaciones De Tromboprofilaxis Y Tratamiento Antitrombótico En Pacientes. Soc Española Trombos y Hemost. 2020.

Piera Carbonell A, Frías Vargas M, García Vallejo O, García Lerín A, Cabrera Ferriols MA, Peiró Morant J, et al. COVID-19 and thromboprophylaxis: Recommendations for our clinical practice in Primary Care. Semergen.

Res T, Haemaost T. Tromboprofilaxis en pacientes con COVID-19 Recomendaciones en pacientes ambulatorios. 2020.

Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. 2020.

21.**Cuando mi paciente se niega a un tratamiento ¿cómo actúo?**

Muñoz García, Alicia

|Especialista en MFyC. Consultorio de Aldeire. CS del Marquesado (Granada)

Informe del Comité de Ética Asistencial Granada Nordeste**Hechos**

Para la consulta al Comité de Ética Asistencial acude la médica de Atención Primaria Alicia Muñoz García que nos plantea el siguiente caso: Paciente E.R.A. varón de 89 años consciente y capacitado. AP: ERC. HTA. Queratitis actínica. Cataratas, Hipercolesterolemia.

Valoración del paciente: 15/02/19

- Índice de Barthel (AVD): 60 puntos, dependencia severa.
- Escala EVA: 5 puntos, moderado.
- NANDA: Camina con marcha eficaz, pero con riesgo de caída por una coxartrosis derecha avanzada secundaria a NAV.
- Muestra temor e inquietud frente a su enfermedad

Descripción de la lesión

Tumoración en el dorso de la mano izquierda, situada entre los metacarpianos segundo, tercero y cuarto, con diagnóstico de carcinoma epidermoide. Muestra irregularidad en la superficie en relación con ulceración, lesión de dimensiones aproximadas de 55 x14 x 70 mm en la superficie que infiltra a tendones extensores del segundo y tercer dedo con afectación de los músculos interóseos dorsales a nivel de la segunda comisura. También presenta contacto íntimo con la cortical dorsal de los metacarpianos segundo y tercero. Las exploraciones TAC de tórax y abdomen no se aprecian lesiones que correspondan al tumor.

Diagnóstico

Carcinoma epidermoide del dorso de la mano izquierda sin afectación metastásica. Mano sin actividad motora flexora ni extensora, por lo que se optó finalmente por tratamiento quirúrgico radical proponiendo la amputación de la mano izquierda.

El paciente acepta inicialmente firmando el consentimiento informado y el 14/02/19 en el antequirófano decide revocar su decisión y no se interviene.

El 15/02/19 se informa al paciente y a su familia de que el tumor infectado y ulcerado puede provocarse sepsis y muerte, pero el paciente sigue decidiendo no intervenir, con lo que se le da el alta hospitalaria con tratamiento en domicilio, curas cada 48 horas en su centro de salud, tratamiento analgésico y que acuda a urgencia si presentara alguna complicación séptica.

Aclaración sobre los hechos:

Paciente sin voluntades vitales anticipadas registradas.

Paciente que vive solo con su esposa en un pueblo cerca de Guadix.

Sus dos hijos no viven en la Provincia de Granada. Poco sostén social.

La esposa es la cuidadora principal, que, según su MAP, no logra convencerlo y que últimamente sufre un estado depresivo como consecuencia de la situación.

Su médica de AP nos solicita consejo ante la evolución tórpida de la lesión y la persistencia en la negativa de aceptar el tratamiento médico y quirúrgico por parte del paciente.

Conflicto ético

Duda de la médica de AP de si su actuación ha sido la correcta (el paciente se negó a recibir el tratamiento quirúrgico). Entendemos que le surge un problema moral de si debe respetar la decisión del paciente o no, para protegerle y ayudarle, que podríamos encuadrar dentro del principio de beneficencia (lo bueno).

Valores en conflicto

Autonomía del paciente.

El individuo es consciente y capacitado. Ya que tiene habilidad para comprender la información relevante para tomar una decisión y de apreciar las consecuencias razonablemente previsibles que se derivarían de la toma de esa decisión. Tiene derecho a la gestión de su propio cuerpo y no sirve la simple obediencia ni el paternalismo como coacción. El paciente puede tomar sus propias decisiones tanto para consentir tratamientos ineficaces como para rechazar tratamientos eficaces. Así junto con la beneficencia, el principio de autonomía forma parte de una ética de máximos que se enmarcan en el espacio privado de cada persona, que ésta debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Este juego entre beneficencia y autonomía constituye lo más frecuente de la práctica clínica.

Cursos posibles de acción

Abandono del paciente. Supone un perjuicio para la salud del paciente e incurriría en una alteración de la responsabilidad compartida por parte de la médica.

Coacción para recibir el tratamiento. Alteraría, no solo el principio de autonomía del paciente sino también el de beneficencia al no existir acuerdo en el tratamiento.

Intermedios

Información a la familia de su estado actual y posible pronóstico, en concreto a su esposa y a su hija (que vive en Almería) y que han mostrado más implicación con el tema.

Curso de acción óptimo

Dialogar con el paciente explorando sus áreas de valores, su entorno, sus miedos y expectativas. De forma que el paciente pueda expresarse con libertad. Abriendo su campo de posibilidades. Y ofreciéndole la posibilidad de operarse cuando el paciente así lo deseara, persuadiéndole de que la mejor solución era la quirúrgica sin coaccionarlo. Ética del cuidado, apoyo y acompañamiento del paciente en su domicilio.

Pruebas de consistencia

I. Prueba de la legalidad. La toma de decisiones clínicas lo han sido conforme a un correcto criterio médico que corresponde a un ejercicio de buena praxis médica.

II. Prueba de la publicidad. Las medidas propuestas en el informe están de acuerdo a la legislación vigente en la actualidad y por tanto aceptadas por la población, por lo que se pueden defender públicamente.

III. Prueba de la temporalidad. Las recomendaciones emitidas tras un proceso de deliberación en el seno de un equipo multidisciplinar soportarían el transcurso del tiempo y si los hechos no hubieran cambiado la decisión sería la misma.

Deliberación sobre el motivo de consulta

La prioridad absoluta es la Autonomía del paciente (ya que no hay beneficencia sin acuerdo) y los principios de no maleficencia y de justicia están garantizados en el marco del propio procedimiento. Se respetó la decisión del mismo de no intervenir. Que la vulnerabilidad del paciente fue atendida y cubierta con el cuidado dispensado por parte del equipo de atención primaria, tanto desde el punto de vista médico, como de acompañamiento y asesoramiento. Se pudieron identificar los verdaderos motivos que preocupaban al paciente (miedo al dolor y al sufrimiento posterior a la cirugía). Esto sirvió finalmente para convencer al paciente de aceptar voluntariamente el tratamiento, que se realizó el 06-05-2019 con éxito y buena evolución posterior.

Bibliografía

BOE-A-2002-2218.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

22.

Cuando un susto lo cambia todo. Factores de riesgo cardiovascular

González Torres, María
 Padial Rodríguez, Carmen
 González Urbano, María

/MIR de MFyC. CS Motril Centro, Granada
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Motril Centro, Granada
/Especialista en MFyC. CS de Gójar, Granada

Motivo de consulta

Deshabitación tabáquica

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 62 años con los siguientes antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 con mal control, complicaciones microvasculares como retinopatía diabética y macrovasculares como isquemia crónica grado II en miembros inferiores. HTA. EPOC. Dislipemia. ERGE. Sd. ansioso-depresivo.

Adenocarcinoma de próstata intervenido (prostatectomía radical en 2016, seguimiento anual, muy buena evolución).

En tratamiento con Degludec 34 UI cada 24 h, insulina lispro 10 UI/24 h, sitagliptina 100 mg/24 h, enalapril 20 mg/ hidrocortizida 12.5 mg cada 24 h, pentoxifilina 600 mg/12 h, omeprazol 20 mg/24 h, spiriva 2.5mcg/24 h, lorazepam 1mg/8h, flurazepam 30 mg/24 h, mirtazapina 15 mg/24 h, atorvastatina 10 mg/24 h, paracetamol condicional.

Ha solicitado cita presencial para contarnos reciente ingreso en otra ciudad. Se trata de un paciente poco conocido en nuestro cupo. Tan sólo había consultado una vez por un problema con la medicación antidiabética. Mala adherencia a los tratamientos, no realizaba analíticas de seguimiento anuales, ...

Entra a la consulta un paciente preocupado y a la vez motivado a suspender todo aquello que le está “haciendo mal” para poder llevar una vida con mejor calidad. Hasta ahora, consumidor de aproximadamente 30 cigarrillos diarios (ICAT 66 paq/año) y bebedor de 1-1.5L de cerveza diarios.

Leemos el informe de ingreso en unidad de Medicina Interna de otra ciudad. Acudió por clínica de inestabilidad en la marcha, asociada a pérdida de fuerza miembro superior derecho. Juicio clínico: Accidente cerebrovascular isquémico subagudo (a nivel de hemisferio izquierdo) en paciente de alto riesgo cardiovascular. Tras 5 días de ingreso hospitalario en el que se le realizan resto de pruebas complementarias para ampliar estudio, es dado de alta con tratamiento antiagregante, refuerzo de tratamiento dislipémico así como recomendaciones respecto a los hábitos tóxicos que presenta. Respecto a la clínica, mínima dificultad para movilización de extremidad superior izquierda, sin ninguna otra secuela.

Está motivado a dejar de fumar y de consumir alcohol ya que durante el ingreso le han puesto parches de nicotina así como tratamiento por abstinencia alcohólica y, considera ha sido un primer paso para ayudarle a finalizar la toma de los mismos. Además, es consciente de la influencia de estos dos aspectos en el riesgo del evento que había sufrido (“si usted supiera doctora lo impotente que me sentí al no poder caminar sin ayuda ni coger bien los objetos...”, “no me he cuidado nunca, pero creo que estoy a tiempo de hacerlo y mirar por mi salud”).

Explicamos al paciente la importancia de controlar cada uno de los factores de riesgo cardiovascular que presenta, así como le ofrecemos toda nuestra ayuda respecto al tema de la deshabituación tabáquica y consumo nocivo de alcohol.

Enfoque familiar y comunitario

Separado, problemas familiares. Tiene un hijo con el que no mantiene relación.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Consumo perjudicial de tóxicos.
- Dependencia alta a nicotina, Test de Fagerström 9 puntos.
- Cuestionario AUDIT para la detección consumo de alcohol: 23 puntos. Probable adicción.

Plan de acción y evolución

Se cita en consulta individualizada donde se proporciona información sobre tabaquismo, las ventajas de dejar de fumar, los riesgos que supone el consumo, ... así como se da material para lectura (ejercicios de relajación, recomendaciones para controlar peso, lista de motivos, ...). Se incluye para Terapia cognitivo conductual individual y grupal (encargada de la última una compañera enfermera de nuestro centro de salud, con 2 charlas y talleres mensuales).

También se deriva al centro de drogodependencia para seguimiento enolismo.

Nos citamos al paciente en nuestra consulta al menos una vez mensualmente para seguimiento estrecho. A los seis meses, el paciente tiene un consumo de 6 cigarrillos diarios. Al año, ha cesado completamente el consumo de tabaco y alcohol, lo cual ha repercutido de manera beneficiosa en el resto de factores de riesgo cardiovasculares (¡pasó de tener un SCORE del 11% al 3%!), consiguiendo reducir posología tratamiento antihipertensivo y con mejoría valores HbA1c.

Conclusión

Se estima que el tabaco será el causante de más de 450 millones de muertes en los próximos 50 años de manera que como Médicos de Atención Primaria, nuestro papel es fundamental a la hora de valorar los hábitos tóxicos de nuestros pacientes y ayudarles al cese del mismo poniendo a su disposición todas las herramientas que tenemos. Es por ello que debemos aprender que guías ofrecerles, qué material puede serles de utilidad, consejos, ... así como la medicación que ha demostrado ser efectiva.

Es fundamental establecer una estrecha relación médico-paciente en la que nosotros seamos un apoyo para ayudarles a combatir la dependencia psíquica (charlas individuales, grupales, asesoramiento, resolución de dudas...) así como también la posibilidad de asociar tratamiento farmacológico para paliar la dependencia física si fuera necesario. En este caso, se añadió tratamiento con vareniclina para deshabitación tabáquica, explicando la posología y los posibles secundarismos, sobre todo al inicio del mismo.

Fumar, pese a las campañas publicitarias y las recomendaciones dadas por Sanidad, sigue siendo en España una adicción que realiza casi un 40% de la población adolescente y adulta, aun conociendo los peligros que conlleva, pero siendo poco conscientes de que éstos pueden sucederle a quienes lo consumen. El tabaco es la causa evitable más importante de muerte prematura. Se ha demostrado que el material de autoayuda individualizado, una buena relación médico-paciente, la terapia sustitutiva con nicotina y el consejo individualizado para cada caso, constituye el método más eficaz de ayuda a nuestros pacientes.

Palabras clave

Apoyo, tabaquismo, factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- The future worldwide health effects of current smoking patterns. En: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. Critical issues in global health. Nueva York: Jossey-Bass (en prensa).
- Plaza Martín MD, Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Palomo Cobos L. Marco actual de la prevención del tabaquismo. Prev Tab. 2016; 18(4): 213-9.
- World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005). [available at: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed February 2015].

23.**Cuidado con la consulta telefónica**

De Juan Berrio, Alejandro
 Alguacil Rodríguez, Emma
 Ruiz Ávila, Fátima

/MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
/MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

Ámbito del caso.

Atención primaria, dispositivo de cuidados críticos, servicio de urgencias hospitalarias y hospital de referencia.

Motivo de consulta.

Disnea de moderado esfuerzo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

Varón de 73 años que en consulta telefónica refiere disnea de esfuerzo con la imposibilidad de caminar al ritmo de su mujer. Se encuentra más cansado de lo habitual. No presenta clínica que sugiera infección respiratoria. Ante lo expuesto anteriormente, el paciente es citado a consulta presencial para establecer causa de su disnea.

Varios días después se valora en consulta presencial. Refiere aumento de la tos y expectoración, de características variables, sin fiebre. El paciente continúa con disnea de moderado esfuerzo. No ortopnea.

Exploración

- Buen estado general. No cianosis. Eupneico en reposo.
- AC: tonos arrítmicos y bradicárdicos, sin soplos ni extratonos.
- AP: MV disminuido de forma generalizada con crepitantes en ambas bases pulmonares y campos medios de pulmón derecho.
- MII: No edemas ni signos de Trombosis venosa. Pulsos palpables.

Ante el hallazgo de bradicardia severa se solicita ECG urgente: ECG: ritmo sinusal a 38 l/min, PR corto, QRS estrecho y bloqueo completo auriculo-ventricular con disociación AV y algunos extrasístoles aislados.

Con estos hallazgos se monitoriza al paciente y se activa DCCU para traslado al hospital de referencia. Se realiza la extracción de muestras de sangre para analítica a su llegada al hospital y se coloca vía de mantenimiento. Se realiza traslado del paciente hasta hospital en ambulancia medicalizada. El paciente llega estable clínica y hemodinámicamente.

En Servicio de Urgencias se realiza analítica, nuevo ECG y Rx de tórax, y se ingresa en Cardiología.

En planta el paciente se mantiene estable con perfusión de Aleudrina a 30ml/h: frecuencia cardiaca de 50 lpm, sin disnea, trabajo respiratorio, ni dolor torácico. SatO₂ de 99% con O₂ a 3 lpm. TA 159/89. AC: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. AP: MV disminuido de forma generalizada, roncus y crepitantes hasta campos medios. Ecocardiografía: VI de dimensiones y función normal. No disfunción diastólica- Aurícula izquierda levemente dilatada- Resto del estudio compatible con la normalidad.

Previo a la colocación de marcapasos se realiza interconsulta con el servicio de Neumología para valoración y se solicita analítica de rutina con coagulación.

A los 5 días del ingreso se coloca marcapasos previa firma de consentimiento informado, medidas habituales de asepsia y antisepsia y profilaxis antibiótica, mediante canalización de vena subclavia izquierda y fijación de electrodo ventricular en septo medio de VD y electrodo auricular en orejuela derecha con buenos parámetros agudos. Conexión a generador modelo Sorin kora.

Al día siguiente el paciente es dado de alta y se cita para revisión en consulta externas de Cardiología al mes.

En dicha revisión se comprueba: marcapasos normofuncionante con ritmo propio (BAV 2:1 con escape a 41 lpm) y no marcapasos dependiente. Se cita para revisión al año.

El paciente continúa cardiológicamente estable.

Enfoque familiar y comunitario.

Varón de 73 años jubilado tras años de trabajo como soldador en empresa de astilleros, secuelas de asbestosis. Posteriormente, negocio propio de imprenta. Un hijo y una hija ya emancipados. Vive con su esposa que asume labores tradicionales de cuidados y acompaña siempre al marido en las visitas médicas, con un papel generalmente directivo en las demandas de consulta.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Antecedentes personales:

- Tabaquismo, 40 paquetes/ año.
- Deshabitación tabáquica sin éxito.
- Criterios de bronquitis crónica con disnea de esfuerzos grado II.
- Neumonía hace varios años.
- Enfisema bulloso bilateral
- Signos de fibrosis pulmonar en bases ampliamente evolucionada, sin placas pleurales.
- HTA.
- Criterios de HVI.
- Estenosis carotídea.
- Déficit congénito de antitrombina III en tratamiento con sintrom.
- Síndrome depresivo en tratamiento.
- Acuñaamiento vertebral.
- Presbiacusia.
- Jubilado de astilleros: expuesto al amianto.

Diagnóstico diferencial: resaltar la importancia de filiar origen de la disnea en Atención Primaria para establecer plan de actuación.

Origen pulmonar:

- EPOC descompensado: empeoramiento de la sintomatología respiratoria habitual, disnea, descenso de SatO₂ y auscultación pulmonar patológica.
- TEP: aumento de la disnea, dolor torácico, taquicardia y descenso SatO₂.

Origen cardiaco:

- Insuficiencia cardiaca congestiva: disnea, ortopnea, auscultación cardiopulmonar patológica (crepitantes y/o abolición del MV por derrame pleural) y edemas.
- Arritmia cardiaca: taquicardia (fibrilación auricular rápida, TPSV) o bradicardia (bradicardia sinusal severa o bloqueos cardiacos).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Bloqueo auriculo-ventricular detectado mediante ECG.

Plan de acción y evolución.

Seguimiento conjunto de Cardiología y Atención Primaria, valorando de forma precoz la aparición de síntomas respiratorios o cardiacos de descompensación, para instaurar o modificar tratamiento de base y evitar complicaciones y/o ingreso hospitalario.

El bloqueo auriculo-ventricular completo o de 3º grado es una bradiarritmia que puede pasar inadvertida por asintomática, o manifestarse con disnea de esfuerzo o síncope. Si el ritmo de escape se genera alto aparece QRS estrecho. Si el ritmo de escape se sitúa en la unión AV, aparece QRS ancho. En caso de síncope o QRS anchos se debe colocar marcapasos de forma inmediata. En el resto de casos el tratamiento podría demorarse. Nuestro paciente permaneció monitorizado durante su estancia hospitalaria hasta la colocación del marcapasos definitivo.

Un retraso en el diagnóstico y el consiguiente tratamiento pudo suponer la aparición de síncope y situaciones de riesgo grave para el paciente.

Actualmente continúa controlado y cardiológicamente estable.

Conclusión

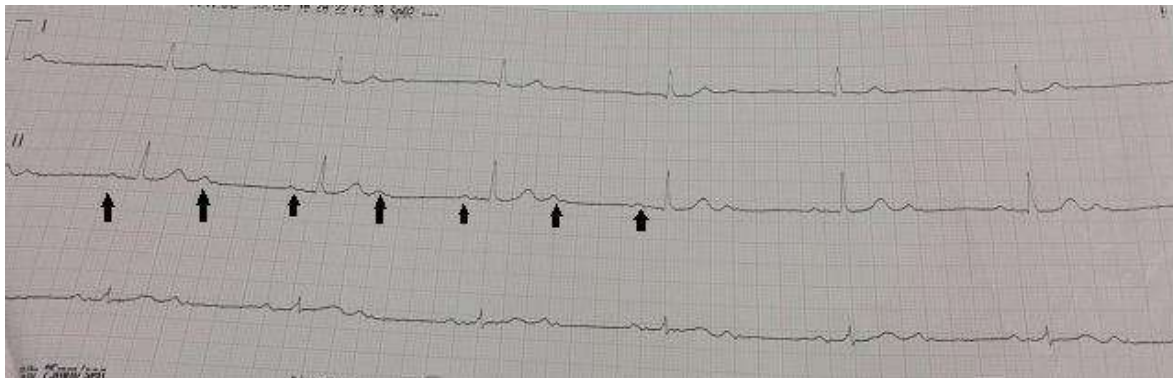
Resaltar la importancia de prestar atención en consulta telefónica a la sintomatología presumiblemente grave referida por el paciente o familiar, sobre todo en aquellos pacientes con patología de base o factores de riesgo para eventos graves. En nuestro paciente, EPOC severo, con elevado riesgo cardiovascular por trastorno protrombótico genético, HTA y tabaquismo.

La situación Covid actual no puede relegar a segundo plano el resto de problemas de salud.

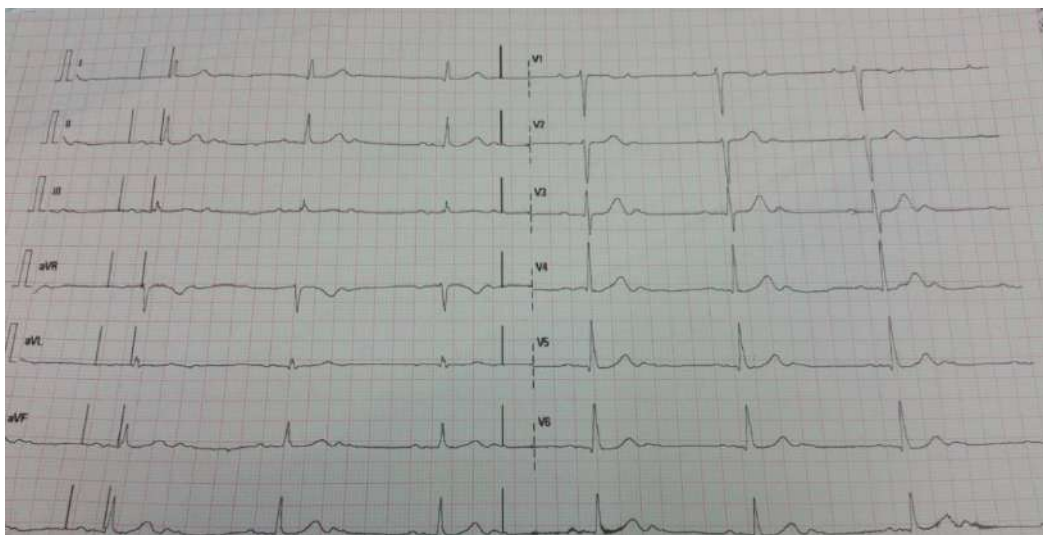
Restar importancia a los síntomas de descompensación o tomar decisiones rápidas para evitar aumentar la sobrecarga asistencial, puede acarrear riesgos para la salud y la vida del paciente.

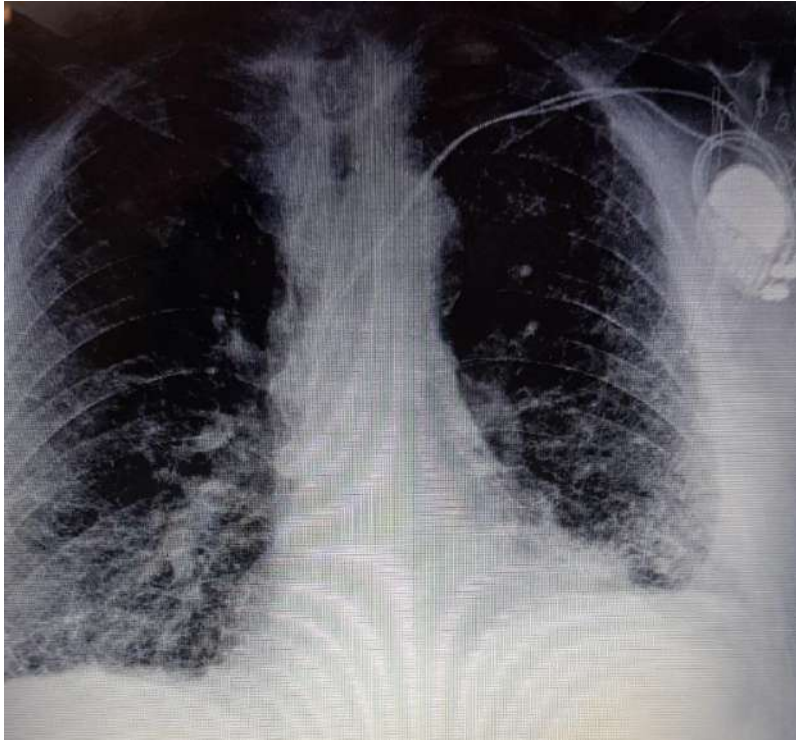
Atención Primaria, por su accesibilidad y por el conocimiento de la patobiografía del paciente, ocupa posición privilegiada para detectar precozmente problemas de salud.

En historia digital se recoge consentimiento verbal del paciente.



ECG previo a la colocación de marcapasos





Radiografía de tórax tras colocación de marcapasos

Bibliografía

- Teijo Vazquez T, Garcia Sieiro R. Guía clínica de Mareo. Fisterra. 2014. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mareo/>
- Benedicto Subirá C, Escartín Lasierra P. Guía Clínica de bradiarritmias. Fisterra. 2015. Disponible en: <https://www-fisterracom.sescam.a17.csinet.es/guias-clinicas/bradiarritmias/>

24.**Del dolor abdominal al embarazo inesperado**

Alguacil Rodríguez, Emma
De Juan Berrio, Alejandro
Ruiz Ávila, Fátima

/MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
/MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 16 años cuya madre contacta a través de la consulta telefónica durante la primera ola de la pandemia, por presentar dolor abdominal hipogástrico de 3-4 días de evolución que en las últimas horas se irradia también a región lumbar. No presentaba fiebre, vómitos, diarrea ni síndrome miccional. No sabe especificar fecha de última regla al presentar ciclos irregulares. Se decide valorar a la paciente de forma presencial esa misma mañana para realizar una exploración física completa.

Ya en la consulta, la paciente se muestra en todo momento en un estado de nerviosismo, desconoce fecha de última regla y niega haber mantenido relaciones sexuales. Cuando se va a iniciar la exploración física, comienza súbitamente con dolor en hipogastrio que se resuelve espontáneamente a los pocos segundos.

Al descubrirse el abdomen en la camilla, se pone de manifiesto un abdomen globuloso con estrías gravídicas, que a la palpación revela una altura uterina de al menos 4 traveses de dedo sobre el ombligo. Se palpa claramente un útero gravídico. Tras el uso del Doppler, se detecta latido fetal a 140lpm. Se decide derivación a obstetricia de forma urgente ante la sospecha de parto en curso.

Enfoque familiar y comunitario

Estudiante de instituto. De padres separados, vive con su madre y presenta buen apoyo familiar.

Antecedentes personales: La paciente carece de alergias medicamentosas, hábito tabáquico, enfermedades de interés o tratamientos crónicos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Gestación/parto en curso. En un primer momento, el dolor localizado en hipogastrio, irradiado hacia la región lumbar podría habernos hecho sospechar un problema de origen urológico, como un cólico renal, aunque se habría descartado rápidamente tan solo con la exploración física.

Plan de acción y evolución:

Una vez en el hospital, se realiza un registro tocográfico que muestra un patrón fetal reactivo, variabilidad tipo II con ascensos sin deceleraciones, línea de base de 140lpm y dinámica regular. La ecografía abdominal revela un feto en posición longitudinal cefálica y movimientos fetales presentes, con un peso fetal estimado de 2803g y una edad gestacional de 38 semanas.

Se realiza una analítica completa, con serología VIH, treponema pallidum y VHB negativos, grupo sanguíneo materno B+.

Finalmente, esa misma tarde tiene lugar un parto eutócico, naciendo un varón de 3170g de peso y 49,8cm de talla y Apgar 9/10, con alumbramiento espontáneo a los 10 minutos.

En los días posteriores, nos ponemos en contacto con la paciente y su madre, que nos informan de un perfecto estado de salud y que se encuentran adaptándose a la nueva situación. En este primer contacto sugerimos hablar sobre métodos anticonceptivos en las próximas consultas.

Dos meses tras el evento, tras descartar antecedentes de enfermedades embolígenas en la familia y otros factores de riesgo, se inicia estrategia de planificación familiar a petición de la paciente y se prescriben anticonceptivos orales.

Conclusión

En la actualidad, nuestra actividad presencial se ha visto limitada por un lado para proteger a la población de posibles contagios y por otro por la sobrecarga que la pandemia causa a nivel asistencial y administrativo. Las consultas telefónicas se han convertido en una herramienta necesaria en el ejercicio de nuestra profesión y no solo desde Atención Primaria. Sin embargo, aunque útiles, presentan la gran limitación de no atender frente a frente a nuestros pacientes, lo que provoca en ocasiones un distanciamiento que puede perjudicar nuestra atención. Una correcta y exhaustiva anamnesis telefónica es esencial para asegurar una primera atención de calidad, así, debemos evitar caer en soluciones rápidas para aliviar nuestra sobrecarga asistencial.

Con este caso, podemos resaltar cómo, a pesar de la limitación de recursos de la que partimos desde nuestros centros de salud, una buena entrevista y una exploración física son las claves para llegar a un diagnóstico certero y evitar riesgos o complicaciones graves.

Adentrándonos en concreto en el caso de nuestra paciente, su corta edad nos hace plantearnos qué está fallando en el sistema con respecto a la educación sexual. Aún se trata de un tema tabú a nivel social.

Según el estudio HBSC-2018 que evalúa desde 2002 hasta 2018 el porcentaje de adolescentes entre los 15 y 18 años que ha mantenido relaciones sexuales, qué método anticonceptivo han utilizado, edad de comienzo de dichas relaciones y, en el caso de las chicas, si han estado alguna vez embarazadas o han utilizado la píldora del día después. Así, en la franja de edad de nuestra paciente, el 20% de los adolescentes han tenido ya relaciones sexuales, y conforme han avanzado los años, el comienzo de estas ha ido adelantándose. Un 79% utiliza preservativo, aunque su uso ha disminuido en la última década, aumentándose por el contrario el de la píldora anticonceptiva. En el caso de embarazos no deseados, el porcentaje se encuentra en torno al 3% y el uso de la píldora del día después asciende a un 31,7%.¹

En general, las relaciones sexuales en la adolescencia han aumentado y su inicio es más temprano. Parece que han disminuido los métodos seguros para evitar embarazos no deseados, y también para evitar enfermedades de transmisión sexual.¹

Una buena educación sexual es más que necesaria durante la adolescencia, para proteger su salud y favorecer la formación de relaciones igualitarias en materia de género y orientación sexual. Para ello, es necesario un enfoque multidisciplinar que parta de las familias, los centros educativos y la Atención Primaria desde su perspectiva comunitaria, abordando desde la consulta los hábitos sexuales y métodos anticonceptivos del adolescente siempre desde el respeto y una relación basada en la confianza médico-paciente.

Bibliografía

Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, 2020.

25.

Dermatofibrosarcoma protuberans

Calderón Landete, Clara
Martínez López, Rafaela
Morales Marín, Víctor José

/MIR de MFyC. CS Alcázar 1. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
/MIR de MFyC. CS Alcázar 1. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Alcázar 1. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Motivo de consulta

Lesión crónica cutánea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 39 años. Refiere lesión crónica en cara interna del muslo derecho que ha aumentado de tamaño en el último mes. En la exploración se observa lesión marronácea-parduzca mal delimitada, de 63x31 mm, superficie irregular, elástica y móvil. Se realiza ecografía de la lesión en consulta localizando lesión en tejido subcutáneo sin extensión profunda.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente se encuentra en la fase del ciclo vital llamada “extensión”. Esto quiere decir que tiene una mujer y 2 hijos de edad escolar. El paciente se encontraba en paro, había trabajado toda su vida como dependiente en un supermercado. El diagnóstico de su patología se vio influenciado por la situación epidemiológica actual, por lo varias de sus citas médicas fueron retrasadas. A pesar de la difícil situación el paciente contó con todo el apoyo de sus familiares, lo que hizo la situación más fácil.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Dermatofibrosarcoma protuberans.

Diagnóstico diferencial: Queloides, linfoma cutáneo.

Plan de acción y evolución

Se solicita valoración por Tele dermatología, sugiriendo diagnóstico de Dermatofibrosarcoma protuberans. Se cita al paciente en consulta presencial hospitalaria, siendo después anulada por situación de pandemia COVID-19. Desde Atención Primaria se vuelve a realizar interconsulta resaltando la importancia de valoración, citándose de forma preferente. Por dermatoscopia se observa lesión parcheada por nódulos subcutáneos, tacto fibroso e infiltrado. Se realiza biopsia que confirma el diagnóstico de sospecha, que afecta dermis y tejido adiposo. Los resultados de Anatomía patológica fueron:

- Biopsia de piel (raíz de muslo anterior): dermatofibrosarcoma protuberans que afecta a dermis y llega hasta tejido adiposo afectándolo (CD34 +, Ki 67 bajo)
- Biopsia de piel (raíz de muslo posterior): dermatofibrosarcoma protuberans que afecta a dermis y llega hasta tejido adiposo afectándolo (CD34 +, Ki 67 bajo).

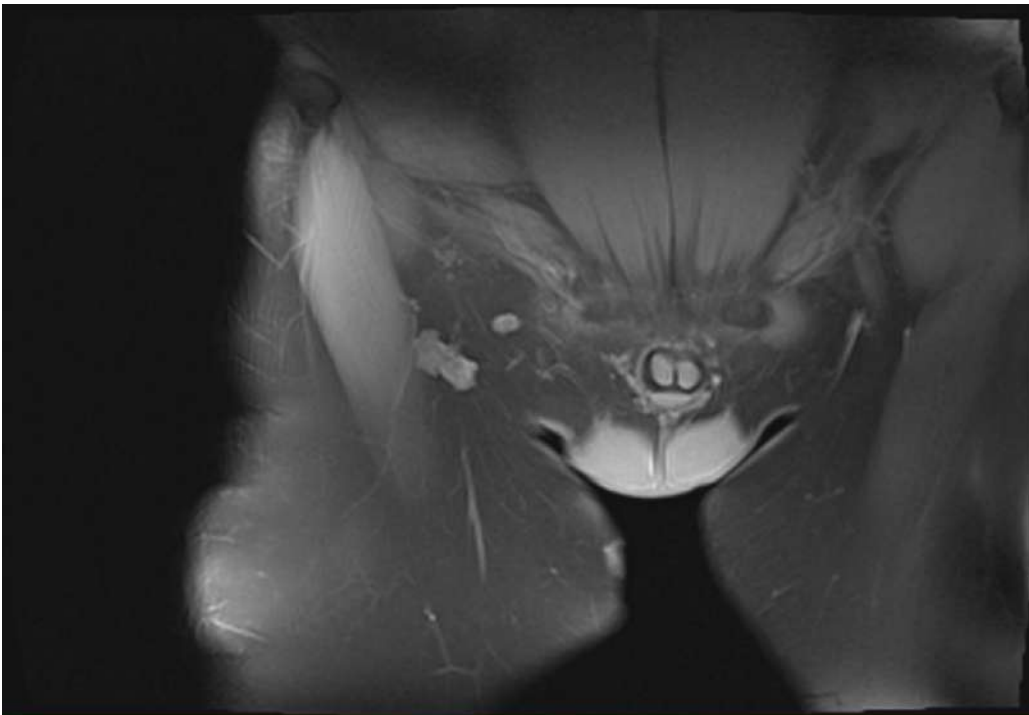
Se propone estudio de extensión previo a cirugía. Se realiza TAC toracoabdominal que descartó afectación sistémica. También se realiza RM informándose como: Tumorción superficial de partes blandas, que se extiende por región cutánea TCS subyacente, en el margen medial del tercio superior del muslo derecho, con unas medidas aproximadas de 34 mm CCx 11 mm Tx62 mm AP, con alta intensidad de señal en secuencias T2 e Iloseñal en T1, sin signos de restricción de la difusión y que presenta captación difusa de contraste (AP: dermatofibrosarcoma protuberans). No se aprecian adenopatías en cadena inguinal ipsilateral, apreciándose estructuras ganglionares en ambas regiones inguinales de tamaño y aspecto no patológicas, las mayores de aprox 9 mm de ejes menores, sin pérdida del hilo graso ni de la morfología ovoidea, en correlación con hallazgos visualizados en TC anterior. Las estructuras musculares y tendinosas visualizadas no presentan hallazgos significativos. Articulación femoroacetabular derecha sin alteraciones.

Se deriva al paciente al Hospital General Universitario de Ciudad Real para la realización de cirugía de Mohs.
Desde Primaria se informa de los resultados y de la importancia de realizar revisiones para descartar recidivas.

Conclusión

Existen ciertas patologías dermatológicas que son menos frecuentes. Es importante observar los cambios y modificaciones (color, tamaño, aspecto) de lesiones crónicas cutáneas y consultar en ese caso.

Imágenes del caso:



26.

Desorientación en paciente con enfermedades autoinmunes

Cruz Pérez, Alexia
Jiménez Jerez, Carmen

| MIR de MFyC. CS Adoratrices. Huelva
| Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices. Huelva

Motivo de consulta:

Mujer de 55 años que acude por disnea y cuadro de desorientación.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):*Anamnesis*

Niega RAMc. Hábitos tóxicos: fumadora de 10 cigarrillos al día. No factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes personales.

- Hipotiroidismo.
- Síndrome de Sjögren (anti-Ro y anti-La positivos).
- Síndrome de piernas inquietas.
- Urticaria crónica.
- Gammapatía monoclonal IgM Kappa, de probable significado incierto.
- En seguimiento por neurología por probable mononeuritis múltiple.
- Miopía magna.
- Hernia discal lumbar.
- No intervenciones quirúrgicas previas.
- Tratamiento domiciliario: Azatioprina, amitriptilina, bilastina, eutirox, omeprazol, prednisona, pramipexol, midazolam.

Enfermedad actual: acude por cuadro de 10 días de evolución de disnea progresiva, sin tos ni expectoración. No hemoptisis, pero sí epistaxis intermitente. En los últimos días ha presentado alteración del ciclo vigilia-sueño y empeoramiento de su sintomatología de piernas inquietas. Desde hace 24 horas, la familia la encuentra más decaída, tendente al sueño y desorientada. Presenta, además, polaquiuria y ayer varios episodios eméticos sin productos patológicos. No fiebre termometrada en domicilio. No artritis ni lesiones cutáneas.

Hace una semana, acudió al centro de salud por episodios de movimientos erráticos en miembros inferiores, para los que se le pautó Pramipexol, con leve mejoría.

Exploración física

Regular estado general, somnolienta, orientada en espacio y persona. Durante la entrevista está bradipsíquica y presenta episodios de desconexión, sin ser capaz de enfocar con la mirada ni de contestar preguntas. TA 166/93 mmHg. FC 90 lpm. SatO2 95%. Tª: 38.1 °C.

AC: Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos.

AP: Hipoventilación generalizada y crepitantes bibasales.

Neurológico: Glasgow 10/15, PINLA, MOEC, poco reactiva. Amnesia anterógrada y retrógrada. Lenguaje incoherente, descoordinación motora. Disminución de nivel de conciencia fluctuante.

Pruebas complementarias

- Analítica: Creatinina 1.56, Dímero D 4142, Na 125, K 5.7. Resto sin hallazgos de interés.
- Sistemático de orina: proteínas 100 mg/dl, leucocitos 40x1/uL, hematíes 300x1/uL
- Test de antígenos y PCR para COVID19: negativos.
- TAC craneal: Áreas hipoatenuantes bitalámicas más llamativas en brazo posterior de cápsula interna derecha, lesiones inespecíficas de apariencia aguda, que pueden aparecer en cuadro de encefalitis/encefalomielitis.
- Radiografía de tórax: Opacidades alveolares bilaterales de predominio perihiliar compatible con edema agudo de pulmón que puede obedecer distintas etiologías, entre ellas, una posible insuficiencia cardiaca (a favor de esta posibilidad encontramos un índice cardiorácico aumentado); otras etiologías no son descartables (infiltrados de origen infeccioso, daño alveolar difuso de origen toxicometabólico).
- Punción lumbar con bioquímica de LCR sin alteraciones.
- Mantoux negativo.
- Ecografía abdominal: Derrame pleural bilateral.
- TAC de tórax: Patrón en empedrado distribuido por ambos lóbulos superiores, lóbulo medio y llingula en relación con hemorragia alveolar difusa en fase subaguda. Derrame pleural bilateral de leve cuantía no explicable por los hallazgos de la imagen y sin tener claro origen cardiogénico.
- RNM Craneal: Al menos 3 lesiones puntiformes de localización cortical y córtico-subcortical en la región temporal izquierda, que muestran restricción en la difusión y que en su contexto clínico plantean la posibilidad de lesiones isquémicas de etiología embolígena en evolución en territorio de ACM-I (M2 y M3) o afectación cerebral secundaria a vasculitis de pequeño vaso dado su proceso sistémico de base.
- Disminución del complemento C3 (55.9) y C4 (0.9) y factor reumatoide aumentado (40.2).

Enfoque familiar y comunitario:

Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Casada, vive con su marido. Funciones superiores conservadas. Nivel socioeconómico medio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Infiltrados alveolares bilaterales con síndrome confusional asociado, a descartar encefalitis.
- Insuficiencia respiratoria aguda parcial leve en relación con probable hemorragia alveolar bilateral con insuficiencia renal aguda en este contexto.
- Mononeuritis múltiple.
- Vasculitis en base a criterios analíticos/clínicos con afectación orgánica múltiple (SNC/SNP, pulmonar y renal). Probable vasculitis crioglobulinémica (pico monoclonal IgM kappa, consumo complemento, Sd. Sjögren).

Plan de acción y evolución

Se decide ingreso para estudio y tratamiento con Ceftriaxona + Clindamicina, así como dosis altas de metilprednisolona IV con profilaxis con Septrin y Posaconazol.

Tras mejoría con bolos de metilprednisolona IV, al 5º día se procede al inicio de Ciclofosfamida.

Si crioglobulinas positivas, se realizará estudio hematológico ante la posibilidad de tratarse de una crioglobulinemia mixta asociada a gammapatía monoclonal.

El diagnóstico de vasculitis se basará en la demostración histológica de inflamación en los vasos. En las vasculitis por inmunocomplejos, se detectan depósitos de inmunoglobulinas en los vasos afectados, por lo que la realización de inmunofluorescencia indirecta en el tejido biopsiado para demostrar la presencia de depósitos de inmunoglobulinas y complemento es de gran ayuda diagnóstica.

El tratamiento en casos graves se iniciará con glucocorticoides a altas dosis en períodos cortos e inmunodepresores a largo plazo.

Conclusión

Debemos tener en cuenta diagnósticos de enfermedades menos frecuentes como es el caso de las vasculitis, pues son un grupo heterogéneo de enfermedades con evolución muy variable que incluye diversos síndromes caracterizados por la inflamación y lesión de la pared vascular con o sin trombosis, pudiendo ocasionar isquemia y hemorragia de los órganos con vasos afectados, variando así las manifestaciones clínicas según la localización y el tamaño de los vasos afectados, lo cual dificulta el diagnóstico.

Debemos sospechar vasculitis ante enfermedad inflamatoria multisistémica de causa no aclarada, así como en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido, glomerulonefritis, púrpura, mononeuritis múltiple, lesiones multifocales del SNC o isquemia de miembros, especialmente si se presentan varias de estas manifestaciones, como ocurre en este caso.

Dentro de las vasculitis, nuestra primera sospecha será la vasculitis crioglobulinémica, caracterizada por la presencia de crioglobulinas circulantes, que afecta arterias pequeñas y de mediano calibre. Suele cursar con púrpura palpable, artralgias, astenia, neuropatía periférica, glomerulonefritis membranoproliferativa difusa. La afección gastrointestinal y pulmonar es rara pero potencialmente grave. Las fracciones C3, y sobre todo C4, del complemento suelen estar disminuidas y el factor reumatoide suele ser positivo en las crioglobulinemias mixtas, principal sospecha en este caso. La vasculitis crioglobulinémica puede seguir un curso indolente con brotes recurrentes de púrpura cutánea, pero puede ocasionar también afección visceral grave.

Bibliografía

- Rozman C, Cardellach F. Farreras Rozman Medicina Interna. 18.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p.1047-62
- Naranjo Hernández A, Hernández Hernández MV. Manual de Reumatología para Médicos de Atención Primaria. 1.ª ed. Madrid: Argon; 2020. p.73-81

27.

Diabetes mellitus tipo 1. A propósito de un caso

Martín Guerra, Laura
 Rodríguez Mengual, Amparo
 Gascón Veguín, Santiago

/MIR de MFyC. CS Aeropuerto. Málaga
/MIR de MFyC. CS Aeropuerto. Málaga
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Aeropuerto. Málaga

Caso clínico acerca del debut de la diabetes mellitus tipo 1, donde participan especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, servicio de Urgencias y Endocrinología.

Motivo de consulta

Astenia, glucemia capilar alta.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Varón de 17 años, con los siguientes antecedentes:

Antecedentes familiares: abuelo materno diabetes mellitus tipo 2, hermano diagnosticado a los 9 años de edad de diabetes mellitus tipo 1. No alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovasculares. No episodios de interés ni intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. No Tratamiento crónico.

El paciente acude al servicio de urgencias tras detectarse en el centro de salud glucemia capilar de 450 mg/dl, refiere llevar unos días con polidipsia, poliuria e intensa astenia. Acompañado náuseas con varios episodios de vómitos.

Niega disnea, dolor torácico, dolor abdominal, fiebre ni ningún otro síntoma acompañante.

Exploración física

- Buen estado general, eupneico, bien hidratado, normoperfundido, sin signos de focalidad neurológica.
- Auscultación: tonos cardiacos rítmicos a 90 latidos por minuto, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no defensa abdominal ni signos de peritonismo.
- Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
- Resto de la exploración sin hallazgos patológicos de interés.

Pruebas complementarias

- TA: 101/66 mmHg. FC 100 lpm. Saturación de oxígeno del 100%. Tª 36,8°C
- ECG en ritmo sinusal a unos 95 lpm, eje normal, PR 120 ms, QRS estrecho, RR constante, sin bloqueos de rama, ni alteraciones isquémicas ni de la repolarización.
- Gasometría venosa: PH 7,37 iones normales HC03 29,5 Hb 15,2
 Combur test: cuerpos cetónicos positivos y glucosuria ++
- Hematimetría, coagulación y bioquímica: glucemia 425 mg/dl resto de valores dentro de la normalidad.
- Radiografía postero-anterior y lateral de tórax: no derrame ni condensaciones no pinzamiento de senos costofrénicos.

Enfoque familiar y comunitario

La principal sospecha diagnóstica en este paciente sería un debut de diabetes mellitus tipo 1.

Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Segundo de dos hermanos, vive con sus padres. Buen soporte familiar. Nivel socio-cultural medio-bajo. Correctamente vacunado, estilo de vida saludable, realiza ejercicio físico de forma regular.

Plan de acción y evolución

Se decidió ingreso en el área de observación del hospital para normalizar glucemias y negativizar cuerpos cetónicos.

Se dejó al paciente en dieta absoluto para evitar episodios de náuseas o vómitos. Se inició tratamiento con bolo intravenoso de 9UI de insulina rápida, tras 1,5h las glucemias seguían en torno a 300 mg/dl y se inició perfusión intravenosa de insulina de acción rápida a dosis 50UI de insulina rápida diluidas en 500ml de solución salina fisiológica y administrada a un ritmo de 60ml/h. Varias horas después la glucemia disminuyó por debajo de 200 mg/dl y se redujo la dosis de insulina a la mitad administrando 30ml/h de la dilución anteriormente citada.

Cuando se consiguió mantener las glucemias normalizadas durante al menos 24 h y el paciente pudo comer, se suspendió la perfusión de insulina (2 horas después tras la administración de la primera dosis de insulina por vía subcutánea).

Se dio el alta con pauta basal de insulina calculada en función del peso del paciente y se acordó con el hospital de día de endocrinología indicar al paciente que realizara registro de glucemias antes y dos horas después de las tres comidas principales del día (desayuno-comida-cena) y acudir con ese registro a sus consultas donde le ajustarían la insulina y le iniciarían (en función de las necesidades) la pauta de insulina rápida.

Se citó en pocos días en el Hospital de día del servicio de endocrinología donde se le realizó analítica: Glucosa 184 mg/dl, HBA1c 7,5%. Ac IA2 muy positivos Péptido C 1,16 ng/ml Anti GAD 258,96 UI/ml, siendo diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1, se le ajustó tratamiento insulínico añadiendo pauta de insulina rápida y se realizó educación diabetológica.

Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por su médico de atención primaria, mantiene buenos controles glucémicos con pauta bolo-basal que su médico ajusta en función de sus necesidades.

Acude regularmente a realizarse controles analíticos y participa en el cribado de las complicaciones microvasculares de la diabetes (retinografías y exploración del pie diabético).

Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica muy prevalente que padece un 13,8% de la población española. Las alteraciones de los valores de la glucemia son uno de los principales motivos de demanda asistencial urgente. La diabetes mellitus tipo 1 afecta al 5-10% de los pacientes diabéticos y se caracteriza por la destrucción de las células beta pancreáticas. En la actualidad se reconocen dos formas, autoinmunes e idiopáticas, en función de que se detecten o no anticuerpos específicos contra las células beta del páncreas o sus productos. Suele aparecer en personas jóvenes y por lo general tiene un comienzo agudo. Produce con frecuencia pérdida de peso, las concentraciones sanguíneas de insulina son escasas o incluso indetectables, y cuando se detecta si no se trata con insulina tiene tendencia a la cetosis.

Destacar el importante papel que se desempeña en atención primaria en la detección precoz de este tipo de pacientes, tenemos un papel privilegiado al tratar a familias completas ya que, podemos controlar aquellos pacientes que presentan antecedentes familiares y en los que podría debutar la enfermedad en cualquier momento. La importancia de promover un estilo de vida saludable y la realización de actividad física regular. Y, por último, la complicada labor del control de la enfermedad, realizando controles analíticos, vigilando la aparición de complicaciones secundarias y ajustando el tratamiento insulínico en función de las necesidades.

Bibliografía

- García García E. Actualización en diabetes tipo 1. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 621-628.
- Palomares Ortega R, Jiménez Murillo L, Calvo Rodríguez R. Bases diagnóstico- terapéuticas de la diabetes mellitus. En: Jimenez murillo L, Montero Perez F. Javier, editor. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2018. 451-461.

28.**Diagnóstico dermatoscópico y tratamiento con cirugía menor de un carcinoma basocelular**

Casquero Sánchez, Javier
 Aróstegui Plaza, Cristina
 Castillo Castillo, Rafael

/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivo de consulta

Lesión ulcerada en sien izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):*Anamnesis*

Varón de 55 años que acude a consulta por presentar una lesión crónica ulcerada de un año de evolución en la sien izquierda, que ha ido incrementando de tamaño de forma progresiva. Refiere que en ocasiones ha tenido un leve sangrado sin antecedente traumático, con formación de una “costra” que no termina de desaparecer y expresa su deseo de que la lesión desaparezca por motivos estéticos.

Antecedentes de hipertensión arterial, hipoacusia neurosensorial bilateral y enfermedad de Buerger. En tratamiento con atorvastatina 60 mg, enalapril 20 mg, triflusal 600 mg y pentoxifilina 400 mg.

Exploración

En la exploración física macroscópica se aprecia una lesión nodular eritematosa con bordes perlados y centro ulcerado en la piel de la región anterior de la fosa temporal del cráneo.

Pruebas complementarias

Se visualiza la lesión mediante el empleo de un dermatoscopio (Figura 1), apreciándose una lesión nodular eritematosa de dimensiones 10 x 10 mm, con bordes de aspecto perlado, área de erosión en la superficie cubierta por restos de costra serohemática compatible con ulceración y con presencia de telangiectasias arboriforme en su superficie. Ausencia de lesiones pigmentadas en su interior.

Enfoque familiar y comunitario:

Jubilado, vive junto a su esposa y dos hijas. Buen apoyo familiar y adecuadas relaciones sociales intra y extrafamiliares.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

El juicio clínico es carcinoma basocelular (CBC) tipo nodular.

Diagnóstico diferencial con carcinoma escamocelular de piel, queratosis actínica hipertrófica y úlcera traumática.

Plan de acción

Se programa cirugía menor en el quirófano del centro de salud, previa firma de consentimiento informado.

En primer lugar, se planifica la cirugía con la medición de bordes y de un margen de seguridad de 5 mm en torno a los límites de la lesión. Así mismo, se planifican las incisiones para realizar posteriormente una reparación con la técnica de plastia en Z, dibujando los brazos de la Z formando un ángulo de 60º con la “rama central” sobre la lesión (Figura 1).

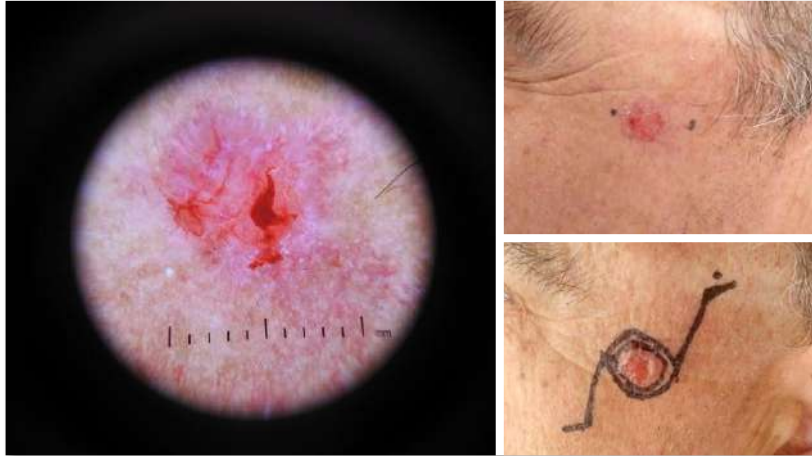


Figura 1 Dermatoscopia y planificación

En el quirófano, se procede a preparación del material, desinfección de la lesión y colocación del campo quirúrgico. Posteriormente, se infiltra la lesión con mepivacaína 1%. Se realiza la excisión de la lesión con bisturí frío con hoja nº 15, extirpando la lesión respetando los márgenes de seguridad, con conservación de la muestra para análisis anatomopatológico. A continuación, se procede a la incisión para realizar los colgajos de rotación para la realización de la Z-plastia.

Posteriormente se realiza hemostasia mediante electrocauterización con bisturí eléctrico.

Finalmente, se procede a suturar la herida con la técnica de la Z-plastia, con puntos simples de seda 5/0. Acto seguido, se desinfecta la herida, se cubre con apósito protector y se dan instrucciones de cuidados al paciente.



Figura 2. Proceso de excisión y Z-plastia

Evolución

Resultados del estudio anatomopatológico:

- Descripción macroscópica: extirpación de fragmento circular de piel de 1.5 cm en cuya superficie hay una lesión sobreelevada y ulcerada de 1 cm
- Diagnóstico: Carcinoma basocelular expansivo con márgenes no afectados.

Se realiza una revisión de la herida a las 48 horas, con buen aspecto, en proceso de cicatrización, sin signos de infección. Posteriormente, se revisa a los 10 días para retirada de puntos alternos, estando la herida completamente cicatrizada, sin signos de infección, completando la retirada total 5 días después (Figura 3).

Se indica el uso de protección solar SPF 50+ a diario.

Se realizan sucesivas revisiones durante el primer año. Pasado un año, la cicatriz presenta un resultado estético y sin tensiones (Figura 3).



Figura 3. Evolución

Conclusión

El CBC representa el 75% de todos los cánceres de piel. Afecta principalmente a personas mayores de 40 años, de género masculino. La importancia de este cáncer radica en su elevada incidencia y su poca capacidad para metastatizar.

El papel del médico de familia en atención primaria es de gran importancia, al ser la primera línea de contacto para los pacientes. Gracias al empleo de la dermatoscopia se ha mejorado la precocidad del diagnóstico clínico. En el caso del CBC, es importante conocer las características que lo definen como las telangiectasias arboriformes, ulceraciones o crisálidas observadas en este caso, aunque pueden aparecer otros hallazgos característicos como las estructuras en hojas de arce, nidos ovoides azul-grisáceo, glóbulos azul grisáceo no agregados y estructuras en forma de rueda de carro.

En este caso se pone de relevancia el papel de la cirugía menor y el conocimiento de técnicas avanzadas como la Z-plastia. La realización de una técnica depurada con márgenes de seguridad permite realizar la toma de muestra para el diagnóstico histológico y el tratamiento radical definitivo, sin necesidad de derivación a atención especializada. El empleo de técnicas como la Z-plastia permite emplear colgajos de rotación, útiles para minimizar la tensión de la piel y para ocultar la cicatriz en los pliegues naturales de la piel aportando además una solución estética.

Como resumen, hay que destacar la importancia del papel del médico de familia, que con los conocimientos adecuados puede realizar un abordaje integral del CBC para el diagnóstico mediante dermatoscopia, toma de muestras para anatomía patológica y tratamiento excisional definitivo.

Autorización del paciente: el paciente del caso expuesto autoriza a su publicación en las Jornadas de tutores y residentes SAMFYC 2021 y el trato de los datos de acuerdo a la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

Bibliografía

- Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Atlas de dermatología clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
 Brown JS, Botting J, Schofield J. Brown's skin and minor surgery: a text and colour atlas. Fifth edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2015. p.330
 Pons S, Figueras O. Método diagnóstico en dos etapas. AMF. 2017.

29.

Diagnóstico diferencial de la disnea en un paciente cirrótico en tiempos de COVID

Viejo Maya, Zulema
 Kránicz, Hajnalka
 Thomas Carazo, M^a Esther

/MIR de MFyC. CS Gran Capitán. Granada
/MIR de MFyC. CS Gran Capitán. Granada
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta:

Disnea y ascitis.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Hombre de 50 años activo en el mundo laboral. Hábitos tóxicos: fumador de 5 cig/día (previamente 1 paquete/día desde los 18 años). Exalcoholismo.

Antecedentes personales:

- Cirrosis hepática de etiología enólica con hipertensión portal y varices esofágicas. Estadío funcional: Child Pugh B9 MELD 18.
- Hepatocarcinoma en segmento III hepático tratado con termoablación, trombosis portal y cavernomatosis que contraindica el trasplante hepático.
- Insuficiencia venosa en MMII.

Anamnesis

El paciente consulta en urgencias por dolor abdominal generalizado, aumento del perímetro abdominal y disnea de 7 días de evolución. Refiere que la disnea comenzó de forma subaguda, siendo de moderados esfuerzos al inicio, aumentando de forma progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Además, alude febrícula de 37,4°C y 37,6°C en la última semana. Estreñimiento en los últimos días, motivo por el que ha tomado lactulosa. Niega dolor torácico, tos y expectoración. Tampoco ha presentado hemoptisis. No refiere aumento de edematización de miembros inferiores, disminución de la diuresis, ortopnea ni crisis de disnea paroxística nocturna. Niega contacto estrecho con un caso confirmado de infección COVID.

Exploración

A la *exploración*, el paciente presenta aceptable estado general. Se encuentra consciente, orientado y colaborador. Glasgow 15. Hemodinámicamente estable TA: 135/85 mmHg, FC 88lpm. Eupneico en reposo, sin signos de dificultad respiratoria, saturación de oxígeno: 90% (aire ambiente). Sequedad de piel y mucosas. Ictericia conjuntival. Auscultación cardíaca: tonos cardíacos puros y rítmicos (sin soplos audibles). Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación; timpanismo central y matidez en flancos, oleada ascítica presente, se evidencia circulación colateral; sin signos de peritonismo; ruidos hidroaéreos disminuidos. En miembros inferiores: edemas con fóvea (++) pretibiales y en zonas declives de muslos, bilaterales; Homans negativo, sin signos de TVP, pulsos distales presentes.

Pruebas complementarias

ECG en el que se objetiva ritmo sinusal a 80 lpm, eje con desviación izquierda, T negativa de V1 a V3. Análítica general (hemograma, bioquímica, coagulación y GSA) en la que destaca dímero D 19,68 mg/L y coagulopatía. Radiografía de tórax: ICT < 0.5, senos costofrénicos libres, hilios normales, sin condensaciones ni infiltrados. PCR de SARS-CoV2 negativa. Angio-TAC de tórax: hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar agudo en varias arterias segmentarias para el LSD, LID y LII, con signos de hipertensión pulmonar asociados. Cirrosis hepática, ya conocida, con gran cantidad de ascitis como signo de descompensación. Finalmente, se realiza ECO-Doppler venoso de MMII bilateral, en el que se aprecia trombosis venosa profunda femoral bilateral. No se realiza paracentesis diagnóstica debido a que el paciente presenta en este momento una coagulopatía que lo impide.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente está casado, convive con su mujer y sus dos hijos varones. Por lo tanto, pertenece a una familia de estructura nuclear (formada por dos generaciones, los padres y los hijos). Según el modelo de la OMS, modificado por De la Revilla, el ciclo vital de su familia se encuentra en fase III o final de la extensión (comprende desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar). Buen apoyo sociofamiliar. Viven en un barrio con nivel socio-cultural bajo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

- Tromboembolismo pulmonar agudo en varias arterias segmentarias para el LSD, LID y LII con signos de hipertensión pulmonar asociados.
- Trombosis venosa profunda femoral bilateral.
- Primer episodio de descompensación edematoascítica en paciente con cirrosis enólica, estadio funcional Child Pugh C12 y MELD 22.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de la disnea en nuestro paciente se plantean las siguientes entidades:

- Tromboembolismo pulmonar agudo.
- Disnea en el contexto de una descompensación edematoascítica
- Infección por SARS-CoV2.
- Posible metástasis pulmonar de un hepatocarcinoma.

Plan de acción y evolución

El paciente ingresa en la planta de Neumología, se instaura tratamiento anticoagulante con HBPM (tinzaparina), se ajusta tratamiento diurético (aumentando la dosis de furosemida y espirolactona) y se pauta antibioterapia empírica ante sospecha de PBE. Se solicita ecocardiografía con el siguiente resultado: ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con fracción de eyección normal; aurícula izquierda ligeramente dilatada; ventrículo derecho de dimensiones y paredes normales, con función sistólica normal; si signos indirectos de HTP. La evolución clínica durante el ingreso es satisfactoria, desaparece el dolor abdominal, disminuye el perímetro abdominal, desaparece edematización de miembros inferiores, no vuelve a presentar febrícula y se corrige la insuficiencia respiratoria aguda. Tras 7 días ingresado, el paciente es dado de alta a su domicilio con tratamiento con HBPM (dada la coagulopatía por cirrosis del paciente) concretamente tinzaparina. Se recomienda valoración por hematología (para ajustar tratamiento anticoagulante) y seguimiento estrecho por su médico de familia.

Conclusión

- Es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial de la disnea en pacientes cirróticos. Ante una descompensación edematoascítica debemos evitar la inercia de considerar a la ascitis como causante de la disnea e investigar siempre la etiología de la misma. Debemos tener en cuenta que los pacientes con hepatopatía crónica poseen riesgos tanto de hemorragia como de trombosis.
- Ante cualquier paciente con disnea durante una pandemia por SARS-CoV2 debemos descartar infección por dicho virus.
- La hepatopatía crónica desencadena un tipo de hemostasia "reequilibrada", en la que la función hepática disminuida produce efectos tanto procoagulantes como anticoagulantes. Se debe evitar la anticoagulación en pacientes con cirrosis clase Child-Pugh C descompensada. En el caso de requerir anticoagulación, como es el caso de nuestro paciente, la elección del anticoagulante y la duración del tratamiento se determina de forma individualizada y mediante la colaboración de hepatólogos y hematólogos.

Palabras clave

Acute Pulmonary Embolism, Deep Vein Thrombosis, Decompensated chronic liver disease, Coagulopathy in chronic liver cirrhosis.

30.

Diagnóstico tardío de una patología neurológica en mujer joven. A propósito de un caso

Moreno Cruz, Ángela
 Roldán Carregalo, M^a Inmaculada
 Carrillo García, Laura Andrea

/MIR de MFyC. Hospital Norte de Málaga. Antequera (Málaga)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Mollina. Málaga
/MIR de MFyC. Hospital Carlos Haya. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de consulta

Paciente mujer de 32 años sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora. Sin intervenciones quirúrgicas salvo parto con anestesia epidural en 2009. No enfermedades médicas previas. Acudió por primera vez a su médico de atención primaria en el año 2013 por cervicalgia y parestias en segundo y tercer dedos de mano izquierda. Movilidad conservada y sensibilidad aumentada en dichos dedos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente consultó en numerosas ocasiones durante ese mismo año y el siguiente por episodios similares. Se exploró signo de L-HERMITE, negativo. A su vez comenzó con episodios frecuentes de lumbalgia con leve respuesta a tratamiento analgésico.

En el año 2015 consultó por primera vez a su médico de AP por dolor y debilidad en miembro inferior derecho que le impedía correcta deambulación. Dicha consulta se repite durante todo el año con frecuencia.

En 2016 su médico ya definió la clínica como pérdida de fuerza y debilidad descendente de la musculatura de miembro inferior derecho.

Solicitó RX lumbosacra, con hallazgo pinzamiento a nivel de L5-S1 sin otras alteraciones. Ante la creciente sospecha de distrofia, solicitó analítica con reactantes de fase aguda y creatin quinasa, que resultaron normales.

En enero de 2017 la clínica de la paciente comenzó a asociar temblores. exploración neurológica anodina. Pruebas Lasègue y Bragard negativas. No alteraciones en equilibrio. Extremidades inferiores de aspecto normal. La analítica realizada descubre Hb11 con volumen corpuscular bajo. Se realizó una segunda donde se solicitaron ANA y Factor Reumatoide. Todos los parámetros en normalidad.

Con estos hallazgos su médico la derivó a servicio de Medicina Física y Rehabilitación para estudio completo. Allí añadieron a los síntomas ya descritos la marcha anormal, con necesidad de reposo tras deambular varios metros. Se realizó RMN sin contraste IV de columna por sospecha de miastenia a filiar.

Hallazgos de la RMN: Escoliosis lumbar. Signos degenerativos de discos lumbares a nivel de L4-L5 y L5-S1. Cono medular de morfología y señal normal. Se cursó tratamiento rehabilitador para lumbalgia y se derivó a Medicina Interna para valoración.

En dicho servicio, se determinó exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Campo visual por confrontación normal. Sistema motor con trofismo normal, fuerza 5/5 con disminución distal, sensibilidad táctil y dolorosa normal, disminución de sensibilidad propioceptiva distal. ROT 4+ generalizados. Test cerebeloso normal, marcha y estática normal. Se recomendó cita con neurología.

En este periodo, su médico de AP a través de controles analíticos descubrió una B Talasemia menor por presencia de anemia microcítica e hipocroma con anisopoiquilocitosis y dianocitos y moderada linfopenia.

En enero de 2018, acudió a su cita en Neurología donde describieron una paraparesia espástica de miembros inferiores con carácter progresivo en estudio. ROTs vivos rotulianos y aquileos, Babinski bilateral. La paciente contaba mejoría de su clínica desde toma de prednisona pautaada por su médico de AP. Se solicitó RM cerebral y cervicodorsal.

Se realizó Estudio Electroneurofisiológico con resultado dentro de la normalidad. Su médico de atención primaria, describió en julio de 2018 parestesias en manos y pesadez de brazos, además de cefalea ocasional y alteraciones visuales con visión borrosa.

Finalmente, la RM cerebral anunció “Lesiones desmielinizantes múltiples, sospecha de enfermedad desmielinizante del SNC, a considerar en el diagnóstico diferencial como primera posibilidad esclerosis múltiple”.

De nuevo en consulta de Neurología se realizó estudio de inmunidad: Autoinmunidad negativo. AC anti NMO negativos. Serología a lúes negativo, PPEE multimodales: visual derecho, auditivos somatosensitivos y motores alterados de forma desmielinizante. Presencia de nistagmo horizontal bilateral, ROTs exaltados generalizados. Se amplió estudio con RM craneal y punción lumbar. Punción lumbar con presencia de LCR claro.

Finalmente se diagnosticó a la paciente de Esclerosis Múltiple. Como patologías secundarias se diagnosticó B Talasemia menor.

Poco después, la paciente acudió a consulta de Psiquiatría por comienzo de trastorno adaptativo tipo depresivo ligado a su reciente diagnóstico. Este trastorno acabó en trastorno depresivo mayor tipo ansioso que continúa en la actualidad.

Enfoque familiar y comunitario

En la familia no constan antecedentes de distrofias musculares ni enfermedades neurológicas previas. La familia da apoyo a la paciente en su patología y las adaptaciones que necesita.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

- Esclerosis múltiple
- B Talasemia Menor
- Trastorno depresivo mayor tipo ansioso

Diagnósticos diferenciales desarrollados durante el estudio: **Lumbalgia. Espondilartrosis cervical. Miastenia. Distrofia. Miopia**

Plan de acción

Se planteó tratamiento con Fingolimod. Se vacunó a la paciente de VVZ en su centro de salud por Ac negativos previos y se comenzó tratamiento con Fingolimod asociado a pauta corticoidea. Se realizaron controles analíticos cada 2 meses por su médico de AP.

Evolución

En enero de 2020 su médico de atención primaria diagnosticó linfopenia farmacológica secundaria a Fingolimod con clínica de empeoramiento de su enfermedad. Se disminuyó dosis de Fingolimod y se instauró pauta descendente de corticoides. Desde entonces presentó algunos brotes, con inicio de nuevos síntomas como dificultad en la micción. Una nueva RM craneal destacó lesiones en sustancia blanca hemisféricas y fosa posterior. RM cervical con posibles lesiones medulares. Cambios degenerativos discovertebrales. Actualmente estabilizada y en ausencia de clínica, con tratamiento pautado en días alternos de Fingolimod, y revisiones en servicio de neurología.

Conclusión

Este caso tiene varios puntos interesantes para los profesionales de la salud.

En primer lugar, se destaca la figura del médico de familia por su papel integrador de los estudios de las distintas especialidades hospitalarias que un paciente puede necesitar para obtener un diagnóstico definitivo y el manejo biopsicosocial que éste ha de llevar a cabo del paciente. Su médico de atención primaria ha integrado su patología a nivel hospitalario, analítico, psicológico, de las enfermedades coadyuvantes que aparecieron a la vez que su enfermedad principal y de los efectos secundarios de su tratamiento. Esto aporta gran valor a dicha figura, que la hace necesaria para una buena atención sanitaria global.

Por otra parte, se evidencia la dificultad que supone el diagnóstico de una enfermedad no muy frecuente cuando se inicia con síntomas débiles; ratificándose la necesidad de la integración y de la evolución para desenmascarar el juicio clínico final.

31.**Diarrea crónica, pérdida de peso y dolor abdominal. Familia disfuncional y apoyo multidisciplinar**

Eliche Mozas, Paz
 Bellido Carreira, María
 Ramos Ruiz, Juan Andrés

/MIR de MFyC. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)
/Médico de Familia. Técnico de Salud UD AFyC Norte-Nordeste (Jaén)

Motivo de consulta

Dolor abdominal y diarrea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 32 años que acude a consulta por la aparición de dolor abdominal que localiza en hipocondrio derecho y epigastrio acompañado de 6-7 deposiciones diarreicas diarias, líquidas, postprandiales, diurnas sin productos patológicos de años de evolución y pérdida de más de 10 kg de peso en los últimos 10 años. Niega náuseas y vómitos. No refiere otra clínica por aparatos. Dice encontrarse “desesperada ante la falta de solución a su problema después de tantos años consultando.”

Se decide el caso detectado por ser un motivo frecuente de consulta (15-25% en Atención Primaria), por haber requerido la paciente de una atención integral en colaboración con distintos servicios y por la importancia de la relación médico-paciente.

Antecedentes personales

Sin enfermedades, alergias medicamentosas conocidas ni intervenciones quirúrgicas. No es fumadora ni tiene otros hábitos tóxicos.

En la figura 1, se observa su genograma familiar. Familia nuclear con parientes próximos en fase II B de extensión de su ciclo vital.

AF: Abuela falleció de cáncer de estómago a los 58 años.

Paciente de 32 años ama de casa. Antecedentes personales: síndrome ansioso-depresivo, intolerancia a la lactosa y síndrome de intestino irritable. Convive con su marido con el que se casó en 2017 y sus 3 hijos, dos de ellos fruto de una relación anterior del que sufrió episodios de violencia de género. Tiene una relación afectuosa con su marido y se encuentra muy unida a su padre. Además, la relación con su hijo mayor es a veces afectuosa y otras conflictiva con frecuentes amenazas e intentos de agresión.

Antecedentes familiares

Abuela paterna falleció de cáncer de estómago. No patologías endocrinológicas en familiares de primer grado.

Exploración y seguimiento

La paciente presentaba aceptable estado general, hidratada aunque con aspecto caquéctico, abdomen excavado con aumento de ruidos hidroaéreos y dolor generalizado a la palpación de predominio en hipocondrio derecho y epigastrio; signo de Murphy dudoso.

Con la encuesta nutricional se pone de manifiesto transgresiones dietéticas habituales; para completar estudio solicitamos coprocultivo, derivada a servicio de urgencias para descartar un cólico nefrítico o colecistitis.

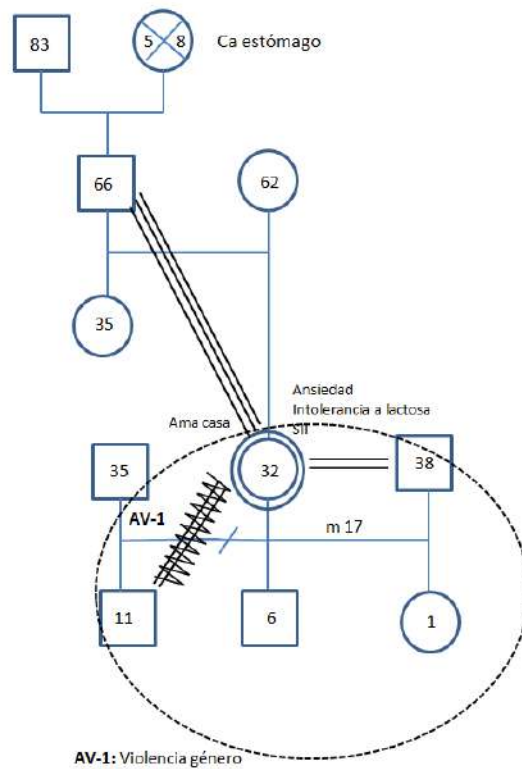


Figura 1. Genograma

Tras la normalidad de la radiografía y la analítica realizada en Urgencias para descartar patología aguda, así como la ausencia de síntomas o signos de alarma, normalidad del examen físico y la ausencia de alteraciones en las determinaciones analíticas y microbiológicas, se sugirió un origen funcional por lo que, añadido a la clínica de dolor abdominal y empleando los criterios Roma IV y la escala de Bristol, se le diagnosticó de síndrome de intestino irritable con diarrea (SII-D).

Indagamos en su historia clínica y observamos que, en los últimos 10 años, la paciente había consultado varias veces por diarrea y dolor abdominal desde 2011.

Su médico realizó estudio de celiaquía y fue vista por distintos especialistas:

- Aparato digestivo: se le realizó EDA, colonoscopia, tránsito baritado y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos, test del aliento de lactosa positivo.
- Medicina Interna: realiza controles analítico semestrales reflejando déficit de vitamina D y ferropenia, e impedanciometrías, el IMC variaba entre 15-17 Kg/m según estado emocional de la paciente.
- Psiquiatría: tras la normalidad en TAC-TAP, diagnosticó de síndrome ansioso-depresivo y rasgo de personalidad Cluster C.

Desde junio de 2020 ha acudido a consulta en varias ocasiones refiriendo ansiedad y una situación familiar complicada con situación de acoso por parte de su expareja, por lo que fue derivada al trabajador social que confirmó los malos tratos (CMT).

Ante la preocupación excesiva por sus síntomas, asociar un síndrome ansioso depresivo, reiterar que “nadie encuentra una solución a su problema”, tener una sintomatología fluctuante y presentar una historia de múltiples pruebas diagnósticas y visitas a especialistas, el DSM-5 apunta a que el SII también puede ser un trastorno de somatización.

En 2013, la OMS asoció la violencia de cualquier tipo contra las mujeres a cuadros de ansiedad y depresión; además, la experiencia temprana adversa se asociaba significativamente con los síntomas generales de SII y con la gravedad del dolor abdominal.

Plan de acción y evolución

- Ejercicio físico habitual.
- Medidas higiénico-dietéticas.
- Dieta baja en FODMAP (carbohidratos fermentados).
- Terapia cognitivo-conductual.
- Reforzar el vínculo relacional y la empatía con la paciente demostrando comprensión y apoyo.
- Loperamida en periodos de diarrea activa.
- Duloxetina para control de dolor somatomorfo, que la paciente dejó de tomar por mala tolerancia. Se sustituyó por Sertralina 50 mg 1/24 h.
- Lansoprazol 30 mg 1 /24 h.
- Colecalciferol 1/30 días.
- Alprazolam 500 mcg 1/12 h.

Tras esta consulta, se ha contactado con ella en 2 ocasiones con mejoría de síntomas diarreicos, aunque presenta ahora artralgias a nivel de rodilla. Se le realizó en consulta de Atención Primaria el cuestionario de salud del paciente PHQ-15 (figura 2) obteniendo puntuación de 10 (moderado), por lo que se ha derivado a Psiquiatría para valoración.

Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?			
	En absoluto (0)	Un poco molesto (1)	Muy molesto (2)
a. Dolor estómago			✘
b. Dolor espalda	✘		
c. Dolor en brazos o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)			✘
d. Calambres menstruales		✘	
e. Dolores de cabeza	✘		
f. Dolor en el pecho	✘		
g. Mareo	✘		
h. Desmayos	✘		
i. Sentir el corazón acelerarse	✘		
j. Dificultad para respirar	✘		
k. Dolor en las relaciones sexuales		✘	
l. Estreñimiento o diarrea			✘
m. Náuseas, gases o indigestión			✘
n. Cansancio o poca energía	✘		
o. Problemas para dormir	✘		
Total: 10			

Puntuaciones y gravedad de los síntomas:

0-4: mínimo

5-9: bajo

10-14: moderado

15-30: alto

Figura 2. Cuestionario de salud del paciente PHQ-15

Conclusión

Este caso hace reflexionar sobre la importancia de la relación médico-paciente en Atención Primaria y la necesidad de *exploración* del foco biopsicosocial a la vez que los aspectos médicos, porque una patología puede surgir y desarrollarse en el contexto de una situación social complicada con episodios de estrés y de violencia.

Bibliografía

Fernández Bañares F, Esteve M. Diarrea crónica. Síntomas gastrointestinales frecuentes. Aegastro 2018, Sección 1 (7): 125-146. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/07_Diarrea_cronica.pdf

Balboa A, Ciriza C, Delgado-Aros S et al. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre el síndrome del intestino irritable. AEG 2017. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/siendrome del intestino irritable.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/siendrome_del_intestino_irritable.pdf)

Pascual Pascual P, Cerecedo Pérez MJ. Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. AMF 2015; 11(5): 281-286. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433

Cano-Vindel A, Mae Wood C et al. Somatizaciones en Atención Primaria: un modelo explicativo basado en factores cognitivos y emocionales. En IV Jornada de Psicología Clínica en Atención Primaria. Consejo General de la Psicología. Madrid, 13 noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.cop.es/ppt/21.ppt>

UpToDate [Internet]. Dimslae, J Solomon D, enero 2020 [actualizado diciembre de 2020; acceso 7 enero 2021]. Trastorno de síntomas somáticos: evaluación y diagnóstico. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Antón Hurtado F, Madrid Jordán A. Aproximación antropológica a la somatización de la violencia. El síndrome del intestino irritable. Antropología experimental 2020; 12: 165-180. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae2020>

32.

Disfagia y disnea con un mismo origen

Morales Delgado, Nazaret
 Martín Mañero, Cristina
 Martín Rioboo, Enrique

/MIR de MFyC. CS Poniente. Córdoba
/MIR de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Poniente. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivo de consulta

Disnea y disfagia de larga evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: varón de 55 años. No alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: fumador de 1 paquete / día (paquete/ año: 76). No bebedor. Protusiones discales C4-C5, C5-C6 y C6-C7. Hernias discales intervenidas mediante artrodesis en 2010. Hernia umbilical intervenida quirúrgicamente. Tratamiento habitual: no refiere.

Antecedentes familiares: madre con epilepsia.

Anamnesis

El paciente desde hace un año presenta disfagia a sólidos. Tras la exploración por parte de su MAP siendo anodina solicita EDA para descartar origen orgánico, siendo informada como esófago de Barret. Meses después el paciente vuelve a acudir a centro de salud por empeoramiento progresivo de la disfagia, también con líquidos, con sensación de cuerpo extraño esofágico y disnea que se acentúa en decúbito supino; lo que le obliga a permanecer en sedestación durante toda la noche. Pérdida de unos 5 kg de peso desde inicio de sintomatología y astenia marcada. No refiere sudoración ni fiebre. Dieta triturada en domicilio.

Exploración

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. No tolera decúbito supino ni prono por disnea y desaturación evidente con pulsioximetría realizada en consulta que incluso desciende hasta menos de 80%, recuperando saturación basal de 95% al incorporar al paciente. Cabeza y cuello: adenopatías laterocervicalcervicales. No signos de vena cava superior. Dudosas adenopatías axilares.

ACP: tonos rítmicos sin soplos. MV conservado con sibilantes espiratorios, roncus dispersos.

Abdomen en sedestación: blando, no doloroso. Sin signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP.

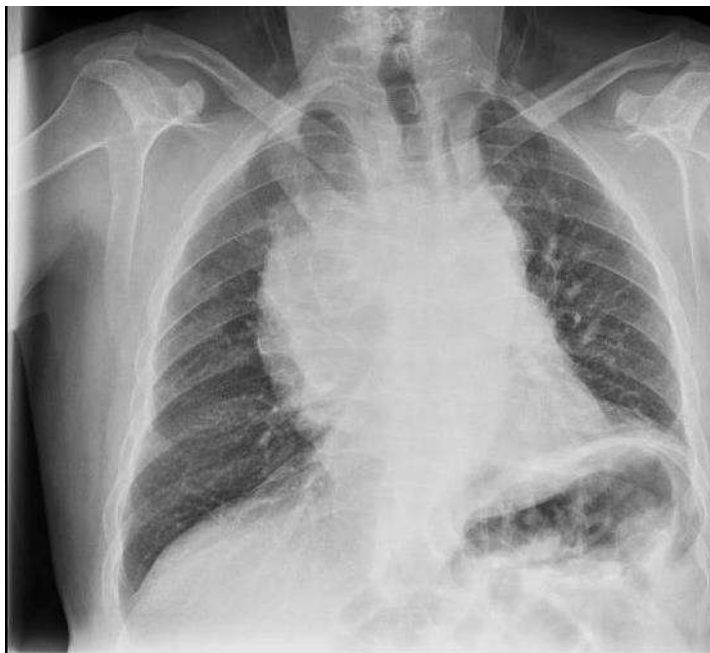
Pruebas complementarias

Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y marcadores tumorales dentro de rango de normalidad. Serología de virus negativas.

Radiografía de tórax: Se observa una gran masa en mediastino anterior que desplaza estructuras mediastínicas hacia el lado contralateral y desplazamiento traqueal posterior, de probable origen tumoral. Elevación del hemidiafragma izquierdo. Escoliosis dorsal de convexidad izquierda. Prueba por la cual su MAP deriva al paciente al servicio de urgencias para valoración.

En dicho servicio, debido a la imposibilidad de realización de TAC por no tolerar el decúbito se realiza ingreso hospitalario para estudio de masa en mediastino anterior.

Se realizó biopsia con aguja gruesa de masa en mediastino anterior guiada por ecografía obteniendo con anatomía patológica el diagnóstico de: linfoma B de células grandes primario BCL2+, BCL6+, MUM1+, CD23+, y alto índice proliferativo.



Ecocardiografía normal.

Durante el ingreso, se realizó un PET en decúbito lateral y con cabecero de cama elevado a 30º para valorar extensión de masa tumoral: Gran masa mediastínica anterior hipermetabólica que parece infiltrar el esternón a la altura de las articulaciones esternoclaviculares de características malignas.

Dos nódulos milimétricos en lóbulo inferior derecho pulmonar con leve hipermetabolismo sospechosos de malignidad. Ocupación del seno maxilar izquierdo y nasal ipsilateral con hipermetabolismo, recomendamos exploración clínica. Leve derrame pleural izquierdo y atelectasia con muy discreto hipermetabolismo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Infiltración por linfoma B de células grandes primario mediastínico. Insuficiencia respiratoria por compresión de estructuras mediastínicas.

Diagnóstico diferencial

Masas mediastino anterior: Bocio retroesternal, Linfoma, Timo (Timoma, Carcinoma, Quiste), Lipoma, Tumores de Células Germinales, Hernia Diafragmáticas.

Identificación de problemas

Situación socio- económica baja; con posible dificultad de diferenciar a la hora de la anamnesis entre clínica de disfagia o disnea.

Plan de actuación y evolución

Comenzó tratamiento con corticoterapia e inicio de quimioterapia con 6 ciclos R-CHOP.

El paciente presentó buena tolerancia a la quimioterapia sin incidencias. Clínicamente mejoría con buen descanso en decúbito lateral sin disnea ni desaturación desde primeras semanas de inicio de tratamiento. Evaluación por PET fin de tratamiento con muy buena respuesta. Posterior derivación a servicio de oncología radioterápica para consolidar tratamiento de masa bulky.

Conclusión

- Los tumores del mediastino anterior representan el 50% de todas las lesiones mediastinales; incluyen timoma, teratoma, enfermedad tiroidea y linfoma. El linfoma representa el 20% de todas las neoplasias mediastinales en adultos y el 50% en niños. Dentro del grupo de linfomas primarios del mediastino un 15-25% son de tipo no Hodgkin (LNH). Menos del 3% de todos los casos de LNH corresponden a un subtipo raro de linfoma conocido como linfoma B difuso de células grandes primario del mediastino o linfoma tímico
- El linfoma hace parte de las neoplasias que con más frecuencia comprometen el mediastino anterior, en la mayoría de los casos linfoma Hodgkin (50%-70%). El linfoma B difuso de célula grande primario del mediastino, es una entidad poco frecuente con un comportamiento atípico dada la tendencia a la invasión local e invasión secundaria de la pleura, el pericardio, la pared torácica y pulmón. Sus características por imágenes son similares a las de otras neoplasias primarias del timo, por lo que la única manera de diferenciarlo de estas últimas es mediante la valoración histológica.
- Destacar la importancia de dirigir una buena anamnesis para identificar la clínica acompañado de una correcta y sistemática exploración del paciente.
- Si un problema de salud se cronifica a lo largo del tiempo, insistir en la reexploración para cambiar nuestro enfoque diagnóstico.
- Recordar la idea de pedir pruebas desde las más sencillas hasta las más cruentas e invasivas

Bibliografía

Bustamante Zuluaga, S; Viveros Carreño, JM. Linfoma primario del mediastino (tímico): Presentación de caso. LILACS, COLNAL. 2016; 27(2): 4464-4468.

33.

“Doctor, no me salen las palabras”

Cornejo Benítez, Almudena
Domínguez Zorrero, Isabel

/MIR de MFyC. CS de Moguer (Huelva)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS de Moguer (Huelva)

Motivo de consulta

Disartria y cefalea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Mujer de 44 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes familiares de interés. Fumadora de 20 cigarrillos/día. No presenta FRCV. Antecedentes personales de migraña, fibromialgia e intervención de fractura de codo derecho. No realiza tratamiento domiciliario. Independiente para las ABVD.

Acude a Urgencias hospitalarias por episodio brusco de disartria con dificultad para la emisión del lenguaje (refiere que “no le salen las palabras”) acompañado de cefalea holocraneal sin aura, de 4 horas de evolución. No sonofobia ni fotofobia. Niega traumatismo, vómitos o pérdida de conciencia. No fiebre ni otra focalidad sistémica concomitante.

Exploración física

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Hemodinámicamente estable, con TA 150/90, FC 96 lmp y SatO₂ 96%. Afebril.

Exploración neurológica con pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No déficit campimétrico ni asimetrías faciales. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No alteraciones en marcha ni equilibrio. No disimetría ni disdiacocinesia. Romberg negativo. Signos meníngeos negativos. No signos de focalidad neurológica. Dificultad para vocalización correcta de algunas palabras.

Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos.

Ante la sintomatología de la paciente, se contacta con Neurología para la activación de Código Ictus y se solicitan las pruebas complementarias pertinentes. Neurología acude para valoración, no objetivan alteración orgánica y descartan clínicamente la posibilidad de AVC. Indican alta a domicilio si las pruebas de imagen resultan anodinas.

Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje normal, PR normal y constante, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Analítica: hemograma sin alteraciones en las tres series. Coagulación normal. Bioquímica con glucosa 115, creatinina 1.15, LDH 261, Na y K en rango, troponina T 19.89. Se serian troponinas.

TAC de cráneo sin contraste: no lesiones hemorrágicas ni signos de isquemia aguda. Puntuación en la escala ASPECTS de 10. Sin otros hallazgos.

AngioTAC de cráneo y troncos supraaórticos: ACI derecha e izquierda: sin estenosis ni signos de disección. Arteria basilar y arterias vertebrales: sin signos de trombosis. Arterias cerebrales medias y anteriores: sin signos de trombosis. Arterias cerebrales posteriores: permeables y sin signos de oclusión. Grado de colateralidad: 3 (normal). Otros hallazgos: ACoP derecha hipoplásica.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En este contexto pueden valorarse patologías como AVC, migraña con aura del lenguaje, absceso/tumor cerebral, hemorragia subaracnoidea, trastorno conversivo, simulación, ...

Plan de acción y evolución

Ante el resultado de las pruebas complementarias realizadas en Urgencias, Neurología recomienda completar estudio en este servicio y observar a la paciente 12 horas desde el inicio de los síntomas, con reevaluación posterior.

Segundas troponinas en 18. Actualmente, ansiosa por la dificultad para expresarse. Continúa con emisión de palabras erróneas; ejemplo, ante la pregunta “¿cómo se llaman tus padres?”, responde “Rafael y Rafael”, sin ser consciente de la equivocación. Niega cefalea. Afebril y estable hemodinámicamente. Debido a la persistencia de la sintomatología, se vuelve a contactar con Neurología previamente al alta y se solicitan nuevos TAC y AngioTAC craneales con estudio de perfusión, donde se detecta defecto de repleción de 1.2 mm de longitud en rama medial de M2 izquierda, compatible con trombo. En lóbulo temporal izquierdo apreciamos amplia área de alargamiento del tiempo de tránsito medio, compatible con isquemia sin apreciar core.

Ante los hallazgos en las pruebas de imagen, se cursa ingreso en Unidad de Ictus. La paciente continúa con buen estado y buenos controles tensionales. Lenguaje fluente aunque con bloqueos evidentes, parafasias fonémicas frecuentes y alguna parafasia semántica aislada. Dificultad para la repetición de frases complejas. Compresión del lenguaje conservada. Resto normal. NIHSS de 1.

Durante su estancia en la Unidad de Ictus y en planta la evolución es favorable, con mejoría de la disartria y sin parafasias. Resto de la exploración física normal. Se realiza estudio analítico completo con normalidad de parámetros, destacando únicamente HDL 28, vitamina B12 227, transferrina 195. En estudio de autoinmunidad, Ac (IgG) anti cardiolipina 69. Marcadores tumorales y serología sin hallazgos reseñables.

Se realizan también: Doppler burbujas que impresiona de posible shunt derecha-izquierda no significativo. Holter sin alteraciones. Ecocardiograma transtorácico: cardiopatía valvular mixta; orgánica (prolapso leve de velo anterior mitral) y degenerativa, que condicionan insuficiencia mitral y aórtica ligeras grado II. FE biventricular conservada. Septos interauricular e interventricular aparentemente íntegros. RMN craneal: lesiones isquémicas agudas/subagudas parietal y silviana izquierdas, con probables infartos lacunares de cronología reciente frontal derecho y temporal, suprasilviano y junto a asta occipital izquierdos. No sangrado ni LOEs. Finalmente, dada la estabilidad neurológica y hemodinámica, se decide alta hospitalaria con tratamiento con AAS 100 mg/24 h, Atorvastatina 80 mg/24 h y Omeprazol 20 mg/24 h. Abandono tabaquismo, dieta mediterránea, ejercicio físico y control de cifras tensionales. Cita en consultas de Neurología y analítica de control en tres meses.

Juicio clínico al alta, ictus isquémico hemisférico izquierdo por oclusión del segmento M2 izquierdo secundario a trombo intramural, en paciente joven. Perfil embólico, origen indeterminado. Ac (IgG) anti cardiolipina positivo.

Conclusión

La importancia de este caso radica en el contraste entre la gravedad de la patología cerebrovascular y la sintomatología poco florida manifestada por la paciente. En ocasiones, puede que la anamnesis y la exploración física no revelen nada llamativo, e incluso que las pruebas complementarias inicialmente sean normales; pero la persistencia de una clínica cuanto menos inusual y un disconfort importante del paciente ante la misma, nos deben poner alerta y hacernos continuar con el estudio hasta llegar a la causa.

Debe destacarse la importante labor del Médico de Familia en las Urgencias hospitalarias que, ante su insistente comunicación con Neurología, logra resolver la misteriosa alteración del lenguaje en una mujer joven sin factores de riesgo ni antecedentes patológicos de interés.

34.

¡Doctor, “tomo toda mi medicación”!

De Oliveira Seruca, Verónica Sofía
 Rodríguez Pérez, Macarena
 Fernández Arias, Antonio

/MIR de MFyC. AGS Campo Gibraltar Oeste. Algeciras (Cádiz)
/MIR de MFyC. AGS Campo Gibraltar Oeste. Algeciras (Cádiz)
/Especialista en MFyC. Tutor. AGS Campo Gibraltar Oeste. Algeciras (Cádiz)

Motivo de consulta

Paciente mujer de 80 años que acude al centro de salud para un control programado de INR.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Antecedentes personales*

Paciente sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 20 cig/día desde hace 60 años, con antecedentes de aneurisma aorta torácica intervenido, TVP en arteria iliaca bilateral, estenosis tronco celiaco, nefropatía isquémica, HTA y EPOC. En tratamiento con omeprazol 20 mg, furosemida 40 mg, enalapril 20 mg, simvastatina 20 mg, nifedipino 20 mg, sintrom 4 mg, eutirox 75 mcg, lormetazepam 3 mg, colecalciferol 25 mUI, prolia 60 mg, spiriva Respimat 2,5 mcg.

Enfermedad Actual: Acude al Centro de Salud para control programado de Sintrom tras varios meses de mal control con constantes ajustes. En nuestro centro de salud, es el equipo de Enfermería quien se encarga de realizar los controles del INR en pacientes anticoagulados. En caso de este no estar en rango, los médicos de Atención Primaria se encargan de validar la nueva pauta, muchas veces de forma no presencial.

Enfermería nos comunica que esta vez, los niveles de Sintrom de nuestra paciente siguen sin estar en rango (INR 1,1), y decidimos explorarla de forma presencial.

Anamnesis

Interrogamos a la paciente, quien entra acompañada por una vecina y nos comenta que toma toda su medicación, incluida sintrom. No es consciente de que padece problemas de memoria. Sin embargo, su vecina refiere que la paciente presenta desde hace unos meses una apariencia más descuidada, que suele repetir la misma ropa, y que además últimamente se le ha cambiado el carácter. También confunde lo onírico con la realidad, creyendo en alguna ocasión que le habían robado, o que habían entrado en su casa. Además, nos comenta que la paciente suele acumular medicación, hecho que la paciente niega.

Exploración en Atención Primaria

TA: 150/90, FC: 78 lpm, Saturación O2: 97%, auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado con roncus dispersos en bases. No soplos carotídeos.

Se realiza exploración neurológica completa: lenguaje fluente sin elementos afásicos, colaborando y obedeciendo a órdenes. Pares craneales centrados sin focalidad neurológica. No nistagmus. Signos meníngeos negativos. Fuerza y sensibilidad conservada. ROT conservados y simétricos. Sin alteraciones de la marcha; Romberg y marcha en tándem negativa. No disimetría. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral.

Se aplica un Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo con puntuación de 26, con alteración en los apartados de fijación, concentración, cálculo y memoria (< de 23 se considera deterioro cognitivo). También realizamos la prueba del Reloj, dónde se obtiene una puntuación inferior a 15 (resultado positivo para deterioro cognitivo) y rellenamos la Escala de Hachinski con puntuación de 5, indicando una probable demencia de origen mixto.

Pruebas complementarias en Atención Primaria

Solicitamos una analítica sanguínea con vitamina B12, TSH y serología de VIH y lues que posteriormente ha salido normal; Solicitamos TAC craneal.

En TAC se aprecian hipodensidades difusas en la sustancia blanca que rodea a los ventrículos laterales, sin efecto masa, inespecíficas, compatibles con isquemia crónica por enfermedad de pequeño vaso con discretos signos de atrofia encefálica cortico-subcortical. Sin otros hallazgos de interés. (Fig 1.)

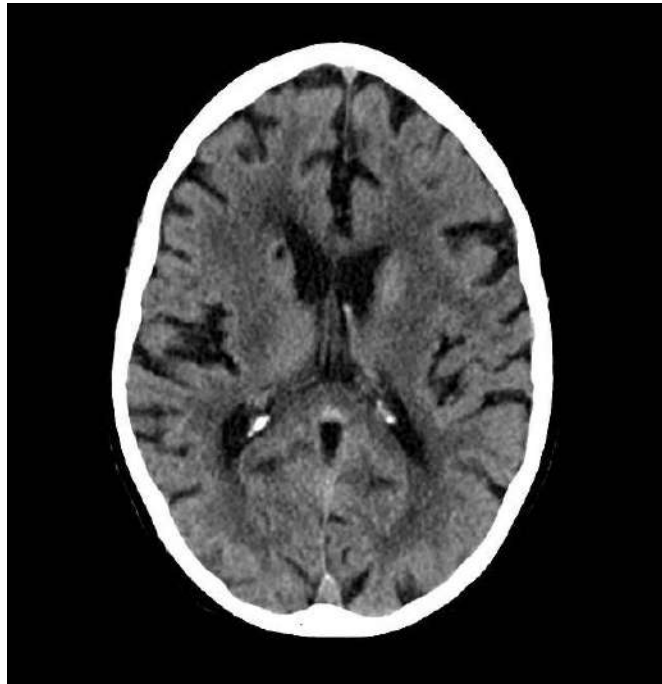


Figura 1. TAC craneal

Con la exploración y pruebas complementarias obtenidas se deriva a la paciente a la consulta de Neurología para estudio.

Consulta de Neurología: Se realiza test cognitivo fototest, con puntuación total de 22 (Fig.2) (Nominar: 6; Fluencia: 7 + 5 = 12; Recuerdo libre: pera = 2; Recuerdo facilitado = coche, trompeta = 2).

Grupo de edad	< 50 años	50-64 años	≥ 65 años
Valores normales	45,0±5,5	38,7±4,8	34,4±4,4
Percentil clave	34	30	27

Figura 2. Valores normales y percentil clave según estrato. <https://www.hipocampo.org>

Enfoque familiar y comunitario

Solicitamos a la Trabajadora Social del centro que valore a nuestra paciente.

Consulta Trabajadora Social: Se visita a la paciente en su domicilio y nos comenta que la paciente es viuda desde hace 3 años, vive sola y aunque tenga dos hermanas que viven en la misma ciudad, no tiene relación con ellas. El familiar más cercano es su hijo que vive a 200kms de distancia. Presenta moderada dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton y Brody: 4) pero no acepta ayuda. Casa descuidada. Sale sola a la calle desplazándose siempre en taxi, sin nunca haberse desorientado. Nivel socio económico medio-alto.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Paciente frágil y vulnerable con deterioro cognitivo de perfil cortical sugestivo de enfermedad de Alzheimer y enfermedad vascular cerebral multiinfarto.

Plan de acción y evolución

Se decide mantener su medicación como hasta la fecha, iniciando tratamiento específico con Donazepilo y debido al deterioro cognitivo presentado por la paciente y la incapacidad para llevar a cabo ciertas actividades básicas de la vida diaria, la Trabajadora Social del centro de salud decide contactar con su hijo para decidir plan de actuación.

Se consensó con el hijo y la paciente el traslado a domicilio del hijo. Éste actualmente, desempeña el rol de cuidador principal, estando la paciente estable y con mejor control sobre su medicación, último control INR en 3,5. Se empiezan los trámites para incapacitación de la paciente.

Conclusión

Con este caso queremos destacar la importancia de la Atención Primaria, que ofrece una atención médica adecuada, basada en las necesidades de la persona, de la familia y de la comunidad a la que asiste, abordando los problemas de salud en su forma biopsicosocial. Permite a los individuos recibir una asistencia integral donde la calidad de la asistencia médica se beneficia y depende de todos los profesionales que trabajan en el Centro de Salud, como son el equipo de Enfermería, Auxiliares y Trabajadores Sociales entre otros.

Así mismo, nos parece relevante mencionar que debido a la situación actual de pandemia debemos reforzar la idea de la importancia de ver a nuestros pacientes, y de la exploración médica para poder detectar patologías, que pudieran pasar desapercibidas en la nueva modalidad asistencial, como es la consulta telefónica.

35.

Doctor, mi cuerpo no me responde. Síndrome paraneoplásico

Ortiz Méndez, María Teresa
López Sánchez, M^ª de la Villa
Nieto Espinar, Yolanda

/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/Especialista en Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares (Jaén)
/Especialista en MFyC. CS Virgen de Linarejos. Linares (Jaén)

Motivo de la consulta

Mujer de 65 años que consulta en urgencias hospitalarias por cuadro de parestesias desde hace 50 días aproximadamente, pérdida de fuerza en miembros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), mialgias generalizadas y caídas de repetición.

Paralelamente refiere tos seca, sensación distérmica e incontinencia urinaria, asociado a pérdida de 10 kg en 3 meses y anorexia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente con antecedentes de hipertensión, síndrome ansioso depresivo e intervención de la columna por traumatismo en juventud. Como factor de riesgo, es fumadora de 10-15 cigarrillos al día.

A la exploración se encuentra consciente, orientada, colaboradora, lenguaje y motilidad ocular normal, atrofia muscular en MMII y MMSS. Los reflejos osteotendinosos están abolidos en MMII, conservados en MMSS, sensibilidad termoalgésica conservada. La exploración de la marcha no es posible, pues le es imposible la bipedestación.

Presenta adenopatía supraclavicular derecha de unos 2 cm y adherida a planos profundos. En la auscultación destacan crepitantes en base pulmonar izquierda sin otros hallazgos. En la analítica de urgencias destaca una leucocitosis, PCR elevada, radiografía de tórax con aumento de tamaño del hilio izquierdo y dudosa condensación en lóbulo Inferior Izquierdo (Figura 1). ECG normal.



Figura 1



Figura 2

Se decide ingresar en planta de Medicina Interna para completar estudio con TAC torácico que identifica una masa pulmonar hiliar izquierda sugerente de proceso neoplásico primario y adenomegalias metastásicas múltiples (Figura 2); La Resonancia magnética (RNM) de cráneo y columna describen cavidad siringomiélica central dorsal desde T5 hasta T8 (posiblemente secundaria a golpe en columna antigua e intervenida por pérdida de fuerza); analítica con marcadores tumorales (Antígeno Carcinoembrionario 7.05ng/ml), sífilis (negativo) y autominunidad (Ac (IgG) antinucleares Positivos, Ac (IgG) Antineuronal-Hu Positivo).



Figura 3

Para completar el estudio se realizó un Electromiograma (EMG): Polineuropatía sensitivo motora de tipo axonal. La estimulación repetitiva en músculos distales y proximales demostró electrodecremento a bajas frecuencias probablemente en relación con un síndrome de Eaton Lambert (SLE).

Finalmente se biopsió la tumoración pulmonar diagnosticándose de Carcinoma de células pequeñas. El diagnóstico final fue de Carcinoma microcítico asociado a SLE.

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

Se plantea el diagnóstico diferencial de un síndrome constitucional en una paciente fumadora con una imagen radiológica sospechosa junto con un cuadro neurológico consistente en debilidad muscular con atrofia asociada a descartar enfermedad desmielinizante (ELA, esclerosis múltiple), polineuropatía sensitivo motora (Síndrome de Guillain Barré, Síndrome de Eaton Lambert). Además, la incontinencia urinaria nos orienta a pensar en posibles patologías de la columna (tipo estenosis de canal, siringomielia...) dados los antecedentes, en este caso traumáticos en la juventud.

El diagnóstico final fue de Carcinoma Microcítico de pulmón, precedido del Síndrome Paraneoplásico: SLE y paralelamente de siringomielia.

Plan de acción y evolución

Dado el resultado y el tratamiento necesario del caso se trasladó al Hospital de referencia para iniciar quimioterapia con Cisplatino y Ectopósido. Actualmente, la paciente evoluciona de forma favorable tras tratamiento con quimioterapia.

Conclusión

Este caso nos pone en precedentes de la importancia que tiene recaudar el mayor número de datos del paciente, pues el conocer un traumatismo en la juventud, para ella sin aparente repercusión, puede ser la clave del diagnóstico. Incluso la importancia de los factores de riesgos tan conocidos como el tabaco, nos puede despertar el instinto clínico junto con los síntomas destacados. Por ello, resaltar la importancia del médico de familia tanto en la consulta de primaria como en las urgencias hospitalarias, de realizar una correcta y minuciosa anamnesis y exploración, además de tener presente un amplio abanico de diagnósticos.

En aquellos pacientes con una neoplasia, es relativamente común la aparición de un síndrome paraneoplásico (SP), siendo en algunos casos la manifestación clínica inicial. Entre los tumores malignos, se observa con mayor frecuencia en el cáncer de pulmón; hecho a tener en cuenta, sobre todo ante un SP neurológico o endocrino que puede facilitar un diagnóstico más precoz y por tanto, un tratamiento más eficaz de la enfermedad de base. La evolución del SP suele ser paralela a la del tumor subyacente, sin embargo, su manejo requiere el control de la neoplasia y medidas terapéuticas específicas.

La debilidad muscular, la disfunción neurovegetativa y el síndrome constitucional orientaba la posible malignidad del diagnóstico, sospechando paralelamente una polineuropatía sensitiva-motora periférica. Los resultados de pruebas complementarias constataron la existencia de Carcinoma microcítico de pulmón asociado a SLE apoyado por la eletromiografía y una siringomielia secundaria.

El SLE se define como un trastorno preneoplásico con formación de autoanticuerpos IgG (90%) contra canales de calcio regulado por voltaje de tipo P/Q19 presinápticos, cuya reducción en la transmisión neuromuscular (acetilcolina), explica la debilidad muscular y disfunción neurovegetativa. El carcinoma microcítico de pulmón está presente en el 50-60% de los casos SLE, con una prevalencia mundial entre 1/250,000 y 1/333,300, a la edad media de 40 años.

Otras neoplasias asociadas al SLE: cáncer de mama, colon, estómago, vesícula biliar, riñones y vejiga, adenocarcinoma de pulmón, páncreas y próstata, carcinoma intratorácico y trastornos linfoproliferativos.

Sobre la siringomielia decir que se trata de un quiste lleno de líquido (siringe) dentro de la médula espinal, cuya causa más frecuente es la afectación del tejido cerebral que invade el canal espinal (malformación de Chiari) y otras como meningitis, tumores y lesiones medulares siendo esta última la posible causa de nuestro caso. Entre los síntomas destaca: debilidad muscular, pérdida de reflejos, de sensibilidad al dolor y temperatura, entumecimiento de espalda, hombros, cuellos, brazos y piernas, incontinencia fecal y urinaria y escoliosis. En el caso de nuestra paciente el hallazgo de siringomielia se consideró secundaria a un traumatismo en la columna en su juventud del que tuvo que ser intervenida.

Palabras clave

Debilidad muscular, mialgia, síndrome constitucional, incontinencia urinaria, siringomielia.

36.

“Doctora, a mí me sigue doliendo”

Piquer de Aynat, Carmina
 Bosquet López, Rocío
 Chacón Reche, Fernanda

| MIR de MFyC. AGS Norte de Almería
 | MIR de MFyC. AGS Norte de Almería
 | Especialista en MFyC. Tutora. AGS Norte de Almería

Motivo de consulta

Mujer de 21 años, acude al Servicio Hospitalario de Urgencias por empeoramiento de dolor torácico de un mes de evolución, acentuado en las últimas 48 horas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Antecedentes personales*

- No alergias medicamentosas conocidas previas
- No presenta hábitos tóxicos: no bebedora de alcohol habitual, no fumadora.
- Síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por Salud Mental, tras accidente de tráfico hace dos años.
- No antecedentes de intervenciones quirúrgicas.

No antecedentes familiares de interés.

Tratamiento activo: anticonceptivos orales desde hace año y medio. Alprazolam 0,5 mg de forma puntual.

Mujer de 21 años, acude a consulta de Urgencias del Servicio Hospitalario por cuadro de dolor torácico bilateral, más acentuado a nivel costal derecho de un mes de evolución. Ha sido valorada por su Médico de Atención Primaria en dos ocasiones, sin mejoría a pesar de la toma de analgésicos habituales.

Desde hace dos días, refiere empeoramiento del dolor costal derecho de características mecanicopleuríticas, con sensación de disnea leve asociada. Niega traumatismo reciente. No ha presentado fiebre ni tos en los días previos. No náuseas, vómitos o alteraciones del hábito intestinal. No semiología clínica de Hiperreactividad bronquial ni síntomas de infección respiratoria reciente. No refiere contactos conocidos con pacientes COVID19 positivos. Niega sensación de tumefacción o dolor en miembros inferiores en días previos. No había realizado reposo en cama reciente.

Exploración física

- Consciente y orientada. Buen estado general. Tranquila. Bien hidratada y perfundida. Marcha conservada.
- TA 131/62, 110 latidos por minuto, SatO2 100% aire ambiente.
- No fiebre ni signos meníngeos. (Temperatura 36,2°C)
- Postura antiálgica.
- Eupneica. Sin trabajo respiratorio.
- Auscultación: tonos rítmicos y plenos, no soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Palpación de parrilla costal: Signo de Tietze positivo a la palpación de parrilla costal derecha anterior submamario. No crepitación. No hematomas.
- Abdomen: Blando, depresible a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Murphy negativo.
- Miembros inferiores: no edemas ni signos de flebitis o trombosis venosa profunda.
- *Exploración neurológica* normal.

Pruebas complementarias:

- ECG: Ritmo sinusal a 105lpm, eje normal. QRS estrecho. No signos de isquemia aguda, ni alteraciones en la repolarización.
- Analítica de sangre: Función renal e iones normales. PCR 12,3 mg/ml, Procalcitonina 0,14 ng/ml. Hemograma normal. Dímero D 2010 ng/ml.

- Analítica de orina: no patológica. Test de gestación negativo.
- Radiografía de tórax: Índice cardiorádico normal. Discreto aumento de densidad LID con mínimo pinzamiento de seno costofrénico apreciable en proyección lateral.
- Radiografía de abdomen: Luminograma intestinal normal, sin signos de obstrucción.
- Escala de Wells para TEP: 0 puntos = Baja probabilidad para TEP.
- PCR exudado nasofaríngeo COVID-19: Negativo.
- Serología anticuerpos COVID-19: Negativo para IgM e IgG.
- AngioTAC de tórax – Protocolo para TEP: Tromboembolismo pulmonar en arteria interlobar, arteria del lóbulo medio, arteria del lóbulo inferior derechas, y arteria lobar inferior izquierda. Infartos pulmonares posteriores derechos.
- Ecocardiograma: normal. No signos de Hipertensión pulmonar.
- Ecografía Doppler de sistema venoso profundo: normal para ambos miembros inferiores.

Enfoque familiar y comunitario

Soltera. Estudiante universitaria. Vive con sus padres, no tiene hermanos. Etapa III de la clasificación de la OMS del ciclo vital familiar. Buen apoyo familiar y social. APGAR familiar normofuncionante.

Se informa a la paciente del deseo de realización de caso clínico para participar en las 4ª Jornadas de SAMFyC, y acepta verbalmente.

Juicio clínico (*lista de problemas y diagnóstico diferencial*)

- Tromboembolismo pulmonar.
- Crisis de ansiedad.
- Dolor torácico inespecífico.
- Dolor osteomuscular.
- Causa infecciosa o inflamatoria.
- Origen neoplásico.

Plan de acción

Dados los hallazgos obtenidos y la estabilidad clínica de la paciente, se procede al ingreso a cargo de Neumología. Durante su estancia en planta (9 días de duración) evoluciona favorablemente tras iniciar anticoagulación a dosis terapéuticas y reposo absoluto, precisando analgesia a altas dosis para el control del dolor costal derecho, y evidenciándose resolución radiográfica del infiltrado en LID.

Previo al alta, se realiza interconsulta con la Unidad de Hematología para valorar anticoagulación y realizar estudio genético de trombofilias, con el que es diagnosticada de una mutación en heterocigosis del gen de la Protombina y de déficit de Proteína C al 14%.

Evolución

- La paciente mantiene de forma indefinida anticoagulación con Sintrom.
- No precisó, ni precisa al alta aporte de oxigenoterapia. Terapia con rehabilitación fisioterapéutica para la función respiratoria.
- Se suspendió la toma de anticonceptivos hormonales.
- Recomendaciones para evitar situaciones de riesgo aumentado de trombosis.
- Realización de estudio familiar de trombofilias.
- Revisión en consulta de Neumología en dos meses con control radiológico.

Conclusión

A pesar de la clínica inespecífica, los escasos factores de riesgo que presentaba la paciente y la estabilidad hemodinámica (incluyendo adecuadas saturaciones de oxígeno), el principal motivo para realizar el estudio con pruebas complementarias amplias fue la persistencia del dolor a pesar de los analgésicos, y una vez obtenido el resultado del Dímero D, se completó el resto del estudio, siendo estas pruebas esenciales para el diagnóstico subyacente de la causa del dolor y descartando otras etiologías.

37.**“Doctora, cada día me canso más”**

Bosquet López, Rocío
 Piquer de Aynat, Carmina
 Esteban López, M^a Mar

/MIR de MFyC. AGS Norte de Almería
/MIR de MFyC. AGS Norte de Almería
/Especialista en MFyC. Tutora. CS de Garrucha (Almería)

Motivo de consulta.

Mujer de 31 años, acude a consulta de atención primaria por disnea de esfuerzo progresiva en los últimos años.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales:

- No alergia medicamentosa.
- Hiperreactividad bronquial.
- Fumadora 12 cigarros/día.
- No antecedentes de intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes familiares: madre: Enfisema pulmonar.

Paciente de 31 años, que presenta desde años previos tendencia a la hipotensión y ligero mareo fugaz al incorporarse bruscamente. Hace seis años comienza con clínica de síncope la mayoría de ellos coincidiendo con el esfuerzo y atribuidos a causa vaso-vagal. Desde hace dos años presenta disnea progresiva de esfuerzos con palpitations vigorosas y que ceden de forma gradual con reposo, en los dos últimos meses presenta ligeros edemas maleolares, niega clínica sistémica acompañante.

Exploración física

Consciente y orientada, presenta buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. TA decúbito: 100/70 mmhg, bipedestación: 100/70 mmhg. FC 70 lpm, saturación O₂ basal 95%. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos y plenos, no soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin masas, ni organomegalias, ni signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: sin edemas, pulsos periféricos normales, no signos de TVP.

Exploración complementaria:

Rx tórax: dilatación de ambas arterias pulmonares, parénquima pulmonar sin condensación, senos costofrénicos libres. ECG: ritmo sinusal a 77 lpm, PR normal, eje derecho, signos de sobrecarga VD (S1,T3), BRDHH, T negativas V1-V3. Análisis sanguínea: hemograma normal, coagulación normal, urea 53 mg/dL, creatinina 1.07 mg/dL, FG 69.34 mL/min, LDH 496 U/L, NT-proBNP 5546 pg/mL, proteína C reactiva 0.78 mg/dL, enzimas hepáticas normales, hierro 54 mg/dL, transferrina 225 mg/dL. Sedimento urinario: eritrocitos 5-10 h/campo. Ecocardiografía doppler ambulatorio (centro privado): dilatación de cavidades derecha, VD con función sistólica que impresiona deprimida, signos de hipertensión pulmonar, dilatación de arteria pulmonar.

Enfoque familiar y comunitario.

Paciente 31 años, soltera, trabaja de administrativa, vive con sus padres, tiene tres hermanos. Buen apoyo familiar y social. Nivel socio cultural medio-alto. No suele acudir a centro de salud. Se informa a la paciente del deseo de realización de caso clínico para participar en 4^a Jornadas de SAMFyC, y acepta verbalmente.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial).

Diagnósticos diferenciales:

- Hipertensión pulmonar primaria.
- Insuficiencia cardiaca.
- TEP crónico.

Diagnósticos: **Hipertensión pulmonar grupo 1. Disfunción ventricular derecha. Foramen oval permeable.**

Plan actuación.

Se deriva a servicio de Medicina Interna para estudio y filiación de posible Hipertensión pulmonar primaria. Se aconseja evitar esfuerzos, si presenta mareo tumbarse de forma inmediata e intentar toma de pulso y tensión en el momento.

Medicina Interna procede a ingreso hospitalario programado para estudio de paciente con diagnóstico ambulatorio de hipertensión arterial pulmonar e inicio de tratamiento.

Durante estancia hospitalaria paciente afebril, TA: 110/70, FC 70 lpm, Saturación O₂ 95%, estado general conservado. Se realizan diversas *pruebas complementarias*.

- Analítica sanguínea completa, gasometría arterial.
- Test de la marcha: recorre 436.8 metros sin paradas y sin disnea, con aumento de FC y disminución de saturación con respecto a la basal.
- Gammagrafía pulmonar: sin hallazgos patológicos y descartando la existencia de TEP tanto agudo como crónico.
- Prueba función respiratoria: espirometría en rango de la normalidad.
- Ecografía abdominal: sin alteraciones.
- TACAR pulmonar: pequeño derrame pericárdico a nivel anterior. Dilatación de arterias pulmonares, cono pulmonar 34.2 mm.
- Ecocardiografía: Dilatación severa de VD con disfunción sistólica moderada-severa. Adelgazamiento de septo interauricular a nivel de fosa oval (6-8mm) con inversión del mismo hacia aurícula izquierda, shunt derecha-izquierda. Dilatación severa de tronco y ramas pulmonares.
- Ecocardiografía tranesofágica: se descarta CIA significativa.

Durante el ingreso se realiza estudio de Hipertensión Arterial Pulmonar y se inicia tratamiento con sildenafilo 20 mg cada 8 horas, bosentan 62.5 mg cada 12 horas y con treprostínil subcutáneo a dosis de 2 ng/kg/min administración a través de bomba de perfusión continua por vía subcutánea, presentando buena tolerancia.

Se procede a alta hospitalaria con instrucción a la paciente y familiares de manera de aplicación de fármaco y manejo de bomba de perfusión y con las siguientes pautas:

- Dieta variada, evitar alimentos ricos en sal.
- Sildenafilo 25 mg cada 8 horas.
- Bosentan 62.5 mg cada 12 horas durante 1 mes y después bosentan 125 mg cada 12 horas.
- Treprostínil 2.5 mg en perfusión subcutánea continua a concentración de 2 ng/kg/min a un peso de 60 kg, administrándose 0.3 UI/hora.
- Espironolactona 25 mg cada 24 horas.

Plan de acción y evolución.

Paciente tras alta hospitalaria, se realiza control analítico con perfil hepático y hemograma por médico de Atención Primaria, cada dos semanas durante dos meses, para valoración de toxicidad farmacológica, se recomienda vacunación de Pneumococo 13 valente y a los dos meses Antineumonica 23 valente. Consultas de revisión con Medicina Interna para subida progresiva de dosis Treprostínil 2.5 mg. A los tres meses:

- Ecocardiografía: VD ligeramente dilatado, con función sistólica en el límite inferior de la normalidad.
- Analítica sanguínea: hemograma normal, coagulación normal, bioquímica: enzimas hepáticas rango normal, urea 28 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL, LDH 322 U/L, NT-proBNP 296.9.

Paciente ha presentado buena tolerancia medicamentosa, mejoría de disnea con los esfuerzos, clínicamente grado funcional II.

Conclusión.

Hipertensión Arterial Pulmonar es una enfermedad crónica y progresiva, de baja prevalencia y con ausencia de síntomas específicos, razón por la cual suele ser sub-diagnosticada. Los síntomas más comunes suelen ser disnea, dolor torácico, fatiga, síncope... de ahí la importancia de prestar atención a los síntomas y la progresión de los mismos, de no menospreciar patologías más complicadas, que no suelen ser frecuentes por rango de edad y de la importancia de no dejar de realizar ECG, prueba que tenemos a mano en nuestra consulta de AP, para descartar patología cardíaca ante la presencia de síncope.

38.**“Doctora, mi hijo ha perdido la ilusión de vivir”**

Ramírez Sánchez, Sara
 López Estepa, María Isabel
 Menéndez Sagrado, Paulina

/MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Fuensanta, Córdoba

Motivo de consulta

Astenia, anhedonia, irritabilidad.

Antecedentes Familiares: no de relevancia. Sin interés.

Antecedentes Personales

- No alergias medicamentosas conocidas. No diabetes mellitus. No HTA. No dislipemia.
- Hábitos tóxicos: No fumador. No bebedor. No otros hábitos tóxicos.
- No intervenciones quirúrgicas de interés.
- En tratamiento con Isdiben 20 mg cada 24 horas por acné grado II//III.

Anamnesis

Paciente varón de 16 años que acude a consulta traído por su padre porque desde hace 2 meses ha empezado con ánimo depresivo, con pérdida del interés por las actividades escolares y astenia. No quiere salir de casa ni relacionarse con sus amigos, refiere “no tener ganas de vivir”. Además, el padre comenta episodios de alteración del comportamiento, irritándose y enfadándose ante cualquier muestra de ayuda. Pérdida de apetito e insomnio de conciliación con despertar precoz.

El padre dice que el cuadro se inició hace unos 2 meses aproximadamente, después del verano, cuando comenzó el tratamiento para el acné y se ha ido cronificando e incluso empeorando con el paso del tiempo. Comenta que antes su hijo estaba agobiado por el tema del acné y que pensaban que con el inicio del tratamiento todo mejoraría.

Exploración física

Consciente, orientando, colaborador, con actitud irascible. Eupneico en reposo. Constantes vitales normales.

En frente, mejillas y mentón múltiples comedones, pápulas eritematosas, pústulas y algún noduloquiste.

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

Exploración psicopatológica: Acude a consulta andando, acompañado por su padre. Consciente, orientado y colaborador. Aseado, vestimenta informal. No alteraciones en la memoria. Lenguaje normal en tono exaltado. No fijación de la mirada al habla. Autoestima baja. Ánimo bajo con ideas autolíticas, sin intentos. No delirios, no alteraciones de la sensorio-percepción. Insomnio de conciliación y despertar precoz.

Pruebas complementarias:

Analítica incluyendo glucosa, colesterol, triglicéridos, CK, enzimas hepáticas y de colestasis, y hormonas tiroideas dentro de rango de normalidad.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Episodio depresivo probablemente secundario a la toma de Isdiben (Isotretinoína).

Diagnóstico diferencial: Tabla de diagnóstico diferencial de la depresión con otros trastornos psiquiátricos y con trastornos no psiquiátricos

Trastornos del estado de ánimo	Otros trastornos	Enfermedades médicas	Sustancias/Fármacos
Trastorno bipolar	Trastorno de la personalidad esquizo-afectivo	Neurológicas	Fármacos cardiovasculares
Distimia	Trastorno de la alimentación	Endocrinas	Antiinfecciosos- Antiinflamatorios
Trastorno de adaptación	Esquizofrenia	Cardiovasculares	Hormonas
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Trastorno delirante	Reumatológicas	Analgésicos
Trastorno depresivo breve recurrente	Demencia	Infecciosas	Psicofármacos
Duelo	Trastorno somatomorfo	Oncológicas y Otras	Sustancias de abuso y otras.

Plan de acción. Se deriva a la Unidad de Salud Mental de manera preferente y se adelanta la cita con el servicio de Dermatología para valoración por su parte y valorar la posibilidad de modificación del tratamiento para el acné y la implicación de la isotretinoína como factor desencadenante del cuadro.

Plan de acción y evolución

El paciente es valorado en la Unidad de Salud Mental donde descartan organicidad tras realización de analítica completa y de TC cráneo dentro de la normalidad. Se decide suspensión de tratamiento con Isotretinoína oral tras valoración conjunta con el servicio de Dermatología, a pesar de insistencia del paciente por su preocupación por su acné, pautándose tratamiento tópico y con Doxiciclina oral; dado que dentro de los posibles efectos adversos de este medicamento farmacológico se han descrito casos de pacientes con aparición de trastorno psiquiátrico, con episodios depresivos e ideas autolíticas, incluso en algunas ocasiones (aunque raras y poco frecuentes) llegando a tener que ingresar en la Unidad de Agudos por intento autolítico hasta control del episodio.

Se decide, consensuado con la familia y el médico de Atención Primaria, no inicio de tratamiento antidepresivo hasta ver evolución tras modificación del tratamiento antiacnéico.

Tras mes y medio de suspensión del medicamento, se cita de nuevo al paciente en consulta de Atención Primaria, para revisión y valorar evolución. El paciente acude a consulta acompañado de su padre, refiriendo él mismo mejoría de estado de ánimo. Ha comenzado a asistir de nuevo a las clases escolares (a las que había dejado de asistir) y a relacionarse con sus amigos. El padre comenta que lo ve más ilusionado y con más apetito, aunque refiere mantener cierto complejo por el acné que persiste en mejillas a pesar de tratamiento tópico.

Insistimos en la importancia de la mejoría clínica y en la valoración del riesgo/beneficio tras la suspensión del fármaco. Mantenemos con citas de seguimiento e indicamos que si mantiene mejoría quizás pueda realizarse un segundo intento para reinicio de Isotretinoína a menor dosis, pero que actualmente hay que valorar y resaltar lo realmente principal y no desencadenar/propiciar una enfermedad secundaria.

Conclusión

Son muchos los tratamientos farmacológicos que se emplean hoy día en Atención Primaria y todos ellos tienen una serie de efectos adversos que siempre hay que tener en cuenta. Por esta razón, con este caso clínico hemos querido hacer hincapié en una serie de ideas:

- Destacar la importancia de una anamnesis adecuada, que incluya desde el inicio de los síntomas, su evolución y su posible relación con el inicio de una nueva terapia o consumo de sustancias.
- Valorar el riesgo/beneficio de iniciar cada tratamiento y ver la evolución y seguimiento a largo plazo, valorando posibles reacciones o efectos adversos.
- Destacar la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial en el abordaje de la patología psiquiátrica, descartando siempre en el momento inicial organicidad y consumo de sustancias.

39.

Doctora, no puedo mover las piernas

Aranda Domínguez, Laura
 Sotomayor Venceslá, Yanira
 Bartolomé Menéndez, Inmaculada

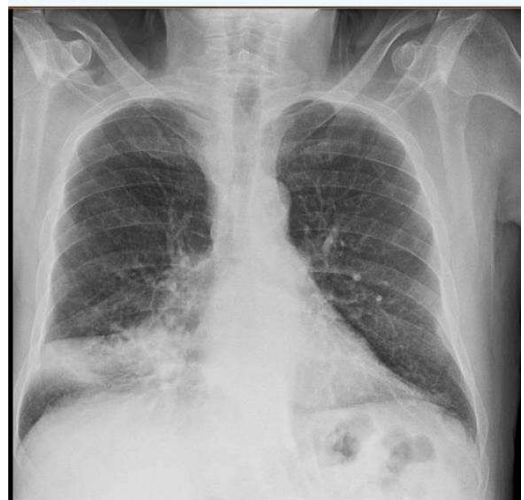
/MIR de MFyC. CS Sector Sur, Córdoba
 /MIR de MFyC. CS Sector Sur, Córdoba
 /Especialista en MFyC. Tutora. CS Sector Sur, Córdoba

Descripción del caso: Varón 59 años, sin antecedentes personales de interés, fumador activo de 1,5 paq/día desde hace 15 años, acude a nuestra consulta por dolor lumbar que aparece de forma brusca irradiado a región interescapular. Desde hace 24 horas presenta debilidad en miembros inferiores que dificulta la deambulaci3n. Refiere sensaci3n de hormigueo que comenz3 en los pies y ha ido ascendiendo hasta regi3n inguinal bilateral. No relajaci3n de esfínteres. Comenta que al toser presenta “sensaci3n de calambre en el tronco”. No otra sintomatología acompa1ante.

Exploraci3n y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Afebril. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia, MVC sin ruidos sobrea1adidos. Abdomen blando, depresivo, no masas ni megalias, no signos de irritaci3n peritoneal. exploraci3n neurol3gica: balance motor normal en miembros superiores, a nivel de miembros inferiores presenta paresia proximal 3/5 bilateral, distal 5/5. ROT presentes y simétricos. RCP flexo bilateral. Hoffmann negativo. Clonus aquileo bilateral agotable en 2 segundos. Nivel sensitivo T12-L1 derecho algésico-táctil. Disminuci3n de la vibratoria en pies. Posicional normal.

Dada la exploraci3n física patológica del paciente, derivamos al servicio de Urgencias para realizaci3n de pruebas complementarias. Una vez allí realizaron: Analítica: leucocitosis 12490, neutrofilia 10050, linfocitos 1170, glucosa 105, cr 0,78, FG 108, enzimas hepáticas e iones normales.

Rx t3rax: masa pulmonar derecha que condiciona atelectasia en LM.



Contactaron con el servicio de Neurología, Neurocirugía y Neumología para valoraci3n, por sospecha de mielopatía dorso-lumbar de probable origen compresivo y masa pulmonar a estudio. Finalmente, el paciente ingreso a cargo de Neumología para estudiar la masa pulmonar.

Estando ingresado completaron estudio del paciente:

- RM columna dorso/lumbar, con el siguiente resultado: alteraci3n en la se1al de las vértebras dorsolumbares, de forma más o menos generalizada, con se1al hipointensa en T1, e iso/hiperintensa en T2, siendo esta afectaci3n sugestiva de afectaci3n metastásica múltiple (parece sugestiva de ser secundaria a los hallazgos de Tx de t3rax). A nivel de T3 se aprecia la sustituci3n de la se1al completa en T1 (hipointensa) con isointensidad en T2, apreciándose una pérdida de altura/acu1amiento de un 25% de altura, y una masa de partes blandas extradural que comprime notoriamente la médula espinal en dicho nivel, ocasionando una discreta hiperintensidad de la médula en los cortes sagitales. Se comprueba una lesi3n de la misma etiología que parece depender del pedículo vertebral de T7 izquierdo, o de la uni3n costovertebral (no genera compresi3n medular).
- TAC t3rax: gran masa pulmonar central localizada en LM, de unos 8 cm de diámetro máximo, que engloba y oblitera al bronquio lobar de LM, casi desde su origen, la masa muestra un corono irregular, con extensi3n peribroncovascular, existiendo n3dulos satélites perilesionales y en LSD, así como condensaci3n periférica en LM, probable neumonitis distal. Grandes adenopatías patológicas hiliares

derechas de hasta 34 mm. Gran conglomerado adenopático mediastínico subcarinal de 7x4 cm. Adenopatías patológicas tumorales paratraqueales derechas altas y bajas de hasta 2 cm. Adenopatías mediastínicas contralaterales valorables, paratraqueal alta izda de 11 mm, prevascular de 16 mm e hiliares izdas de hasta 16 mm. Adenopatía supraclavicular derecha patológica de 23 mm. Lesión lítica en 7º arco costal posterior izda, con masa de partes blandas de 35 mm, así como otras lesiones líticas en cuerpos vertebrales dorsales, apófisis espinosas D1 y D2 y esternón en relación con metástasis óseas. Enfisema centrolubulillar y paraseptal de predominio en LLSS. Impactaciones mucosas en bronquios del LID, con pequeña consolidación/atelectasia subpleural basal derecha. En cortes inferiores que incluyen parte de abdomen superior se objetivan varias lesiones focales hepáticas de hasta 26 mm, sugestiva de metástasis hepática. Suprarrenales normales.

Conclusión: compatible con Ca. Broncogénico derecho en estadio IV (extensa afectación mediastínica, mtx hepática y óseas).



- TAC cráneo: sin signos radiológicos que sugieran la existencia de LOEs cerebrales.
- PET-TAC: masa pulmonar en LM asociada a neumonitis distal y con metabolismo muy elevado, compatible con malignidad (ca broncogénico T4). Metabolismo elevado en mediastino ipsilateral (hilio, espacio paratraqueal y región subcarinal), mediastino anterior y región supraclavicular derecha, compatibles con afectación ganglionar extensa (n3). Hipermetabolismo focal en hígado, en parrilla costal (asociada a masa de tejidos blandos), esqueleto axial y pelvis, compatibles con afectación metastásica (M1c).
- PAAF de adenopatía supraclavicular derecha: metástasis de carcinoma de células no pequeñas.

Enfoque familiar y comunitario: Tras el resultado de las pruebas, se diagnosticó de carcinoma broncogénico de células no pequeñas pulmonar derecho estadio IVB. Diagnóstico diferencial: neoplasia pulmonar primaria. Linfoma, granulomatosis linfomatoide, absceso pulmonar.

Plan de acción y evolución: Se derivó al paciente al servicio de Oncología médica y radioterápica para consensuar tratamiento, donde decidieron iniciar tratamiento con radioterapia por compresión medular a nivel T3 de forma paliativa, ya que se descartó en el comité de tumores tratamiento curativo e inclusión del paciente en la unidad de cuidados paliativos.

Comentario final: Destacar la importancia de la realización de una buena anamnesis y una exploración física completa, así como la pronta actuación en el momento de detectar algún signo o síntoma de alarma desde la consulta de atención primaria y en la consulta de urgencias para evitar diagnósticos tardíos.

Bibliografía:

Annette Zevallos Villegas. Raúl Martínez Porqueras. Ricardo García Luján. Tos y hemoptisis. En: D. Suárez Pita, J. C. Vargas Romero, J. Salas Jarque, I. Losada Galván, B. de Miguel Campo, P.M. Caralán Martín. B. Sánchez Moreno. M.A. Duarte Borges. I. Cabrera Rodrigo. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8ª edición. Madrid: Servicio Medicina Interna Hospital Universitario 12 de octubre; 2016. p. 453-67.

I. Barneto Aranda, R. Rodríguez Alonso, J.A. Vega Reyes, L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Pérez y A. Palacios Eito. Otras Urgencias en oncología. En: Luis Jiménez Murillo. F. Javier Montero Pérez. Medicina de Urgencias y emergencias. 6ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2018. p. 648-656.

40.

Dolor abdominal de inicio brusco en paciente mayor. A propósito de un caso

Moreno Maíz, Eva Soledad
 Callejas Rodríguez, Jonatan
 Peralbo López, Ana

/ Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia. Ciudad Real
/ MIR de MFyC. CS Herencia. Ciudad Real
/ MIR de MFyC. CS Herencia. Ciudad Real

Motivo de consulta

Mujer de 80 años, consulta por cuadro de dolor abdominal y náuseas de 4 horas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Mujer de 80 años, que consulta en Atención Primaria por dolor en hemiabdomen derecho de inicio brusco en las 4 horas previas, asociando sensación nauseosa sin vómitos. No disnea, pero sí refiere oliguria y estreñimiento en días previos, sin haber consultado por ello. Niega otra clínica añadida.

Antecedentes

- No alergias conocidas
- No hábitos tóxicos.
- Hipertensión arterial.
- Dislipemia
- Sarcoma de Kaposi/basocelular en sien.
- Insuficiencia venosa crónica
- Útero poliomatoso con mioma calcificado en cara posterior
- Síndrome lacunar (hemiparesia pura derecha) sin infarto asociado reciente.
- Casada, con hijos. Perteneciente a núcleo familiar normofuncionante.
- No refiere acontecimientos vitales estresantes.
- Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- La paciente acude con asiduidad a la consulta de medicina de familia para control de su patología de base y para apoyo psicológico.

Exploración física

- Regular estado general con facies de intenso dolor
- Palidez cutáneo-mucosa y leve tinte icterico conjuntival.
- AC: arrítmica, sin soplos audibles
- AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: globuloso. Presenta timpanismo desde zona umbilical hasta región púbica.
- La palpación tanto superficial como profunda resulta dolorosa en hipocondrio derecho, fosa ilíaca y región periumbilical derecha. Presenta ruidos hidroaéreos normales. A la palpación, se intuye un aumento de volumen en zona del dolor. Asocia puño-percusión renal derecha positiva.
- EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Pruebas complementarias

1. En el Centro de Salud.

- Sondaje vesical, con obtención de 100ml de orina clara.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm. Eje normal. No bloqueos AV ni de rama.

Extrasístoles auriculares con pausa compensatoria. No datos de isquemia aguda.

Ante la severidad del dolor y su persistencia a pesar del tratamiento administrado (metamizol intramuscular), se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración.

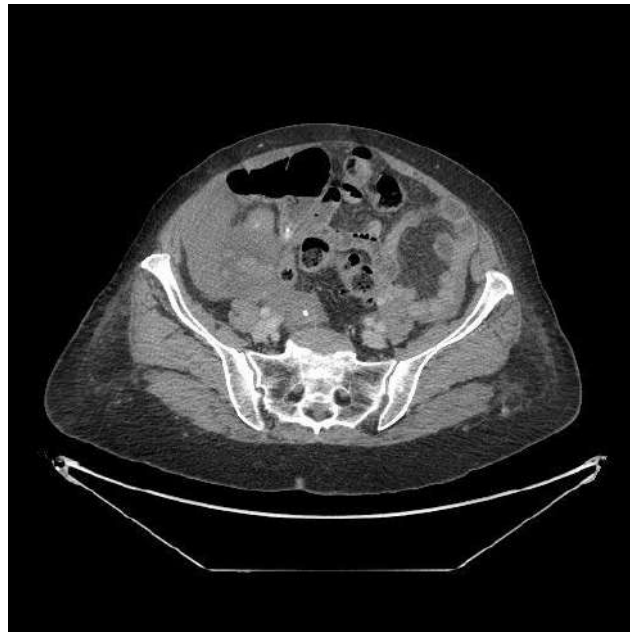
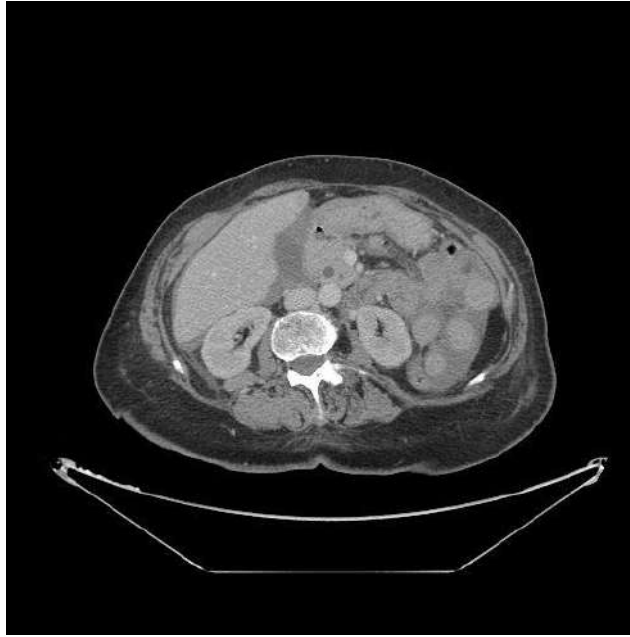
2. Servicio de Urgencias Hospitalario. Se realizan el resto de *pruebas complementarias* para identificar la etiología de la clínica:

- Rx tórax: ICT normal. Senos costofrénicos libres, no imágenes de condensación ni infiltrados. Escoliosis dorsal.
- Rx abdomen simple: sombras viscerales sin alteraciones. Líneas del psoas presentes y conservadas. Abundantes restos fecales, sin datos de obstrucción. Imagen calcificada en pelvis compatible con mioma calcificado ya estudiado. Imagen densidad calcio sobre 11º arco costal, presente en Rx previas (en ecografía previa describen granulomas calcificados en lóbulo hepático derecho -compatible con este hallazgo-).



Escoliosis lumbar

- Analítica: Hemoglobina 13,2 g/dl. Hematocrito 39,2%. Leucocitos 11300/mcl. Plaquetas 242000/mcl. Coagulación: normal. Urea 48 mg/dl. Creatinina 0,60 mg/dl. Glucosa 134 mg/dl. GOT 14 UI/L. GPT 9 UI/L. Bilirrubina total 0,6 mg/dl. Amilasa 48. UI/L. Proteína C reactiva 0,1 mg/dl. Sodio 140 mEq/l. Potasio 3,7 mEq/l. Cloro 102. mEq/l. Gasometría venosa sin alteraciones Orina: densidad 1020, pH 5,0, leucocitos. 25, nitritos negativo, proteínas negativo, glucosa normal, cuerpos cetónicos negativo, bilirrubina negativo, hematíes negativo. Sedimento urinario: células epiteliales descamativas en moderada cantidad. Bacterias y leucocitos aislados. Moco abundante.
- TAC abdomino-pélvico: gran masa pélvica con formaciones nodulares bien definidas, de calcificación y formación quística, que en conjunto miden aproximadamente 15x15cm ocupando la mayor parte de la pelvis, junto con moderada cantidad de líquido peritoneal sugestivo de hemoperitoneo.
- Laparotomía exploradora: se realiza anexectomía bilateral por torsión ovárica con hemoperitoneo. Durante la intervención, se extraen muestras para Anatomía Patológica de ambos anejos y de endometrio y se realiza citología de líquido peritoneal.



Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 80 años, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Está casada, vive con su marido y con un hijo de edad media soltero. Buen soporte familiar. Nivel sociocultural medio. Realiza seguimiento regular de su patología crónica en su centro de salud.

Ante un caso de abdomen agudo y teniendo en cuenta el sexo de la paciente, la localización del dolor y la clínica asociada, debemos realizar un diagnóstico diferencial entre:

- Patología ginecológica (torsión ovárica)
- Cólico nefrítico derecho.
- Hernia abdominal.
- Apendicitis aguda.
- Obstrucción intestinal
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Peritonismo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Abdomen agudo

Plan de acción y evolución

Ante la mala evolución clínica, persistiendo el dolor a pesar del tratamiento pautado en el Centro de Salud, el servicio de Urgencias hospitalario y durante su estancia en observación, se decide ingreso hospitalario para estudio.

En TAC abdomino-pélvico, se detecta una gran masa pélvica por lo que realizan una laparotomía exploradora con anexectomía bilateral por torsión ovárica. Tras encontrarse asintomática, se da de alta con cuidados domiciliarios desde el centro de salud y revisiones ginecológicas.

Una vez obtenidos los resultados de anatomía patológica, se diagnostica como fibroma ovárico calcificado en anejo derecho, con marcadores bioquímicos sugestivos de benignidad.

Actualmente, continúa siendo valorada periódicamente en consultas externas de Ginecología y seguimiento desde el centro de Salud.

Conclusión

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria. Su diagnóstico diferencial es uno de los más amplios de la práctica médica, en el que se incluyen patologías de distintas especialidades: digestivo, nefrológico, cardiológico, urológico, ginecológico y oncológico entre otros. La correcta identificación de síntomas de alarma, constituye uno de los pilares esenciales en la Atención Primaria para discernir qué casos deben ser derivados para una atención urgente complementaria.

Palabras clave

Abdomen agudo, enfermedades del ovario, hemoperitoneo

Bibliografía

Torres Arrese M, Marchán López Á. Dolor torácico. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8ª Edición. Madrid; 2016. Capítulo 43 Dolor abdominal. P 435- 439

“Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion”; RadioGraphics 2008; 28:1355–1368; Hannah C. Chang et al.

41.**Dolor abdominal y estreñimiento de novo**

Alonso Alcalde, Julia
Ferrer Collantes, M^a Victoria

/MIR de MFyC. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba

Motivo de consulta

Varón de 26 años que acude al servicio de Urgencias Hospital por un cuadro de estreñimiento de novo de 6 días evolución, acompañado de dolor abdominal punzante fijo en hipogastrio irradiado a fosas renales. Sólo expulsa mucosidad. Ha tomado varios laxantes sin éxito como dulcolaxo y movicol.

No alteraciones miccionales, diuresis no recortada. Náuseas sin vómitos.

Describe malestar general con cefalea, astenia. No fiebre termometrada.

No RAMs ni antecedentes personales de interés, no intervenciones quirúrgicas.

No tratamiento actual.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado y normoperfundido. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Afebril.

Constantes: T^a 36,4 °C, TA 143/81, FC 90

Abdomen blando y depresible, no globuloso, no masas ni megalias, no signos de defensa ni peritonismo, peristalsis conservada. PPRB –

MMII: no edemas con fóvea ni signos de TVP. Pulsos distales presentes.

Analítica con leucocitosis. RX abdomen en bipedestación con meteorismo inespecífico, línea renopsoas conservada, luminograma normal.

Se solicita ecografía no reglada en Urgencias con imagen dudosa de diverticulitis en FII. Se habla con radiólogo y para descartar se prescribe TAC abdominal con contraste con previo consentimiento informado.

TAC: proctosigmoiditis (infeccioso vs inflamatorio).

Se cita en digestivo

Enfoque familiar y comunitario, Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se sospecha debut de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, colitis ulcerosa.

La proctosigmoiditis es una inflamación del recto y sigma hasta aproximadamente unos 30 cm desde el ano. Puede ser una de las manifestaciones clínicas de la colitis ulcerosa o ser de origen infeccioso.

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta a la mucosa del intestino grueso o colon de forma difusa y continua. Según la zona afectada podemos hablar de:

- Proctitis: afectación del recto
- Proctosigmoiditis: afecta hasta unos 25-30 cm del margen anal (recto y sigma)
- Colitis izquierda: recto, sigma y colon descendente
- Pancolitis: afecta a la totalidad del colon

La enfermedad puede aparecer a cualquier edad, pero tiende a manifestarse en adultos jóvenes (entre 20 y 40 años), con un segundo pico de incidencia entre los 55 y 65 años. Aparece con mayor frecuencia en raza blanca, los judíos son susceptibles a padecerla. Afecta por igual a ambos sexos.

Hay una incidencia mayor en el Norte de Europa y Estados Unidos, más en zonas industrializadas que rurales.

Su etiología es desconocida. Pero influye:

- Dieta: rica en grasas y pobre en fibra.
- Tabaco: los fumadores menos riesgo de desarrollarla
- Factores genéticos: no es hereditaria, si hay familiares directos más predisposición
- Factores inmunológicos: activación del sistema inmune frente a antígenos y desencadena una respuesta contra el propio tejido intestinal produciendo inflamación

Puede tener distintas complicaciones: rectorragia, perforación colon, deshidratación grave, osteoporosis, mayor riesgo cáncer de colon sobre todo en pancolitis, lesiones dermatológicas como eritema nodoso y sobre todo pioderma gangrenoso en colitis ulcerosa, artritis...

Diagnóstico definitivo: colonoscopia

Tratamiento:

Tratamiento específico: CUCI

• Para mantenimiento de la remisión:



D/D con Enfermedad Crohn

ENFERMEDAD DE CROHN	COLITIS ULCEROSA
<ul style="list-style-type: none"> • Afecta TODO TUBO DIGESTIVO. • Afecta 3 CAPAS • Pocas diarreas y no hemorrágicas • MALABSORCIÓN • Dolor Abdominal • TRANSMURAL • Compromiso DISCONTINUO de la mucosa. • GRANULOMATOSA • Preservación Rectal • Complicaciones EI y Sistémicas • Más frecuente en ÍLEON. • ASCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta el INTESTINO GRUESO. • Afecta capa MUCOSA • Diarreas frecuentes, intensas y hemorrágicas. • NO HAY MALABSORCIÓN. • No es frecuente el dolor abdominal • SUPERFICIAL • Compromiso CONTINUO. • Presenta PSEUDOPÓLIPOS. • Afecta Recto y Ano • Complicaciones Sistémicas

Plan de acción y evolución

En Urgencias se le prescribió Claversal® espuma rectal que es mesalazina o 5-ASA 1 aplicación / 24 horas hasta ir a la consulta de Digestivo. Una semana después acudió por fiebre, artromialgias a Hospital. Se le había pautado rifaximina y mesalazina oral en digestivo, se le aplica ahora ciprofloxacino y metronidazol por aumento de la leucocitosis.

A los 15 días de la primera visita y tras pérdida de 7 kg en el último mes, cambió el hábito intestinal de estreñimiento a diarrea con 10 deposiciones diarias sin productos patológicos.

Se decide ingresar en planta de Digestivo por fiebre, empeoramiento, lesiones dermatológicas y rectorragia. Tras coprocultivo y estudio parasitológico negativo se procede a realizar TAC tórax para descartar síndrome linfoproliferativo que sale sin hallazgos patológicos.

A continuación, se realiza colonoscopia con diagnóstico de colitis izquierda por colitis ulcerosa sin signos de alarma y biopsia de lesiones eritematosas subcutáneas en cuatro extremidades con resultado de eritema nodoso.

Tras visitas a Urgencias, Digestivo, Medicina Interna y Dermatología se trata en digestivo 3 meses después con claversal supositorio 1/ 24 horas, mesalazina oral 4g 1/ 24 horas y beclometasona 5 mg 1/ 24 horas (sólo en brote), con mejoría. En seguimiento por digestivo.

Conclusión

Con la atención temprana del equipo multidisciplinar y atento a los primeros síntomas se ha llegado a un diagnóstico precoz en menos de 3 meses y sin complicaciones mayores.

Es interesante porque se ha descartado entre causa infecciosa, inflamatoria o tumoral por linfoma. Fue necesario pauta de antibiótico evitando infecciones, y actualmente con tratamiento de colitis ulcerosa intentando revertir brote llegando a mantenimiento.

42.

Dolor lumbar al inicio de pandemia de Covid-19

Hervás Jerez, Julia María
López Luque, Mercedes

/MIR de MFyC. CS Sector Sur, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Sector Sur, Córdoba

Motivo de consulta

Dolor lumbar.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 68 años sin antecedentes personales de interés diagnosticados. HTA en domicilio y mal controlada. Acude Urgencias dolor abdominal generalizado. Hace tres días (a finales de marzo de 2020) presentó dolor lumbar de origen brusco, sin relación con ningún esfuerzo que cedió de forma parcial tras la administración de analgésicos. Actualmente además refiere náuseas, vómitos de 24 horas de evolución hasta 10 diarios en "posos de café". No disuria, ni polaquiuria, pero oligoanuria desde ayer. Afebril con sensación disneica. No dolor torácico, no edematización de MMII, no ortopnea. No tos ni expectoración ni mucosidad nasal. Refiere no haber acudido antes a Urgencias ni a su Médico de Atención Primaria dado el estado de alarma y el confinamiento decretado en España el 14 de marzo de 2020.

Exploración física

Paciente con regular estado general, orientado, mal perfundido e hidratado, frialdad cutánea generalizada con tinte icterico en conjuntivas. No ingurgitación yugular. Abdomen: abdomen en tabla con muy mala perfusión. Extremidades de miembros inferiores no edematosas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. TA: 100/50. FC: 130.

Pruebas complementarias

- Analítica: leucocitos: 19,070 (neutrófilos 77%, linfocitos 17%), hematíes: 5,11, Hb: 15,6, Hto: 50,5, VCM: 99, plaquetas: 57.000. Coagulación: TP act%: 67. Dímero D: 24.076.
- Bioquímica: glucosa: 181. Creatinina: 4,95, urea 156, NA: 136, K: 5, CL: 94, bilirrubina: 1,3, B directa 0,9, amilasa: 137, LDH: 190, FA: 88, GGT: 58, AST: 103, ALT: 190, procalcitonina: 46,25, troponina: 137, PCR 589. GSV: pH: 6,97, bicarbonato: 8,5, Láctico: 11,1.
- AngioTAC de aorta toracoabdominal, fases sin contraste y con contraste en fase arterial y venosa: se observan un flap de disección aórtica que se origina distal al origen de la arteria subclavia izquierda y que se extiende distalmente, sin interrupción, hasta las arterias ilíacas externas distales. La luz de menor calibre es la verdadera y la luz falsa es la de mayor calibre.

Disección de aorta tipo B de Stanford. Asimismo, se observa claramente una continuidad de la disección hacia la arteria mesentérica superior y arterias renales, condicionando isquemia mesentérica aguda (asas de delgado dilatadas, neumatosis intestinal, gas en vasos venosos mesentéricos y burbujas de neumoperitoneo) e infartos renales bilaterales. Parece que la disección no afecta al tronco celíaco ya que se observa permeabilidad de las arterias hepática y esplénica; no obstante, el bazo se encuentra hipodenso en su totalidad en relación con infarto esplénico masivo, probablemente secundario a bajo gasto cardiaco. Líquido libre entre asas y en pelvis en cantidad leve. Esófago y estómago distendidos con abundante cantidad de líquido en su interior.

Conclusión: Disección de aorta torácica y abdominal, tipo B de Stanford, que condiciona infartos renales bilaterales e isquemia mesentérica aguda. Infarto esplénico masivo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

- Disección de aorta torácica y abdominal, tipo B de Stanford
- Infartos renales bilaterales
- Isquemia mesentérica aguda.
- Infarto esplénico masivo.

Diagnóstico diferencial

Causas hematemesis:

- Úlcera péptica: Infección H. Pylori, utilización AINES, corticoides, clopidogrel o ACO, historia sangrado úlcera previa, exceso de estrés fisiológico, edad mayor de 60 años, sexo masculino, diabético.
- Varices esofágicas: hepatitis viral, hepatopatía alcohólica, ausencia de abstinencia alcohólica, NASH, antecedentes de varices esofágicas o sangrado varicial reciente, CHILD C, disfunción hepática.
- Esofagitis: epigastralgia, reflujo, tos crónica, broncoespasmos, laringitis, sialorrea, náuseas o vómitos, odinofagia. Hipertensión portal, esclerosis sistémica, anemia ferropénica.
- Gastropatía erosiva aguda: consumo de AINES, alcohol, hierro oral, cocaína, quemaduras extensas, pacientes sépticos.
- Síndrome Mallory Weiss: Vómitos, tos, hipo durante anestesia, gastroscopia, preparación con polietilenglicol, alcoholismo, hernia hiatal.
- Cáncer gástrico: dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, disfagia, melena, saciedad precoz, dolor ulceroso.

Causas dolor lumbar:

- Mecánicas: lesión ligamentos o distensión muscular. Enfermedad degenerativa de disco. Fractura, espondilolisis. Deformidades congénitas.
- Neurogénicas: Hernia de disco, estenosis del conducto medular, herpes zoster, enfermedad de Paget, fibromialgias.
- No mecánicas: neoplasia primaria o metastásica. Infección (oseomielitis), artritis inflamatorias.
- Dolor visceral referido: pancreatitis, diverticulitis, enfermedad renal (litiasis, pielonefritis). Aneurisma de aorta abdominal. Disección aorta torácica u abdominal.

Plan de acción y evolución

Se traslada al Circuito de Críticos y se le pasan 100 mEq de bicarbonato en 30 minutos. Se interconsulta con cirugía torácica que descarta procedimiento quirúrgico dado al fallo multiorgánico que presenta el paciente. Éxito a las 2 horas del diagnóstico.

Conclusión

La disección de aorta (DA) es un proceso patológico poco frecuente, estimándose una incidencia alrededor de 30 casos por millón de habitantes/año. Como factores de riesgo destacan la hipertensión arterial, el síndrome de Marfan y las alteraciones de la pared aórtica, siendo más frecuente su presentación en varones, con una media de edad de 63 años.

Stanford clasifica la DA según afecte a la aorta ascendente (tipo A) la más frecuente o únicamente a la descendente (tipo B).

Desde el punto de vista de Atención Primaria, es importante considerar que la DA es una patología grave que requiere un diagnóstico precoz. Presenta una mortalidad elevada que supera el 60% en la primera semana de evolución. La sospecha clínica basada en la sintomatología es una de las claves para llegar al diagnóstico precoz. En el 95.5% de los casos, el paciente presenta dolor. Es importante establecer un diagnóstico diferencial con procesos coronarios agudos, trastornos neurológicos, insuficiencia aórtica o pericarditis entre otros, con los que frecuentemente es confundida.

Además destacar como uno de los factores de riesgo la hipertensión arterial mal controlada o no diagnosticada. Es por ello que es necesario ofrecer una mayor información, haciendo participar al paciente activamente en el control de su HTA. Para conseguir la aplicación de estas medidas es necesaria la participación integrada de la atención primaria con la especializada, de la enfermería (con una actividad fundamental en este aspecto), asistentes sociales, etc.

Palabras clave

Disección aórtica, dolor lumbar, hematemesis.

Bibliografía

Vilacosta I. (2003). Síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol, 56: 29-39

Poblete R. (2004). Aneurisma o disección, Un concepto nunca bien definido. Rev Chilena de Cirugía, 56: 417-420.

Evangelista A. (2004). Historia natural y tratamiento del síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol, 57: 667-679.



figura 1: corte coronal TC abdomen: disección aorta abdominal



Figura 2: corte transversal TC tórax: disección aorta torácica



Figura 3: corte sagital TC tórax y abdomen: disección aórtica

43.

Dolor lumbar en paciente joven. A propósito de un caso

Cepeda Zamorano, Marta
 Almendros Camacho, Jaime
 Muñoz García, María Elena

/MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
/MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia, Ciudad Real

Motivo de consulta

Paciente varón de 48 años que acudió a la consulta de atención primaria aquejado de dolor dorso-lumbar de una semana de evolución. No irradiado, con rigidez matutina de 10-15 minutos, sin antecedente traumático ni sobre esfuerzo. Se trató con enanplus 75/25 mg cada 8 horas. Tras una semana, acude de nuevo a consulta.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Refiere empeoramiento del dolor, necesitando ayuda para ponerse pantalones y zapatos. Niega irradiación a miembros inferiores. Comenta mal descanso nocturno. No pérdida de peso. Presenta dolor a la palpación en apófisis espinosas a nivel de T10-T12. Leve rigidez de raquis. Fuerza 5/5. Sensibilidad conservada. No focalidad neurológica.

Se solicitó radiografía de columna dorsal PA y LAT y radiografía de columna lumbosacra PA y LAT + Analítica completa: VSG 1ª HORA 33,0 mm/h, PCR 0,6 mg/dl, Factor reumatoide 14,1 UI/ml, ANA Negativo.

A los pocos días de la última consulta en centro de salud, acude a servicio de urgencias por agravamiento del dolor. Se realiza radiografía de columna lumbar y se observa acuñamiento de T12. Se deriva a consultas de traumatología y reumatología para estudio.

Desde atención primaria, se reajusta el tratamiento del dolor, Tramadol oral 100 mg cada 8 horas, con el que refiere mejoría. Se ofreció baja que rechazó.

Pasados los dos meses desde el comienzo del dolor, el paciente se realiza RM. Según informe realizado por radiología: Importante fractura del cuerpo de T10 y T12, sobre todo con aplastamiento superior en D12. Alteraciones mixtas de la señal con discretos signos de edema. Ligero aplastamiento superior de D7. Conclusión: Fracturas vertebrales con discretos signos actuales de edema.

Por lo que de nuevo, se reajusta tratamiento con la sospecha principal de osteoporosis: Ideos unidia 1000 mg/880UI cada 24 horas, Ácido risedronico oral 35 mg semanal. Además, se refuerza tratamiento analgésico: Etoricoxib 60 mg cada 24 horas, tapentadol oral 100 mg cada 12 horas y diazepam oral 5 mg cada 24 horas.

El paciente solicita la baja y se van realizando controles semanales, hasta mejoría al mes que es cuando solicita el alta. Mientras tanto, se realiza:

- Densitometría: T score lumbar 0,14 DE y femoral 0,04 DE, Z score lumbar 0,27 y femoral 0,79 DE.
- Analítica: Normalidad para hemograma, bioquímica (salvo Ca 10,4), Ig, PTH y orina de 24 horas con proteinuria 8,352 g/día; VSG 55; Inmunofijación con presencia de cadenas ligeras +.

Cuatro meses después desde comienzo del dolor, y tras los resultados de analítica, se cursa ingreso y se solicita interconsulta a hematología ante sospecha de Mieloma Múltiple Bence Jones.

Enfoque familiar y comunitario:

El paciente se encuentra en la fase del ciclo vital según la OMS de “extensión”, es decir, con mujer y dos hijos en edad escolar. Buen apoyo familiar y social. Adecuada red sociocomunitaria.

A destacar, el gran apoyo familiar que recibió nuestro paciente, pues todo esto ocurrió durante la situación epidemiológica debido a la pandemia por COVID-19, que debido a la inmunosupresión secundaria a la patología y al tratamiento realizado, siguieron todas las medidas necesarias para preservar la salud del paciente, como por ejemplo, por parte de sus dos hijos, seguir el cursos escolar de forma completamente on line.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Mieloma múltiple Bence Jones Kappa. Estadio ISS 1, DS II, sin alteraciones citogenéticas.

Diagnóstico diferencial:

En centro de salud se planteó diagnóstico diferencial entre dolor lumbar por sobre esfuerzo, hernia discal, osteoporosis, mieloma múltiple.

Plan de acción y evolución:

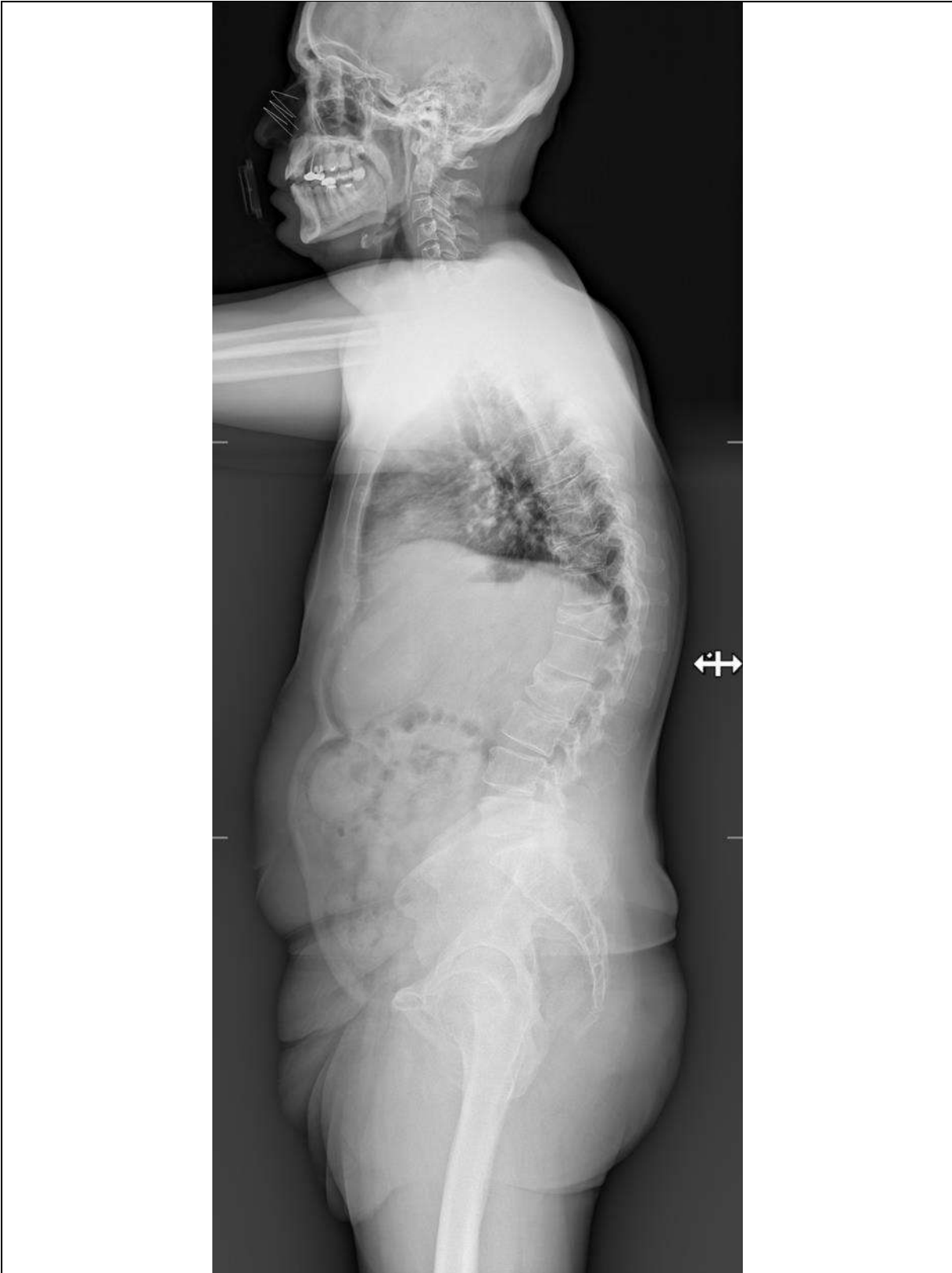
Durante ingreso en hematología, se realizó aspirado de médula ósea >10% células plasmáticas de hábito patológico. Biopsia de médula ósea en el que se objetivó médula ósea extensamente sustituida por proliferación de células plasmocitoides, con diagnóstico anatomopatológico de neoplasia de células plasmáticas. Se inició dexametasona 40 mg por 4 días con notable mejoría y seguidamente se pautó primera dosis de bortezomib, talidomida 50 mg diario y se indicó alta. En consultas de hospital de día, se confirmó buena evolución y se continuó tratamiento según esquema VTD: Bortezomib, Talidomida y Dexametasona.

Se coordinó para realización de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica, tras sexto ciclo de tratamiento quimioterápico según esquema VTD. Actualmente en tratamiento con lenalidomida de mantenimiento para mantener respuesta post-trasplante. Durante todo el proceso, desde la consulta de atención primaria, se siguieron tratando patologías paralelas (nasofaringitis, diarrea...) y se siguió dando apoyo al paciente y a su entorno.

Conclusión:

- La importancia de una buena anamnesis y la realización de pruebas complementarias pertinentes. Un dolor lumbar persistente y que no mejora con tratamiento analgésico, siempre hay que estudiarlo.
- No subestimar el dolor en pacientes jóvenes.
- Seguimiento y atención holística de nuestros pacientes. En este caso, se realizó seguimiento de la patología y se trataron patologías paralelas.





44.

Dolor torácico en mujer joven. A propósito de un caso

Almendros Camacho, Jaime
 Cepeda Zamorano, Marta
 Eraso Saiz, Amaya

/MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
/MIR de MFyC. CS Herencia, Ciudad Real
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia, Ciudad Real

Motivo de consulta

Mujer de 23 años que acude a urgencias por dolor torácico de 2 semanas de evolución que ha empeorado en las últimas 24 horas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Mujer de 23 años que acude a urgencias por dolor centrotorácico opresivo irradiado hacia ambos brazos, cuello y región interescapular de 24 horas de **evolución** que mejora con la flexión del tronco. Niega clínica infecciosa en días previos. Únicamente un vómito en relación a intolerancia medicación domiciliar en relación con su cefalea migrañosa. Refiere dolor de características similares tratado en las semanas previas que fue catalogado de osteomuscular y mejoró con tratamiento antiinflamatorio.

Antecedentes

- Antecedentes familiares: abuela materna con HTA.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- Factores de riesgo cardiovascular: no HTA. No DM. No dislipemia. No hiperuricemia.
- No hábitos tóxicos.
- Soltera sin hijos. Perteneciente a núcleo familiar normofuncionante.
- Migraña crónica en tratamiento con nebivolol y maxalt.
- No refiere acontecimientos vitales estresantes.
- Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- La paciente acude con asiduidad a la consulta de medicina de familia para control de su medicación para la migraña que padece. Suele presentar cifras tensionales normales. En la exploración rutinaria no refiere otra sintomatología a parte de la relacionada con su cefalea.

Exploración física

- Regular estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo.
- Exp. Cabeza y cuello: sin alteraciones.
- AC: rítmica sin soplos. Leve roce pericárdico.
- AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.
- Exp. Abdominal: RHA+. Abdomen blando y depresible. Sin masas ni megalias. No signos de peritonismo.
- No signos de focalidad neurológica.

Pruebas complementarias

- Analítica: Hb 11.6, Hto 34%, Leucocitos 10500 con 81% de neutrófilos, plaquetas 238000, glucosa 89, urea 27, Cr 1, PCR 22.8, CPK y troponinas seriadas normales.
- ECG: descenso PR en DII. Ondas T negativas en cara lateral.
- Rx Tórax: aumento del índice cardiotorácico y derrame pleural izquierdo. Compatible con posible pericarditis
- Ecocardiografía: derrame pericárdico circunferencial, menor de 2mm. Discreto colapso del ventrículo derecho sin condicionar disfunción del mismo. Sin otros datos de compromiso ecocardiográfico.

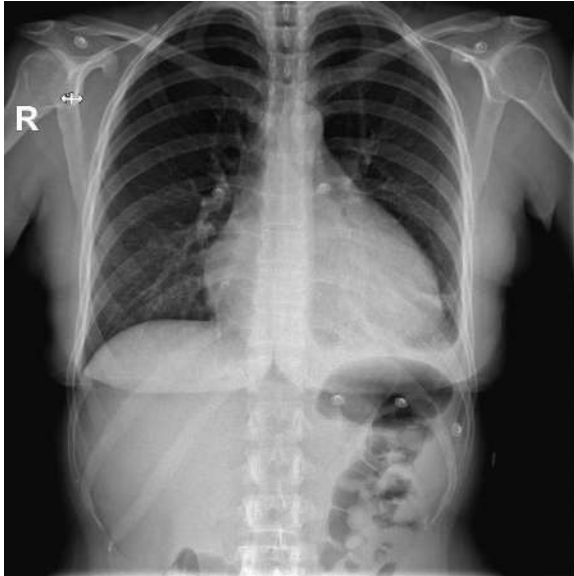


Figura 1. Radiografía tórax AP.



Figura 2. Radiografía tórax lateral.

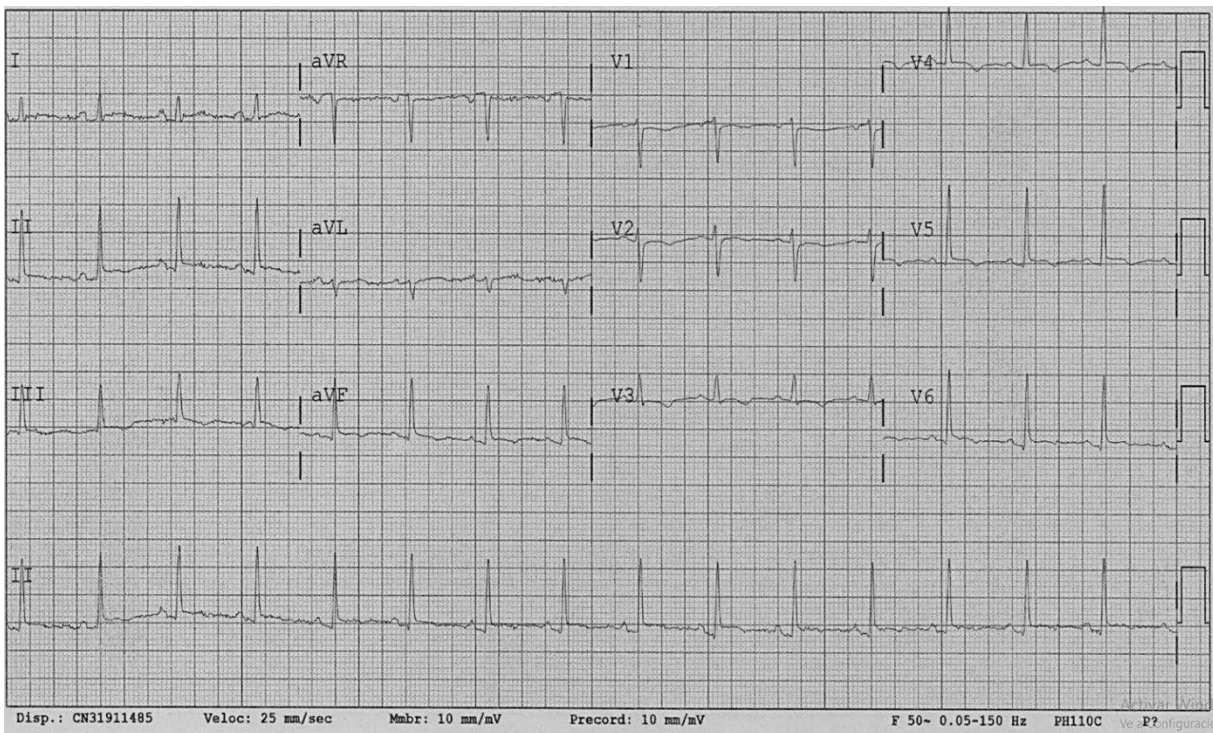


Figura 3. Electrocardiograma: descenso PR y ondas T negativas en caras laterales.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 23 años de edad independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Está soltera y vive con sus padres. Buen soporte familiar. Nivel sociocultural medio-alto. Realiza un seguimiento regular de su patología crónica en su centro de salud.

En el dolor torácico podemos sospechar múltiples diagnósticos como:

- Isquémico: se descartó al no aparecer signos de isquemia en el ECG, elevación de troponinas ni cuadro vegetativo. La paciente no relacionaba el dolor con los esfuerzos.

- Osteomuscular: no empeoraba con los cambios posturales ni aumentaba con la palpación de las articulaciones costoesternales ni refería haber realizado ningún esfuerzo los días previos ni haber sufrido ningún traumatismo.
- Aórtico: no presentaba cortejo vegetativo, irradiación ni migración del dolor. No HTA ni asimetría de pulsos periféricos.
- Esofágico: suele ser un dolor de instauración brusca que se desencadena con el estrés y con la ingesta de alimentos. No refería náuseas, vómitos ni pirosis.
- Pleurítico: el dolor no empeoraba con la tos ni con la inspiración profunda. No coincidía con un dolor súbito ni disnea que nos hiciese pensar en un TEP. Además era joven y atleta. No refería toma de anticonceptivos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Pericarditis aguda complicada con derrame pericárdico severo de probable de etiología idiopática vs vírica.

Plan de acción y evolución

Se realizó optimización del tratamiento conservador y se monitorizó durante las primeras 24 horas de su estancia en urgencias. Se pautó tratamiento antiinflamatorio con AAS 500 mg cada 6h.

Tratamiento al alta:

- AAS 500 mg (pauta descendente)
- Colchicina 0,5 mg durante 6 meses-1 año
- Reposo domiciliario durante 4 semanas

La paciente mejoró durante el ingreso. Actualmente continúa acudiendo a su médico de familia para control de su patología. En las dos últimas consultas la paciente permanece asintomática con el tratamiento pautado. En 6 meses será valorada por el servicio de cardiología.

Conclusión

Desde medicina de familia no debemos olvidar la sospecha de pericarditis ante un/a paciente joven con dolor torácico atípico. No todo dolor torácico es isquémico y a partir de la edad media de la vida, es importante usar el razonamiento clínico y ante un dolor que persiste en paciente joven usar aquellos métodos diagnósticos que están a nuestro alcance en AP para realizar un diagnóstico diferencial como ECG y analítica.

Bibliografía

Torres Arrese M, Marchán López Á. Dolor torácico. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8ª Edición. Madrid; 2016 Dolor torácico. P. 129-138.

45.**Dolor torácico y su diagnóstico diferencial**

Velasco Doña, Elena
 Fernández Pérez, Pablo
 Reche Navarro, Carmen

/MIR de MFyC. CS San Felipe, Jaén
/MIR de MFyC. CS San Felipe, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutora. CS San Felipe, Jaén

Motivo de consulta

Dolor torácico. Dolor al tragar

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 49 años que consulta nuevamente por dolor centrotorácico opresivo, no irradiado que en ocasiones le ha llegado a despertar por la noche.

Revisando las anteriores consultas vemos que tiene una duración variable: una hora, cede con la toma de paracetamol o se presenta de manera continua a lo largo del día mejorando por la noche. Siempre niega cortejo vegetativo.

No pirosis. No disnea. Ese tipo de episodios los presenta desde hace 14 meses. Sin embargo, hoy acude a urgencias porque además aprecia dificultad para tragar inicialmente a sólidos y posteriormente sólidos y líquidos. No sialorrea. No diarrea, ni estreñimiento. No pérdida de peso.

Entrevista difícil: discurso desorganizado, enlazando ideas que no tienen que ver con el motivo que le ha traído.

Antecedentes de interés ex-consumidor de 3 litros de cerveza (15 UBE) desde los 18 años hasta hace 4. Y fumador de 5 cigarros al día desde los 18 años de edad. Intervenido de Hallux valgus. Tratamiento habitual: analgésicos según demanda.

A la Exploración física

- Consciente, orientado. Eupneico en reposo. Normocoloreado y normoperfundido.
- Auscultación cardiorrespiratoria normal.
- No edemas en miembros inferiores.
- Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha. Murphy dudoso, Blumberg y Rovsing negativo No se palpan masas ni megalias.

Los resultados de las pruebas complementarias realizadas:

- Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad.
- ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, BIRD ya conocido. Sin alteraciones de la repolarización.
- Radiografía de tórax: No hallazgos patológicos.
- Se decide endoscopia digestiva alta que el paciente acepta: Se objetiva bolo alimenticio cárnico y lesiones sugerentes de neoplasia de unión gastro-esofágica.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear íntegra, con paciente casado en primeras nupcias con un único hijo varón. Según el modelo de la OMS, y modificado por De la Revilla, el paciente se encuentra en la fase III o de final de la extensión del ciclo vital, que abarca desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar, según el modelo de Duvall- Medalie, familia con punto de partida. Estilo familiar centrípeto, en el cual las transacciones e interacciones de la familia se llevan a cabo predominantemente en el interior de la familia. Apgar familiar: normofuncionante.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El paciente ingresa en planta de Digestivo.

Anatomía patológica confirma carcinoma escamocelular queratinizante y signos de displasia intraepitelial de alto grado.

Se realiza estudio de extensión: Cáncer de la unión esófago-gástrica T2-T3 N0-1 M0.

Plan de acción y evolución

Se eleva el caso al comité de tumores y se inician ciclos de radio y quimioterapia.

Diagnóstico diferencial

Son múltiples las causas de dolor torácico por lo que supone un reto para el profesional que lo estudia.

Dadas las características que presenta nuestro paciente y con el fin de repasar los distintos diagnósticos probables se adjunta la Figura 1.

Figura 1: Diagnóstico Diferencial dolor torácico agudo				
	ISQUÉMICO	PLEUROPULMONAR	ESOFÁGICO	OSTEOMUSCULAR
LOCALIZACIÓN	Retroesternal, opresivo. Irradiado a cuello, mandíbula, miembro superior izquierdo	Punzante, en región precordial. Puede irradiarse al resto de tórax y cuello.	Retroesternal, urente y a veces opresivo, puede irradiarse a cuello y brazos.	Variable, estructuras de pared torácica, columna cervicodorsal. Punzante
DURACIÓN	Variable, d 5-20 min.	Variable, normalmente días.	Variable: breve (espasmo), prolongada(esofagitis)	Prolongada (días, semanas)
DESENCADENANTES	Ejercicio físico, frío, ingesta copiosa.	Respiración profunda, tos Origen pericárdico: decúbito supino.	Ingesta de ácidos, bebidas frías o muy calientes, alcohol, deglución.	Movimientos de pared torácica, tos, estornudos
FACTORES QUE LO ALIVIAN	Reposo, nitritos.	Respiración superficial. Origen pericárdico: la flexión del tronco	Antiácidos y ortostatismo (esofagitis) antagonistas del calcio (espasmo)	Reposo, analgésicos y AINEs, calor seco
SÍNTOMAS ASOCIADOS	Náuseas, vómitos, sudoración, palidez.	Fiebre, clínica de infección de vías respiratorias en pericarditis. Tos, disnea, hemoptisis (neumonía, neoplasia)	Pirosis, disfagia, vómitos.	Muy variables, carentes de gravedad
PATOLOGÍAS	Síndrome coronario agudo	Pericarditis. Neumonía Neoplasia pulmón	Esofagitis, espasmo, cáncer de esófago.	Costocondritis Hernia discal cervical o torácica.

Conclusión

Dada la elevada prevalencia de consultas sobre dolor torácico en nuestras consultas de Atención Primaria, se hace necesario revisar los distintos cuadros que pueden causarlo para poder abordar a cada paciente de manera individualizada y proceder a un estudio dirigido en caso necesario.

En este caso a pesar de las múltiples consultas no fue sino la disfagia el síntoma clave para derivar el estudio a la patología digestiva.

El cáncer de esófago es la sexta causa principal de muerte por cáncer y el octavo cáncer más común en el mundo. De 2 a 4 veces más común en hombres que en mujeres, la edad de presentación habitual es entre los 55-70 años.

Hay dos tipos principales: el más frecuente globalmente el carcinoma escamocelular, generalmente se encuentra en el esófago medio-superior, y el adenocarcinoma, generalmente en la parte inferior, más frecuente en los países desarrollados y cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas.

Mientras que el tabaco, el alcohol, los compuestos nitrogenados y los déficits de minerales y vitaminas se han asociado con el carcinoma escamocelular; el tabaco, el reflujo gastroesofágico, el esófago de Barrett, la obesidad y la dieta baja en fibra se han relacionado con el adenocarcinoma.

Respecto al tratamiento, en los casos más habituales de diagnóstico de la enfermedad, en estadios II y III, se necesita de la combinación de quimioterapia y/o radioterapia, con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos con la cirugía o previa a la misma.

La tasa de supervivencia a 5 años es de alrededor del 15-25%; apreciando mejores resultados en las primeras etapas.

Bibliografía

Luis Jimenez Murillo et al. Urgencias cardiovasculares. Dolor torácico agudo. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5a Edición. Elsevier. 2014.

Martin-Richard, M., Díaz Beveridge, R., Arrazubi, V. et al. SEOM Clinical Guideline for the diagnosis and treatment of esophageal cancer (2016). Clin Transl Oncol 18, 1179–1186 (2016).

De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Las Gabias (Granada): Adhara 2005

46.

El bazar de las sorpresas, una masa mediastínica en radiología de tórax

Villas Luna, Paula
Piury Pinzón, Javier
Muñoz Romero, M^a Trinidad

/MIR de SAMFyC. CS Huelva-centro, Huelva
/MIR de SAMFyC. CS Huelva-centro, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Huelva-centro, Huelva

Motivo de consulta

Tos irritativa crónica y molestias faríngeas recurrentes con episodios de rinorrea y congestión nasal

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Varón de 75 años independiente para ABVD, jubilado (antiguo soldador), con dos hijos, sin RAM ni FRCV conocidos, no fumador y sin patología de base conocidas salvo HBP y vitíligo. En seguimiento por Atención Primaria por tos irritativa intermitente con expectoración clara ocasional y odinofagia de meses de evolución.

No clínica de bronquitis crónica, alérgicas, ni sibilancias diarias. No infecciones respiratorias frecuentes. No antecedentes personales de TBC, patología pleural o hemoptisis. No disnea. No disfagia ni clínica de pirosis. No dolor torácico. No alteraciones en la orina o en las deposiciones. No síncope ni palpitaciones. No contactos con COVID19+. Afebril en todo momento, aunque si sensación distérmica. Palpitaciones puntuales nocturnas. Sin otra sintomatología acompañante interrogado por aparatos o sistemas ni síndrome constitucional. Niega síntomas B. Vacunado de la gripe.

Fue tratado con paracetamol 650 mg/codeína 10 mg/ácido ascórbico, cetirizina 10 mg, azitromicina 500 mg, mepifilina 25 mg, stopcold 5/120 mg, fuorato de fluticasona 27,50 mcg con cierta mejoría clínica pero dada la persistencia se solicita Radiografía de tórax.

Exploración

Buen estado general, consciente, orientado en las tres esferas y colaborador, bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico al habla y en reposo, tolerando decúbito a aire ambiente. Afebril. ECOG 0.

TA:150/90 mmHg FC: 120 lpm SatO₂: 97%

ACP: Tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos, roces ni extratonos. Murmullo vesicular bilateral conservado sin ruidos sobreañadidos.

Faringe hiperémica sin adenopatías cervicales/supraclaviculares acompañantes. No edema facial. Depigmentación facial secundaria a vitíligo. No acropaquias.

Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación, sin defensa abdominal. No masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, Blumberg y Murphy negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa.

MMII: no edemas, sin signos de TVP. Pulsos bilaterales y simétricos.

Pruebas complementarias

- Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos destacables.
- Radiografía de tórax Posteroanterior, lateral y lordótica apical posterior: Cardiomegalia a expensas de cavidades derecha. Signos de redistribución vascular. Engrosamiento del intersticio peribroncovascular en relación con cambios por broncopatía crónica así como cierto componente de edema intersticial por cardiopatía congestiva. Imagen de aumento de densidad proyectada sobre el margen lateral derecho del mediastino superior de probable superposición de imágenes o cambios escleróticos en la unión costo-vertebral del quinto arco costal. Masa de bordes definidos que no borra silueta cardiaca pero que sobrepasa parénquima pulmonar y podría estar en mediastino anterior. Hallazgos no presentes previamente.



Enfoque familiar y comunitario.

Casado, vive con su mujer y tiene dos hijos. Independiente para ABVD. Jubilado y con vida activa realizando deporte a diario (suele caminar 9 kilómetros,). no deterioro cognitivo.

Juicio clínico

Masa mediastínica anterior de etiología a filiar.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar diagnóstico diferencial entre timoma, teratoma, linfoma, sarcoma, neoplasia germinal (poco propia la edad) o carcinoma tímico (poco probable dado que no presenta comportamiento infiltrativo).

Plan de acción y evolución

Dado los hallazgos radiográficos derivamos Urgencias Hospitalarias para ampliación de estudio y filiación de la masa ingresando paciente.

Neumología decide la realización de TAC tórax con y sin contraste hallando masa mediastínica anterior de 10 cm de diámetro máximo, de borde bien definido, en el compartimento anterior del mediastino, con ligera heterogeneidad y realce tras la administración de contraste, sin grasa ni calcio en su composición. No adenopatías mediastínicas.

Amplían analítica con marcadores tumorales y cultivo de esputo con los siguientes resultados: Leucocitos 8290 (Neutrófilos 73%), hemoglobina 16.3, plaquetas 160000 Bioquímica: Glucosa 103, urea 30.9, creatinina 0.86, perfil hepático e iones normales. Coagulación normal. Marcadores tumorales: alfa-fetoproteína, CEA, CA125, CA 19,9 Cyfra 21,1, Enolasa específica neuronal y PSA normales. Cultivo esputo negativo para bacterias y hongos. Micobacterias pendientes.

Estudio de extensión con PET-TAC Tórax con identificación de la masa previamente descrita con baja tasa metabólica ante la que hay que descartar malignidad mediante estudio anatomopatológico.

El paciente se somete a Biopsia de Aguja Gruesa (BAG) guiada por TAC con confirmación de Timoma (Neoplasia epitelial tímica no invasiva estadio I-II, sin clara infiltración del pericardio adyacente y sin diseminación pleuropericardica ni metastásica a distancia). Se acuerda valoración por cirugía torácica y por comité de tumores torácicos que finalmente, deciden timectomía abierta.

Conclusión

- Frecuente motivo de consulta en el ámbito de Atención Primaria y de derivación a especialistas.
- Conocer el diagnóstico diferencial ante un caso de tos irritativa persistente de larga evolución y el procedimiento diagnóstico a seguir.
- Correlacionar de forma efectiva la clínica del paciente con las pruebas de nuestra cartera de servicios.
- Papel fundamental de la radiografía de tórax en Atención Primaria como recurso accesible para diagnosticar patología orgánica e infecciosa.
- No todas las patologías cursan con un patrón clásico.
- Saber identificar los signos y síntomas de alarma para descartar una posible patología oncológica.
- Es necesario la realización de pruebas complementarias para confirmar la sospecha diagnóstica ante masas mediastínicas.

47.**El contexto de la salud (información social en la historia clínica)**

García Serrano, Cristina
 Campillo Guillén, Rosa
 Segura Góngora, María Dolores

/MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén
/MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Úbeda, Jaén

Motivo de consulta:

Dolor inguinal tras esfuerzo en el trabajo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Varón de 54 años. Fumador activo de 10-12 cigarrillos/día. Sin otros antecedentes personales de interés. Acude por dolor inguinal derecho de una semana de evolución que relaciona con esfuerzo al bajar del camión (trabaja como bombero). El dolor es continuo, no irradiado y no asociado a síntomas digestivos, no ha apreciado bultoma en la zona dolorosa.

El paciente consulta en mutua laboral donde realizan exploración con ecografía donde se evidencia masa inguinal izquierda de 53x39x22 mm con hilio graso central, bordes definidos y Doppler positivo compatible con adenopatía. Se observan otras adenopatías de características similares, aunque de menor tamaño.

En mutua laboral descartan seguimiento por su parte dado que el mecanismo lesional (traumatismo al bajar del camión) no se correlaciona con la clínica ni los hallazgos de las pruebas complementarias.

En nuestra consulta realizamos exploración completa: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Adenopatía supraclavicular de 1x1 cm aproximadamente, elástica, no adherida a planos profundos. Adenopatía inguinal derecha dolorosa a la palpación de las mismas características que la anterior.

Dado el hallazgo de adenopatía rehistoriamos indagando en síntomas infecciosos que niega. Niega también sudoración nocturna, fiebre o síndrome constitucional.

Se realiza analítica básica con resultado normal salvo hipercolesterolemia aislada (CT 249 LDL 177). Treponema Pallidum Ac negativo. IgG citomegalovirus positivo. IgG Epstein Barr positivo. VIH negativo.

Como siguiente paso en el estudio de adenopatías y ante la normalidad de la analítica decidimos realizar ecografía inguinal en nuestro centro de salud.

- Ecografía inguinal izquierda: adenopatías (4-5) las mayores de 2.53 x 1.42 cm y otra de 3.69 x 1.95 cm, algunas antiparalelas con amputación de hilio graso compatible con conglomerado adenopático.
- Ecografía inguinal derecha: adenopatía con orientación paralela de 1.7 x 0.86 cm sin hilio graso visible localizada superior a vasos femorales.
- Ecografía testicular sin alteraciones.
- Ecografía abdominal: sin alteraciones.

Se decide derivación a consultas externas de Cirugía para valorar adenectomía inguinal para filiar el cuadro. Decidimos contactar vía telefónica con servicio de cirugía para agilizar el proceso. Indican realización de TAC de tórax, abdomen y pelvis donde aparecen adenopatías retroperitoneales, en cadena ilíaca común, interna y externa izquierdas, adenopatías inguinales bilaterales mayores en el lado izquierdo. Comentado con radióloga que realiza el informe nos indica valorar como primera posibilidad proceso hematológico.

Tras análisis anatomopatológico de adenopatía inguinal se diagnostica Linfoma Folicular grado 1.

Se realiza derivación a Hematología e inician tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario:

Nivel de estudios medio. Vive en domicilio con mujer y dos hijas sanas. Un tío con cáncer de próstata.

Trabajador en Servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento de la localidad desde 1999. Al realizar la anamnesis nos refiere que en su lugar de trabajo en los dos últimos años han fallecido dos compañeros de 35 y 37 años por cáncer de útero y leucemia respectivamente.

Se ha demostrado la relación entre la profesión de bombero y el aumento de cáncer de testículo, próstata y linfoma no Hodgking (1)

La International Agency for Research on Cancer de la OMS califica la profesión de bombero como posiblemente cancerígena (categoría 2B) por la exposición a tóxicos derivados de la combustión.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Linfoma folicular grado I e-III-a.

Plan de acción

Se realiza derivación a Hematología donde realizan PET-Tac e inician tratamiento R-CHOP.

Plan de acción y evolución:

Actualmente han administrado el 4º ciclo de quimioterapia, y en el PET de control se ha observado disminución del número de adenopatías y de la actividad metabólica de las mismas. Continúa en seguimiento por parte del servicio de Hematología.

Conclusión:

A pesar de ser descartado como accidente laboral por la mutua, la relación entre el oficio de bombero y linfoma está bien establecida en la literatura, si bien no podemos descartar otras causas.

Atendiendo al modelo biopsicosocial el médico de Atención Primaria no puede centrarse en la enfermedad como hecho aislado en la vida de la persona. Este marco defiende una mirada integral de la salud, muy atenta a los determinantes sociales. Esta mirada es claramente contraria a todas las propuestas biologicistas que hegemonizan el discurso sobre la salud.

La medicina familiar abarca toda la vida de los pacientes, incluyendo la ocupación laboral, situación de desempleo, etc., ya que como hemos subrayado en este caso puede constituir factor de riesgo para determinadas patologías.

Palabras clave

Occupational Disease, Firefighters, Lymphoma, Non-Hodgkin.

Bibliografía

LeMasters GK, Genaidy AM, Succop P, Deddens J, Sobeih T, Barriera-Viruet H, Dunning K, Lockey J. Cancer risk among firefighters: a review and meta-analysis of 32 studies. *J Occup Environ Med.* 2006 Nov;48(11):1189-202. doi: 10.1097/01.jom.0000246229.68697.90. PMID: 17099456.

World Health Organization: International Agency For Research on Cancer. *Painting, Firefighting, and Shiftwork.* Lyon, Francia; 2010 Oct.

48.

EPOC y COR pulmonale: papel del médico de familia

Marqués Mayor, Marta Auxiliadora
Cabello Morales, Vicente
Martínez Ruiz, María José

/MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Pozoblanco, Córdoba

Motivo de consulta

Edemas en ambos miembros inferiores con aumento de disnea basal sin síntomas de reagudización infecciosa ni dolor torácico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

No alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. Fumadora activa (Índice de consumo acumulado de tabaco 40 paquetes – año), exalcohólica. EPOC enfisematoso GOLD B en tratamiento con O₂ domiciliario, inhaladores de Indacaterol/Glicopirronio y salbutamol. Sospecha de incumplimiento terapéutico. No otras alteraciones médico – quirúrgicas de interés.

Mujer de 61 años que acude a consulta de Atención Primaria por edemas en ambos miembros inferiores con aumento de disnea basal sin síntomas de reagudización infecciosa ni dolor torácico en los últimos 4-5 días. Se acompaña de recorte de diuresis, aumento de tos y dificultad de expectoración a pesar de tratamiento con mucolítico. Niega autoescucha de sibilancias y disnea paroxística nocturna.

Exploración física

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Ingurgitación yugular. No cianosis. Taquipnea. Afebril.

Auscultación cardiorrespiratoria: Se auscultan roncus dispersos y aumento del segundo tono cardíaco. Disminución generalizada de murmullo vesicular.

Abdomen: hepatomegalia dolorosa sin signos de ascitis.

Pruebas complementarias

Analítica: elevación de proBNP y leve macrocitosi sin anemia.

Radiografía tórax: cardiomegalia con infiltrado intersticial bilateral bibasal (Figuras 1 y 2).



Figuras 1 y 2: Radiografía realizada en 2019 (izquierda) y en 2021 (derecha) donde se aprecia cardiomegalia, importante trama vascular periférica, arteria pulmonar derecha prominente e infiltrados intersticiales bibasales.

ECG: taquicardia auricular multifocal, bloqueo incompleto de rama derecha. Extrasístoles ventriculares aisladas (Figura 3).

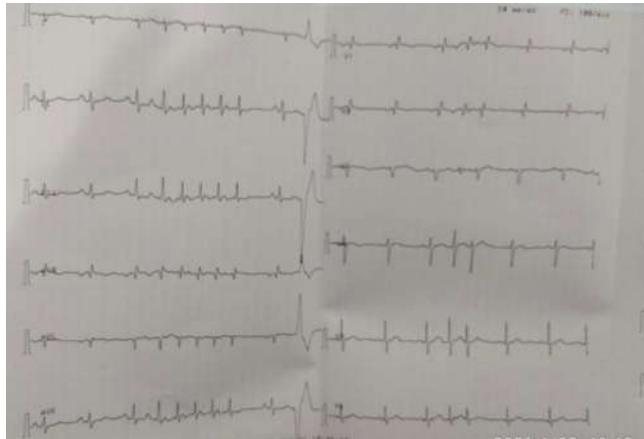


Figura 3: ECG realizado en consulta de Atención Primaria a su llegada.

Enfoque familiar y comunitario

Familia disfuncional, bajo nivel socioeconómico. Cuidadora de un nieto de 11 años por madre ausente. No mejoría tras seguimiento en consulta de deshabituación tabáquica.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

EPOC con COR Pulmonale.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca, miocardiopatía dilatada alcohólica, enfermedad hepática, hipotiroidismo.

Plan de acción y evolución

Tras derivar a la paciente a Urgencias para completar estudio, se inicia tratamiento con furosemida desapareciendo los edemas y mejorando la disnea.

Desde consulta, se refuerza el abandono de tabaco y se concilia tratamiento insistiendo en su cumplimiento. A la semana la paciente presenta recaída por abandono de medicación, exploramos causas e intentamos corregir algunas creencias.

Se deriva a la paciente a Cardiología para valoración y realización de Ecocardiografía (Figura 3) en la que se aprecia moderada dilatación del ventrículo derecho con contractilidad conservada e hipertensión pulmonar severa sin derrame pericárdico. No alteraciones del ventrículo izquierdo.

Se confirma el diagnóstico de COR pulmonale asociando espironolactona y carvedilol. Desde Atención Primaria se realiza refuerzo semanal presencial para mejorar adhesión al tratamiento.

Conclusión

Se define COR Pulmonale (CP) como la alteración estructural y funcional del ventrículo derecho secundaria a hipertensión pulmonar, y no debida a patología cardíaca izquierda ni a cardiopatías congénitas. En nuestro medio la causa más frecuente de presentación crónica, con un 10,2%, es la EPOC.

La aparición de CP se asocia a un peor pronóstico, pues constituye un marcador independiente de mortalidad. Por otro lado, la gravedad del CP está relacionada con la magnitud de la hipoxemia-hipercapnia y con el grado de obstrucción de la vía aérea, por ello en el tratamiento del CP es tan importante el control de la enfermedad de base que está produciendo la hipertensión pulmonar y de los síntomas derivados del fracaso del ventrículo derecho.

El diagnóstico precoz del CP es difícil porque los síntomas iniciales son inespecíficos y se superponen con los de la enfermedad de base, así la disnea de esfuerzo suele ser el primer síntoma de inicio del CP, pero también aparece en la EPOC. Los edemas aparecen cuando el fracaso del ventrículo derecho es importante, por lo que deberíamos intentar establecer el diagnóstico de CP antes de que estos aparezcan. Para ello el médico de familia debe de mantener un alto grado de sospecha clínica y una búsqueda activa de aquellos pacientes que presentan una evolución en su clase funcional.

En los pacientes con alta sospecha clínica, tras una correcta anamnesis y exploración física, el médico de familia debe de solicitar las pruebas complementarias necesarias para confirmar o descartar el CP, como son ECG, radiología de tórax, analítica con pro-BNP, ecocardiografía y valoración en cardiología.

El papel del médico de familia es también fundamental en el abordaje terapéutico del CP:

- Controlando la enfermedad de base, en este caso la EPOC, mediante el abandono del hábito tabáquico, promocionando ejercicio físico adaptado, optimizando el cumplimiento de la oxigenoterapia domiciliaria, así como de los inhaladores con su correcta técnica.
- Control de los síntomas derivados del CP: medidas generales consistentes en dieta con restricción de sodio, control de peso. Control de diuréticos y otros fármacos.
- Detección y corrección de factores desencadenantes de descompensaciones como las infecciones, arritmias, fármacos contraindicados, isquemia miocárdica, tromboembolismo pulmonar, apnea del sueño... y unos de los más importantes, el incumplimiento dietético y terapéutico, como ocurre en el caso que presentamos.

Consideramos que el médico de familia presenta una situación en el sistema sanitario privilegiada para llevar a cabo tanto el diagnóstico precoz del CP, como el abordaje terapéutico individualizado teniendo en cuenta su contexto biopsicosocial.

Palabras clave

COPD, COR Pulmonale, Heart Failure.

Bibliografía

Hernández Simón P, Lázaro Salvador M, Alcalá López J.E, Maicas Bellido C. COR pulmonale. Medicine. 2017; 12 (35): 2116-26.
 Grupo de Trabajo de GesEPOC. Comorbilidades en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (Supl 1): 2-64.

49.

Factor tiempo en lesiones dermatológicas

García Reinoso, Sara
 Franco Boza, Carolina
 Del Valle Vázquez, Luis

/MIR de MFyC. CS Campo de las Beatas, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)
/MIR de MFyC. CS Campo de las Beatas, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Campo de las Beatas, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

El caso clínico se desarrolla en el ámbito de Atención Primaria y Dermatología.

Motivo de consulta

Varón de 59 años que consulta por lesión dérmica en región frontotemporal izquierda de 2 meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: no reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No padece factores de riesgo cardiovascular. No otros antecedentes de interés.

Anamnesis

Refiere presentar lesión dérmica localizada en región frontotemporal izquierda de dos meses de evolución, con un diámetro de unos 3 cm y con inicio de supuración de material mucopurulento desde hace 1 semana. Comenta que ha cambiado el tamaño, el color, así como la consistencia. Le preocupa el cambio de las características de la lesión. No ha consultado previamente, ha realizado curas locales en su domicilio y mantiene la lesión ocluida con un apósito. Niega fiebre. No ha presentado otra sintomatología destacable, aunque refiere mayor cansancio en las últimas semanas.

Exploración

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Observamos lesión pigmentada nodular localizada en región frontotemporal izquierda de unos 3 cm de diámetro, asimétrica y con supuración activa de material mucopurulento. No otras lesiones sospechosas de malignidad visibles. No se palpan adenopatías.

Pruebas complementarias

Dermatoscopio: se visualiza zona central sobrelevada con vasos polimorfos, en la base se aprecia retículo pigmentado atípico, que nos orienta hacia lesión melanocítica.



Plan de acción y evolución

Derivamos al paciente a dermatología. Tras valoración por dicho servicio y ante la mala evolución de la lesión en las últimas semanas, se decide intervención quirúrgica para exéresis de la lesión y estudio histopatológico.

Resultados de anatomía patológica: Melanoma invasivo y ulcerado de 5 mm de espesor en profundidad (Breslow) (pT4b).

Ante el informe de anatomía patológica, se decide reintervenir al paciente para ampliación de márgenes de melanoma y realización de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Durante la intervención, se realiza linfogammagrafía, mediante la cual se extirpa un total de 8 ganglios (5 de ellos en región parotídea).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Melanoma de extensión superficial, invasivo y ulcerado de 5 mm de espesor en profundidad (Breslow) (pT4b).

Diagnóstico diferencial

Carcinoma de células escamosas.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente acudió acompañado de su mujer la cual refiere que el paciente no había consultado previamente por miedo al posible diagnóstico de la lesión presente. Esto hizo tardío el diagnóstico de melanoma, existiendo en la actualidad una lesión de posible mayor profundidad y, por tanto, peor pronóstico.

Conclusión

El melanoma es un tumor de mal pronóstico con una alta tasa de mortalidad. Sin embargo, la supervivencia está mejorando en los últimos años, debido al diagnóstico precoz. Por eso, en este tipo de tumor la prevención es muy importante. La población se está concienciando de la importancia de la protección solar, así como de vigilar las manchas y lesiones de la piel, lo que produce un aumento del diagnóstico en fases iniciales y una mejora sustancial de la supervivencia, ya que los tumores pequeños son más fáciles de tratar y curar.

En medicina, el factor tiempo es fundamental, debido a que gracias al mismo se puede evitar desenlaces infortunados. En este caso, si el paciente hubiese consultado en el inicio de la lesión, posiblemente el pronóstico de la misma hubiese sido diferente.

Palabras claves

Melanoma. Diagnóstico precoz. Pronóstico.

Bibliografía

Tejera-Vaquerizo A, Cañueto J, Toll A, Santos-Juanes J, Jaka A, Ferrandi-Pulido C, et al. Estimated effect of Covid-19 lockdown on skin tumor size and survival: an exponential growth model. *Actas Dermosifiliogr.* 2020; 111(8):629-638.

Schadendorf D, Van Akkooi ACJ, Berking C, Griewank KG, Gutzmer R, Hauschild A, et al. Melanoma. *Lancet.* 2018; 392(10151):971-984.

50.

Fiebre de más de una semana de evolución en paciente sano

De la Cruz Castellano, Ana
Trujillo Díaz, Noelia

/MIR de MFyC. Hospital General Minas de Riotinto, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutora. Hospital General Minas de Riotinto, Huelva

Motivo de consulta:

Fiebre de más de una semana de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Varón de 30 años, con reacciones adversas conocidas a mercurio y yodo, sin antecedentes personales ni familiares de interés, excepto, fumador de varios cigarrillos al día, y trabajador de mina. Consulta en su centro de salud por fiebre de hasta 38°C acompañada de mal estado general y mucosidad escasa. En los primeros días se realizó tratamiento sintomático, persistiendo la sintomatología indicada. A los dos días consulta de nuevo en su centro de salud por la persistencia de la fiebre. En este momento comenta la presencia de una lesión en 5º dedo de mano derecha, de un mes y medio de evolución, actualmente en resolución, por pinchazo accidental.

Exploración física

En todo momento el paciente mostró un buen estado general, normocoloreado e hidratado, eupneico en reposo. Como dato a señalar, su estado febril. La auscultación cardiorrespiratoria era normal, tonos rítmicos y puros, y murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Su abdomen era blando y depresible, no doloroso, con ruidos hidroáereos conservados, no presentaba masas palpables ni megalias, ni signos de irritación peritoneal.

Se realizó exploración completa de la piel, no mostrando lesiones en la misma, excepto un pequeño granuloma en el 5º dedo de la mano derecha, ya en resolución, sin signos inflamatorios agudos. Se completó la exploración con la búsqueda de adenopatías, palpándose a nivel de axila derecha, una adenopatía de 2-3 cm de tamaño, de consistencia elástica, dolorosa y movable, aunque parcialmente adherida. Sin otros datos añadidos.

Pruebas complementarias

Se realizaron varias analíticas en el tiempo de evolución de la fiebre. Destacamos:

- Analítica sanguínea general, que mostró hemograma, bioquímica y coagulación normal en todo momento. A excepción de la elevación de la proteína C reactiva (PCR), que llegó hasta 58.6.
- Sistemático y cultivo de orina negativos.
- Estudio microbiológico y serológico, que incluía virus de la gripe y virus respiratorio sincitial, citomegalovirus y virus de Epstein Barr (VEB) (IgM), Brucella (Ac), Rickettsia conorii (IgM e IgG), VIH, Virus de la hepatitis C (Ac) y virus de la hepatitis B (Ag S), todos ellos negativos. Y como resultados positivos en este apartado, IgG para virus de la hepatitis A, VEB y mycoplasma.
- Hemocultivo con resultado negativo.
- Estudio para tuberculosis negativo, tanto ADN de TBC, tinción de ziehl-neelsen como cultivo de micobacterias.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El paciente del presente caso tenía un ambiente familiar y social adecuado, así como una buena higiene y cuidado de su salud, con apoyo y seguimiento longitudinal de su patología actual por su médico de cabecera.

En este contexto de fiebre realizamos un diagnóstico diferencial en fiebre de origen desconocido (FOD), en

concreto, podríamos sospechar entre la FOD clásica y la asociada a VIH dado que cumplía los 3 criterios ambas (fiebre > 38.3, duración de la fiebre de más de 3 semanas y una semana sin diagnóstico a pesar de la realización de pruebas complementarias).

Además, tras la palpación de la adenopatía axilar, también se planteó el diagnóstico diferencial de la misma, pensando en un posible origen inflamatorio, neoplásico o hematológico.

Plan de acción y evolución

Durante el periodo febril, se realizó tratamiento antibiótico con amoxicilina / clavulánico y doxiciclina, en dos ocasiones. Mejoró el granuloma del 5º dedo de la mano derecha pero, persistió la fiebre de forma ocasional y la adenopatía axilar evolucionó, haciéndose más dolorosa a la palpación, dura y adherida a planos profundos, así como evolucionando a un absceso.

Se solicitó una ecografía axilar con hallazgos compatibles con un conglomerado adenopático abscesificado como primera posibilidad.

Dados los hallazgos se realizó interconsulta con cirugía general, que realizó drenaje del absceso, y cultivo de bacterias y hongos de la misma, resultando negativos. Para completar estudio se solicitaron las siguientes pruebas de imagen:

TAC de tórax y abdomen sin contraste: en conclusión a destacar: adenopatía axilar derecha de 22 cm de eje corto. Lesión hipodensa de 16 mm en punta hepática, no catalogable al ser un estudio sin contraste. Esplenomegalia homogénea.

RNM de abdomen con y sin contraste: se realizó para catalogar la lesión hepática y esplenomegalia comentadas en TAC. Concluyéndose la ausencia de anomalías.

Tras los estudios realizados, se realizó de forma programada, por parte del equipo de cirugía general, la exéresis de la adenopatía axilar. Tras la retirada de la misma el paciente comenzó a encontrarse mejor y desapareció el cuadro febril. Se completó el estudio de la adenopatía con la anatomía patológica de la misma concluyéndose el diagnóstico final en linfadenitis granulomatosa necrotizante.

Conclusión

En cualquier contexto de salud una correcta anamnesis y exploración completa es siempre imprescindible pero en el caso del estudio de fiebre de origen desconocido cobra vital importancia no perder de vista ningún detalle. En este caso, el granuloma de la mano pasaba casi desapercibido ya que el propio paciente no le daba mayor importancia pero, al completar la exploración se encontró una adenopatía en la misma axila que fue la clave para la resolución del cuadro. Aun así, el tratamiento empírico con antibioterapia y las pruebas serológicas entran dentro del protocolo habitual de estudio de fiebre de origen desconocido que supera al menos una semana de evolución y por ello se realizó dicho procedimiento. La labor de despistaje del médico de familia fue fundamental para orientar el caso.

Palabras clave

Fever, lymphadenopathy, granuloma.

51.

Fiebre en tiempos de pandemia

Justicia Gómez, Laura
Salazar Bruque, Irene
Moreno Moreno, Rocío Emilia

/MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga
/MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga
/Especialista en MFyC. Tutora. Palma-Palmilla, Málaga

Motivo de consulta

Lesión en calota.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 60 años. Acude a consulta por aparición de "una espinilla" en calota desde hace 20 días que ha ido creciendo progresivamente.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No refiere hábitos tóxicos.
- Hernioplastia inguinal a los 58 años.

A la exploración se observa picadura de garrapata en zona parietal derecha con arácnido incrustado. Adenopatía retroauricular derecha de 1cm de diámetro, no adherida y de consistencia elástica.



Ilustración 2 Parásito incrustado en calota

Se realiza extracción exitosa del parásito con pinzas y tras consultar bibliografía, se pauta quimioprofilaxis con doxiciclina 200 mg dosis única.

A los 5 días el paciente acude de nuevo a la consulta. Refiere aparición de cuadro consistente en fiebre persistente de 38.5º, poliartralgias, cefalea y aparición de una mancha negra en zona de picadura.

Exploración física

- Aceptable estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo.
- Tensión arterial 125/68mmHg, frecuencia cardíaca 95 lpm, saturación O2 99%, temperatura 38.7ºC.
- Cabeza y cuello: Mancha negra en zona de picadura. Adenopatía retroauricular derecha de 1cm de diámetro, no adherida y de consistencia elástica. Cavidad oral sin lesiones y faringe normal.
- Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa.
- Piel y mucosas normocoloreadas y sin hallazgos de interés.



Ilustración 3. Mancha negra característica.

Enfoque familiar y comunitario

Natural de un pueblo español de la cuenca del Mediterráneo. Agricultor de profesión. Convive con su mujer. Tiene dos hijos independizados que en ese momento convivían en la casa familiar a consecuencia del confinamiento domiciliario que se instauró en la primavera de 2020 por la COVID-19. No presentaban ambiente epidémico familiar, aunque la familia mostraba preocupación porque el cuadro clínico tuviera relación con una infección por SARS-Cov-2.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial

Viriasis por Coronavirus SARS-Cov-2; Enfermedad de Lyme.

Plan de acción y evolución

Se instauró tratamiento antibiótico con doxiciclina 100 mg/12 h durante 20 días de acuerdo con bibliografía, así como tratamiento sintomático con paracetamol. Al segundo día de tratamiento el paciente presentó empeoramiento clínico con aumento de la fiebre y malestar general compatible con reacción de Jarish-Herxheimer. En los días posteriores mejoría clínica progresiva con desaparición de la fiebre y ausencia de signos de progresión de la enfermedad.

Conclusión

La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Rickettsia conorii*. Se transmite por la picadura de una garrapata ixódide (garrapata dura), especie *Rhipicephalus sanguineus*, parásito muy común en la zona de la cuenca del Mediterráneo y vector principal de la enfermedad. Reservorios ocasionales pueden ser el perro y otros animales parasitados por la garrapata (liebre y roedores). Normalmente se adhiere a la piel y clava la trompa para succionar sangre de los vasos.

Habitualmente, la enfermedad cursa de forma benigna. Se caracteriza por una lesión inicial (mancha negra) que se puede acompañar de adenopatías satélite, fiebre de varios días a 2 semanas de duración y erupción generalizada maculopapulosa eritematosa. El exantema suele aparecer en el 90% de los casos a los 3-5 días coincidiendo con la exacerbación de la temperatura. En este caso, el paciente no llegó a desarrollar este signo, lo que nos hizo dudar con el diagnóstico de Enfermedad de Lyme. Otros síntomas frecuentes son las artromialgias, cefalea, diarrea, hepatoesplenomegalia o congestión conjuntival bilateral. Sólo un 10% de los pacientes desarrollan complicaciones graves como la miopericarditis o la meningoencefalitis. Su incidencia es mayor en países de la cuenca mediterránea y sobre todo en épocas estivales, donde coincide con el ciclo biológico de su vector. La historia clínica, exploración, longitudinalidad, accesibilidad y el profundo conocimiento del ámbito biopsicosocial del paciente fueron las claves fundamentales de las que dispusimos como médicas de familia para orientar el diagnóstico de este paciente en un ámbito pandémico marcado por la COVID-19.

Palabras clave:

Boutonneuse Fever, *Rhipicephalus sanguineus*, *Rickettsia Infections*.

52.

Fiebre reumática por faringoamigdalitis estreptocócica. A propósito de un caso

López Luque, Mercedes
Hervás Jerez, Julia María

/Especialista en MFyC. Tutora. CS Sector Sur, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Sector Sur, Córdoba

Motivo de consulta

Fiebre de un mes de **evolución**

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Paciente mujer de 25 años con antecedentes de mononucleosis a los 3 años con anemias ferropénicas posteriores en seguimiento por pediatría. Sin tomar hierro desde los 8 años. Desde entonces controles analíticos normales. Antecedentes familiares Madre: E. Graves. Prima materna: LES.

Acude a consulta por fiebre de 38°C desde hace 1 mes (varios episodios anuales, refiere 6-7 episodios al año desde hace 9 años), junto con placas pultáceas en amígdalas y adenopatías laterocervicales dolorosas. Hace una semana comienza con poliartralgias de ambas rodillas, codo derecho, muñeca derecha y cadera izquierda. Conjuntivitis ojo derecho con tobramicina colirio.

FUR: hace 23 días. Relaciona inicio de cuadro clínico una semana antes de la regla. Próxima fecha de menstruación en 4 días.

En un año es la cuarta vez que presenta dicho cuadro clínico en 6 meses:

- La primera vez en febrero (hace 5 meses) iniciando fenoximetilpenicilina 2 comprimidos/24 horas durante 4 días, sin mejoría. Acudió a Urgencias con pruebas complementarias normales iniciando cefidifoteno /12 horas 10 días.
- Segunda vez en marzo no acudió a su MAP ni inició tratamiento.
- Tercera vez en mayo. Comenzó con fenoximetilpenicilina 2 comprimidos /12 horas durante 7 días. Después Amoxicilina- clavulánico /8horas 7 días.
- Acudió a Internista privado en junio indicando levofloxacino/12 horas 6 días + fluconazol /24 horas 100/6 días.
- En Julio mismo cuadro clínico, caso clínico actual con pruebas complementarias alteradas por lo que se deriva a Urgencias.

Exploración física

Estable hemodinámicamente y sin fiebre. Amígdalas hipertróficas con exudado purulento. ACR: normal. ABDOMEN: normal. Se objetivan varias lesiones nodulares dolorosas en cara lateroexterna y laterointerna plantar en ambos pies (3-4 en el derecho, que es el que más tiene, con enrojecimiento cutáneo). Sin datos de artritis en articulaciones de miembros inferiores.

Pruebas complementarias:

- Analítica (atención primaria): Hb 8.6 con previa de 13.2 hace 10 días, proteinograma alterado (elevación alfa, betaglobulinas, ASLO 890). IgG CMV positivo. IgM CMV Negativo. Ac IgG Positivo, IgM Negativo.
- Pruebas complementarias (Urgencias): Radiografía tórax, abdomen, ECG y analítica con hematimetría (Hb 12,2), bioquímica y coagulación con parámetros dentro de los valores normales, excepto PCR 29. PCR coronovarius: Negativo. Sistemático de orina: Negativo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

- Fiebre reumática por faringoamigdalitis estreptocócica
- Artritis reactiva secundaria

Diagnóstico diferencial

- Poliartritis: AIJ, LES, artritis séptica, artritis postinfecciosa, crisis de células falciformes, enfermedad del suero, enfermedad de Lyme, Gota, sarcoidosis.
- Carditis: Endocarditis infecciosa, miocarditis viral, enfermedad de Kawasaki, otras miocardiopatías.
- Nódulos subcutáneos: AIJ, sarcoidosis, xantomatosis.
- Eritema marginado: Enfermedad de Lyme, AIJ, sífilis, tiña, enfermedad del suero, Eritema multiforme, púrpura de Schonlein-Henoch.
- Corea: Enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington Temblor familiar, reacción de ansiedad.

Plan de acción y evolución

Al alta de Urgencias derivada a consultas externas de ORL y Medicina Interna indicando continuar con tratamiento ya prescrito hasta finalizar pauta, añadiendo antiinflamatorios y analgesia para los síntomas.

- Consulta Externa de Medicina Interna: Ecocardiograma Doppler color normal. Analítica con ASLO 830, PCR 35. Indica Penicilina G benzatina 1. 200.000 U. 91 ampolla i.m cada 3 semanas.
- Consulta Externa de Otorrinolaringología: Orofaringe: amígdalas hipertróficas crípticas intravélicas. Al luxarlas: hipertrofia grado II-III. Incluye a la paciente de forma preferente para amigdalectomía izquierda.

Conclusión

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por la presencia de lesiones que afectan al corazón, las articulaciones, el sistema nervioso central, la piel y el tejido celular subcutáneo como secuela de una infección faríngea por estreptococo betahemolítico del grupo A. El sustrato morfológico es una reacción inflamatoria mesenquimatosas desencadenada, en algunos individuos susceptibles, por los componentes celulares y/o los productos extracelulares de distintos tipos de estreptococos del grupo A.

Para el diagnóstico de la fiebre reumática se manejan los criterios de Jones. Se requieren dos criterios mayores, o (como en nuestro caso clínico) uno mayor (nódulos subcutáneos) más dos menores (poliartralgia, fiebre, PCR alta), y la evidencia de infección estreptocócica (ASLO positivos).

- Manifestaciones mayores: Carditis. Poliartritis. Corea. Eritema marginado. Nódulos subcutáneos.
- Manifestaciones menores: Fiebre. Artralgia. FR previa. VSG alta. PCR alta. Leucocitosis. PR alargado.

Desde el punto de vista de Atención Primaria, la aparición de FR debe ser considerada como un fracaso profiláctico, tanto de la prevención primaria como de la prevención secundaria, en el caso de las cardiopatías reumáticas severas. De ahí la importancia de profundizar en los esquemas de erradicación primaria que se utilizan hoy, así como en el tratamiento para evitar las secuelas posteriores. Sin tratamiento correcto la tasa de mortalidad en la fase aguda es del 5%; al cabo de 10 años, el 50% de pacientes han desarrollado cardiopatía y puede llegar al 65-70%; sólo el 30% se recuperan por completo. La mayor parte de las recurrencias se presentan en los primeros 2 años tras el ataque inicial, y son raras después de los 5 años.

Palabras clave

Fiebre reumática, faringoamigdalitis estreptocócica, artritis reactiva

Bibliografía

1. E.M. Ayoub, E.M et al. (2005). Acute rheumatic fever and post-streptococcal reactive arthritis. Textbook of Pediatric Rheumatology, 5: 614-629.
2. Carapetis, J.R. et al. (2005). Acute rheumatic fever. Lancet. 366: 155-168.

53.

Fractura patológica

Cruz Pérez, Alexia
Jiménez Jerez, Carmen

|MIR de MFyC. CS Adoratrices, Huelva
|Especialista en MFyC. Tutora. CS Adoratrices, Huelva

Motivo de consulta:

Mujer de 57 años que acudió a Urgencias por impotencia funcional de miembro inferior izquierdo (MII) y posterior caída en vía pública con contusión en cadera izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Anamnesis

Niega RAMc. Hábitos tóxicos: ex consumidora de THC y alcohol. No factores de riesgo cardiovascular. No antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: Trastorno de ideas delirantes. Intervenciones quirúrgicas: Esplenectomía postraumática. Tratamiento habitual: Lormetazepam, Alprazolam, analgesia eventual con Enantyum.

Enfermedad actual: Acude por dolor e impotencia funcional de MII tras caída.

Había acudido a nuestro centro de salud y urgencias en varias ocasiones por dolor lumbar y de MII de tipo pseudoradicular de 5 meses de **evolución** para lo que estaba en tratamiento con analgesia oral.

Exploración física

Paciente con obesidad que presenta aceptable estado general, consciente y orientada. Normocoloreada y normoperfundida. Eupneica en reposo.

TA: 153/118mmHg. FC: 100lpm. SatO₂: 96%. T_a: 36.9°C.

AC: Rítmico, sin soplos audibles. AR: Aceptable ventilación pulmonar, sin ruidos añadidos. Abdomen: globuloso, ligeramente distendido, blando y depresible, sensible a la palpación difusa. No peritonismo. Dolor e impotencia funcional en MII a nivel del muslo. Deformidad apreciable, acortamiento y rotación externa de MII. exploración vasculonerviosa conservada. Buen estado de partes blandas.



Pruebas complementarias

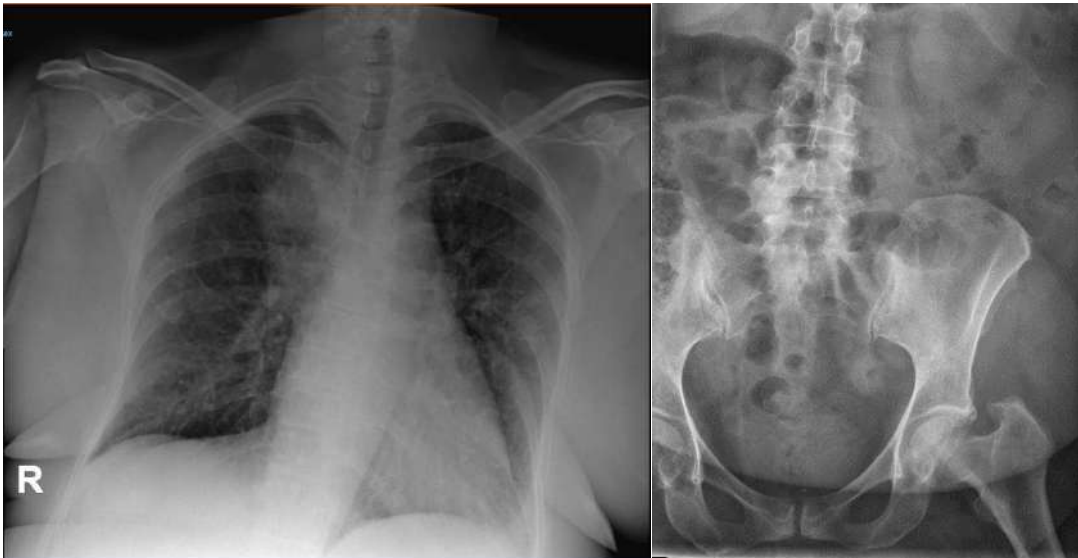
Se realiza radiografía en urgencias en la que se observa fractura diafisaria espiroidea de fémur izquierdo.

Se realizó estudio preoperatorio con hemograma, bioquímica y coagulación sin datos de interés. Radiografías de tórax y columna informadas como dentro de la normalidad.

A continuación, se realizó intervención quirúrgica urgente con reducción abierta de la fractura y osteosíntesis con clavo y se le dio de alta con analgesia oral, indicación de ejercicios y mantener sedestación sin carga del MII durante 3 meses. También se solicitó ayuda domiciliaria por falta de apoyo social y familiar.

A los 3 meses, por persistencia del dolor tanto en reposo como a la movilización, se realizó una RNM de forma privada, en la que se evidenciaron lesiones en columna sospechosas de malignidad, por lo que se solicitó un TAC donde se descubrió una masa sólida pulmonar lobulada de 5cm en LSD, así como múltiples metástasis pulmonares, en tejido celular subcutáneo, y óseas, siendo todas ellas zonas de hipercaptación en gammagrafía ósea posterior. Para finalizar, se realizó BAG que dio el diagnóstico definitivo de adenocarcinoma de pulmón.

Al comprobar radiografías del preoperatorio, ya observamos un aumento de densidad paramediastínica superior derecha con engrosamiento hiliar ipsilateral, múltiples lesiones nodulares en ambos parénquimas pulmonares y opacidad basal del seno costofrénico izquierdo, así como presencia de masa a nivel de L3-L4 en columna vertebral compatible con los hallazgos descritos anteriormente.



Enfoque familiar y comunitario:

Paciente altamente compleja por insuficiencia de soporte familiar y cuidadores.

Situación basal y socio familiar: Divorciada. Tiene dos hijos y dos hermanos. Convive con uno de sus hijos, pero según refiere la paciente éste “vive su vida”.

Testigo de Jehová, por lo que rechazó tratamiento con QT o RT.

Tras fractura, encamada y precisando ayuda para las ABVD.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Lumbalgia y dolor en cadera izquierda.
- Fractura diafisaria espiroidea de fémur izquierdo.
- Fractura patológica de fémur por metástasis de carcinoma primario.
- Adenocarcinoma de pulmón (LSD) estadio IV con metástasis ganglionares (conglomerado adenopático hiliar derecho, paratraqueales bilaterales, ventana aortopulmonar), pulmonares bilaterales, óseas múltiples (cabeza de fémur derecho, fémur izquierdo, 3ª-11ª costillas derechas, articulación esternoclavicular derecha, algunas uniones costovertebrales, vertebrales D10-L2, L3 (con masa de partes blandas que invade canal espinal), L4, sacro, acetábulos, tercio proximal tibia izquierda, tibia derecha) y subcutáneas.

Plan de acción y evolución

La paciente posee toda la información sobre su enfermedad y nos informa de que desea disponer en el futuro de toda la información sobre su proceso.

Ha sido derivada a Cuidados Paliativos, donde se priorizarán las medidas de confort y control sintomático, adecuando el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en función de la **evolución** clínica.

Se le dan instrucciones sobre analgesia, así como del uso de analgesia de rescate.

Conclusión

La importancia de síntomas que, a priori, pueden parecer banales como una lumbalgia, pueden enmascarar una enfermedad de base como, en este caso, un carcinoma metastásico, que pueden pasar desapercibidos, en especial en pacientes con patología psiquiátrica.

En nuestra paciente, pese a que habríamos podido llegar al diagnóstico con mayor antelación, éste se vio comprometido por el atraso en la atención clínica que a su vez se vio empeorado por la situación actual de pandemia. No obstante, su pronóstico no habría cambiado al rechazar ésta tratamientos agresivos por sus creencias religiosas.

Ante fractura de huesos largos, como en este caso, siempre que no haya un desencadenante claro, como podría ser un accidente de tráfico o un traumatismo grave, hay que descartar la existencia de fractura patológica y realizar las pruebas correspondientes para descartar etiología tumoral o de otra índole como podría ser la osteoporótica. Debemos tener en cuenta que en más del 85% de los casos la evaluación radiográfica junto a la clínica es suficiente para determinar que la fractura se ha producido en un foco tumoral. Los tumores primarios que con mayor frecuencia son responsables de la enfermedad ósea metastásica son los de mama, pulmón, riñón, próstata y tiroides. Sin embargo, el aumento de la supervivencia proporcionado por los nuevos tratamientos se traduce en un incremento de la frecuencia de las metástasis óseas de otros cánceres.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de carcinomas pulmonares se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad, y la sintomatología puede deberse tanto al propio tumor como a su diseminación metastásica. El 30% de los pacientes presenta síntomas de diseminación metastásica en el momento del diagnóstico debido a la gran vascularización pulmonar, siendo las localizaciones más frecuentes el SNC, huesos, glándulas suprarrenales, hígado, pleura y pulmón. Las metástasis óseas suelen afectar a huesos del esqueleto axial, como columna, costillas, pelvis y fémur, y debemos sospecharlas ante dolor localizado con aumento de la fosfatasa alcalina o hipercalcemia.

Bibliografía

- Rozman C, Cardellach F. Farreras Rozman Medicina Interna. 18.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 733-45
- Anract P, Biau D, Boudou-Rouquette P. Metastatic fractures of long limb bones. Vol. 103, Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research. Elsevier Masson SAS; 2017. p. S41-51
- Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna. 19.ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2016. p. 506-23

54.

Granuloma de Majocchi, ¿de qué se trata?

Dantas Cayuela, Paula
 Vaquero Onrubia, Pilar
 Rodríguez García, Macarena

/MIR de MFyC. CS Arahal, Sevilla
/MIR de MFyC. CS Arahal, Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Arahal, Sevilla

Motivo de consulta

Prurito en zona inguinal de una semana de **evolución**.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 43 años con los siguientes antecedentes personales:

No RAMC, fumador de 1 paquete al día, no HTA, no DM, no DLP, no intervenciones quirúrgicas.

Acude a consulta de Atención Primaria por la aparición de lesiones papuloeritematosas y pruriginosas en la zona inguinal de una semana de **evolución**. No ha presentado fiebre en ningún momento. Niega relaciones sexuales de riesgo. Refiere depilarse la zona con cuchilla habitualmente. No ha utilizado nuevos productos para el cuidado de la piel de los ya usados habitualmente. No habita con animales. No antecedentes de picaduras. Sus convivientes no presentan lesiones similares.

A la exploración destacan pápulas de base eritematosa en ambos pliegues inguinales, donde, además, se palpan nódulos subcutáneos no doloroso, de consistencia media. No se palpan adenopatías inguinales. El resto de la exploración es normal. El cuadro impresiona de foliculitis posiblemente bacteriana, por lo que se pauta mupirocina tópica y antihistamínico por vía oral para el control del prurito. Se cita de nuevo al paciente en consulta para valorar **evolución** del cuadro.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente varón independiente para las actividades básicas de la vida diaria y para las actividades instrumentales. Vida sexual activa. Nivel socio-cultural bajo.

Diagnóstico diferencial: Foliculitis, condilomas, granuloma de Majocchi, enfermedades de transmisión sexual, eritema nodoso, micosis granulomatosas

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Granuloma de Majocchi

Plan de acción y evolución

A la semana el paciente presenta un evidente empeoramiento. Las lesiones se han extendido hacia la zona del pubis y no ha mejorado el prurito, por lo que se inicia tratamiento oral con cloxacilina.

A las 3 semanas el paciente continúa sin mejoría. Ahora se observan dos placas eritematovioláceas en ambos pliegues inguinales donde se palpan nódulos subcutáneos eritematosos diseminados de pequeño tamaño. No se palpan adenopatías locorreionales y el resto de la exploración es normal. Se toma muestra para cultivo de hongos y bacterias, se deriva para valoración por Dermatología y se ajusta de nuevo el tratamiento:

- Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido en almuerzo durante 10 días.
- Clinwas gel por las mañanas.
- Ketoconazol gel, aplicación por la noche.
- Cetirizina 10 mg, 1 comprimido por la noche si prurito.

En la consulta de Dermatología valoran al paciente de nuevo evidenciando mejoría clínica tras último tratamiento. Finalmente se obtiene cultivo positivo para *Trichophyton rubrum*, por lo que estamos ante un Granuloma de Majocchi, por lo que se pauta tratamiento con terbinafina 250 mg, por vía oral.

Conclusión

El granuloma de Majocchi es una entidad poco frecuente. Se trata de una dermatofitosis superficial que profundiza a dermis y suele afectar al folículo piloso, cuyo agente causal más frecuente es el *Trichophyton rubrum*. Suele afectar con más frecuencia a mujeres de edad media con antecedentes de traumatismo físico en la zona (uso de cuchilla para la depilación), por lo que la localización más frecuente es en miembros inferiores. Se diagnostica mediante biopsia o cultivo microbiológico. El tratamiento se realiza con terbinafina vía oral a dosis de 250-500 mg al día.

La patología dermatológica es un motivo habitual de consulta en Atención Primaria, por lo que es muy importante conocer la existencia de este cuadro, sobre todo ante foliculitis que no respondan al tratamiento habitual, y en caso de antecedentes de personales de tiña pedis y/o ungiun que han sufrido un traumatismo físico en la zona.

Bibliografía

Revista Sermergen. Granuloma de Majocchi. A propósito de un caso en atención primaria

<https://www.consultant360.com/articles/tinea-incognito-majocchi-granuloma-masquerading-psoriasis>

C. Echevarría, P. Navarro. Infección atípica por *Trichophyton rubrum* en un paciente inmunocomprometido. *Folia Dermatol*, 9 (1998), pp. 40-42.

55.

¿Hacemos correctamente lo correcto? A propósito de un caso clínico de una embarazada en Atención Primaria

Rodríguez Masegosa, Tamara
Anarte Abad, Manuel
Panero Hidalgo, Pablo

/MIR de MFyC. CS D. Baldomero Villanueva, Granada
/MIR de MFyC. CS D. Baldomero Villanueva, Granada
/Especialista en MFyC. Tutor. CS D. Baldomero Villanueva, Granada

Motivo de consulta

Primigesta de 20 años de edad, que en el primer control del embarazo detectamos en la analítica que su grupo sanguíneo es O negativo, pero antígeno Du positivo.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Hematimetría, bioquímica general, inmunodiagnóstico infeccioso, cultivo de orina, diagnóstico prenatal e inmunohematología. Esta última muestra que la paciente pertenece al grupo sanguíneo (ABO) O y antígeno Rh d (negativo), antígeno Rh Du positivo. El test de Coombs indirecto es negativo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

Gestante O negativo con riesgo de eritroblastosis fetal por incompatibilidad Rh materno-fetal debido a la presencia de antígeno Du de significado incierto.

Diagnóstico diferencial

Considerar a estas pacientes como pertenecientes a grupo Rh d (negativo) y administrar gammaglobulina anti-D profiláctica en la semana 28 del embarazo vs considerarlas pacientes pertenecientes al grupo Rh D (positivo), haciendo innecesaria la administración de la gammaglobulina. Resultados. Tras realizar tipaje para antígeno Du, se considera a la paciente como Rh D (positivo) desde el punto de vista obstétrico, por lo que no sería necesaria la administración de gammaglobulina anti-D profiláctica.

Conclusión

Se debe valorar en toda embarazada considerada Rh d (negativo) la presencia del antígeno Du y evitar así yatrogenia derivada de la administración innecesaria de gammaglobulina anti-D en la semana 28 y final del embarazo. Es fundamental que el médico de familia esté actualizado y conozca estas circunstancias para hacer correctamente lo correcto en la toma de decisiones en embarazadas.

Palabras clave

Embarazo, eritroblastosis, antígeno D

Introducción (justificación):

En 1928 fue aceptada la nomenclatura que dio nombre a lo que hoy conocemos como sistema ABO por la Liga de las Naciones, de la mano de Jansky. Este sistema hace referencia a los diferentes grupos sanguíneos existentes en función de los antígenos de membrana que expresan los eritrocitos, a saber: antígeno A, grupo A; antígeno B, grupo B; antígenos A y B, grupo AB; y aquellos que no expresan antígeno alguno, grupo O. Estos antígenos además se encuentran presentes en la mayoría de tejidos y líquidos presentes en nuestro organismo.

Por otra parte, existen antígenos que forman parte únicamente de la membrana de los glóbulos rojos, siendo uno de los más importantes el antígeno Rho (D) perteneciente al denominado sistema Rh. Este antígeno presenta una forma dominante (D) y otra recesiva (d); se hereda una copia paterna y otra materna. La existencia de un gen dominante (Dd, dD, DD) codifica al individuo como Rh (D) positivo y presentará el antígeno Rho en la membrana de sus células; mientras que se necesitan dos copias recesivas (dd) para ser tipificado como Rh (d) negativo, dando como resultado la ausencia de expresión celular del mismo. La importancia de esto radica en que aquellos individuos Rh -, al contacto con sangre Rh +, desarrollarán anticuerpos anti- Rh, considerados como extraños.

Existen variantes del sistema Rh, al igual que existen en el sistema ABO (A1, A2...). El antígeno Du es una variante del antígeno D que es débilmente antigénico, de manera que no se detecta en pruebas de Coombs indirecto, resultando clasificados los pacientes que lo poseen como Rh negativos.

La eritroblastosis fetal es una enfermedad debida a incompatibilidad sanguínea materno – fetal como consecuencia del sistema Rh, si bien las complicaciones han descendido como consecuencia de la detección precoz de esta posibilidad y la administración de profilaxis. La presencia de un antígeno Du induce plantearse la duda si considerar o no la administración de gammaglobulina anti-D (300 µgr) en la semana 28 como recomienda el proceso asistencial en Andalucía para prevenir la isoimmunización. De esta forma, ante un paciente con Rh negativo (d), la omisión de su determinación puede llevarnos a tomar actitudes no adecuadas y correr riesgos tanto para la madre como para su hijo. Por tanto, pretendemos con este trabajo dar a conocer qué debemos hacer ante una gestante Rh (d) negativo y la importancia de la determinación del antígeno Du.

Caso clínico

Acude a consulta de Atención Primaria una primigesta de 20 años para control rutinario de gestación. Como queda establecido en el proceso asistencial del embarazo, en el primer trimestre de una embarazada se realiza exploración física, recogida de datos en libro de embarazada, se le entrega hoja de ruta del embarazo y se solicita una analítica consistente en: hematimetría, bioquímica general, inmunodiagnóstico infeccioso, cultivo de orina, diagnóstico prenatal e inmunohematología. Entre las recomendaciones del proceso asistencial figura, concretamente, la realización de screening de malformaciones y grupo sanguíneo para descartar riesgos de malformaciones o incompatibilidad Rh materno - fetal.

En dicha analítica se observa que el grupo de la paciente es O -, y nos refiere que el grupo sanguíneo de su marido es O +. Ante la posibilidad de una incompatibilidad sanguínea materno-fetal, con la consecuente eritroblastosis fetal, se decide contactar con el servicio de Hematología del hospital, quien nos informa que en toda embarazada con Rh negativo debe figurar el antígeno Du y que, dado que en este caso no se reflejaba, recomendaba enviar una muestra de sangre al centro regional de transfusiones sanguíneas. El resultado que nos devuelven a consulta de AP es que nuestra paciente es O negativa, Du positiva.

Resultados

Se contacta con hematología telefónicamente y se acuerda remitir una nueva muestra de sangre al centro regional de transfusiones sanguíneas para tipaje de antígeno Du, que resulta positivo.

La existencia de este antígeno y dado que, aunque de manera débil induce la producción de anticuerpos anti-D, nos debe hacer considerar a la gestante como genéticamente Rh (D) positiva. Una madre con Du positivo no requiere profilaxis con gammaglobulina anti-D; en el caso de que su hijo fuera Du positivo si podría sufrir eritroblastosis fetal si su madre presentara anticuerpos anti-D por sensibilización previa, ya que reconocería como extraños los antígenos Du de su hijo, aun siendo estos débiles antigénicamente.

En el presente caso, tanto la administración de gammaglobulina anti-D profiláctica en la semana 28 de gestación y final del embarazo como la realización del Coombs indirecto a la madre fueron innecesarias, pero si se recomendó un nuevo control con tipaje en las semanas 18 – 20.

Conclusión

Con este caso clínico se pretende poner énfasis en la necesidad de determinar el antígeno Du en gestantes con Rh negativo y cómo actuar adecuadamente en los cuidados y seguimiento durante el embarazo en Atención Primaria, además de la importancia de una buena comunicación entre el servicio de Atención Primaria y Atención Hospitalaria para coordinar actuaciones, evitar errores y riesgos innecesarios y no malgastar recursos. A la paciente se le pide consentimiento informado, autorizando a la publicación del caso.

Bibliografía

Avila Gamboa, C; Villacreses Guillem, J; Ramos Castro, L. Factor Rh d/Du positivo: diagnóstico, consideraciones y manejo en el embarazo. Medicina. 2000. Vol 6(3): 227-230
 McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD000020. DOI: 10.1002/14651858.CD000020.pub3

56.

Hiperpigmentación cutánea. ¿Tomé demasiado el sol?

Vaquero Onrubia, Pilar
 Dantas Cayuela, Paula
 Carmona Saucedo, Carmen

/MIR de MFyC. CS Arahal, Sevilla
/MIR de MFyC. CS Arahal, Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Arahal, Sevilla

Paciente de 50 años que consulta en Atención Primaria por hiperpigmentación cutánea en áreas fotoexpuestas, de 5 meses de **evolución** tras iniciar tratamiento con Hidroxicloquina debido al diagnóstico de Síndrome de Sjögren primario. No lesiones en mucosas, no prurito. No presentaba otros síntomas ni hallazgos en la exploración física. Se realizó analítica de rutina con valores dentro de la normalidad. Se analizaron pruebas complementarias recientemente realizadas (ecocardiografía, TAC abdomen y tórax) sin hallazgos. Dermatoscopia sin patología. Decidimos suspender el tratamiento con Hidroxicloroquina, con mejoría de la hiperpigmentación tras 3 meses sin dicho tratamiento. Es importante para el médico de familia tener en cuenta este cuadro en los pacientes que inician tratamiento con nuevos fármacos, manejar los efectos adversos más frecuentes, e incluirlo en el amplio diagnóstico diferencial.

Motivo de consulta

Hiperpigmentación cutánea en áreas fotoexpuestas en paciente con Síndrome de Sjögren primario que comienza tratamiento con hidroxycloquina hace 5 meses. El caso clínico se desarrolla en el ámbito de la Atención Primaria y posteriormente en Atención Especializada donde realiza seguimiento dicho paciente. La atención al paciente sucede en la etapa de desescalada de la pandemia SARS-COVID 19.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Antecedentes personales: No reacciones adversas a medicamentos. Ex fumador. Diabético tipo 2, hipertenso, dislipémico y obeso. Síndrome de Sjögren primario en seguimiento por Reumatología (xerostomía, mialgias, antiRO+, ANA 1/160, test Schirmer +). Esteatosis hepática. Síndrome de apnea del sueño. Discartrosis cervical C3-7.

Situación basal: Independiente para actividades básicas de vida diaria. Profesión: jardinero

Tratamiento habitual: Hidroxycloquina 200 mg 1 comprimido cada 12 h, Pilocarpina 5 mg 1 comprimido cada 12 h, Metformina 850 mg 1 comprimido cada 8 h, Enalapril 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg 1 comprimido al día, Omeprazol 20 mg 1 comprimido al día, Budesonida/Formoterol inhalado 1 vez al día, Calcifediol 266 mg cada 15 días, Pitavastatina 1 mg 1 comprimido al día.

Paciente de 50 años que acude a la consulta de Atención Primaria refiriendo hiperpigmentación cutánea en áreas fotoexpuestas (cuello, cara, miembros superiores e inferiores), sin afectar a mucosa oral, de 5 meses de **evolución**. Trabaja de jardinero. No asocia eccemas ni lesiones por rascado. No placas alopecicas ni atrofia cutánea. No prurito. Refería exposición solar escasa en horario de trabajo, y estar protegido con la ropa. Debemos considerar que el paciente inició el tratamiento casi el comienzo del confinamiento por pandemia COVID 19, por lo que la exposición solar fue escasa. Si fue mayor en la etapa de desescalada. Debido a la situación de confinamiento domiciliario por la pandemia SARS-COVID 19, no se ha atrevido a consultar antes. Afebril, no síntomas respiratorios, no disnea, no dolor torácico, no astenia, no síntomas gastrointestinales, niega artralgias. Niega contactos con animales. El paciente fue diagnosticado hace 5 meses de un Síndrome de Sjögren primario y está en tratamiento con Hidroxycloquina y Pilocarpina (esos son los últimos cambios de su tratamiento).

Exploración

Estabilidad hemodinámica TA 130/80, FC 65 lpm, afebril. Consciente, orientado en tiempo y espacio y colaborador. Eupneico en reposo. Sin hallazgos en auscultación cardíaca ni exploración abdominal. No edemas en miembros inferiores. No sinovitis ni mialgias.

Hiperpigmentación cutánea marrón-grisácea en áreas fotoexpuestas (ambos miembros superiores e inferiores, cuello, facial), respetando la mucosa oral. No eccemas ni lesiones de rascado. No placas de alopecia. No impresiona de quemadura solar.

A la dermatoscopia no se aprecia eritema, ni erosiones, ni lesiones sugestivas de malignidad. Se aprecia pigmentación cutánea en las zonas fotoexpuestas, sin afectación de folículos pilosos ni lecho ungueal.



(V)



Pruebas complementarias

Realizamos una analítica de sangre de rutina en Atención Primaria: Leucocitos 6.110, hemoglobina 12, plaquetas 237.000. Coagulación normal. Glucosa 153, urea 51, creatinina 1,2, ácido úrico 7,4, iones normales, no elevación de reactantes de fase aguda (PCR 6, VSG normal). Complemento sin alteraciones. Inmunoglobulinas y proteinograma normal. PTH normal, vitamina D 160, HbA1c 7,7. Orina normal. Pruebas recientes: ecocardiografía normal con FEVI preservada. TAC tórax y abdomen de revisiones previas sin hallazgos de interés. Serología reciente negativa.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hiperpigmentación secundaria a Hidroxicloquina

Diagnóstico diferencial

- a) Metabólicas: porfiria cutánea tarda, hemocromatosis, pelagra, enfermedad de Whipple
- b) Neoplasias: neoplasia pulmonar (síndrome paraneoplásico), melanoma metastásico
- c) Procesos autoinmunes: cirrosis biliar, esclerodermia
- d) Fármacos, metales: Fármacos más frecuentes (benzoína, peróxido de benzoilo, anticonceptivos orales, antidepresivos tricíclicos, tetraciclinas, ácido nalidíxico, clorpromacina, amiodarona, trimetropina, quimioterápicos...) Agentes químicos (perfumes, derivados del alquitrán, plantas...). Metales pesados
- e) Endocrinopatías: enfermedad de Addison, síndrome de Nelson, síndrome de ACTH ectópica.
- f) Dermatológicas: melasma, dermatitis de contacto, hiperpigmentación postinflamatoria, acantosis nigricans, dermatitis cenicienta, amiloidosis cutánea

En primer lugar, hay que descartar causas farmacológicas y químicas, y en segundo lugar las sistémicas. En nuestro caso, la hiperpigmentación mejoró tras la retirada de la hidroxycloquina, por lo que no fue preciso ampliar el estudio.

Plan de acción y evolución

Se decidió suspender la Hidroxicloroquina, de acuerdo con Reumatología, y se pautó Azatioprina 50 mg cada 12 h para el manejo del Síndrome de Sjögren.

A los 3 meses de revisión del paciente tras la suspensión del fármaco, la hiperpigmentación había disminuido. Mantenía buena tolerancia a Azatioprina sin efectos adversos. Además controlaba bien la sintomatología del Síndrome de Sjögren. Se supuso que la causa de la hiperpigmentación fue farmacológica al ceder la misma tras suspender el fármaco, no siendo preciso ampliar el estudio.

Conclusión

La hidroxicloroquina es un medicamento que puede producir hiperpigmentación cutánea. Dicha manifestación suele aparecer unos 3 meses posteriores al comienzo del tratamiento, y disminuye con la suspensión del fármaco.

Debemos tener en cuenta que la hidroxicloroquina fue empleada como tratamiento de la infección por el SARS-COV 2 en un primer tiempo, aunque posteriormente se demostró que no tenía mucha efectividad. Debemos tener en cuenta este efecto secundario de la hiperpigmentación en pacientes que la hayan tomado como tratamiento por la infección del coronavirus. Como médicos de Atención Primaria debemos estar al tanto de alertas medicamentosas y efectos adversos de fármacos frecuentes, e incluso de aquellos que se propusieran como posible tratamiento durante la pandemia COVID 19.

(∇) Imágenes autorizadas explícitamente por el paciente, de acuerdo a las normas vigentes de protección de datos.

57.**HTA secundaria en paciente joven**

Luis Moreno, Cristina
 Carrero Morera, María
 Pardo Álvarez, Jesús

|MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
 |MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
 |Especialista en MFyC. Tutor. CS El Torrejón, Huelva

Motivo de consulta

Tensión arterial alta

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Mujer de 31 años. No RAMC. Sin antecedentes personales de interés ni factores de riesgo cardiovascular. Niega hábitos tóxicos. En tratamiento actual con ACHO desde hace varios años. Acude por cifras elevadas de TA (media de 150-140/95) de una semana de evolución acompañadas de cefalea frontal opresiva sin fiebre ni signos de alarma. Nunca había presentado cifras elevadas de TA con anterioridad.

Exploración física

- Presenta buen estado general, normoperfundida, bien hidratada y eupneica.
- Pulsos simétricos en ambos brazos y carótidas, sin thrill.
- ACP: murmullo vesicular conservado. Corazón rítmico sin soplos ni ruidos patológicos.
- Exploración neurológica: orientada en las tres esferas. PINLA y MOEC conservados, pares craneales íntegros. Balance muscular 5/5 en todas las extremidades, con sensibilidad y artrocinética conservadas. No presenta claudicación, alteración de la marcha, ni dismetrías.
- Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Sin soplos.

Pruebas complementarias:

- TA: 150/90
- Analítica reciente anodina, salvo cifras de colesterol total en 222.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su pareja, estable, desde hace varios años. Sin hijos. Trabaja como odontóloga y realiza actividades de formación. Bien integrada en la comunidad.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospechamos HTA secundaria, dadas la edad de la paciente y la forma de debut.

Plan de acción y evolución

Retiramos ACHO. Solicitamos ecografía abdominal con Doppler de arterias renales junto con analítica con cortisol en sangre y orina, deshidroepiandrosterona, función renal, perfil abdominal y estudio de colesterol, así como urianálisis con estudio bioquímico. Pautamos enalapril 5 mg 1 comp/24 h y recomendamos llevar un control tensional para valorar la evolución de la misma.

Evolución

Presenta cifras estables, con buen control tensional (medias de 120/70). Realizamos ECG, encontrándose en ritmo sinusal con eje a 60º, a 50 lpm. Intervalos PR constantes, QRS estrechos. Sin alteraciones agudas de la repolarización ni patrones de sobrecarga. La analítica solicitada no presenta alteraciones, salvo hipercolesterolemia a expensas de HDL y tirotrópina en el límite superior, con tiroxina en rango.

En la ecografía se identifica un registro en parvus et tardus en riñón derecho y registros picosistólicos en la arteria renal derecha superiores a 200 cm/s, sugiriendo estenosis en dicho lugar, con lo que se solicitó ampliar el estudio mediante angioTC de arterias renales.

A la espera del angioTC realizamos un seguimiento a la paciente, que se encuentra con cifras tensionales de nuevo elevadas con media de 150/90 y sensación de opresión torácica, por lo que aumentamos la dosis de enalapril a 15 mg al día en pauta de 10-0-5 y recomendamos reposo relativo.

Posteriormente, el angioTC reveló estenosis focal anular grave en la arteria renal derecha mayor del 70% de su calibre localizada en el tercio medio así como cardiomegalia biventricular y estenosis de la primera porción del tronco celiaco mayor del 70% secundaria al síndrome del ligamento arcuato. A la luz de estos resultados se derivó a Nefrología para valorar la posibilidad de intervencionismo, así como a Digestivo para estudiar el síndrome que presenta.

En consultas sucesivas, presenta medias tensionales de 150/90, con picos de hasta 160/100 que se acompañan de opresión torácica, con lo que aumentamos la dosis de enalapril a 20 mg en pauta 10-0-10, consiguiendo controles tensionales de 130/85.

Actualmente ha sido valorada por Nefrología, quien cambió el tratamiento a amlodipino 5 mg cada 12 horas (a aumentar según cifras de TA) junto con doxazosina 10 mg diarios y solicita un control analítico y una arteriografía para la implantación del stent en las semanas próximas. Digestivo, sin embargo, decide esperar a la intervención nefrológica para considerar el tratamiento por su parte. Dado el diagnóstico de la paciente de displasia fibromuscular, estaremos realizando estudio de la circulación cerebral y del territorio carotídeo.

Conclusión

La HTA secundaria es una patología poco frecuente en la población general, pero puede sospecharse si en el paciente confluyen varios factores como edad menor a 30 años o mayor de 60; cifras de TA elevadas en personas previamente normotensas o con HTA esencial bien controlada previamente o toma de fármacos que inducen HTA como factores mayoritarios.

Para el diagnóstico de HTA se tomará la tensión en consulta y se confirmará con controles llevados a cabo por el paciente de forma domiciliar y, ante la sospecha de secundarismo, realizaremos diferentes pruebas en relación a nuestra orientación diagnóstica.

Una de las causas más frecuentes de secundarismo son las enfermedades renovasculares, donde se engloba la displasia fibromuscular (DFM) que a su vez es una causa minoritaria que se da en el 0,4-1% de la población en el caso de HTA leve y en el 35% de los que presentan HTA grave y aterosclerosis, en ambos casos mayoritariamente en mujeres (relación 4:1). Su diagnóstico suele realizarse en el contexto del estudio de la HTA ya que es la manifestación clínica más frecuente y su forma de presentación.

El método diagnóstico de certeza es la arteriografía, aunque por ser invasiva se reserva para el intervencionismo, con lo que podremos diagnosticarla mediante angio TC y ecografía Doppler, que permite también predecir la respuesta a la revascularización.

En cuanto al tratamiento, es el esquema general recomendado para la HTA o bloqueos del SRAA en los casos en los que se asocia a atromatosis. En cualquier caso, en estenosis >60%, la angioplastia transluminal es el tratamiento de elección, reservando la colocación de stent para casos de reestenosis.

Bibliografía:

Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse | Nefrología [Internet]. [citado 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-hipertension-arterialsecundaria-cuando-como-articulo-X1888970015445537>

Contreras M, Lagomarsino G, Tabernero M, Romanelli A, Herrera S, Antúnez S, et al. Hipertensión arterial secundaria a displasia fibromuscular de la arteria renal. A propósito de un caso. Arch Pediatr Urug. 2013;84(4):270-4.

Clinical manifestations and diagnosis of fibromuscular dysplasia - UpToDate [Internet]. [citado 11 de febrero de 2021]. Disponible en: https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/clinicalmanifestations-and-diagnosis-of-fibromuscular-dysplasia?search=displasia-fibromuscular&source=search_result&selectedTitle=1~48&usage_type=default&display_rank=1

Establishing the diagnosis of renovascular hypertension - UpToDate [Internet]. [citado 11 de febrero de 2021]. Disponible en:

https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/establishing-the-diagnosis-of-renovascular-hypertension?search=displasiafibromuscular&source=search_result&selectedTitle=3~48&usage_type=default&display_rank=3

58.

Importancia del abordaje inicial y seguimiento del paciente psiquiátrico en Atención Primaria

Gámiz Gámiz, M^a Luisa
 Ramírez Sánchez, Sara
 Menéndez Sagrado, Paulina

/MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Fuensanta, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Fuensanta, Córdoba

Paciente varón de 22 años, estudiante de Filología (cuarto curso). Noviazgo desde hace 5 años. Residente en Córdoba con su pareja. Padres sanos. Buen apoyo familiar.

Motivo de consulta

Paciente varón de 22 años que acude traído por su hermana por cuadro de dos semanas de **evolución** de conductas inadecuadas, rechazo de las indicaciones de los padres, compañías de riesgo, despreocupación por las consecuencias de sus decisiones. Ruptura de la relación con su novia acusándola de infidelidad, consumo de cannabis y de alcohol con ira reactiva al consumo. Molestias cervicales con movimientos anómalos de inicio reciente y sensación de rigidez, así como movimientos involuntarios de la lengua.

Antecedentes familiares (AF): Depresión materna, con episodios de alteración conductual no filiados. Suicidio en abuelo paterno.

Antecedentes personales de salud (APS): Asma estacional. Sobrepeso.

Antecedentes personales psiquiátricos (APP). Trastorno Bipolar tipo I:

- Dos episodios depresivos en 2019 y julio 2020, previos al diagnóstico de trastorno bipolar, que fueron tratados con citalopram y clonazepam.
- Primer ingreso por manía moderada en septiembre 2020.

Hábitos tóxicos (HT). Consumo diario de cannabis. No fumador de tabaco. Bebedor ocasional.

Tratamiento actual

- Litio
- Haloperidol 4 mg/24 h (iniciado por sospecha de incumplimiento terapéutico)

Exploración física

Consciente, orientando, colaborador, efusivo. Eupneico en reposo. Constantes vitales normales.

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

Rigidez cervical con movimientos leves de torsión involuntaria del cuello.

Fasciculaciones en lengua que provocan disartria de carácter casi imperceptible.

Exploración psicopatológica

Acude a consulta andando, acompañado por su hermana. Consciente, orientado y colaborador. Aseado, vestimenta informal. No alteraciones en la memoria. Distraibilidad. Actividad aumentada 2/4, con inadecuación conductual moderada. Lenguaje normal en tono y aumentado en tasa, centrado en promesas de autocontrol, así como en la ruptura con su pareja por iniciativa propia. Hiperlalia moderada, presión del habla, hiperargumentativo. Autoestima aumentada. Ánimo elevado expansivo. Afecto festivo, expresión excesiva, con sollozos al ser contrariado. Taquipsiquia. Celotipia hacia su pareja sin justificación objetivada. Niega compras compulsivas. No delirios, no alteraciones de la sensopercepción. Disminución de la necesidad de dormir. Deseo sexual aumentado. Insight 2/4.

Pruebas complementarias

-Se revisa analítica del mes previo, con TSH normal.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Episodio maníaco moderado
- Distonía aguda secundaria a tratamiento con haloperidol
- Intoxicación por cannabis

Plan de acción

Se deriva a Hospital de referencia, donde se decide ingreso en Unidad de Agudos.

Durante su ingreso analítica con función hepática, renal y TSH normales. Resto de bioquímica y hemograma normales. Litemia por debajo de rango terapéutico (por posible incumplimiento domiciliario).

Se sustituye tratamiento con litio y haloperidol por tratamiento con Olanzapina.

Alta domiciliaria tras 15 días de ingreso. Al alta, remisión clínica subtotal, con persistencia de síntomas maníacos leves.

Tratamiento al alta:

- Olanzapina 5 mg 0-0-2.
- Se consensua convalecencia con sus padres para inicio y control de tratamiento en casa
- Evitar consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otros tóxicos.
- Reiniciar estudios gradualmente. Horarios regulares.

Evolución

Se cita al paciente en consulta, que presenta mejoría en hábitos, habiendo retomado sus estudios y acatando normas adecuadamente. Ganancia ponderal de 86 a 100Kg en dos meses achacable a tratamiento con Olanzapina

En analítica de control glucemias superiores a 126mg/dl, por lo que se indica control de peso semanal, dieta hipocalórica y actividad física acorde con su edad y situación.

Pasados 3 meses del inicio de las indicaciones, no se evidencia pérdida de peso ni descenso de glucemias, por lo que se inicia tratamiento con metformina.

Conclusión

Con el presente caso pretendemos evidenciar la importancia de la atención primaria en el seguimiento de pacientes con patología crónica como es el grueso de la patología psiquiátrica; así como la interacción por parte del médico de familia con el entorno del paciente.

Asimismo, señalar la relevancia de la adherencia terapéutica y la supervisión por parte de los familiares cuando existe riesgo de incumplimiento.

Por último, pretendemos ofrecer un ejemplo claro de cómo debemos estudiar el arsenal terapéutico disponible para, en caso de aparecer efectos secundarios, valorar el riesgo-beneficio del tratamiento y decidir sustituir la medicación (ej.: haloperidol y litio por olanzapina) o por contra, tratar las complicaciones que puedan acaecer (ej.: tratamiento con Metformina por DM2 secundaria a obesidad por tratamiento con Olanzapina).

59.

Intenso dolor abdominal que acaba en endoprótesis aórtica

Cruz Molina, Carmen Laura
 Martín Brioso, Ester
 Delgado Moya, Marta

/MIR de MFyC. Hospital de Riotinto, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutora. Hospital de Riotinto, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutora. Hospital de Riotinto, Huelva

Motivo de consulta

Dolor abdominal, vómitos y malestar general

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Paciente varón de 67 años. Antecedentes Personales:

- No RAMC.
- FRCV: HTA, DM tipo 2, Dislipemia (sin tratamiento actualmente)
- Hábitos tóxicos: Fumador 50 paquetes/año. Bebedor en situaciones sociales.
- Cardiopatía hipertensiva, Poliglobulia secundaria, Litiasis renal que precisó litotricia.

Enfermedad Actual: Consulta por cuarta vez en 10 días por dolor abdominal. En sus dos primeras visitas a urgencias, en días consecutivos, el cuadro se caracterizaba por dolor abdominal difuso, que tras analítica y Rx abdomen se diagnosticó y trató como estreñimiento (de 4 días de evolución). En la tercera ocasión las características del dolor cambiaron, haciéndose su localización más definida en hipogastrio que se irradiaba a la espalda por fosa iliaca izquierda y vacío izquierdo. Fue diagnosticado de cólico renal, con analítica anodina y exploración física sugerente.

Acude nuevamente por no control del dolor que interrumpe el descanso nocturno, vómitos, coloración oscura en la orina y malestar general.

*Exploración y Pruebas complementarias (PPCC).*Primera valoración en consulta:

- Exploración:
 - Mal estado general, cociente orientado y colaborador, eupneico en reposo, pálido y sudoroso, bien hidratado y perfundido, no ingurgitación yugular.
 - Constantes TA 165/49 mmHg, FC 59lpm, Tª 34.6ºC, Sat O2 98%.
 - ACR: Rítmico a buena frecuencia, sin soplos. MVC sin extrarruidos.
 - Abdomen globuloso y depresible, sin masas ni megalias, peristaltismo conservado, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda y vacío izquierdo con defensa que impresiona de voluntaria en dicha zona. Puño-percusión renal izquierda positiva.
- PPCC:
 - Rx abdomen (supino): Luminograma conservado con heces en marco cólico, no se aprecian litiasis.
 - Radiografía de abdomen en supino.
 - Analítica: Hemograma con hemoglobina 10.2mg/dL. (en descenso con respecto a previas, 16mg/dL -> 14.5 mg/dL) sin otros hallazgos de interés. Coagulación normal. Bioquímica con perfil abdominal y hepático normal y PCR 155.5. GSV: normal. Sistemático de orina con cilindros hialinos muy abundantes, sin otras alteraciones.

Se pauta analgesia, inicialmente de primer escalón y se deja pauta de aumento progresivo si dolor no se controla. Se deja evolucionar al paciente con vistas a reevaluar pasado un tiempo con analítica de control.



Segunda valoración en consulta:

Exploración y PPCC:

Persiste el malestar general del paciente que impresiona de gravedad, con inquietud evidente que resulta llamativa. El dolor ha sido refractario a tratamiento aun habiendo progresado analgesia a 4º escalón.

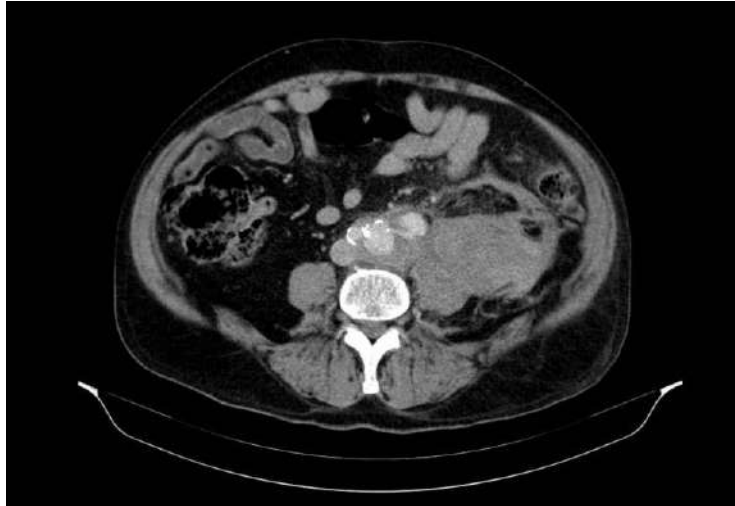
Las constantes en consulta TA 170/50 mmHg, FC 62lpm, Tª 32.8ºC, Sat O2 98%.

- Como cambios con respecto a previa exploración presenta defensa abdominal en fosa iliaca izquierda. Se realiza un tacto rectal con esfínter con buen tono y conservado, no hemorroides externas o internas, próstata ligeramente aumentada de tamaño con heces blandas en ampolla rectal, dedil con heces normales.
- Analíticamente único cambio a señalar, hemoglobina en descenso de 9.3mg/dL.

Ante la mala evolución del paciente así como la persistencia de su mal estado general se decide solicitar TAC abdominal urgente.

Tc abdomen: Gran colección, de densidad heterogénea, con áreas de mayor densidad distribuidas aleatoriamente que se sitúa a nivel retroperitoneal izquierdo caudal con respecto al riñón, al que desplaza en sentido superior y anterior, en continuidad directa con el área de bifurcación aórtica-ilíaca., siendo compatible con síndrome aórtico agudo por rotura de la pared en la unión aorto-ilíaca. En el estudio que se realiza con contraste intravenoso, se observa un sangrado activo en la vecindad del origen de las ilíacas comunes. Pequeño derrame pleural izquierdo. Arteriosclerosis severa en aorta y ramas ilíacas.





Imágenes del TC con contraste donde se evidencia la lesión.

Enfoque familiar y comunitario

Buen apoyo familiar, el paciente acude acompañado en las 4 ocasiones que acude a urgencias por su mujer y en una ocasión por sus hijos. Adecuada red socio-comunitaria.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Aneurisma de unión Aorto-Iliaca Común rota.

Diagnóstico diferencial

Entre los cuadros que se barajaban como posibles diagnósticos diferenciales inicialmente se seguía contemplando el cólico nefrítico izquierdo como primera opción, por las características del dolor así como por lo anodino de las pruebas complementarias que había tenido los días previos que había acudido a urgencias. Con los resultados de la primera analítica se objetivó una anemia evidente que nos hizo sospechar otros posibles cuadros como segunda opción una diverticulitis aguda, por la localización del dolor y el antecedente del estreñimiento, así como por presentar desde el inicio reactantes de fase aguda elevados. Como diagnóstico más remoto se plantea posibilidad de síndrome aórtico agudo que se acaba confirmando por prueba de imagen.

Plan de acción y evolución

Se procede a ingreso en UCI, donde se aumenta la analgesia y programa transfusión de concentrado de hematíes en caso de hipotensión. Posteriormente traslado al hospital de referencia de cirugía vascular. Evolución favorable tras técnica endovascular y colocación de prótesis.

Conclusión.

La relevancia del caso reside en poner de manifiesto lo importante que son los datos clínicos que manifiesta el paciente, así como su evolución y la respuesta al tratamiento, que propiciaron la manera rápida de actuar por parte del equipo de urgencias, así como la inclusión en el diagnóstico diferencial de una patología relativamente poco frecuente con esta presentación que acabó por ser el diagnóstico definitivo.

Bibliografía

- Jim J, Thompson RW. Clinical features and diagnosis of abdominal aortic aneurysm. Uptodate. 2016;1–52.
- Chung JMMs. Epidemiology, risk factors, pathogenesis and natural history of abdominal aortic aneurysm. Uptodate. 2016;1–19.
- Jeanmonod D, Jeanmonod R. Aneurysm, Abdominal Aortic Rupture (AAA) Pathophysiology Treatment / Management. 2018;1–4.
- Navarro Campoamor, J., Martínez Suárez, V., Martínez Gómez, C., Gutiérrez, Rodríguez, J., & Aguirrezabalaga González, B. Urgencias de 0 a 100 años., (2017). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez Murillo, L., & Montero Pérez, F. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª Edición, (2018). Elsevier, España.

60.

Intento autolítico de una menor

Ríos Zamora, Cristina

/Especialista en MFyC. Tutora. ZBS Mollina, Málaga

Hernández Viera-Carmona, Claudia

/MIR de MFyC. ZBS Mollina, Málaga

Lirio Fernández, María Dolores

*/Especialista en MFyC. ZBS Mollina, Málaga***Motivo de consulta**

Intento suicidio, adolescente de 15 años.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

No ap de interés. Es paciente de nuestro cupo.

La adolescente tras una discusión con su madre, ha subido a su habitación, ingiriendo toda la medicación que ha encontrado. Un amigo 2 horas más tarde, ha escrito a la madre preguntándole como se encontraba pues le había comunicado que había ingerido muchas pastillas. La madre avisa en ese momento al 061 y a la guardia civil. A la llegada al domicilio está vomitando, dice que se siente mareada y le duele el estómago.

Exploración

Consciente y orientada en las 3 esferas, colaboradora, Glasgow 15/15. Acr: taquiarrítmica sin soplos. Mvc sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, doloroso en epigastrio y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas ni signos de tvp. Constantes registradas: Ta 128/60, Fc 108, Sat. O2 99%, Bmt 145 mg/dl capilar.

Contamos lo que ha ingerido por los blíster: 36.5 gr. Paracetamol, 750 gr tramadol, 20 cp de naproxeno 550 mg.

Se contacta con el servicio de toxicología que indica determinar niveles de paracetamol en sangre antes de comenzar tratamiento con n-acetilcisteína (dosis máxima 8 gr), y valorar cambios del nivel de consciencia. Se le coloca sonda nasogástrica, se realiza lavado gástrico y no se visualizan pastillas. Se coge vía venosa periférica, tubos de sangre y se pasa antiemético y omeprazol en sf.

En la *anamnesis* a la madre en el domicilio, nos cuenta que está desde hace casi 1 año en seguimiento por psicóloga del ayuntamiento. Debido a la pandemia actual, este seguimiento en los últimos meses ha sido telefónico. Relata problemas de comportamiento: no quiere colaborar en casa, no quiere estudiar ni acudir a clase. Se autolesiona en forma de cortes en brazos ante la frustración. Episodio traumático, vio fallecer al padre hace 6 años. Familia procedente de Mallorca. Llevan 3 años en el pueblo.

Vive con su madre de 36 años embarazada de pocos meses y la pareja de ésta, que trabaja en el campo. Es la segunda de 6 hermanos, de distintos padres. Episodio traumático pues vio fallecer a su padre de muerte súbita hace 6 años. Familia procedente de otra comunidad. Llevan 3 años en el pueblo. La actitud de la madre parece más encaminada a eludir la responsabilidad de lo ocurrido. No atiende a su hija. La pareja de la madre ni se inmuta ante nuestra presencia y sigue sentado en el sofá viendo la tv. Es trasladada al servicio de urgencias del hospital para tratamiento de la intoxicación por paracetamol, valoración hepática y mental.

En críticos del hospital: se administra carbón activado.

Pruebas complementarias.

- Niveles de paracetamol a las 4 horas de la ingesta. - 169.2 (límite en 150 mcg/ml)
- Niveles de paracetamol a las 8 horas de la ingesta: 70,5 (limite 70 mcg/ ml)
- Tóxicos en orina. + a cannabis
- No alteración del perfil hepático en analíticas seriadas.
- Rx tórax y ekg normales.
- Test covid-19 negativo

Se emite parte al juzgado.

Valoración por psiquiatría: ingesta medicamentosa con intencionalidad suicida, refiere que “quiere dejar de ser un estorbo para la familia”, no planificada, poco elaborada, como un acto impulsivo. Durante el ingreso a nivel psicológico ha estado menos comunicativa, menos accesible que en la valoración de urgencias. Refiere arrepentimiento y que no están presentes las ideas de suicidio. Refiere deseos de estar con su familia. Ha hablado con amistades. Se le dan pautas a la madre para manejar la vuelta a casa, está de acuerdo con las mismas. Ingreso 4 días en servicio de medicina interna, se cita al alta para seguimiento por unidad de salud mental en breve y con su médico de atención primaria.

Informe de seguimiento en usm: estilo de carácter impulsivo (aguantar / explotar). Relación familiar de tensión, sobrecarga con relativa contención emocional. Ánimo disfórico, triste. No sintomatología psicótica. Soporte psicológico.

Diagnóstico diferencial

- Intento de suicidio en adolescente.
- Intoxicación por paracetamol y psicofármacos.
- Problemática psicosocial del adolescente en una familia desestructurada

Plan de acción

Se contacta con asuntos sociales y trabajadora social del consultorio para hacer una valoración de la situación de desestructuración y exclusión social de la familia.

La adolescente tiene aislamiento social acrecentada por la pandemia, soporte familiar lejos a la vez que problemas económicos con una sola fuente de ingresos, familia supernumerosa y probable exigencia de roles que no corresponden a su edad. En orina han aparecido cannabis y habrá que valorar adicción a droga no conocida.

Se contacta con la madre para valorar seguimiento de las medidas de contención y apoyo familiar.

Evolución

La aparición de este suceso puede significar “el chivo espiatorio” de una disfunción familiar que puede estar afectando a otros hermanos. Como médicos de familia nos permite una intervención multidisciplinar y seguimiento estrecho para lograr el bienestar biopsicosocial de la familia.

Conclusión

Las condiciones sociofamiliares adversas en tiempos de pandemia son un riesgo importante en la salud mental de un adolescente.

61.

Intervención en varón de 69 años con síntomas digestivos y neurológicos inespecíficos

Aramburo Herrera, Mari Carmen
 Caraballo Ramos, Isabel
 López Muñoz, Adrián

/MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Villacarrillo, Jaén
/MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén

Se ha escogido este caso porque nos ha parecido un proceso interesante, que comienza con un cuadro inespecífico y precisa un amplio diagnóstico diferencial. Por otra parte, es muy importante una atención integral del paciente y el trabajo en equipo, puesto que es un trastorno que repercute en varios órganos y sistemas.

Motivo de consulta

Malestar general, vómitos, epigastralgia, temblor y febrícula.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. En 2016 fue diagnosticado de esofagitis grado II, gastritis y úlceras gástricas de dudoso aspecto infiltrativo a través de una gastroscopia, pautándosele tratamiento con esomeprazol y cinitaprida. Además, hay antecedentes de gran ingesta de alcohol y tabaco.

Anamnesis

Varón de 69 años que llega a consulta acompañado por su esposa y refiere encontrarse mal, con vómitos continuos y dolor de estómago. Cuenta que también ha notado un temblor que antes no tenía y algo de febrícula. Todo ello de tres días de evolución. Niega diarrea e ingesta de alcohol, aunque sí "algún carajillo y cerveza ocasional".

Exploración

Consciente y orientado, poco colaborador y con regular aspecto general. Presenta acatisia y temblor en manos, incoordinación en la exploración neurológica, además de nistagmo horizonte-rotatorio bidireccional y Romberg positivo. En la auscultación cardiaca percibimos arritmia. Constantes: TAS 100, TAD 65, FC 82, Saturación O₂ 95%, T 37,4°C.

Pruebas complementarias

Cursamos analítica completa (hemograma, bioquímica, coagulación, urocultivo) y pautamos antiemético y diazepam.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de un paciente que convive con su esposa y su única hija, la cual padece esclerosis múltiple y déficit mental moderado. Su mujer, de 63 años, es ama de casa y sufre fibromialgia y artrosis incapacitante. A su vez, hay indicios de maltrato psicológico por parte del paciente hacia ella. La trabajadora social del centro de salud lleva el caso.

Cabe destacar que en la historia clínica figura que no ha vuelto a realizarse controles endoscópicos ni ha tomado los tratamientos prescritos. Estamos ante una persona descuidada que acude al médico cuando es estrictamente necesario. Sus hábitos tóxicos han interferido en gran medida en la relación con su entorno más cercano.

Plan de acción y evolución

Lo primero en lo que pensamos, dados sus antecedentes, fue en una patología relacionada con el alcohol o abstinencia a él, e incluso en un tumor gástrico causado por la evolución de sus lesiones ante la falta de revisiones y adherencia terapéutica. También debatimos que podría tratarse de una alteración tiroidea

El día siguiente a la consulta, nuestro paciente se encontró peor y acudió al hospital. Allí comentó una exacerbación de síntomas y aparición de mareo, disartria y pérdida de fuerza en miembros inferiores.

En urgencias, se le hizo una exploración en la que destacaron evidentes signos de deshidratación e inestabilidad. Tonos cardiacos arrítmicos. Se realizó un electrocardiograma (leve descenso de ST, ondas T aplanadas y ondas U prominentes) y una analítica (Hb 16; leucocitos 10,3; urea 144; creatinina 3,15; glucosa 142; bilirrubina total 3,08; amilasa 123; sodio 123; potasio 2,3).

Ante esas cifras de sodio y potasio, se decide pasar a observación para administración de cloruro potásico e hidratación con suero salino fisiológico.

Al día siguiente, hay mejoría clínica y de algunos parámetros analíticos, aunque el sodio está en 130 y el potasio en 2,5. Por otro lado, la urea, creatinina y filtrado glomerular continúan alterados, por lo que se hace interconsulta con nefrólogo de guardia. Éste revisa la historia y valora al paciente, concluyendo que hay un episodio de insuficiencia renal aguda prerrenal desencadenado por los vómitos e indica mantener hidratación y corrección del potasio lentamente.

Varias horas después, se normalizan todos los parámetros analíticos, cesan los síntomas, y se le da de alta con el siguiente plan de actuación: metoclopramida si reaparecen vómitos, mantener tratamiento habitual, ingerir abundante líquido y dieta suave, control de creatinina y urea por su médico de cabecera y observación en domicilio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se trata de un trastorno hidroelectrolítico, concretamente una hipopotasemia. Su gastritis y úlceras gástricas se han complicado y han propiciado el episodio de vómitos recurrentes, lo que ha llevado a una hipopotasemia.

Los síntomas neurológicos y la arritmia que presentaba en consulta no cuadraban del todo hasta que no se objetivó en la analítica de urgencias un descenso considerable del potasio. Probablemente, la falta de adherencia terapéutica y compromiso con su estado de salud unido a los malos hábitos y escaso autocuidado, han favorecido esta descompensación.

Conclusión

Dados los acontecimientos, deberíamos citar al paciente de nuevo para explicarle las consecuencias de no seguir las recomendaciones farmacológicas, los consejos médicos y un estilo de vida saludable. También acordar una derivación a digestivo para revisión y ajuste de tratamiento.

La primera dificultad con la que nos hemos encontrado ha sido su falta de colaboración y hermetismo para compartir con nosotros su situación. Asimismo, las veces que le acompaña su esposa a consulta, la hemos notado cohibida y disconforme con lo que él relataba. Creo que podemos conocer más al paciente a través de encuestas sobre alcoholismo, estilos de vida, relaciones sociales, etc.; así poco a poco dirigiéndole hacia unos hábitos saludables y estableciendo una buena relación médico-paciente, aumentando su confianza en nosotros.

Este caso clínico integral me ha demostrado una vez más algo que ya sabía: detrás de cada patología o alteración analítica, hay una persona con miedos, dudas y una situación concreta que influyen más de lo que podemos imaginar. Por eso es tan esencial el trabajo en equipo y la comunicación, porque el contexto socio-familiar puede ser decisivo. Personalmente, voy a tener mucho en cuenta este aspecto para mi trabajo futuro como médico de atención primaria.

62.

La importancia de la exploración: un caso sobre “lumbalgia”

Mañas Sevillano, Estebana
Ruiberriz de Torres Rodríguez, Antonio

/MIR de MFyC. CS Don Paulino García Donas, Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutor CS Don Paulino García Donas, Sevilla

Motivo de consulta:

Lumbalgia, impotencia funcional de miembro inferior izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):*Anamnesis*

Paciente de 51 años, con los siguientes antecedentes personales:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Fumador de unos 10 cigarrillos diarios.
- Hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril 20 mg.

Refiere haber comenzado unas dos horas antes con entumecimiento de miembro inferior izquierdo, que al poco tiempo se irradia también a miembro superior izquierdo. A continuación, comenzó con dolor importante en miembro inferior izquierdo, por lo que consultó en la mutua de su trabajo, donde debido a la intensa afectación que presentaba administran opiáceos intravenosos y derivan a nuestro servicio de urgencias hospitalarias.

Durante la anamnesis, continua con dolor en miembro inferior izquierdo y entumecimiento de miembros izquierdos. Niega ningún tipo de traumatismo ni sobreesfuerzo.

Exploración:

- Regular estado general, muy afectado por dolor. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Tumbado en camilla.
- Dolor a la palpación en zona lumbar izquierda, con exploración dificultosa debido a la posición del paciente y dolor asociado. Lasègue derecho negativo, no explorable en lado izquierdo.
- Miembro inferior izquierdo con frialdad importante respecto a miembro contralateral, cianosis en dedos de pie izquierdo. No se palpan pulsos femoral, poplíteo ni pedio en dicho lado. Miembro inferior derecho sin alteraciones y pulsos conservados.
- A nivel neurológico, se evidencia disminución de fuerza en miembros izquierdos con parestesias acompañantes. Imposibilidad para la extensión de muñeca izquierda (mano caída).
- Tensión arterial en brazo derecho: 151/86 mmHg. No se detectó tensión arterial en brazo izquierdo.

Pruebas complementarias:

ECG: RS a 75 lpm, eje normal, PR 160 ms, QRS estrecho. No bloqueos de rama. RR constante. Sin alteraciones del ST ni de la repolarización.

Angio-TAC de tórax y abdomen:

- Hallazgos en relación con disección aórtica (ver imagen 1) cuyo flap abarca desde la raíz aórtica hasta los ejes ilíacos, afectando a arteria subclavia izquierda y arteria renal izquierda. Trombosis de la arteria axilar izquierda.
- De la luz verdadera depende el tronco celiaco, arteria mesentérica superior y arterias renales. En el tronco celiaco existe estenosis en la salida y posterior dilatación de hasta 17 mm, posiblemente a compresión por el ligamento arcuato.
- Trombosis de la arteria iliaca común con oclusión completa que se repermeabiliza a nivel de la iliaca externa (ver imagen 2).



Imagen 1



Imagen 2

Enfoque familiar y comunitario:

Hombre de 51 años, independiente para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Casado, sin hijos. Buen soporte familiar. Nivel socio-cultural medio-alto. Buen control de su hipertensión y buena adherencia terapéutica al tratamiento prescrito.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

- Disección aórtica Stanford A.
- Trombosis completa de arteria ilíaca común.
- Hipertensión arterial.

Plan de acción y evolución:

Se contacta vía telefónica con la UCI Cardiovascular de hospital de referencia, y se programa el traslado del paciente, que se mantiene estable en todo momento. Se ajusta analgesia para control del dolor, pendiente del traslado. Una vez allí, se realiza cirugía emergente en la que insertan una prótesis aórtica, sin complicaciones durante la operación.

Evolución favorable en la UCI, donde pasa 11 días. Posteriormente otros 10 días en planta de Cardiología. Una vez de alta, acude a controles programados por Cirugía Cardiovascular, Cardiología y por su Médico de Familia. La prótesis se mantiene permeable y el paciente lleva una aceptable calidad de vida, con algo de limitación debido a dolor en zona de esternotomía media.

Conclusión

La importancia de este caso clínico radica en la exploración clínica, pues sin la misma no se habría detectado una patología de extrema gravedad que precisó cirugía emergente. Este paciente fue triado en el servicio de urgencias hospitalarias como nivel 4, al ser identificado como una lumbalgia/lumbociatalgia, lo que implicaba mayor tiempo de espera (hasta 100 minutos).

La exploración realizada, con hallazgos que no guardaban relación con una simple lumbalgia mecánica (frialdad y cianosis distal, ausencia de pulsos, pérdida de fuerza) y signos de alarma, ayudó a orientar el caso y actuar con la rapidez necesaria.

Ante toda patología, por muy banal que parezca, se debe realizar una exploración completa y si algo no concuerda con el diagnóstico inicial, como ocurrió en este caso, se debe ampliar la exploración y actuar en consecuencia. Este paciente podría haber sido derivado a la sala de espera con administración de analgesia para esperar la realización de una radiografía de columna lumbosacra, y quizás habría sido dado de alta a domicilio con una disección aórtica. Al encontrar unos hallazgos en la exploración que no concordaban con el diagnóstico inicial, se ajustó el diagnóstico diferencial y se solicitaron las pruebas complementarias necesarias, muy probablemente salvando la vida del paciente.

63.

La importancia de las tumoraciones superficiales de crecimiento rápido

Miguel Moreno, Marta
Yagüe López, M^a Victoria

|MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
|Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón, Huelva

Motivo de consulta

Paciente que consulta por una tumoración en cara posterior del muslo izquierdo de 20 días de **evolución**.

Enforque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares:

- Padre fallecido con 64 años por un linfoma.
- Madre fallecida con 80 años por neoplasia ósea indeterminada.
- Hermano con 58 años con carcinoma de colon (actualmente vivo).

Antecedentes personales:

- Varón de 54 años, sin reacciones medicamentosas conocidas, fumador de 40paquete/año, dislipemia y hernias discales a nivel cervical.
- Vida basal independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- En tratamiento con Simvastatina 20 mg en la cena.

Anamnesis

Acude porque desde hace 20 días presenta tumoración en cara posterior de muslo izquierdo que duele a la palpación. Niega traumatismo previo. Afebril.

Exploración:

Tumoración dolorosa a la palpación, sin signos de infección. No impresiona de estar en planos superficiales. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación en rangos normales. Ecografía: se aprecia tumoración de localización intramuscular, una lesión de bordes bien definidos, de unos 14x4'4cm, heterogéneo, alternando zonas hipocogénicas con zonas hiperecogénicas, con múltiples tabicaciones y escasa vascularización. (Imagen 1).

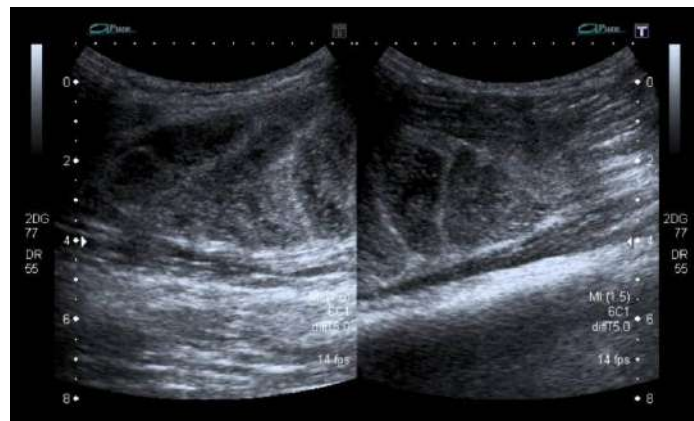


Imagen 1. Ecografía de pierna izquierda donde se aprecia una lesión heterogénea con zonas hipocogénicas y zonas hiperecogénicas, con múltiples tabicaciones.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Liposarcoma mixoide.

Diagnóstico diferencial:

Hematoma intramuscular. Dada la ausencia de traumatismo previo y no tener antecedentes de traumatismo ni de alteración de la coagulación, se descarta la opción de hematoma intramuscular.

Plan de acción y evolución

Se derivó al paciente a Traumatología, donde se le realizó una Resonancia Magnética Nuclear (RMN), con juicio clínico de mixoma intramuscular (Imagen 2). Posteriormente se le realizó una biopsia de la lesión, con resultados anatomopatológicos de liposarcoma mixoide con componente hipercelular y con extensas áreas de necrosis.

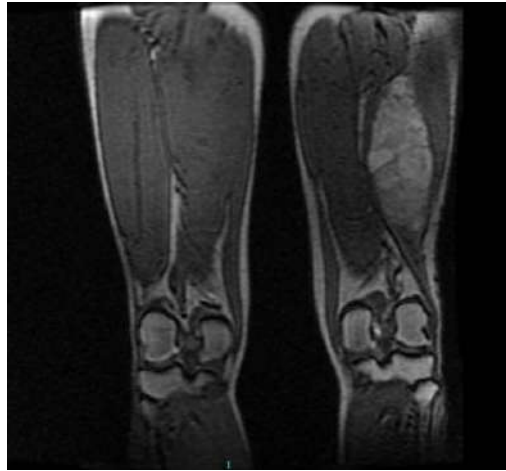


Imagen 2. RMN previo al tratamiento.

Se procedió a quimioterapia neoadyuvante con disminución del volumen de la lesión. Posteriormente se intervino al paciente, con resección de la lesión, del compartimento del bíceps femoral izquierdo con buena **evolución**. A los 6 meses se le realizó una nueva RMN de control, sin apreciar alteraciones que sugiriesen recidiva tumoral (Imagen 3).

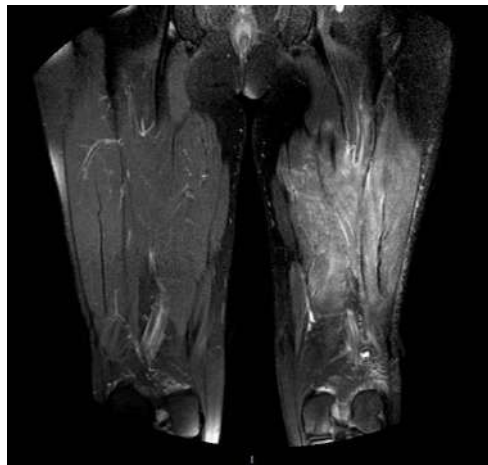


Imagen 3. RMN tras tratamiento. Se aprecian cambios postquirúrgicos sin recidiva tumoral.

También se le ha realizado un TC torácico-abdomino-pélvico, descartando enfermedad metastásica.

Conclusión

Hay ciertos diagnósticos que son menos frecuentes pero que no podemos olvidar que están ahí, y debemos escuchar al paciente, sin adelantarnos en el diagnóstico banal porque podríamos estar saltándonos algo más importante.

Palabras claves

Myxoid liposarcoma

Bibliografía

Segura Sánchez J, Pareja Megía MJ, García Escudero A, Vargas de los Monteros MT, González-Cámpora R. Liposarcomas. Aspectos clínico-patológicos y moleculares. Rev Esp Patol. 2006;39(3)135-148.

64.**La importancia del ámbito sociofamiliar**

Fernández Pérez, Pablo
 Velasco Doña, Elena
 Reche Navarro, Carmen

/MIR de MFyC. CS San Felipe, Jaén
/MIR de MFyC. CS San Felipe, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutora. CS San Felipe, Jaén

Ámbito del caso clínico

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivo de consulta

Crisis epiléptica.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Paciente de 17 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés, pero destaca en su historia varias visitas a urgencias por agresiones en los últimos dos años. Niega consumo de tóxicos. Antecedentes familiares de una tía materna diagnosticada de epilepsia, padre ex consumidor de cocaína (desde hace 3 años).

Acude a urgencias tras episodio que ha comenzado con hiperventilación que ha evolucionado a rigidez generalizada y movimientos de las cuatro extremidades de 15 minutos de duración sin poder especificar si hubo desconexión del medio, todo ello presenciado por su madre. Paciente refiere completa amnesia del episodio. No episodios similares hasta el momento. No fiebre.

Durante la anamnesis comienza con nuevo episodio en consulta de hiperventilación (25-30 rpm), tras las cuales comienza con rigidez generalizada en las cuatro extremidades y posteriormente pérdida de la fuerza. Pero durante dicho episodio de escasa duración (4-5 min), obedece órdenes y responde a preguntas pero con lenguaje entrecortado y dificultoso por la agitación respiratoria que presenta.

Tras este segundo episodio, continuamos con la anamnesis, y el paciente refiere problemas escolares con sus compañeros de clase, además de episodios estresantes en el ámbito familiar, por el fallecimiento de un familiar directo.

Exploración:

Buen estado general. TA 120/81 con frecuencia cardíaca 61 lpm. SatO₂ 98%. AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Exploración neurológica: consciente, colaborador y orientado en espacio, tiempo y persona. Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. PC normales. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. ROT normales y simétricos. Sin signos meníngeos. Babinsky flexor. Prueba dedo-dedo, dedo-nariz y rodilla-talón normales. Romberg negativo. Marcha normal.

Pruebas complementarias:

- ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm. Eje normal. Ondas p presentes y de morfología normales. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. Sin signos de hipertrofia ventricular izquierda.
- Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones. PCR 2,1. Tóxicos negativos.
- TC cráneo urgente: Algunos artefactos de movimiento. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. Buena diferenciación de sustancia gris y sustancia blanca. No se identifican lesiones intraparenquimatosas focales. Espacio extracerebrales sin evidencias de masas ni colecciones.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una estructura familiar nuclear íntegra. El paciente vive con su padre y su madre. Según el Modelo del CVF (OMS) y modificado por De la Revilla, se encuentran en fase III o de extensión completa del ciclo vital, periodo que abarca desde que se concibe el último hijo hasta el primer hijo abandona el nido. El paciente tiene

Evolución

Durante los siguientes meses el paciente fue valorado por Neurología y Endocrinología, los cuales descartaron patología orgánica que justificase el cuadro clínico. A pesar de ello la familia hizo una segunda consulta con Neurología en consulta privada, coincidiendo también en el diagnóstico del resto de especialistas.

Se intentó adelantar la cita con Salud Mental y se insistió desde su Médico de Familia y Comunitaria en acudir a valoración con el Trabajador Social. A pesar de esta insistencia, el paciente no acudió a ninguna de las dos citas proporcionadas.

A día de hoy, ha presentado nuevos episodios de crisis con las mismas características, en relación con situaciones estresantes académicas o bien familiares.

Conclusión

Es importante tener entre los diagnósticos diferenciales de las crisis epilépticas, las crisis no epilépticas de causa psicógena, que supone entre un 20-30% de los pacientes remitidos a las unidades de epilepsia, y que realmente no lo son. Su pronóstico, depende de su correcto diagnóstico, ya que de lo contrario estos pacientes son tratados durante muchos años con tratamientos antiepilépticos con las consecuencias médicas, psicológicas, sociales y económicas que esto conlleva.

Una vez realizado el diagnóstico, la primera estrategia terapéutica consiste en informar a la familia y al paciente del origen de las crisis además de iniciar tratamientos psicofarmacológicos además de intentar solucionar las situaciones estresantes que originan las crisis. La principal complicación es la dificultad en que el paciente y la familia acepten el diagnóstico.

Bibliografía

Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias. 5ª edición. Madrid: Panamericana; 2015.
Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. Madrid: Jiménez Godoy SA; 2014.
Higueras PH, Martín LM, Andueza RM. CRISIS NO EPILÉPTICAS PSICÓGENAS [Internet]. Psiquiatría.com. [citado el 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/25CONF1CVP2016.pdf>

65.

La longitudinalidad en el final de la vida de una paciente con demencia (el antes, durante y después)

Melguizo Jiménez, Miguel
Martín Galán, Abelardo

/Especialista en MFyC. Tutor. CS Almanjáyar, Granada
/Especialista en MFyC. CS Almanjáyar, Granada

Motivo de consulta

La longitudinalidad en el final de la vida de una paciente con demencia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Anamnesis

Mujer de 95 años que presenta un grave deterioro cognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer. Actualmente presenta un Barthel de 10 y un GDS de Reisberg de 6 siendo dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Otros problemas de salud: Osteoporosis, HTA sistólica y Fractura de cadera derecha (2016).

Enfoque familiar y comunitario

Es atendida por dos hijas que viven en el mismo bloque de pisos, y por una cuidadora formal que acude 2 horas al día. Paciente conocida por su médico de familia desde 2004. Cognitivamente incapacitada para asimilar información. Acudía hasta su deterioro clínico a un Centro de Día. No tiene documento registrado de voluntades anticipadas, pero en abril de 2019 se registra en la historia una entrada de planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Deterioro cognitivo severo en situación de terminalidad y agonía.

El antes: Durante las visitas desde marzo de 2020 ocurren episodios de empeoramiento generalizado sin causa aparente con disminución de la consciencia donde se reevalúa clínicamente el deterioro de la paciente y se actualiza la PAD. La paciente, en ese momento conservaba capacidad de entendimiento. En estas se refleja que deseando la mayor y mejor atención posible para la paciente entienden que la edad y la demencia son determinantes. Desean atención a domicilio ante cualquier causa desencadenante de un empeoramiento clínico pues, un hermano suyo falleció recientemente, siendo atendido en domicilio, y desean ese modo de atención asumiendo ser las cuidadoras principales. Se acordó orden de no Hospitalización y de no reanimación que las hijas entienden y aceptan y a su vez se planificó un programa de visitas. Se habla sobre la opción de que en caso de complicación la sedación podría ser una opción, la cual las hijas entienden y agradecen puesto que lo único que pretenden es que no haya sufrimiento.

El durante: El 31/12/2020 acudimos a domicilio por empeoramiento generalizado debido a un proceso febril respiratorio que le ha impedido acudir al centro de día durante los últimos cuatro días, lo que es percibido con gravedad tanto por las hijas como por nosotros. Se realiza toma de constantes y exploración percibiendo un posible foco infeccioso respiratorio. Pautamos tratamiento antibiótico y sintomático acordando volver a visitarla. Reevaluamos con la familia la PAD, siendo ellas mismas las que ratifican la orden de no hospitalización. Ofrecemos contacto directo a través de teléfono personal acordando que nos llamen en caso de incidencia antes de la próxima visita. Hablamos de la importancia de que permanezca en su dormitorio, su cama y con su familia en un ambiente acogedor. Repetimos visita a los 3 días no objetivando una resolución del cuadro infeccioso por lo que ampliamos el tratamiento antibiótico 3 días más. El día 5/01/2021 acudimos a domicilio por petición de las hijas que refieren un gran empeoramiento. Al acudir encontramos a la paciente en anuria, con estertores generalizados, pérdida de la vía oral, TA 80/50, FC 120, SatO2 88%, y estado estuporoso. Determinamos que se encuentra en proceso de agonía y comentamos la posibilidad de sedación con las hijas.

Ambas están de acuerdo y por tanto iniciamos sedación por vía subcutánea con 5 mg de midazolam y 10 mg de morfina en bolo acordando ir a reevaluar a las 4 horas. Se repitieron visitas cada 4 horas para ajustar la sedación aumentando dosis debido al no alivio de los síntomas disneicos y la angustia de la paciente. Debido al aumento de dosis sin conseguir una remisión de síntomas nos planteamos las posibles limitaciones de la vía subcutánea en casos de hipotensión generalizada con mala perfusión periférica. El día 7/01/21 se reevalúa a la paciente de nuevo, presentando signos de rigidez, frialdad, falta de reflejos y livideces. No se detecta actividad cardiaca a través de pulso y auscultación; en cambio mantiene registro de pulso cardiaco con frecuencia de 39-41 lpm en saturímetro. Conseguida la remisión de cualquier signo o síntoma de discomfort en la paciente mantenemos la misma pauta en bolos cada 4 horas manteniendo la sospecha de una absorción errática debido a la hipoperfusión. Se añade levopromacina vía subcutánea. El día 9/01/21 apoyados de ECG confirmamos el cese de actividad cardiaca, que acompañando al resto de signos presentes de no actividad cerebral, certificamos la muerte habiendo respetado su voluntad, la de su familia y sus representantes expresadas reiteradamente en la PAD.

EL después: El 20/01/21 enviamos una carta de pésame a las hijas de la paciente, donde expresamos nuestro cariño tanto a la paciente como a la unidad familiar y el honor de haber podido atenderles y acompañarles a lo largo de los años y en el proceso del final de la vida. Se celebra también una entrevista presencial con ellas.

Conclusión

Este caso hace destacar dos elementos. El primero a nivel técnico, demostrando las posibles limitaciones tanto de la vía subcutánea y las dificultades en el diagnóstico de muerte cierta en un paciente con mínimo gasto cardiaco y deterioro cognitivo avanzado. El segundo, de tipo relacional, es la importancia y las oportunidades que brinda la longitudinalidad en el tratamiento de un paciente y su familia, el conocerle y conocer sus valores y deseos, ir conversando con ellos sobre como desearían ser tratados llegado el final y generar un consenso donde tanto la familia y el paciente se sientan representados y reconfortados. Nunca es fácil la pérdida de un ser querido pero la PAD permite desarrollar una comunicación con la que aseguramos respetar deseos y preferencias del paciente y la familia generando una situación de confort, seguridad y aceptación de todos los implicados en el proceso, incluidos los profesionales que les atendemos. En definitiva, estar y ayudar, antes, durante y después del final de la vida.

66.**La pica. Acercamiento a este curioso síntoma**

Vílchez Megías, Pablo
 García Serrano, Cristina
 Segura Góngora, María Dolores

/MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén
/MIR de MFyC. CS Úbeda, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Úbeda, Jaén

Términos

Pica. Anemia. Colitis.

Exposición del caso clínico:

Paciente de 18 años, mujer, sin AP ni AF de interés ni tratamiento habitual. Acude a nuestra consulta mostrando cierta preocupación porque desde hace un tiempo ha comenzado a sentir la necesidad de comer hielo. No sabe explicar concretamente el por qué, pero sí define una gran sensación de alivio al hacerlo. No le había dado importancia hasta que un compañero que estudia medicina le dijo que podría traducirse en alguna patología, por lo que solicita la realización de una analítica. Comentamos, efectivamente, la posible relación de este signo con una anemia y preguntamos sobre signos y síntomas del síndrome anémico, a los que la paciente responde negativamente. Solicitamos analítica.

Como sospechábamos, en analítica se objetiva una Anemia Microcítica Hipocrómica, que de momento asociamos a las menstruaciones, pues la paciente refiere que son abundantes. Pautamos hierro oral.

La paciente continúa con sus revisiones para la normalización de analítica. No solo no normaliza los niveles sino que además han empeorado las cifras, tanto de Hemoglobina, Hto, VCM, HCM como de Hierro, Ferritina, IST... Continúa sin ningún tipo de sintomatología y refiriendo menstruaciones abundantes. Derivamos a Hematología que descarta cualquier otra causa de anemia, aseverando que la anemia debe deberse a las metrorragias. Derivamos también a Ginecología que la valora descartando cualquier tipo de patología ginecológica y comienza tratamiento con ACHO.

Al volver a revisar a la paciente, volvemos a encontrar empeoramiento en las cifras analíticas.

Al preguntarle nos dice que continúa asintomática pero que algunos días, por cuenta propia, no toma el hierro. Nos dice que en ocasiones le produce dolor abdominal y diarreas. Cambiamos Hierro por otra presentación con mejor tolerancia.

Nuevamente revisamos a la paciente, que ha vuelto a empeorar las cifras analíticas, acercándose los niveles al Rango Transfusional.

Al preguntar nuevamente, la paciente comenta que los dolores abdominales son cada vez más frecuentes e intensos. Continúa con deposiciones diarreicas. Esta vez añade una observación nueva. Le ha parecido ver algo más rojas las heces. No sabe concretar si es sangre, pero la apariencia no es la de siempre.

Solicitamos analítica más completa y derivamos a Aparato Digestivo, que tras realizar estudio acaba diagnosticándola de Colitis Ulcerosa.

En el momento en el que se controló la enfermedad de base se logró contener la anemia y desapareció la pica.

La pica: es un síntoma, no una enfermedad, que se manifiesta por la ingesta persistente y compulsiva de sustancias no comestibles como tierra, arcilla, tiza, jabón, material fecal; o comestibles como hielo (pagofagia), almidón (amilofagia), arroz o café, entre otras, de forma desenfrenada. Las formas más frecuentes son la geofagia o consumo de tierra y la pagofagia o consumo de hielo. Similar a otros síntomas en medicina, como la fiebre o la anemia, es un síntoma multicausal, siendo la deficiencia de hierro y zinc las asociaciones más frecuentes. A pesar de ser un síntoma puede causar morbilidad y mortalidad. Dentro de las complicaciones asociadas se incluyen desde trastornos electrolíticos hasta, según el tipo de pica, obstrucción y daño del tracto digestivo.

Etimológicamente el término pica deriva de la palabra latina para nombrar a la urraca o pica pica, ave de la familia de los córvidos que posee inusuales hábitos alimentarios y a la que se le atribuye robar y consumir sustancias indigeribles.

Históricamente esta conducta es tan antigua como nuestra civilización. Hipócrates (460-377 a.C.) ya describió a mujeres embarazadas que comían tierra. Sófocles denominó alotriofagia (“alotrio” raro; “fagos” alimento) a esta conducta. Aristóteles acuñó el término Geofagia. Avicena en el siglo X ya refería que ciertas deficiencias nutricionales podrían llevar a este comportamiento, y que podría ser suprimido con la administración de mínimas cantidades de hierro pulverizado y diluido en vino. Etc. etc.

Diversos literatos de nuestra lengua la han descrito también. Quevedo en “las capitulaciones matrimoniales” describe a mujeres que comen yeso y barro. Miguel de Cervantes en “El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha” o Gabriel García Márquez, que la recrea en uno de sus personajes centrales de su obra máxima, “Cien años de soledad”.

Volviendo a la literatura médica, hay numerosas descripciones de pica en pacientes con trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno del desarrollo intelectual o el autismo. A diferencia de los pica carenciales, en estos suelen ser más exóticas y con mayor frecuencia tener complicaciones más importantes.

Conclusión:

Es un síntoma, no una enfermedad, muy poco conocido, bien porque el paciente no consulta por él, no lo expresa espontáneamente durante la entrevista o porque el médico no lo investiga, en la mayoría de las veces más por desconocimiento que por negligencia.

No olvidar preguntarlo ante todo paciente en el que se detecte anemia, y sobre todo si es significativa. Además, se puede realizar una entrevista psiquiátrica para descartar su presencia, para que no pase desapercibida.

A pesar de ser poco frecuente, puede reflejar una patología de importancia, o incluso desencadenarla, por lo que me parece interesante incluirlo como parte de nuestra entrevista en este tipo de patologías.

Como curiosidad, en la búsqueda bibliográfica en PubMed solamente he encontrado un artículo en italiano, que relacione Colitis Ulcerosa y Pica.

Bibliografía:

Luis Fiestas-Teque. Pica en anemia severa: a propósito de un caso. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 [Consultado Ene 2021]; 77 (2): 123-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2rc3.pdf>

Germán Campuzano Maya. Pica: el síntoma olvidado. Medicina&Laboratorio. [Internet]. 2011 [Consultado Ene 2021]; 17 (11y12): 533-552. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2011/myl1111-12c.pdf>

Di Cagno L, Castello D, Savio MT. Un caso di colite ulcerosa associata a "pica". Studio psicologico e clinico [A case of ulcerative colitis associated with pica. Psychological and clinical study]. Minerva Pediatr. 1974 Nov 10;26(35):1768-77. Italian. PMID: 4427586.

67.

Lesiones ampollosas. A propósito de un caso

Moreno Maíz, Eva Soledad
Callejas Rodríguez, Jonatan
Peralbo López, Ana

/Especialista en MFyC. Tutora. CS Herencia. Ciudad Real
/MIR de MFyC. CS Herencia. Ciudad Real
/MIR de MFyC. CS Herencia. Ciudad Real

Motivo de consulta

Lesiones ampollosas en piernas y tronco de reciente aparición.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 75 años, que consulta por aparición de lesiones ampollosas en región de piernas y tronco, pruriginosas, de inicio reciente en los últimos 7 días. Sin otra clínica añadida inicialmente.

Antecedentes

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Exfumador. No hábito enólico.
- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia pura en tratamiento con dieta y ejercicio.
- Probable bronquitis crónica.
- EPOC
- Hematoma subaracnoideo y subdural mínimo postraumático tras TCE accidental en relación con caída de bicicleta. Fractura de cráneo hace con 44 años que requirió cirugía con gliosis residual.
- Hipertrofia benigna de próstata.
- Ha presentado algún acontecimiento vital estresante.
- Situación basal: independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Cognitivamente preservado.

Exploración física

- Buen estado general. Consciente y orientado.
- Bien hidratado y normoperfundido
- ACP: rítmica, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos
- Lesiones ampollosas múltiples en piernas y tronco, muy pruriginosas
- EEII: no edemas ni signos de TVP.

Se realiza interconsulta a dermatología, mediante telederma, con sospecha diagnóstica de infección dérmica por COVID tardío. Se pauta tratamiento corticoideo y antihistamínico oral, así como tratamiento tópico con septomida con lo que el paciente parece mejorar inicialmente, realizando un seguimiento periódico de las lesiones que evolucionan a fase de costra.

Varias semanas después, el paciente consulta de nuevo por intensa astenia, anorexia, cuadro de tos y sensación disneica con el esfuerzo sin fiebre termometrada.



A la exploración, el paciente presenta regular estado general. Persisten lesiones dérmicas en distintas fases evolutivas, palidez cutánea marcada y a la auscultación destacan crepitantes en base derecha, motivo por el cuál es derivado al servicio de urgencias hospitalario

Pruebas complementarias

1. En el Centro de Salud.

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 lpm. Eje normal. No bloqueos AV ni de rama. No datos de isquemia aguda.

2. Servicio de Urgencias Hospitalario. se realizan el resto de pruebas complementarias para identificar la etiología de la clínica:

- Análisis: Hb 13, Hcto 37.1%, leucocitos 8500 (N 4900, L 1600, M 1600), plaquetas 233000. T protrombina 90%, INR 1.07, T cefalina 42, ratio 1.3%, dímero D 1.52, urea 75, creat 1.1, gluc 98, ferritina 451, PCR 23.4, sodio 127, potasio 5.3, Cloro 91. Troponina 6 pg/ml, GA (se desconoce FiO2) 7.39, pCo2 37.6, pO 61.3, BE-B 1.7, HCO3 22.3, sat 88%, calcio iónico 4.6, lactato normal.
- Test Ag rápido y PCR COVID19: negativos.
- Rx tórax: aumento de densidad de morfología nodular de 72 mm en el lóbulo superior derecho paramediastínico, compatible con una masa neoplásica como primera posibilidad. Aumento de densidad de aspecto nodular en margen inferior del hilio izquierdo que podría corresponder a un aumento de densidad en proyección lateral en el margen anterior de la língula, que sugiere otro nódulo o adenopatías. Aumento de la línea paratraqueal derecha con disminución de la luz traqueal sugerente de adenopatías paratraqueales derechas. Aumento de densidad en vidrio deslustrado con micronodulaciones, inespecífico, en campo inferior derecho.



Tras los resultados, se ingresa al paciente para estudio completo.

- En planta, se realiza TC toracoabdominopélvico, con resultado de neoplasia pulmonar en LSD con metástasis en língula y ambas adrenales.
- Se realiza además broncoscopia, con citología BAS y BAG pulmonar, y se extraen muestras para anatomía patológica, con resultado de adenocarcinoma infiltrante de pulmón.

Fue valorado por Oncología, que desestimó tratamiento terapéutico debido a expansión y deterioro clínico del paciente.

Enfoque familiar y comunitario (lista de problemas, diagnóstico diferencial) Varón, 75 años, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Está soltero y vive solo, con soporte familiar de su hermana senil que vive con su marido e hijo soltero. Nivel sociocultural medio. Realiza un seguimiento regular de su patología crónica en su centro de salud.

En el caso de este paciente, se realizó diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:

- Penfigoide ampoloso.
- Penfigo vulgar.
- Neumonía.
- Neoplasia.
- Infección por COVID

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Neoplasia pulmonar

Plan de acción y evolución

Tras estabilidad clínica, se decide, junto con la familia, dar de alta al paciente, realizándose asistencia en domicilio continua desde Atención Primaria y Cuidados Paliativos para confort del paciente, así como control de síntomas y apoyo psicológico tanto del paciente como de la familia. Además, se instruye a la familia en cuidados del paciente.

Finalmente, el paciente fallece en domicilio con el aporte de los cuidados necesarios hasta el final de su vida.

Conclusión

- Las lesiones dermatológicas forman parte de los motivos de consulta habituales en la consulta de Atención Primaria. Éstas pueden ser secundarias a procesos sistémicos, algunos de extrema gravedad, como puede ser un proceso autoinmune o paraneoplásico.
- La correcta identificación y coordinación con otras especialidades médicas pueden incurrir en un abordaje prematuro de una patología sistémica, evitando y/o disminuyendo las repercusiones negativas que puedan producir en el paciente.
- La longitudinalidad es una de las características fundamentales de la Atención Primaria. El médico de familia debe ejercer como gestor de casos, estableciendo una coordinación con todas las especialidades implicadas para dar asistencia al paciente, que es el eje del sistema. Siendo especialmente fundamental en la última fase del ciclo vital donde se realiza una atención integral e integrada en el entorno habitual del paciente y, prestando apoyo biopsicosocial a él y a la familia.

Palabras clave

Penfigoide ampoloso, infecciones por coronavirus, neoplasia pulmonar.

Bibliografía:

www.uptodate.com

Tratamiento de los pénfigos. Álvarez-Abella, A; Martín-Sala, S; Figueras Nart, I; Jucglá, A. Piel (Barc). 2012; 27 (2): 90-97

68.**Los pacientes oncológicos también tienen urgencias**

Carrero Morera, María
 Pardo Álvarez, Jesús
 García Prat, Marta

/MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutor. CS El Torrejón, Huelva
/MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva

Motivo de consulta:

Empeoramiento de disnea y edema en cara y manos

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Hombre de 60 años con los siguientes antecedentes:

- Carcinoma Epidemoide de pulmón diagnosticado en 2013 estadio IV que había recibido quimio y radioterapia paliativas. Tratamiento actual con radioterapia.
- EPOC
- DM tipo II
- Intervenciones quirúrgicas: Colectomía
- Tratamiento crónico: omeprazol 20 mg/24 h, insulina 24 UI diarias, metformina 85 mg/8h, codeína 28.7mg/12 h, morfina 30 mg/12 h Atrovent y Foster.

El paciente lleva 8 años desde el diagnóstico del cáncer de pulmón estadio IV, sin embargo la calidad de vida del mismo es buena y la disnea está controlada. Pone aviso domiciliario porque refiere que presenta más disnea de lo habitual, sobre todo ortopnea, y edemas de cara y manos.

Exploración física

- Buen estado general, bien hidratado, normoperfundido, leves signos de trabajo respiratorio con mínima taquipnea en sedestación.
- Edema en miembros superiores, cara y cuello con mínima cianosis en labios. Se objetiva circulación colateral torácica.
- Auscultación: disminución del murmullo vesicular en campo derecho de forma generalizada. Corazón rítmico a buena frecuencia.
- Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis
- Resto de la exploración sin hallazgos patológicos de interés.

Pruebas complementarias

- SatO₂ 94% FC 85 lpm
- Solicitamos de forma ambulatoria radiografía de tórax donde presentaba aumento de la masa paramediastínica de lóbulo superior derecho con respecto a radiografía previa, sin otros hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario:

Independiente para todas las ABVD. Vive con su mujer, tiene 3 hijos. Funciones cognitivas superiores conservadas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Nuestra sospecha fundamental era un Síndrome de vena cava superior. Como diagnóstico diferencial podríamos añadir descompensación de insuficiencia cardíaca e infección respiratoria.

Plan de acción

Derivamos a Urgencias hospitalarias para valoración.

Evolución

Fue valorado en Urgencias donde realizan analítica y AngioTC de tórax. En la analítica no hay signos de descompensación de Insuficiencia cardiaca ni de infección respiratoria. En el AngioTC de tórax se evidencia crecimiento significativo de la lesión pulmonar paramediastínica de LSD con distribución hacia hilio derecho compatible con neoplasia. Además, indica que dicho crecimiento se asocia a estenosis – trombosis de vena cava superior previa a su confluencia con aurícula derecha implicando al cayado de la aórtica. Como conclusión, indican que se trata de hallazgos compatibles con síndrome de vena cava superior secundaria a progresión de neoplasia pulmonar primaria, con desarrollo de circulación colateral venosa.

Desde el servicio de Urgencias se adelanta la cita de la revisión con oncología radioterápica para que el paciente sea valorado al día siguiente. Así mismo, indican de forma domiciliaria tratamiento con corticoides a dosis altas (dexametasona 8mg/24 h), diuréticos (furosemida 40 mg/24 h), anticoagulantes (enoxaparina 6000 UI/12 h).

En Oncología indican iniciar tratamiento con radioterapia paliativa e ir descendiendo progresivamente la corticoterapia. Comentarán el caso en comité de tumores para valorar tratamiento sistémico.

Actualmente (1 semana de evolución) la disnea y el edema han ido descendiendo de forma progresiva.

Conclusión

El síndrome de vena cava superior, es el conjunto de síntomas y signos producidos por la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo a través de la vena cava superior hacia la aurícula derecha. Esta obstrucción puede ser debida a compresión extrínseca, como en nuestro caso clínico o trombosis intrínseca. La causa más frecuente de este síndrome son los tumores, sobre todo los de pulmón que ocupa un 70% de la etiología de esta enfermedad. Dentro de los tumores de pulmón, el más frecuentemente involucrado es el microcítico por su rápido crecimiento y localización.

Para su diagnóstico, es fundamental conocer que el síntoma fundamental es la disnea y que en la exploración nos encontraremos a la tríada clásica mediante la que suele presentarse, edema en esclavina, cianosis y circulación colateral toraco- braquial. El edema en esclavina se localiza en cara, cuello y ambas regiones supraclaviculares. Si el SVCS está muy evolucionado, puede verse también edema en los miembros superiores. La cianosis la veremos en la cara y extremidades superiores. Así mismo los pacientes pueden presentar ingurgitación yugular, tos, expectoración hemoptoica, dolor torácico, mareo y trastornos de la visión.

Además de la clínica y la exploración física, nos ayudamos de pruebas de imagen para su diagnóstico. Estas pruebas pueden ser radiografía de tórax, escáner torácico (TAC), y en ocasiones, resonancia magnética y flebografía axilar bilateral. Realmente, con una sospecha clínica importante y una radiografía de tórax es suficiente para realizar el diagnóstico.

Finalmente, si el paciente no estaba previamente diagnosticado, necesitamos de prueba histológica para poder dirigir el tratamiento de forma específica.

El síndrome de vena cava, constituye una de las escasas situaciones de urgencia médica en Oncología, por lo que su diagnóstico precoz es clave para un eficaz tratamiento y un mejor pronóstico a medio plazo sobre todo en aquellos pacientes que no estaban diagnosticados.

El tratamiento debe ser precoz y centrado en primer lugar en el alivio sintomático basado en reposo, oxigenoterapia si lo requiere, dieta pobre en sal, diuréticos como furosemida para reducir el edema, corticoides a dosis altas y trombolíticos en caso de origen trombotico. Posteriormente se realizará un tratamiento específico de la causa que en el caso del cáncer de pulmón se basará en quimioterapia y radioterapia.

Concluyendo, destacar, que para el diagnóstico de esta urgencia oncológica basta con una sospecha clínica y una prueba de imagen tan sencilla como la radiografía de tórax, y esto debemos aprovecharlo, ya que iniciar el tratamiento sintomático mejorará considerablemente la calidad de vida de nuestro paciente y comenzar con el tratamiento específico puede prolongar notablemente su supervivencia.

Bibliografía

Hinojosa MC, Fernández I, Ergueta P, González E. Prevalencia Etiología del síndrome de vena cava superior. An Med Interna (Madrid) 1998; 15: 531-533.

Hoegler D. Radiotherapy for palliation of symptoms in incurable cancer. Curr Probl Cancer 1997; 21: 129-83.

Laguna P, Gazapo T, Murillas J, Martín H, Portero JL, Moya M. Síndrome de vena cava superior: análisis de una serie de 81 casos. An Med Interna (Madrid) 1998; 15: 470-475.



69.

Los tratamientos no son inocuos, tienen efectos secundarios

Miguel Moreno, Marta
Yagüe López, M^a Victoria
Guzmán Jabares, Rocío

/MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutora. CS El Torrejón, Huelva
/MIR de MFyC. CS El Torrejón, Huelva

Motivo de consulta

Paciente asintomático que acude a consulta para una analítica de control rutinaria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Varón de 74 años, sin reacciones alérgicas medicamentosas, exfumador desde hace 30 años. Patologías conocidas: Hipertensión, dislipemia, fibrilación auricular paroxística, hernia de hiato e intervenido de prostatectomía radical por carcinoma de próstata. Vida basal independiente para las actividades básicas de la vida diaria. En tratamiento actualmente con Amiodarona 200 mg, Apixabán 2'5 mg, Atorvastatina 80 mg y Omeprazol 20 mg.

Anamnesis

El paciente acude a consulta para que se le realice la analítica de control anual, comenta que se encuentra bien y sigue haciendo su vida normal.

Pruebas complementarias:

Analítica: Tirotropina de 0.01UI/mL y una tiroxina libre de 6.10ng/dL. Hemograma y resto de la bioquímica normal. Autoinmunidad negativa. Sedimento urinario: normal. Electrocardiograma: tonos rítmicos a unos 90lpm. PR normal, eje normal, QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.

Exploración:

Constantes: TA 120/55mmHg, frecuencia cardiaca de 96lpm, IMC de 22'7. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Palpación cervical sin hallazgos de bocio ni nódulos palpables. No dolor.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tirotoxicosis secundaria a amiodarona.

Diagnóstico diferencial:

- Enfermedad de Graves-Basedow.
- Adenoma hiperfuncional tóxico.
- Tiroiditis subaguda de De Quervain.

Plan de acción y evolución

Se comenzó a tratar con Tiamazol 5 mg, 2 comprimidos cada 8 horas y Propranolol 10 mg, 1 comprimido cada 12 horas. Se le hicieron analíticas de seguimiento cada 2-4 semanas aproximadamente con una reducción de tiroxina libre de forma progresiva hasta 0.58ng/dL (ver Tabla 1 y 2).

Se realizó teleconsulta a endocrinología donde le realizaron una analítica más amplia que fue normal y mantuvieron mismo tratamiento.

En cardiología decidieron suspenderle la Amiodarona y el paciente pasó de hipertiroidismo a hipotiroidismo, por lo que se le suspendió el Tiamazol.

Actualmente los valores tiroideos se han normalizado y sigue con tonos cardiacos rítmicos a buena frecuencia. En todo momento estuvo asintomático.

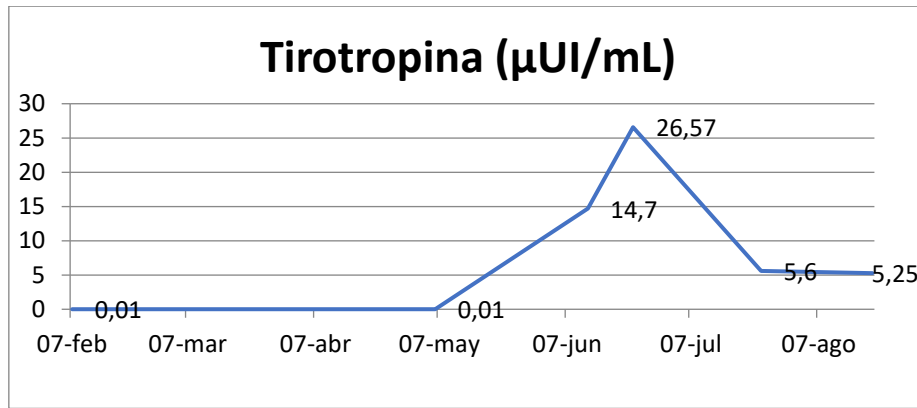


Tabla 1. Se aprecia la evolución de la tirotropina (valores normales 0.500-8.900μUI/mL) conforme le va haciendo efecto el Tiamazol. El 27 de junio se suspendió el Tiamazol tras esa brusca subida por la suspensión de la Amiodarona, normalizándose los valores.

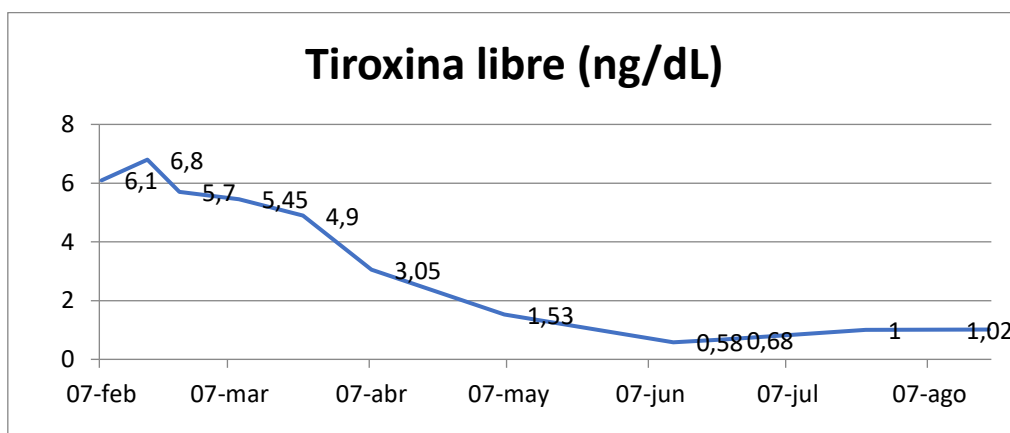


Tabla 2. Se aprecia la evolución de la tiroxina libre (valores normales 0.93-1.70ng/dL) conforme le va haciendo efecto el Tiamazol.

Conclusión

Ante un síntoma o signo nuevo en nuestro paciente debemos comenzar desde la base que es realizar una buena historia clínica, incluyendo sus antecedentes personales y tratamiento prescrito, sin olvidar una buena exploración. Muchas veces la clave está ahí.

Otro punto importante que se refleja en este caso es que no debemos infravalorar las analíticas rutinarias en pacientes con patologías crónicas si el paciente está asintomático porque muchas veces son el primer signo que nos hace sospechar que el paciente presenta alguna complicación. Ahora con la pandemia y la sobrecarga de trabajo se han dejado más de lo que nos gustaría en un segundo plano a pacientes crónicos que deben ser revisados antes de que presenten alguna complicación irreversible.

Palabras claves

Amiodarone, Hyperthyroidism

Bibliografía

Requeno Jarabo MN. Hipertiroidismo por amiodarona: efectos de la medicación a tener en cuenta. Aten Primaria. 2020;52(5):357-358.

García-Sáenz M, Espinosa-Cárdenas E. Tirotoxicosis inducida por amiodarona (TIA): un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Fac Med UNAM. 2018;61(5):24-29.

Toni M, Anda E, Pineda J, Martínez de esteban J.P, Ollero M.D. Trastornos tiroideos por amiodarona. Anales Sis San Navarra. 2009;32(3):363-370.

70.

Manejo del médico de familia de la enfermedad hematológica

Prieto Romero, Noelia
 Ortiz Mendez, María Teresa
 Blanca Moral, María

/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)
/Especialista en MFyC. Tutora. CS San José. Linares (Jaén)

Motivo de consulta

“Mi hijo lleva 2 semanas con esputos sanguinolentos”

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Varón de 17 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude al servicio de Urgencias acompañado de su madre; la cual refiere que hace 2 semanas su hijo comenzó con esputos hemoptoicos y malestar general; apareciendo en los 2 últimos días fiebre de hasta 38°C y en las últimas 24 horas unas manchas rojizas en ambos pies.

Inicialmente, dada la situación actual de pandemia por Coronavirus, pasó por circuito de respiratorio para descartar infección por SARS-CoV-2 y una vez descartada, pasó a circuito de Polivalente para seguir con el estudio, a la espera del resto de pruebas complementarias.

Exploración

Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Palidez cutáneo-mucosa. ORL: amígdalas hipertróficas con restos hemáticos, sin sangrado activo. ACR normal Abdomen: blando, depresible, no doloroso. MMII: petequias en ambos tobillos. exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hemograma: Hb 9, Hto 26.2, VCM normal, plaquetas 13000, L 70170 con N abs 16840, linfocitos abs 5540, monocitos abs 47430. Coagulación: TP 56%, INR 1.51, resto normal. Bioquímica: normal. PCR 40.3. PCT 0.14. CMV Ac (IgM): Negativo. Mononucleosis (Ac heterofilos): Negativo
- Sistemático de orina: Leucocitos 0, Hematíes 0, nitritos negativos
- Rx torax: sin hallazgos patológicos
- Grupo sanguíneo y RH: B positivo. Coombs indirecto negativo
- Test Ag SARS- CoV2: negativo
- PCR SARS- CoV2: negativo
- Frotis SP: Infiltración por un 85% de células de aspecto inmaduro con granulación citoplasmática, algunos núcleos hendidos y un 2% de células con astillas. PLAQUETAS COMPROBADAS, 0,4% de esquistocitos.



Enfoque familiar y comunitario

Vive con sus padres con los que mantiene una buena relación familiar. Estudia 2º Bachillerato. Amplio grupo de amigos, buenas relaciones sociales.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Probable leucemia mieloide aguda promielocítica (M3)

Diagnóstico diferencial:

- Mononucleosis infecciosa y otras infecciones virales
- Síndrome mielodisplásico
- Aplasia medular
- Reacciones leucemoides

Plan de acción:

Ante los hallazgos de la analítica contacté con Hematólogo de guardia quien, en primer lugar, se puso en contacto con analista para realizar frotis de SP y comprobar los datos analíticos y posteriormente acudió al Servicio de Urgencias para valoración del paciente.

Tras valoración del paciente y resultados de pruebas complementarias, indicó pasar al paciente a cama de observación para monitorización cardíaca, hidratación intensiva, antibioticoterapia con Cefepima 2 gr iv y transfusión de 1 pool de plaquetas (previa firma de CI).

Dado el diagnóstico de sospecha, se puso en contacto con Hematólogo de guardia del CH de Jaén para traslado urgente del paciente a dicho hospital.

Previo a ello informé a paciente y familiar (madre).

Evolución:

Se mantuvo ingresado en CH de Jaén a cargo de Hematología para realización de más pruebas complementarias (ecografía abdominal, RMN craneal, ecocardiografía, técnicas de biología molecular) para llegar al diagnóstico de certeza y poder iniciar el tratamiento dirigido.

Una vez tipificada la enfermedad (LPA PML/RAR alfa positiva), se inició tratamiento de inducción con Idarrubicina + Acido Transretinoico + Prednisona con buena tolerancia al mismo.

Durante su ingreso presentó diferentes complicaciones derivadas de su enfermedad como hematomas en extremidades, dolores óseos, fiebre, vómitos, ...

El paciente continúa ingresado para seguir con el tratamiento y control de síntomas.

Paciente y familiares fueron informados en todo momento del diagnóstico, tratamiento que iba a llevarse a cabo y pronóstico; también fueron explicados los riesgos y complicaciones que podían asociarse a la enfermedad.

Conclusión:

Los trastornos oncohematológicos son infrecuentes tanto en el servicio de Urgencias como en la consulta de Atención Primaria pero resulta importante la sospecha del mismo, dado que muchos se benefician de un tratamiento precoz. A su vez, es difícil realizar el diagnóstico, pero solo con la mínima sospecha debemos contactar con el servicio de Hematología.

Centrándonos en la enfermedad que nos compete este caso, las leucemias agudas son el resultado de la malignización de un precursor hematopoyético precoz que da lugar a una progenie que no es capaz de diferenciarse pero que continúa proliferando de forma incontrolada, lo que trae como consecuencia la rápida acumulación de células mieloides inmaduras en la médula ósea, llamadas blastos. Estos progresivamente reemplazan al tejido hematopoyético normal, provocando una reducción en la producción de leucocitos, hematíes, plaquetas, y con el tiempo pasan al torrente sanguíneo infiltrando bazo, ganglios, hígado y otros órganos vitales.

En cuanto a nuestra actuación como médicos de Urgencias o de Atención Primaria, lo primero que realizaremos será una exhaustiva anamnesis y exploración física investigando sobre hábitos de vida, antecedentes personales y familiares; tratamiento habitual e identificando síntomas y signos sugerentes de enfermedad hematológica (exteriorizaciones hemáticas, alteraciones dérmicas, prurito, sudoración nocturna, adenopatías,...). Posteriormente, nos apoyaremos en pruebas complementarias, principalmente en la analítica sanguínea teniendo que ser capaces de identificar los principales trastornos hematológicos; así como los que representan una urgencia hematológica como en este caso.

En cuanto tengamos un diagnóstico de sospecha, debemos ponernos en contacto con el Servicio de Hematología para que ellos continúen con el estudio del caso realizando todas las pruebas pertinentes para llegar al diagnóstico definitivo e iniciar el tratamiento. Este compete principalmente al Servicio de Hematología dado que son tratamientos muy específicos; pero a modo de generalidades resaltamos que el tratamiento varía, por una parte, de la edad y estado general del paciente; y por otra, de las características genéticas y moleculares de la enfermedad; y que el único tratamiento curativo en la mayoría de leucemias es la QT (fase de inducción y fase de consolidación).

Destacar que el tipo de leucemia de nuestro paciente, LMP, tiene un tratamiento específico diferenciado del resto de LMAs que consiste en la administración de una inducción de QT junto con un agente diferenciador (ATRA) y posteriormente consolidaciones con ATRA y otro agente no quimioterápico (tríoideo de arsénico) con buenos resultados.

Por todo esto, considero de gran importancia la actuación del médico de Atención Primaria en actividades de prevención para la detección de estos síntomas y signos de alarma para poder actuar cuanto antes.

Palabras clave:

Leucemia, petequias, hemograma

Bibliografía:

Hospital Universitario Clinic de Barcelona.

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/leucemia-mieloide-aguda/diagnostico>

Manual MSD para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/leucemias/leucemia-mieloide-aguda-lma>

71.

Manejo del nódulo tiroideo en la consulta de atención primaria

Martín Romero, Dolores
Gil Aguilar, Virginia

/Especialista en MFyC. Tutora. CS Antequera Centro, Málaga
/MIR de MFyC. CS Antequera Estación, Málaga

Motivo de consulta

Paciente que es atendido en primer lugar por teléfono que nos dice que desde hace más de una semana se ha notado que en el cuello tiene un bulto. No tiene otra clínica que lo acompañe, pero está preocupado, sobre todo por lo rápido que le ha crecido. Damos cita presencial en la consulta de AP.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

- NAMC.
- FRCV: no HTA, no DM, no DL.
- Hábitos tóxicos: fumador de 20 cig/día (consumo acumulado 1 paq/año, desde 2018).
- AP: SAHS grave diagnosticada por PO2 nocturna basal compatible en agosto de 2017, en tratamiento con CPAP a 8 cmH2O; Asma bronquial alérgica persistente moderada.
- IQ: párpado laxo OD (2017).
- Motivo de consulta: Paciente varón de 37 años de edad, que acude a la consulta tras hablar con nosotros por teléfono y decirle que acuda para ser valorado presencialmente. A su llegada, nos cuenta que desde hace más de 7 días se nota un bulto en la parte anterior del cuello.

Exploración

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Afebril. En la palpación del cuello se denota nódulo de gran tamaño que se mueve a la deglución en hemitiroides derecho. No presenta adenopatías acompañantes en cadenas linfáticas de cuello, tampoco suboccipitales, infra ni supraclaviculares.

Fonación normal conservada. Sin pérdida de peso.

Vía aérea superior aparentemente no comprometida (no estridor).

AP: buena ventilación pulmonar. Murmullo vesicular conservado.

AC: rítmico, sin soplos ni extratonos.

Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normo reactivas. Pares craneales normales. Fuerza 5/5. Sensibilidad conservada. Romberg negativo.

Pruebas complementarias

Se solicita Ecografía tiroidea y Analítica completa con parámetros tiroideos.

- Informe de Ecografía tiroidea: “Gran bocio multinodular, sobre todo a expensas del LTD (34 mm de eje anteroposterior) donde se aprecia un nódulo dominante de unos 32 mm de eje mayor, hiperecogénico con halo hipoecoico bien delimitado (TIRADS 3 con criterios de PAAF). LTI de unos 30 mm de eje anteroposterior, con múltiples nódulos de características benignas. Nódulo hipoecogénico en itsmo de unos 16 mm (TIRADS 4 con criterios de PAAF). No adenopatías. Glándulas submaxilares sin alteraciones. Conclusión: Gran bocio multinodular sobre todo a expensas de LTD. Citaremos para PAAF de nódulo dominante en LTD y nódulo TIRADS 4 en itsmo”.
- Analítica sanguínea:
 - Bioquímica: normal.
 - Hemograma: normal.
 - Hormonas: TSH 0,684.

(Desde el servicio de Radiología se solicita ampliación de estudio con TC de cuello).

- Informe TC de cuello: “Gran bocio multinodular con componente retroesternal que abraza y comprime la laringe. Además, presenta componente laterocervical derecho. Para lo que recomendamos valoración preferente por Cirugía y completar estudio con TC de tórax”. (Anexo 1).
- Informe PAAF de tiroides guiada con Eco: “Bocio multinodular con componente retroesternal con incontables nódulos que parecen haber aumentado de tamaño respecto a estudios previos. Conclusión: Se cita para TC de cuello con contraste”.
- Informe TC de tórax: “Gran bocio multinodular que rodea y comprime la laringe dejando una luz de hasta sólo 6 mm de eje axial descrito en TAC de cuello. En el tórax presenta una discreta extensión intratorácica de 23 mm. Parénquima pulmonar sin alteraciones significativas. No se identifican imágenes sugestivas de afectación de la pequeña vía aérea. Árbol traqueobronquial permeable sin alteraciones reseñables. No se observan adenopatías mediastínicas, axilares ni supraclaviculares de tamaño radiológicamente significativo. Aorta torácica y tronco de la arteria pulmonar de calibre normal. No se identifican imágenes de derrame pleural ni pericárdico”. (Anexo 2).

Enfoque familiar y comunitario

El paciente varón de 37 años, natural de Antequera. Vive en Antequera con sus padres. Estado civil: soltero y sin hijos. De profesión

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La principal sospecha clínica basada en los estudios de imagen es Bocio multinodular.

Se deberá hacer diagnóstico diferencial entre:

- Patología congénita: quiste tirogloso, quiste dermoide, teratoma.
- Patología tiroidea: Bocio, nódulo tiroides, quistes tiroideos, tumores malignos (papilar, folicular, anaplásico, medular, Linfoma y metástasis), tiroiditis (De Quervain, Hashimoto, aguda supurada, de Riedel) y tiroides ectópico.
- Tumor de paratiroides.
- Divertículo faríngeo.
- Restos de timo.

Plan de actuación

Derivamos de forma preferente a Cirugía General, que lo valora y cuyo plan de actuación es:

- Petición analítica con perfil tiroideo completo.
- Tiroidectomía total.

Evolución

El paciente es intervenido el 22/1/2021 por Cirugía General del Hospital de Antequera.

- Analítica sanguínea con perfil tiroideo previa cirugía:
 - Hemograma: normal
 - Bioquímica: normal.
 - Hormonas (función tiroidea): TSH 0,13; T4L 1,37 ng/dL; T3L 4,01 pg/dL; Ac. Anti Tiroglobulina 15 UI/mL; Ac anti Peroxidasa 51,8 UI/mL.
- Informe de Intervención quirúrgica:

“Paciente en decúbito supino con hipertensión cervical. Cervicotomía de Kocher. Hallazgos: Bocio multinodular, sobre todo a expensas de hemitiroides derecho. Tiroidectomía total. Piel con sutura intradérmica reabsorbible”

A día 24/1/2021, el paciente continúa ingresado en la planta de Cirugía Gral del H de Antequera.

Presenta niveles de Ca 7,5. Le pautan tratamiento y control analítico para 25/1/2020.

Conclusión

El bocio nodular afecta al 3-7% de la población, con una incidencia de 100 casos por 100.000 habitantes al año. Su riesgo de malignidad es del 4-6,5%.

Es más frecuente en aquellos países con déficit de yodo y en personas que han recibido radiación terapéutica en cuello/cabeza, corporal total; o sometidos a radiación accidental o ambiental (zonas volcánicas).

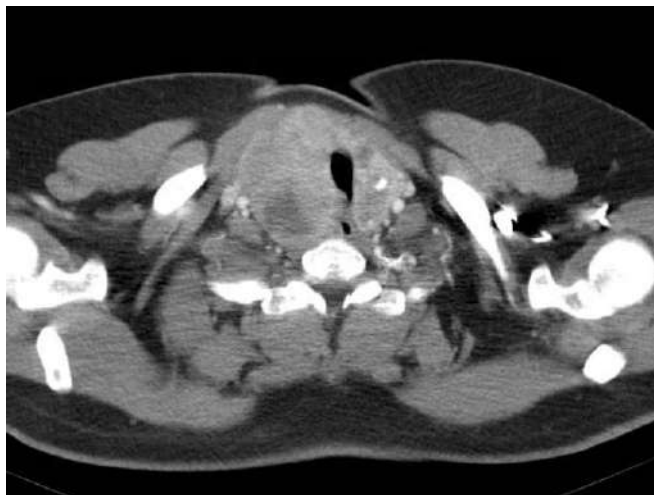
Es importante que en la historia clínica se recojan antecedentes de irradiación. En cuanto a la exploración, es la palpación la principal herramienta para detectar el bocio y la TSH, el parámetro bioquímico que nos descartará la disfunción tiroidea.

En nuestro papel desde la Atención Primaria, es principal la exploración y detección de una posible alteración en el tiroides para descartar, sobre todo, patología maligna o que comprometa la vida del paciente.

Anexos



Anexo 1. Imagen de TAC de cuello.



Anexo 2. Imagen de TAC de tórax.

Bibliografía

Martin Zurro, A; Cano Pérez, J.F; Gené Badia, J. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 8th. ed. Elsevier; 2019.

Guía Fistera: “Manejo de las masas cervicales”.

72.

Más allá de una clínica habitual en nuestra consulta

Pedraza Ramírez, Paula
Lozano Clavero, Marina
Gutiérrez Cañones, Rosa

/MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Pozoblanco, Córdoba

Motivo de consulta:

Mujer de 30 años que consulta por tumoración en espalda de unos 5 meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Intolerancia a Claritromicina, por epigastralgia. No enfermedades médico-quirúrgicas de interés. Niega consumo de tóxicos. No tratamiento habitual, según prescripciones activas, y niega consumo de productos de herbolarios.

Anamnesis

La paciente realiza consulta telefónica y explica que desde hace unos 5 meses se nota una tumoración en la espalda, no dolorosa la palpación ni movilización de columna, y sin crecimiento desde que apareció. Refiere que no ha consultado antes por situación epidemiológica de pandemia. Niega lumbalgia con signos de alarma, síndrome constitucional, fiebre u otra sintomatología acompañante. Se cita ese mismo día para valoración presencial para exploración correspondiente.

A la exploración, presenta tumoración a nivel de últimos arcos costales posteriores derechos, de unos 5 cm de tamaño, molesta a la palpación, de consistencia pétreo y bordes mal definidos. Ante estos hallazgos, se solicita radiografía de columna dorsolumbar y ecografía de partes blandas.

En la radiografía no se aprecian lesiones óseas; sin embargo, en la ecografía se describe: lesión hipocogénica de unos 41x54 mm, sin vascularización con Doppler, no catalogable. Por ello, desde Radiología se solicita Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de columna dorsal y lumbosacra.



La RMN es informada como: pequeño foco de mielopatía/ectasia focal del conducto endimeario en médula dorsal alta y masa paravertebral derecha dorsolumbar compatible con neoformación mesenquimal.

Ante los hallazgos, derivamos a la paciente a consulta de Traumatología, siguiendo los protocolos indicados por nuestro hospital comarcal. Es valorada al mes siguiente, derivándola a su vez a la Unidad de Columna (Neurocirugía) de nuestro hospital de referencia. Tras dos meses, la paciente acude a consulta de Neurocirugía. Refiere crecimiento de la lesión y lumbalgia mecánica. A la exploración no se aprecia afectación neurológica. Solicitan nueva RMN para valorar crecimiento de la lesión y derivan a consulta de Cirugía General con vista a planificación de tratamiento quirúrgico.

Acude a consulta de Cirugía General a la semana de la derivación, apreciando crecimiento de la lesión de hasta unos 15x20 cm, por lo que ante el crecimiento de la lesión y la sospecha de componente mesenquimal de la misma, deciden acelerar el proceso solicitando un Body-TC y BAG de la lesión.

En el Body-TC se aprecia, a nivel de tórax, la presencia de varios nódulos pulmonares compatibles con metástasis. A nivel de abdomen, se confirma el crecimiento de la tumoración, con medidas de 76x93x150 mm. La anatomía patológica obtenida mediante BAG es informada como lesión compatible con sarcoma de partes blandas.

Se lleva a cabo la correspondiente interconsulta a Oncología. Tras una primera valoración se indica tratamiento quimioterápico, que previo estudio de cardiopatía estructural y descartando la misma, es iniciado con Antraciclina.



Enfoque familiar y comunitario:

Casada, con un hijo de 2 años y medio. En activo actualmente, como dependiente de profesión, en comercio local de ropa. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Cursó estudios superiores y se encuentra en un nivel sociocultural medio-alto. Buen soporte familiar. Los padres de la paciente, forman parte de nuestro cupo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: ante una tumoración de partes blandas de meses de evolución debemos hacer diagnóstico diferencial tanto con patologías benignas (lipoma, formación quística, fibrolipoma) como malignas (sarcomas).

Juicio clínico

Sarcoma de partes blandas.

Plan de acción y evolución:

Durante el proceso de estudio de la lesión, la paciente acude a nuestra consulta varias veces de manera presencial y telefónica, para consultar dudas respecto a la patología que presenta, posibilidades terapéuticas y posibilidades de éxito de las mismas.

Estas consultas son, principalmente, para un acompañamiento por nuestra parte tanto para la paciente como para sus padres, ya que presentan un importante estado de ansiedad reactivo a la situación por la que atraviesan. La importancia de nuestro caso clínico radica, no sólo en el alto impacto del diagnóstico y tratamiento de la patología, sino también en la relación médico-paciente, que puede no haber sido la adecuada, haciendo que genere a la paciente y a su entorno más ansiedad e incertidumbre de las que cabría esperar ante una noticia de este calibre. En este caso, la paciente ha encadenado consultas con diferentes especialistas sin que nadie le explique el motivo de la derivación ni los hallazgos de las pruebas diagnósticas, incluso ha llegado a recibir información importante vía telefónica con frases como "Usted se tiene que poner en lo peor, por eso mañana tiene que ir a Oncología". Ante esta situación, la paciente y sus familiares se han apoyado en nuestra consulta tanto para obtener información sobre su proceso como para servir de soporte emocional.

Actualmente, la paciente continúa tratamiento quimioterápico, con expectativas de intervención quirúrgica si el tratamiento actual fuese efectivo. Se encuentra con incapacidad temporal.

Conclusión:

Cabe destacar la labor de la Atención Primaria en diagnósticos de tan alto impacto emocional, ya que, aunque no seamos nosotros los que finalmente llegamos al diagnóstico histológico y tampoco realizamos el tratamiento con intención curativa, sí que tenemos que tener siempre presente criterios de alarma por los que iniciar y/o ampliar estudio, que en nuestro caso clínico nos permitió apreciarlos una correcta exploración. Así como dar nuestro apoyo durante todo el proceso diagnóstico y terapéutico.

Respecto al estudio de tumores de partes blandas, recalcar la ecografía como primera prueba de imagen a realizar, siendo ésta muy accesible desde Atención Primaria, así como inocua. Sin embargo, no debemos olvidar que ante una lesión sospechosa por los signos en la exploración, aunque la ecografía que realicemos no nos resulte llamativa, debemos continuar con el estudio de dicha patología.

73.

“Me pica todo, doctora”

Villén Jiménez, Alba
 Sánchez Mariscal, M^a Dolores
 Fraile Pascua, Isabel

/MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Salvador Caballero, Granada
/MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada

Motivo de consulta

Prurito generalizado.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 90 años con los siguientes AP de interés:

- Demencia de origen vascular con una puntuación de 5 puntos en la Escala de Deterioro Global (GDS).
- Fibrilación Auricular anticoagulada con Acenocumarol, Bisoprolol 2,5 mg diarios para control de frecuencia cardíaca.
- Hipertensión Arterial en tratamiento con Enalapril 20 mg diarios.
- Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con Metformina 850 mg 1 comprimido cada 12 horas (última HbA1c hace 3 meses: 7%), con función renal conservada y sin microalbuminuria.

A nivel funcional, dependiente para gran parte de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (come solo, necesita supervisión para el resto). Porta pañal nocturno. Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 no sale del domicilio, se desplaza con andador. Vive con su mujer de 86 años. Reciben ayuda de cuidadora todas las mañanas, acompañados durante la noche por cuidadora formal, sus dos hijas los visitan a diario por la tarde.

Su hija solicita cita, que se lleva a cabo por vía telefónica ante situación epidemiológica actual, y nos cuenta cuadro de prurito generalizado de 3-4 semanas de evolución, sin otra clínica asociada. Ha estado tomando Hidroxizina que tenía en domicilio sin mejoría. Programamos visita domiciliaria. Encontramos a nuestro paciente con un mayor grado de dependencia, desorientado en tiempo y parcialmente en espacio, con dificultades para reconocer a sus nietos y algún episodio de confusión con su hijo menor al que ve con menos frecuencia. Necesita ayuda para todas las ABVD, porta pañal diurno y nocturno, se desplaza en domicilio con dificultad (GDS 6).

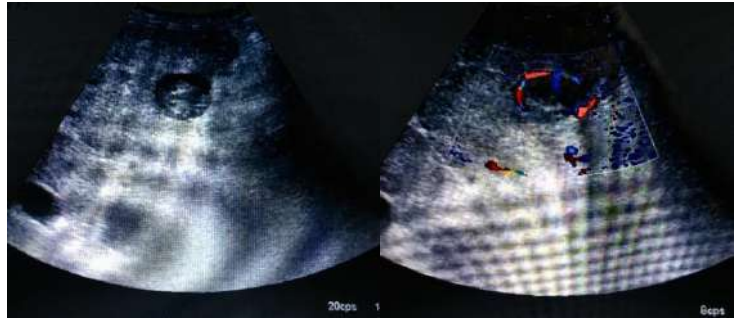
El paciente refiere cuadro de prurito generalizado, que incluye palmas y plantas, que parece intensificarse durante la noche, dificultando algunas veces el descanso nocturno. No asocia ninguna otra sintomatología. A la exploración únicamente destaca ligera xerosis más marcada en extremidades, con alguna lesión por rascado en tronco sin signos de sobreinfección. No ictericia, no lesiones primarias dermatológicas. Auscultación cardíaca con tonos arrítmicos y soplo sistólico en foco aórtico II/VI, auscultación pulmonar sin alteraciones. exploración abdominal anodina, sin identificar masas ni megalias, no dolorosa. No adenopatías.

Proponemos hidratación cutánea y tratamiento antihistamínico con Dexclorfeniramina y revisión en dos semanas. Su hija refiere persistencia de la clínica, incluso lo ve más apagado y entorpecido. Achacando el empeoramiento funcional a la somnolencia por Dexclorfeniramina, proponemos cambio a Loratadina y corticoide tópico para administrar en áreas de mayor prurito. Solicitamos analítica y programamos cita presencial en una semana.

En esta visita su hija nos relata, además de la persistencia del cuadro, empeoramiento progresivo del paciente asociando anorexia y pérdida de peso subjetiva que no han cuantificado pero notan en la ropa; sin otros síntomas en la anamnesis dirigida por órganos y aparatos. Objetivamos en consulta pérdida de peso en estas tres semanas que cuantificamos en 4kg. A la exploración, no ictericia ni lesiones cutáneas primarias, sí múltiples lesiones de rascado en tronco, abdomen y extremidades superiores. De los resultados analíticos destaca:

- Hemograma: serie roja, blanca y plaquetas sin alteraciones significativas.
- Bioquímica: glucemia 127mg/dL, función renal conservada (Cr 0.95 mg/dL y urea 32mg/dL). Colestasis disociada con bilirrubina total 0.9mg/dL, GGT 125U/L y FA 150U/L, GOT y GPT en rango. LDH 398 U/L.
- VSG 28mm/h. Ferropenia con IST 18.5%. TSH en rango.

Ante cuadro de prurito refractario a tratamiento convencional y posible síndrome constitucional, con colestasis disociada como principal hallazgo analítico, realizamos ecografía abdominal en centro de salud, con los siguientes hallazgos: lesión focal de 25mm, de ecogenicidad heterogénea, localizada en lóbulo hepático izquierdo, con vascularización periférica e intralesional. Área pancreática visible en todo su recorrido sin lesiones. Ambos riñones de tamaño normal, con buena diferenciación cortico-medular, sin dilatación de sistema pielocalicial. Ante el hallazgo de probable neoplasia hepática, propusimos tratamiento con colestiramina.



Enfoque familiar y comunitario:

Dado el marcado deterioro cognitivo del paciente, en este caso es fundamental el trabajo con la familia. Abordar la situación paliativa del paciente e intentar resolver las dudas, miedos y expectativas que puedan tener. Tenemos un papel fundamental en el acompañamiento tanto del paciente como de su familia.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Sospecha de neoplasia hepática en paciente con deterioro cognitivo avanzado. Prurito como síndrome paraneoplásico.

Plan de acción

De manera consensuada decidimos no ampliar el estudio dada el escaso beneficio que esto iba a aportar al paciente, descartando medidas ni tratamientos invasivos. Abordamos la importancia de orientar su tratamiento y cuidado al control de los síntomas y las posibles complicaciones que se pudieran dar en los siguientes meses, priorizando la calidad de vida y su confort. Ante ineficacia de tres antihistamínicos y colestiramina, iniciamos tratamiento con Clorpromazina y Prednisona oral a dosis bajas para control del prurito y la anorexia.

Evolución:

Durante el siguiente mes el paciente ha presentado buen control del prurito con el tratamiento pautado y se ha atenuado la pérdida ponderal. Como consecuencia del tratamiento con corticoide oral, las glucemias basales se han elevado ligeramente (130-150 mg/dL). Teniendo en cuenta la edad y el cuadro clínico del paciente, hemos decidido no intensificar tratamiento antidiabético. Hemos realizado una Planificación Anticipada de Decisiones en la que recogemos las preferencias de recibir asistencia en su domicilio en las últimas etapas de la vida que el paciente había expresado en alguna ocasión.

Conclusión:

Ante un paciente con prurito generalizado sin lesiones dermatológicas asociadas, refractario a tratamientos convencionales, debemos pensar en un síndrome paraneoplásico e iniciar un estudio complementario que incluya hemograma, función hepática y renal, LDH, VSG y estudio de hierro. Según la sospecha podemos añadir serologías, radiografía de tórax, proteinograma, función tiroidea, pruebas de imagen (TC o ecografía), sangre oculta en heces, anticuerpos antitransglutaminasa. En aquellos pacientes con deterioro cognitivo avanzado y sospecha de enfermedad neoplásica, es fundamental abordar con la familia la importancia de priorizar el tratamiento sintomático de los posibles síntomas y complicaciones, descartando medidas invasivas que produzcan un mayor daño al paciente. Nuestro papel como médicas de familia es clave en el acompañamiento de estos pacientes y su familia.

Bibliografía:

Yosipovitch G. Chronic Pruritus: a Paraneoplastic Sign. *Dermatol Ther.* 2010 November; 23(6): 590–596.
 Millington GWM, Collins A, Lovell CR, Leslie TA, Yong ASW, Morgan JD, Ajithkumar T, Andrews MJ, Rushbook SM, Coelho RR, Catten SJ, Lee KYC, Skellett AM, Affleck AG, Exton LS, Mohd Mustapa MF, Levell NJ. British Association of Dermatologists: guidelines for the investigation and management of generalized pruritus in adults without an underlying dermatosis, 2018. *Br J Dermatol.* 2018 Jan;178(1):34-60.
 Siemens W, Xander C, Meerpohl JJ, Buroh S, Antes G, Schwarzer G, Becker G. Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11.

74.

Monitorización del dolor en paciente oncológico de larga supervivencia

Huertas Rodríguez, Jaime Antonio
 Martínez Báez, Paula
 León Arévalo, Isabel

/MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla
/MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena, Sevilla

Motivo de consulta

Dolor oncológico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 44 años con carcinoma de células escamosas de lengua (pT3N2bMx estadio IVa) intervenido en febrero 2018 (hemiglosectomía derecha + disección cervical funcional derecha) con RT adyuvante finalizada en julio 2018. Recidiva metástasis cervical en diciembre 2018. Refiere dolor de características crónicas e irruptivas en la lengua desde la intervención. El paciente comenzó con fentanilo en parches que no toleró por secundarismos, instaurándose tratamiento con oxiconona/naloxona y fentanilo de liberación inmediata, junto con AINES que requirió constantes aumentos posológicos a lo largo del 2019, siendo derivado desde oncología a la unidad del dolor, por fallo terapéutico continuo, desde donde tiene escaso seguimiento. A principios de 2020 el paciente llega a dosis máximas toleradas sin secundarismos de oxiconona/naloxona requiriendo hasta 8 rescates diarios de fentanilo sublingual. A través de nuestras consultas telefónicas, en el contexto de la pandemia por COVID19, propusimos una rotación de opiodes a morfina MST reduciendo al 50% la dosis equivalente de morfina, controlando el dolor de forma exitosa durante 3 días hasta aparición de nuevos secundarismos, teniendo que volver al tratamiento anterior, pero desafortunadamente sin control sintomático total. En los continuos contactos telefónicos, fuimos realizando cambios posológicos y añadimos carbamazepina al tratamiento en dosis crecientes en el momento actual, con la cual como coadyuvante se está consiguiendo cierto control del dolor, pero sin llegar a resolverse. Continua en seguimiento por la unidad del dolor sin terminar de someterse a tratamiento intervencionista, así como por cirugía maxilofacial.

Exploración

Dolor tipo neuropático en hemilengua derecha, cara lateral derecha en la zona irradiada, cuello y antebrazo izquierdo, con alodinia importante en antebrazo izquierdo. Disfagia junto con dolor que se exacerba con la alimentación o la apertura bucal. Síndrome de Horner derecho.

Enfoque familiar y comunitario, Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Según el modelo de la OMS modificado por De la Revilla, se encuentra en la etapa II o fin de extensión, de su ciclo vital familiar. Vive con su mujer y sus dos hijos adolescentes que le aportan buen apoyo familiar, aunque con una situación económica delicada. Reconoce cierto aplanamiento afectivo desde que comenzó con altas dosis de opioides, no habiendo requerido tratamiento psiquiátrico especializado desde entonces.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Carcinoma de células escamosas de lengua (pT3N2bMx estadio IVa) intervenido en febrero 2018 (hemiglosectomía derecha + disección cervical funcional derecha) con RT adyuvante finalizada en julio 2018. Recidiva cervical en diciembre de 2018.
- Dolor crónico oncológico.
- Dolor oncológico irruptivo.
- Dolor neuropático.

Plan de acción y evolución

Nos encontramos ante un paciente joven, con una patología grave potencialmente deletérea, pero que en el momento actual de la enfermedad su problema clínico más limitante para alcanzar un nivel funcional casi normal es el control dolor, tras su tratamiento quirúrgico y radioterápico.

La problemática fundamental ha sido lidiar con la intolerancia del paciente a diversos morfínicos, la escasa accesibilidad y seguimiento desde la atención especializada y la dificultad de contacto asistencial debido a la situación de pandemia.

Por ello lo más importante ha sido la atención continua y reglada, de forma telefónica, para la modificación, aunque fuese mínima, del tratamiento del paciente, con las herramientas terapéuticas disponibles y la instrucción al mismo sobre su patología y autoevaluación de la misma.

Conclusión

Los pacientes con dolor oncológico de manejo complejo requieren una monitorización estrecha por parte de los profesionales que los atienden con especial atención en aquellos pacientes que deben convivir un largo periodo de enfermedad junto a ese dolor. Desgraciadamente, en nuestro medio el seguimiento estrecho por parte de las unidades del dolor es muy espaciado en el tiempo debido a la saturación de estos.

Por otra parte, la situación actual de pandemia debida al SARS-CoV-2, ha cambiado de forma radical la realidad asistencial que vivimos con nuestros pacientes, tanto en atención primaria como en especializada, trasladando nuestro contacto médico, de lo presencial a lo telemático. En el caso de este paciente ha sido un cambio con un impacto incluso positivo, en beneficio de la seguridad del mismo, con la reducción de exposiciones al virus, y disminución de visitas innecesarias para renovación de opioides o evaluación del control del dolor, permitiendo incluso poder realizar un seguimiento más estrecho de nuestro paciente, evitando o minimizando la sensación de abandono asistencial tanto por nuestra parte como por la del enfermo, acompañándolo en su proceso oncológico.

75.**Mujer que consulta por nódulo mamario. La importancia de los antecedentes familiares**

Reinoso Rodríguez, Irene
 García Molina, María
 López Puertas, Rafael

/MIR de MFyC. CS Bulevar, Jaén
/MIR de MFyC. CS Bulevar, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Bulevar, Jaén

Motivo de consulta

Nódulo mamario.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 35 años que acude a consulta en mayo de 2019 tras hallazgo casual de nódulo en mama izquierda por el que no había consultado en ocasiones previas, sin relación a traumatismo ni lactancia.

Antecedentes personales: Artritis reumatoide.

Antecedentes familiares: Cáncer colorrectal (CCR) en padre (fallecido a los 80 años), un hermano (fallecido con menos de 50 años) y dos primos hermanos (fallecidos con 50 y 60 años).

Exploración

Nódulo indurado y doloroso a la palpación de 5 cm de diámetro en cuadrante superior interno de mama izquierda, sin retracción de piel ni pezón. No se palpan adenopatías axilares.

Pruebas complementarias

Mamografía y ecografía: lesión de 50x19x38 mm en cuadrante superior interno de mama izquierda sugerente de malignidad (BIRADS 5). BAG: carcinoma de mama multicéntrico lobulillar.

La paciente fue derivada a consultas de Oncología y Unidad de mama para estadiaje y tratamiento. Se solicitó una RMN que descartó metástasis cerebrales y se clasifica como carcinoma multicéntrico luminal A localmente avanzado. Dada la edad de aparición temprana se decide estudio genético en marzo de 2020, donde se detecta mutación de MLH1.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familia nuclear compuesta por el matrimonio de una hermana menor y único varón de 4 hermanos, con un único hijo de 7 años de edad. Según modelo de OMS, la paciente se encuentra en fase IIA de expansión. No se realiza test de Apgar, pero existe buena relación entre los componentes de la familia. Entre los acontecimientos vitales estresantes, según la escala de Holmes y Rahe, destacan la muerte del padre y uno de sus hermanos por CCR, diagnóstico de cáncer de mama, despido del trabajo de su marido y diagnóstico de enfermedades en sus familiares (un cuñado diagnosticado de CCR, una hermana con miomas uterinos).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma lobulillar infiltrante y síndrome de Lynch. Diagnóstico diferencial con el síndrome de Muir Torre, una variante del síndrome de Lynch que, además de agrupar diferentes formas de neoplasias genitourinarias y CCR, también asocia tumores sebáceos y/o queratoacantomas.

Plan de acción y evolución

Se inició tratamiento con quimioterapia y hormonoterapia neoadyuvantes con posterior mastectomía en abril de 2020 y radioterapia. Actualmente, en tratamiento con tamoxifeno. Dado el carácter hereditario del síndrome de Lynch, se acordó estudio genético de familiares (hermana e hijo con mutación MLH1 presente) y cribados de neoplasias gastrointestinales con gastroscopias y colonoscopias periódicas. Se informó a la paciente de la necesidad de observación y revisión en consultas de Atención Primaria de lesiones en piel.

En la última colonoscopia de control de enero de 2021, se biopsió una lesión a 40 cm del margen anal pendiente de resultados de Anatomía Patológica.

Conclusión

El cáncer de mama hereditario constituye entre un 5 a un 10% del total de casos de cáncer de mama. Es importante pensar en él en caso de lesiones sospechosas en mujeres jóvenes o con antecedentes familiares de cáncer de ovario y/o mama. Aunque la mayoría de mutaciones en este tipo de cáncer residen en genes BRCA1 y BRCA2 existen otras mutaciones en diferentes genes como p53, PTEN o genes MMR (MSH1, MLH1, MSH6, PMS2) encontradas en patologías como síndrome de Li-Fraumeni o el síndrome de Lynch.

El síndrome de Lynch, también llamado CCR hereditario no asociado a poliposis, es la forma más frecuente de CCR hereditario. Relacionado con CCR y cáncer de endometrio se ha asociado con otras neoplasias gástricas y genitourinarias. Es una enfermedad autosómica dominante con alteraciones en genes MMR. Al ser una enfermedad hereditaria, es de vital importancia el estudio de los familiares, no solo para el diagnóstico, si no para prevención de neoplasias asociadas en los miembros de la familia, de ahí la importancia del uso del genograma.

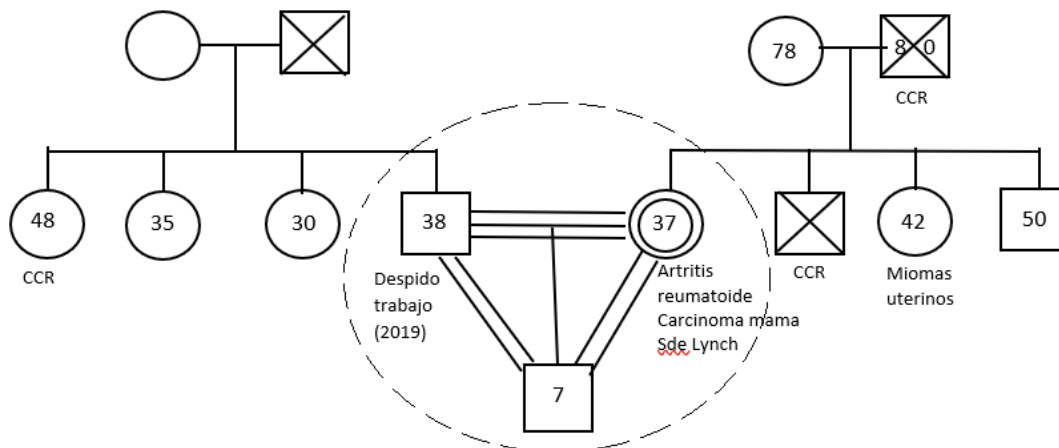
El genograma por tanto se configura como una pieza clave en la consulta del Médico de Familia como herramienta de prevención y diagnóstico de enfermedades, así como información sobre problemas biopsicosociales del paciente.

En este caso además se ejemplifica el trabajo multidisciplinar entre el Médico de Familia y diferentes servicios hospitalarios para una atención integral del paciente oncológico.

Palabras clave

Carcinoma de mama, síndrome de Lynch

Figura 1. Genograma familiar



Bibliografía

UptoDate [Internet] 2020 (consultado 20 de enero de 2021) N Peshkin B, Isaac C. Overview of hereditary breast and ovarian cancer syndromes associated with genes other than BRCA1/2. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hereditary-breast-and-ovarian-cancer-syndromes-associated-with-genes-other-than-brca1-2>

UptoDate [Internet] 2020 (consultado 20 de enero de 2021) Ko Win A, C Neumann C. Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer): Clinical manifestations and diagnosis. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/lynch-syndrome-hereditary-nonpolyposis-colorectal-cancer-clinical-manifestations-and-diagnosis>

UptoDate [Internet] 2020 (consultado 20 de enero de 2021). Tai P. Muir-Torre síndrome. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/muir-torre-syndrome>

76.

Mutilación genital femenina: una superviviente en nuestra consulta

Villén Jiménez, Alba
 Sánchez Mariscal, M^a Dolores
 Fraile Pascua, Isabel

/MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Salvador Caballero, Granada
/MIR de MFyC. CS Salvador Caballero, Granada

Motivo de consulta:

Mujer de 22 años con amenorrea de 3 meses e infecciones urinarias de repetición.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 22 años de origen somalí, residente en España desde hace un año. Vive con su marido y su hija de 3 años. Se comunica en castellano con alguna dificultad. Acude a consulta por amenorrea de 3 meses y varios episodios de infecciones urinarias atendidos en el servicio de urgencias. Realizamos una prueba de embarazo que resulta positiva y nuestra paciente nos confirma su deseo de continuar con la gestación. Como único antecedente de interés además de las infecciones urinarias de repetición por las que consulta, cesárea por presentación podálica hace 3 años, no otras gestaciones. Realizamos una toma de tensión arterial y peso, programamos una primera analítica con serologías de virus de hepatitis B, hepatitis C, VIH y sífilis; y una ecografía abdominal que dató una gestación de 12 semanas.

Si bien en el control habitual de la mujer embarazada se suele aplazar la exploración vaginal hasta el momento del parto, en este caso valoramos adelantar dicha exploración dada la recurrencia de las infecciones urinarias y la procedencia de la paciente de una comunidad en la que la Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica muy prevalente. Así, concertamos una cita para realizar la exploración en un ambiente de mayor seguridad y confianza, contando con el consentimiento de la paciente. A la inspección observamos una escisión completa del clítoris y los labios menores, que en su extremo superior están fusionados con una cicatriz queloide que afectaba a parte del meato uretral, presentando los dos tercios inferiores una cicatriz de bordes libres, sin retracciones ni cicatrices hipertróficas; introito libre y permeable, no doloroso. Se trata, por tanto, de una mutilación genital tipo IIb dentro de la clasificación de la OMS. Abordamos con nuestra paciente las consecuencias de sus lesiones: de una parte, las infecciones urinarias de repetición y, de otra, las posibles complicaciones durante el expulsivo en el parto (desgarros, dificultad en el sondaje, etc.).

Tras el resultado analítico con serologías negativas, contactamos con el Servicio de Ginecología de nuestro hospital de referencia para abordar el caso, que valoró a la paciente proponiendo una apertura del área fusionada de los labios menores para evitar un desgarro de mayor entidad durante el parto.

Realizamos un trabajo de acompañamiento con la paciente intentando resolver todas sus dudas, la mayoría orientadas a cómo una práctica tan frecuente en su comunidad podía tener dichas consecuencias en su salud.

Enfoque familiar y comunitario:

En este caso es imprescindible indagar la actitud de los padres frente a la mutilación, implicando también al padre en este proceso, con vistas a prevenir una futura mutilación de su hija. A pesar de encontrarse lejos de su comunidad de origen, suelen presentar gran respeto y apego a sus tradiciones. En algunas sociedades la MGF tiene un valor de ritual de iniciación que prepara a la niña para la edad adulta y aporta un sentimiento de pertenencia al grupo e identidad étnica, de ahí que los padres suelen optar por perpetuar dicha práctica. Conocer estas creencias y razones es fundamental para elaborar líneas preventivas que eviten la mutilación de las niñas procedentes de estas comunidades.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Mutilación Genital Femenina tipo IIb.

Plan de acción:

Consideramos de vital importancia la búsqueda de un espacio tranquilo y de confianza en el que poder analizar junto a ambos padres las creencias depositadas en esta práctica y su actitud frente a ella, aportando contraargumentos orientados a las graves consecuencias que tendría para la salud de su hija. La utilización de un lenguaje no estigmatizante ni culpabilizador es clave en este diálogo, pero desaprobando la práctica. Tras un trabajo a largo plazo de diálogo e información, planteamos la firma de la Carta de Compromiso Preventivo, que tiene como objetivo proporcionar soporte a la familia en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas frente a posibles presiones a la que puedan verse sometidos.

Evolución:

Durante el resto de la gestación la paciente presentó dos nuevos episodios de infección urinaria. En el momento previo al parto se realizó una intervención quirúrgica de apertura del área genital fusionada, pudiendo desarrollarse el parto vía vaginal sin ninguna complicación para la madre ni el hijo.

Tras varias sesiones los padres decidieron firmar la Carta de Compromiso Preventivo.

Conclusión:

Si bien la MGF es una práctica prevalente sobre todo en etnias subsaharianas, los movimientos migratorios y la globalización hacen que su peso en nuestras consultas sea cada vez mayor. Como profesionales sanitarias debemos buscar de forma activa vías que faciliten la accesibilidad al sistema sanitario de mujeres migrantes. En aquellas mujeres de origen subsahariano gestantes es importante la captación precoz y el abordaje de una posible MGF mediante la exploración genital, siempre en un ambiente de confianza y con el consentimiento informado de la paciente. Una buena coordinación entre niveles con el servicio de Ginecología y Obstetricia permite programar una posible cirugía reparadora durante el parto.

Es nuestro deber trabajar a largo plazo en la prevención de la MGF de aquellas hijas cuyas familias procedan de comunidades que practican la MGF.

Bibliografía:

La Mutilación Genital Femenina en España. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

Fundación Wassu-UAB. 2020. Ministerio de Igualdad. Disponible en: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudio_mgf.htm

Kaplan A. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Fundación Wassu. UAB 2017. [En línea consultado 20 Dic 2020]. Disponible en:

https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk02dgx4mFIJ5j1vBGzAJQdfhJ61hvg:1609360785546&q=Mutilaci%C3%B3n+genital+femenina.+Manual+para+profesionales.+Kaplan+A.+Fundaci%C3%B3n+Wassu.+UAB+2017&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwjD_7-PyPbtAhUJShUIHYWIDxgQBSgAegQICBA1&cshid=1609360866312973&biw=1536&bih=754

77.

Neutropenia en paciente post-COVID

Tortosa Rosúa, José Antonio

Pino Lijarcio, Ana

López de Hierro Ruiz, José Andrés

/MIR de MFyC. CS Zaidín Sur, Granada

/MIR de MFyC. CS CS Zaidín Sur, Granada

/Especialista en MFyC. Tutor. CS Zaidín Sur, Granada

Motivo de consulta

Mujer de 61 años que acude a consulta de atención primaria el 14 de diciembre de 2020 debido a persistencia de astenia generalizada y malestar general tras ingreso hospitalario del 13 al 26 de noviembre por neumonía bilateral severa COVID-19, complicada con neutropenia febril.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: principalmente traumatológicos (síndrome artrósico generalizado). No hábitos tóxicos. Contraindicación a clavulánico. Última analítica de control en enero de 2020 sin alteraciones.

Antecedentes familiares: sin interés.

Tratamiento en ese momento: Bromazepam 1.5 mg/24 h, Paracetamol 1 g/12 h si dolor, Calcifediol 266mcg mensual.

Enfermedad actual: malestar general, astenia generalizada, sensación de palpitaciones e insomnio de conciliación desde el alta hospitalaria. No otros síntomas en la anamnesis por órganos, aparatos y sistemas.

Exploración física

Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos taquicárdicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. No edemas en MMII.

Actitud: se realiza ECG que muestra taquicardia sinusal a 140lpm y se solicita analítica de control, pues durante su ingreso hospitalario fue valorada por hematología de la neutropenia febril, quienes en su momento visualizaron en frotis abundantes linfocitos de aspecto atípico y promonocitos de forma aislada, en un principio compatibles con el cuadro infeccioso. Dada la casi recuperación de la neutropenia durante el ingreso indicaron al alta control por el médico de familia y valorar repetir analítica en 3-4 semanas.

Tras este primer reconocimiento iniciamos bisoprolol 2.5 mg por las noches para control de taquicardia.

El 21 de diciembre se contacta telefónicamente con la paciente para reevaluarla e informarle de resultados de analítica. Clínicamente, solo la taquicardia había mejorado parcialmente con el beta-bloqueante. En la analítica destacaba: anemia (Hb 11.4), leucocitosis (14.36×10^3) con neutropenia relativa en el porcentaje (24.10%), no así en el recuento que era normal, monocitosis (1.98×10^3), incremento de células LUC (5.14×10^3), VSG 100, PCR 87.3 y NTpro-BNP 949. El frotis sanguíneo informaba de desviación izquierda hasta mielocito, monocitos vacuolados con importantes atipias, presencia de algunas células inmaduras y macrotrombocitos.

Dados los antecedentes durante el ingreso, la clínica actual y los resultados de la analítica se deriva de forma preferente a hematología para valoración de alteraciones de la serie mieloide.

El 13 de enero de 2021 hematología indica nueva analítica de control y de punción-aspirado de médula ósea. A los 5 días se reciben resultados de ambas pruebas. En el análisis había un claro empeoramiento de la anemia (Hb 10.2, hematocrito 30.2%), viraje de leucocitosis a leucopenia (4730×10^3), neutropenia importante (330), persistencia de células LUC elevadas y plaquetopenia (114×10^3). En la biopsia de médula ósea resaltar la presencia de población monocítica que comporta el 53% del total celular y desplaza el resto de líneas hematopoyéticas, hallazgos compatibles con Leucemia Aguda Mieloide M5b.

Enfoque familiar y comunitario

Desde el punto de vista sociofamiliar la paciente se encuentra arropada por su familia cercana (familia en la etapa V del ciclo vital familiar según la OMS, fase final de la contracción), con adecuada estructura y juicio de la realidad de la enfermedad, así como con apoyo social, aunque dada la gravedad de la situación nos reconoce en el momento actual tendencia al ánimo ansioso-depresivo.

Mencionar que la paciente fue llamada el 25/01/2021 para pedirle su autorización para la publicación de este caso clínico acerca de su cuadro de forma anonimizada. La paciente comprende y acepta nuestra petición, hecho que dejamos registrado en su historia clínica.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Leucemia Aguda Monoblástica M5b (con diferenciación monocítica). Marcadores: Células blásticas mieloides: 0,6% CD34+, CD117+ y 0,6% CD34- CD117+. NPM1+, FLT3-. Cariotipo normal.

Plan de acción y evolución

Tras estos resultados y el diagnóstico final ingresa de forma urgente en hospital a cargo de hematología el 19 de enero de 2021 para comienzo de quimioterapia de inducción frente a Leucemia.

En estos días se han recibido nuevos datos sobre la punción medular, con detección de la mutación NPM-1 y la ausencia de mutación FLT3 en las líneas celulares, a priori ambos relacionados con el buen pronóstico de la LAM.

Queda pendiente de evolución. De momento podemos informar de una buena respuesta inicial a la depleción de las 3 líneas sanguíneas debido al tratamiento quimioterápico prescrito, aunque esto le ha ocasionado un empeoramiento de su estado general. También ha tenido picos febriles por encima de 38º que han obligado a iniciar terapia de amplio espectro antimicrobiano, sin que se haya detectado ningún microorganismo en los distintos cultivos que se han tomado.

Desde atención primaria seguiremos de cerca el caso tanto por la repercusión personal de la paciente, muy conocida de nuestra consulta, como por lo llamativo del mismo. Tras realizar una revisión narrativa de la literatura existente, el desarrollo de una LAM como posible secuela de la enfermedad por Covid-19 no está descrito en este momento, por lo que este caso aislado puede servir como base para plantear futuros estudios de secuelas hematológicas de la infección por SARS-CoV2.

Conclusión

La enfermedad por SARS-CoV2 puede abarcar un amplio abanico de complicaciones secundarias. El seguimiento estrecho de los pacientes, especialmente aquellos con mayor gravedad en su padecimiento, puede permitirnos realizar un diagnóstico precoz de ellas, que nos lleve a su vez a una mejor expectativa para su tratamiento y un pronóstico más favorable.

En nuestra consulta, la aparición de taquicardia, insomnio y astenia es una combinación muy frecuente de síntomas post-covid, aunque hasta este caso el resto de pacientes que hemos valorado no habían arrojado resultados preocupantes en las pruebas complementarias.

Palabras clave

Neutropenia febril (febrile neutropenia), astenia (asthenia), leucocitos (leukocytes)

Bibliografía

Lobo, Javier - Ciclo Vital Familiar - Revista Cadernos Atención Primaria - 2020 - Vol 26: 26- 27.
Döhner K, Thiede C, Jahn N, Panina E, Gambietz A, Larson RA, et al. Impact of NPM1/FLT3-ITD genotypes defined by the 2017 European LeukemiaNet in patients with acute myeloid leukemia. Blood. 30 de enero de 2020;135(5):371-80.

78.**¿Orgánico o Psicosomático?**

Gracia Rodríguez, Raquel
Luque Ruano, Ana Luz

/MIR de MFyC. CS Bujalance, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Bujalance, Córdoba

Motivo de consulta:

Pérdida de fuerza

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Mujer de 46 años con los siguientes antecedentes personales: Intolerante a Lyrica y Tramadol por vómitos. Asma extrínseca. Endometriosis. Vértigo periférico. Intervenciones quirúrgicas: rotura parcial tendón supraespinoso derecho. Epicondilitis derecha.

Paciente que acude a consulta porque desde hace 4 meses, tras separarse y estar en trámites judiciales con su marido maltratador, comienza con un cuadro brusco de pérdida de fuerza en extremidades inferiores.

Exploración física y psíquica: reflejos osteotendinosos (ROTs) +++, sin clonus. Reflejo mentoniano presente. Hipoestesia parcheada en tórax e hipoestesia crural simétrica. Balance motor simétrico. RNM cerebral y cadera: Normal

Enfoque familiar y comunitario:

Auxiliar de clínica, víctima de violencia de género, vive con su hija en zona rural. Su marido quiere quedarse la custodia de su hija.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

(lista de problemas, diagnóstico diferencial):

¿Enfermedad desmielinizante?

Plan de acción y evolución:

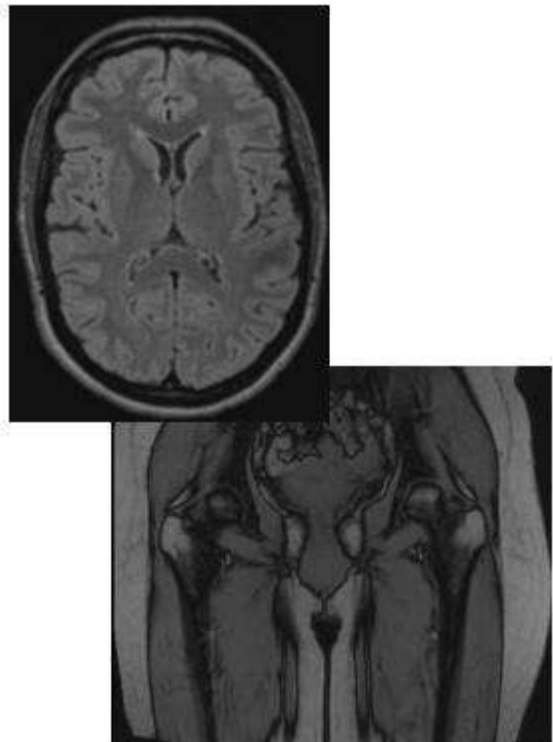
Con el tratamiento farmacológico y psicoterapia no mejoró y apareció rigidez en 4 miembros y parestesias distales. Se decide derivar la paciente a urgencias. Neurología comienza a estudiarla para descartar enfermedad desmielinizante. Queda pendiente pruebas complementarias.

Conclusión:

Ser médico de familia hace que conozcamos el entorno familiar del paciente y puede hacer que menospreciemos o sobrevaloremos patologías.

Palabras clave

Trastornos de Conversión, Esclerosis Múltiple, Medicina Familiar y Comunitaria



79.**Osteomielitis en paciente diabético**

Sousa Montero, María Angustias
 Miró Rodríguez, María Rosa
 Santos Estudillo, Marcos Isidro

/MIR de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Valverde del Camino. Huelva
/Especialista en MFyC. CS Palos de la Frontera, Cádiz

Motivo de consulta,

Úlcera plantar complicada.

Anamnesis

Paciente de 50 años con antecedentes de diabetes tipo 2 de más de 15 años de evolución y mal control glucémico, hipertensión y dislipemia, en tratamiento con ramipril 5 mg (1-0-0), empaglifocina 10 mg (1-0-0), metformina 850 mg (0,5-1-0,5).

Acude por úlcera de mala evolución del primer dedo del pie izquierdo a pesar de tratamiento local con iruxol, ácido fusídico y linitul y antibioticoterapia con amoxicilina clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 14 días y claritromicina 250 mg cada 12 horas durante 5 días. Afebril.

Exploración:

Miembro inferior izquierdo: pulsos pedio presentes.

Úlcera en cara interna del primer dedo de 1 cm de diámetro con fondo rosado y sin exudado asociado, que a la exploración con torunda no se aprecia trayecto en profundidad. Primer dedo muy flemonoso sin fluctuación que se extiende hacia primer metatarso.

**Pruebas:**

- Hemograma: leucocitosis (8360mm³) con neutrofilia (7630mm³), resto normal.
- Bioquímica: glucemia 128mg/dl, PCR 15, resto normal.
- Gasometría: ácido láctico 2mmol/L, resto normal.
- Cultivo de la base de la úlcera pendiente de recibir.
- Radiografía pie izquierdo: desestructuración de cortical de falange distal de primer dedo que impresiona de osteomielitis a dicho nivel.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Osteomielitis secundaria a úlcera plantar en pie diabético

Diagnostico diferencial:

- Úlcera neuropática.
- Úlcera isquémica.
- Úlcera neuroisquémica.

Plan de acción:

- Retirada de antibioterapia que estaba realizando.
- Cura local con betadine.
- Ciprofloxacino oral 500 mg cada 12 h durante 10días.
- Cita con cirugía vascular en la próxima semana.

Evolución:

Tras una semana de tratamiento la úlcera estaba casi resuelta y el flemón se había reducido considerablemente.



Conclusión:

En pacientes diabéticos de larga evolución la úlcera plantar es frecuente, y debido a la pobre vascularización y la inmunosupresión que presentan estos pacientes, úlceras suelen cronificar, recidivar y complicarse por infecciones que afectan a tejidos blandos y hueso que en ocasiones a pesar de un tratamiento adecuado e intensivo puede llevar a la amputación del miembro inferior, lo cual afecta tanto a la calidad de vida como a la supervivencia del paciente.

80.**Paciente anciana frágil. ¿Hay que tratar las enfermedades o al enfermo?**

Ríos Zamora, Cristina

Hernández Viera-Carmona, Claudia

Lirio Fernández, María Dolores

*/Especialista en MFyC. Tutora. ZBS Mollina, Málaga**/MIR de MFyC. ZBS Mollina, Málaga**/Especialista en MFyC. ZBS Mollina, Málaga*

Antecedentes personales: paciente de 85 años con:

- Demencia tipo Alzheimer desde 2019. Barthel 45. (gran dependencia ABVD). Deambula con andador.
- Fa paroxística anticoagulada. Disfunción sinusal, asintomática en la última rev. Cardiólogo julio 2020. Insuficiencia tricúspide sever. Insuficiencia aórtica moderada. Función biventricular conservada-dilatación biauricular. En seguimiento cardiológico.
- Hace 6 meses cuadro de bradicardia severa en contexto de toma de cronotropos negativos (apocard, timolol por hto) requiriendo implante de marcapasos unicameral vvi.
- Artritis reumatoide pseudopolimiálgica en seguimiento por reumatología
- Osteoporosis (fx l1,l2 y d11).
- Osteoartrosis generalizada
- Hiperuricemia. Crisis gotosa

Tratamiento que aparece en su receta xx1: donepezilo 10 mg 1 cp/24 h, amiodarona 200 mg 1 cp /24 h con descanso 2 días por semana, trazodona 1 cp /24 h, lorazepam 2 mg, /24 h, omeprazol 20 mg/24 h, calcio carbonato 1,25 gr/colecalciferol 400 ui 1 /24 h, ac.folico 400 mcg/cianocobalamina 2 mcg 1 cp/24 h, metotraxato 2,5 mg 8cp/7días, deflazacort 6 mg 1cp /24 h, sertralina 30 1 cp/24 h, alopuronol 100 mg 1cp/24 h, edoxaban 30 mg 1 cp/24 h, enalapril 10 mg 1 cp/24 h, forsteo 20 mcg/80mcl1 dosis sc /24 h, metamizol 1/12 h, furosemida 1.5 cp/24 h, haloperidol 10 gotas /24 h, bromazepam 3 mg 1cp/24 h, lormetazepam 2 mg 1 cp/24 h timolol 1,5 mg/tafluprost 4,5 mcg monodosis /24 h

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

Acudimos en visita domiciliaria a demanda por no mejoría clínica.

Anamnesis

La familia refiere que notan una evolución rápida del deterioro cognitivo en el último mes con episodios de agitación psicomotriz que no tenía antes. Le cuesta deglutir. Erosiones bucales sangrantes en las últimas 2 semanas, orina muy mal oliente del mismo tiempo de evolución. Vida cama actualmente con pérdida de apetito.

Han estado probando antimicóticos en formato de enjuagues y capsulas por prescripción médica. Tampoco saben si es ella la que se hace las lesiones en la boca al meter los dedos.

Exploración

Paciente desorientada t-e, pulsioxímetro: sat. 92%, ar. Crepitantes basales bilaterales, ac tonos débiles a 75 lpm, arrítmicos. Abdomen. Globuloso, depresible, no megalias, molestias a la vitropresión a nivel hipogastrio. Temperatura 37°C, ta: 120/60, glucemia capilar 105 mg/dl

Dentro de la boca se objetiva una zona de unos 2 cms en mucosa geniana izq por la que sangra, parece como una herida con coágulo que sangra con facilidad pero de escasa cuantía. No edemas en mmii.

La cuidadora nos enseña el pañal con mancha verdosa que nos hace pensar la posibilidad de piuria.

Se solicita analítica preferente, con resultado de pancitopenia con plaquetopenia grave, que probablemente sea causa del sangrado bucal pero sin datos de sangrado en otra localización.

Sospechamos posible influencia de inmunosupresores (toma de metotraxate y corticoide de larga data) agravado por la posibilidad de infección vs sepsis de origen urinario. (hb 6.7, plaq 16000 leuc 1440(950n), coagulopatía inr 1.3 tp 15.3 y función renal normal (cr 0.98 na 144, k 3.7) pcr 12.2. Urocultivo. Klebsiella pneumoniae

Enfoque familiar y comunitario:

Paciente con Barthel 45/100 (gran dependencia abvd). Camina con andador en su domicilio y vive con una cuidadora interna. Tiene un único hijo y al igual que la nuera están muy implicados en los cuidados de la paciente.

El índice Barthel mide el nivel de independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (abvd)

En múltiples ocasiones los cuadros de agitación psicomotriz en una persona con demencia causan consultas frecuentes por parte de las personas cuidadoras a los médicos de atención primaria, en consulta no demorable, urgencias, etc. Y no es infrecuente ver en su hoja de medicación varios tipos de benzodiazepinas que se han prescrito en momentos diferentes de esa etapa, por no control sintomático. Creemos que es el motivo por el que aparece redundancia del mismo.

Plan de acción y evolución

Se decide traslado hospitalario de la paciente dada la gravedad y a la vez se le plantea al hijo, optimizar el tratamiento con la suspensión de toda la medicación posible, estando de acuerdo.

La paciente ingresa en el servicio de med. Interna, se le han transfundido 3 ch y 1pool de plaquetas. El sangrado bucal ha cesado. Actualmente de alta en su domicilio en situación basal previa a este episodio.

Medicación que toma actualmente: ácido fólico/cianocobalamina 1 cp/24 h, omeprazol 20 mg 1 cp/24 h, haloperidol gotas 10 gotas /24 h si precisa, quetiapina 0-50 mg-100 mg, trazodona 1cp/24 h y furosemida 1,5 cp/24 h. timolol 1.5 mg/tafluprost 4.5 mcg colirio monodosis. Paracetamol 1 gr.

Juicio clínico:

Pancitopenia con trombopenia grave sin sangrado interno. Toxicidad medicamentosa por metotrexato. Sepsis urinaria que ha agravado el cuadro clínico. Anciana frágil polimedicada

Diagnóstico diferencial:

Demencia de evolución rápida. Agitación psicomotriz en el contexto de la enfermedad de Alzheimer. Micosis en cavidad oral

Conclusión:

En cuadros de agitación psicomotriz en un paciente mayor hay que descartar organicidad e indagar la posibilidad de infección urinaria.

- En pacientes polimedicados hay que plantear la necesidad de conciliar la medicación que toma por sus patologías. En este caso seguida por: reumatólogo, neurólogo, oftalmólogo y cardiólogo.
- En este sentido el papel del médico de familia es fundamental al integrar el esfuerzo en atención de todos los profesionales implicados y promover una atención más eficaz y eficiente más allá de un enfoque de organicidad.
- dada la situación de fragilidad y dependencia abvd de la paciente deprescribir toda aquella medicación que no aporta valor en salud.
- Revisión de polifarmacia para evitar la redundancia de fármacos del mismo grupo, en este caso de benzodiazepinas.
- establecer un plan de actuación personalizado (pap) como paciente crónica compleja y pluripatológica por su médico y enfermero de familia y de acuerdo con su familia y persona cuidadora, con apoyo y empoderamiento a la misma, que incluya una valoración integral: clínica, funcional, psicoafectiva, socio-familiar que identifique y permita priorizar objetivos en salud alcanzables de acuerdo al pronóstico del paciente. Actualizándolo según los resultados.

81.**Picadura de garrapata en tiempos de COVID-19**

Fuentes Angulo, Idaira
 Moreno Martos, Herminia M^a
 Martínez Segura, Purificación

|MIR de MFyC. CS Retamar, Almería
 |Especialista en MFyC. Tutora. CS Retamar, Almería
 |Especialista en MFyC. CS Retamar, Almería

Motivo de consulta

Cuadro pseudogripal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Varón de 15 años con antecedente personal de migraña, sin tratamiento médico crónico asociado. El paciente consulta de manera telefónica por presentar odinofagia, mialgias, astenia y febrícula ocasional de tres semanas de evolución. Ante situación epidemiológica por virus SARS-COV2, se pregunta por posibles contactos COVID refiriendo un resultado positivo de un amigo cercano hace 2 días, pero sin contacto estrecho.

Exploración Física

Paciente valorado telefónicamente.

Pruebas complementarias

Paciente valorado telefónicamente.

Enfoque familiar y comunitario

Familia monoparental, no tiene hermanos y vive con su madre. Vivienda en ámbito rural. Nivel socio-cultural medio-alto. Está cursando 3^o de ESO, con buenos resultados académicos. Aficionado al deporte, forma parte de un equipo de béisbol.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Caso sospecho de infección COVID-19.

Diagnóstico diferencial

Infección por COVID-19, como sospecha principal ante la clínica sugestiva y la situación epidemiológica actual. Infección bacteriana: Borrelia Burgdorferi, Brucella, Rickettsia conorii. Infección viral: Citomegalovirus, VIH, Epstein-Barr, Hepatitis B, Hepatitis C.

Plan de acción y evolución

Debido a la presencia de clínica sospechosa compatible con COVID-19 se solicita PCR y se pauta tratamiento sintomático con paracetamol 650 mg cada 8 horas.

Ante resultado PCR negativo y persistencia de clínica se cita al paciente presencialmente para completar estudio y realizar Exploración física

- Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo.
- SatO2 del 99%. FC 70 lpm. Afebril.
- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Orofaringe: hiperémica, sin exudados.
- Resto de exploración sin hallazgos de interés.

El paciente refiere no mejoría clínica con tratamiento sintomático. Con exploración física normal y teniendo en cuenta que el paciente vive en medio rural se plantea descartar enfermedad infecciosa con petición analítica de serologías para:

- Bacterias: Borrelia Burgdorferi, Brucella, Rickettsia conorii.
- Virus: Citomegalovirus, VIH, Epstein-Barr, Hepatitis B, Hepatitis C.

Los resultados analíticos muestran: hemograma y bioquímica sin hallazgos de interés. Serología con Ac IgM+ para *Rickettsia conorii*. También presenta Ac IgG+ para Citomegalovirus y Virus de Epstein-Barr.

Ante dicha serología se establece Infección por *Rickettsia conorii* - Fiebre botonosa del Mediterráneo como juicio clínico final y se pauta tratamiento con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días.

Tras finalizar tratamiento se reevalúa telefónicamente al paciente que explica mejoría clínica, con resolución de síntomas, salvo persistencia de cansancio leve. En analíticas posteriores de control, los títulos de Ac IgM están descendiendo y los Ac IgG van subiendo sin llegar a hacerse positivo el nivel.

Conclusión

Ante la situación epidemiológica que vivimos nuestro primer diagnóstico diferencial ante un cuadro pseudogripal es descartar infección por COVID-19, desplazando a un segundo plano otras consideraciones diagnósticas en una primera consulta.

La Fiebre Botonosa del Mediterráneo es endémica en la cuenca del mediterráneo, se produce por la *Rickettsia Conorii* que se transmite por la picadura de la garrapata *Ixodes ricinus*. En una primera fase cursa con clínica pseudogripal. A los 3-5 días aparece un exantema maculopapuloso diseminado con afectación palmo-plantar. Aproximadamente un 73% de los pacientes presenta la mancha negra en el punto de inoculación: lesión ulcerosa con escara negra y halo eritematoso, indolora y no pruriginosa, pero a veces esta lesión no aparece o pasa desapercibida.

En el caso de nuestro paciente, no fue consciente de ninguna picadura de garrapata, aunque los días previos al inicio de síntomas sí había estado en el campo y en contacto con perros. Tampoco se observó ninguna lesión cutánea.

El tratamiento de elección, si no se presenta alergia que lo contraindique, es Doxiciclina 100 mg cada 12 h durante 7-10 días o hasta 2 días después de desaparecer la fiebre.

Ante el caso, nos podríamos plantear si sería necesaria la profilaxis ante la picadura de una garrapata. En España, debido a su baja incidencia, no está aconsejada. En las guías de práctica inglesas solo la recomiendan en caso de pacientes inmunodeprimidos y en las guías norteamericanas aconsejan profilaxis solo si cumplen estos criterios: la garrapata haya estado adherida al menos 36 horas, que la tasa de infección en la zona sea mayor 20%. Además, la profilaxis sólo ha demostrado retrasar el comienzo de la enfermedad, pero no su aparición. Lo recomendado ante picadura es vigilancia y empezar tratamiento médico si aparecen síntomas.

Las recomendaciones para evitar la picadura de garrapata, sobre todo si el paciente se encuentra en medio rural, son: evitar el contacto con la caza (perros, etc.) especialmente en verano y otoño, la aplicación de repelentes (dietiltoluamida, dimetiltalato) y usar ropa que proteja. El tratamiento de las garrapatas del perro se realiza con insecticidas.

Por último, es importante conocer la técnica de extracción de la garrapata. Se limpia la zona con clorhexidina o povidona yodada, con unas pinzas de borde romo, se coge la garrapata y se tira hacia arriba con presión constante, firme y de manera perpendicular a la piel. Se aconseja no retorcer, aplastar ni aplicar alcohol, aceite u otras sustancias.

Bibliografía

Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. Medicina Integral. julio de 2001;38(3):110-5.

Díez Mayayo A, Gallardo Arenas M, Sáenz Ortigosa R. Mordeduras, picaduras y parasitosis cutáneas. AMF. 2020;16(9):504-16.

82.

Por favor doctora, quíteme este dolor de cabeza

Amodeo Durán, Rosario
Gutiérrez Cañones, Rosa
Jiménez Aranda, Esther

/MIR de MFyC. CS Carmen Dominguez, Córdoba
/Especialista en MFyC. CS Carmen Domínguez, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Carmen Dominguez, Córdoba

Motivo de consulta

Cefalea y vómitos con sonofobia y fotofobia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: No alergia medicamentosa conocida, sin antecedentes de interés, no intervenciones previas. Nacionalidad Rumana. Tratamiento habitual: Anticonceptivos orales desde hace cuatro meses aproximadamente.

Anamnesis

Mujer de 22 años, que consulta a través de llamada telefónica (estado de alarma por COVID 19), por un cuadro de cefalea opresiva biparietal muy intensa con instauración progresiva acompañada de vómitos de 48 horas de evolución que no cede con analgesia. Refiere trabajar en el campo recogiendo cosecha y encontrarse “muy estresada” debido a la carga de trabajo ya que están en temporada alta. Durante un mes, se encuentra en el campo recogiendo fresas más de 8 horas al día. Se procede a cita presencial en consulta de Atención Primaria para valoración y tras esta se decide derivación a urgencias del Hospital por cefalea con signos de alarma.

Exploración:

Ambas exploraciones (atención primaria y urgencias del hospital) similares. Buen estado general, consciente, orientada, bien hidratada y perfundida. Lenguaje preservado.

Exploración neurológica (H. Valle de los pedroches): pupilas isocóricas normoreactiva. Pares craneales explorados (III al XII) normales. Fuerza y sensibilidad en miembros conservadas. Reflejos patelares normales.

Exploración neurológica (H. Universitario Reina Sofía): pupilas isocóricas normoreactiva. No nistagmus. Facial centrado. Sin hipoestesia en cara. Campo visual: sin alteraciones. Fondo de ojo: edema de papila bilateral. Agudeza visual: preservada en ambos ojos 20/20. Sistema motor: No claudicación en Barré ni en Mingazzini. Balance muscular por segmentos 5/5. ROTS ++ (+). RCP flexores. No alteración de la sensibilidad. Coordinación normal. Marcha conservada. No signos de irritación meníngea. Afebril.

Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, no ruidos patológicos. Corazón rítmico sin soplos.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma (H. valle de los pedroches): ritmo sinusal a 82 latidos por minuto, eje cardiaco normal, no alteraciones de repolarización aguda.

Analítica (H. valle de los pedroches): Hematimetría y bioquímica normales. Analítica (HURS): Hemograma normal. Dímero D 276. PCR 38. Creatinina 0,5. K 3,3.

Se solicita Tc sin contraste i.v de cráneo (H. valle de los pedroches): buena diferenciación sustancia blanca-gris. No se observan áreas de sangrado. Sistema ventricular de tamaño normal centrado en línea media. Se observa la confluencia de los senos transversos y el seno venoso longitudinal superior engrosada, se re interroga la paciente refiere que toma anticonceptivos orales por lo que realizamos TC con contraste i.v.

Tc con contraste I.V cráneo (H. valle de los pedroches): parece apreciarse un defecto de repleción en la confluencia de los senos transversos y el seno longitudinal superior que se extiende a seno transversal derecho, hallazgos que sugieren trombosis venosa.

Rm cerebral sin contraste (HURS) /Angio- RM Intracraneal (HURS): Trombosis del tercio distal del seno sagital superior que se extiende hacia ambos senos transversos, así como al seno sigmoide y segmento proximal de vena yugular izquierdo. No se aprecian lesiones focales ni alteraciones de la intensidad señal valorables en hemisferio cerebrales, cerebelo y estructuras troncoencefálicas. Amígdalas cerebelosas de inserción normal. Sistema ventricular de tamaño normal. Estudio compatible con trombosis venosa cerebral.

Plan terapéutico: Se administra metoclopramida, paracetamol, dexketoprofeno iv, y O2 a alto flujo, con respuesta parcial.

Enfoque familiar y comunitario

mal apoyo familiar. AGPAR 7 puntos. Disfunción severa.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Trombosis venosa cerebral.

Diagnóstico diferencial

En el centro de salud se plantea diagnóstico diferencial entre migraña, meningitis, LOE (tumor, hematoma, o absceso cerebral...). En urgencias del hospital tras los resultados de las pruebas complementarias se concluye diagnóstico de trombosis venosa cerebral en relación de anticonceptivos orales.

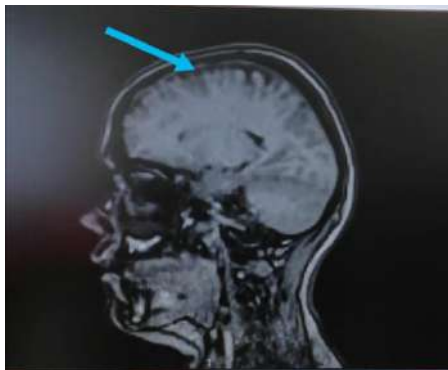
Plan de acción y evolución

Se consulta con neuróloga de guardia del Hospital Reina Sofía (Hospital del Valle de los Pedroches carece de servicio de neurología) y se acuerda derivar a la paciente para completar estudio en dicho Hospital.

Durante su ingreso mejoró clínicamente de su cefalea, afebril, disminuyendo los episodios eméticos, y sin empeoramiento en síntomas visuales. Recibiendo tratamiento anticoagulante. Se realizó durante su hospitalización apertura de carnet de sintrom.

Conclusión

El objetivo de este caso es demostrar y hacer hincapié que un episodio de cefalea (cuadro inicial) aunque vaya precedido de una situación de estrés emocional, no siempre se puede catalogar en algo a priori y cuadros benignos que suelen ser frecuentes en atención primaria como puede ser una migraña. Se deben valorar otras posibilidades y realizar una historia clínica completa, ya que esto puede dar la clave del caso. Es importante tener presente la posibilidad de patología infradiagnosticada en Atención Primaria, como es la trombosis venosa de senos cerebrales, aunque se trate de pacientes jóvenes.



APGAR FAMILIAR. ADULTOS					
FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.		○			
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me presta.		○			
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			○		
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.			○		
Me satisface cómo comparto en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.		○			

Imagen 1: RM sin contraste craneal. Trombosis venosa profunda. Imagen 2: APGAR FAMILIAR ADULTOS.

Bibliografía:

- Jimenez Murillo L, Monterio Pérez FJ. Medicina de urgencias, Guía terapéutico. 6ª edición. Elsevier; 2018. P366-375.
- Jimenez Murillo L, Monterio Pérez FJ. Medicina de urgencias, Guía terapéutico. 6ª edición. Elsevier; 2018. 109-116.
- Suarez Cuba MA, Alcalá Espinosa M. Agpar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revisión Med La Paz (20)1; Enero-Junio 2014.

83.**Proceso diagnóstico en un síndrome constitucional con hemoptisis en asmático conocido en medio rural**

López Muñoz, Adrián
 Berchid Debdí, Mohamed Soliman
 Fernández Aramburu, M^a Carmen

/MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Villacarrillo, Jaén
/MIR de MFyC. CS Villacarrillo, Jaén

Motivo de consulta

Varón de 79 años, nunca fumador, con AP de asma moderada, que acude a nuestra consulta por presentar dificultad respiratoria y sibilantes, por lo que se le realiza un ajuste del tratamiento y se vuelve a citar en consulta para valorar evolución. En la siguiente visita refiere mejoría de síntomas respiratorios pero añade esputos hemoptoicos no relacionados con la tos y pérdida de peso inexplicada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

1^º consulta: acude con su hija, que ha ido a visitarlo y lo encuentra con disnea de mínimos esfuerzos y tos seca persistente. No refiere fiebre u otros síntomas acompañantes. Saturación al 93% aire ambiente (saturación basal de 97-98%). ACP: Rítmico sin soplos. Hipofonesis y sibilantes espiratorios generalizados. Ajustamos tratamiento para el asma y citamos en una semana para revisión.

2^º Consulta: Mejora de la disnea, aunque continua con tos. La otra hija, que es quien le acompaña esta vez, nos refiere esputos hemoptóicos y pérdida de 4Kg de peso en los últimos meses sin causa aparente. AP: Hipofonesis y crepitantes en lóbulo superior derecho, con ausencia de sibilantes. Saturación: 95%. Solicitamos una radiografía de tórax urgente:



Ante la imagen y los escasos medios de los que disponemos en el medio rural (extracciones analíticas 2 días en semana), decidimos realizar una interconsulta al servicio de Neumología que, tras exponerle el caso, cita al paciente en sus consultas a la mañana siguiente, solicitando un TC de tórax urgente:



El informe radiológico concluye lo siguiente: “Probable adenocarcinoma apical derecho que infiltra mediastino, pared torácica y las estructuras vasculares descritas, con metástasis ganglionares mediastínicas e hilar derecha.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente no ha sido frecuentador de nuestra consulta salvo cuando ha presentado exacerbaciones asmáticas. Se dedica al campo y ocupa prácticamente todas las horas del sol a su empeño. Sin embargo, conocemos bien su entorno familiar y sabemos que cuenta con un buen apoyo y círculo de confianza, por lo que siempre preferimos que acuda con alguna de sus hijas, que nos facilitan la comunicación con él (hombre de pocas palabras) y en este caso nos han puesto en la pista. Es una persona querida tanto por sus familiares como por la gente del pueblo. Tiene un nivel socio- económico medio- bajo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síntomas respiratorios (disnea, tos persistente, hemoptisis) y síndrome constitucional. Sospecha de adenocarcinoma de pulmón como primera posibilidad.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma de pulmón, Neumonía redonda, Tuberculosis, quiste hidatídico, fistula arterio-venosas, enfermedad de Wegener.

Plan de acción y evolución

seguimiento telefónico por nuestra parte cada dos días (por la pandemia), le ofrecemos en todo momento nuestro apoyo médico y psicológico, además de mantenerle al tanto de los resultados de las pruebas. Neumología le solicita BAG, PET TC, le realizan fibrobroncoscopia y cultivo de esputo.

Ante la positividad en el cultivo de enterobacter aerógenas, la inespecificidad del resto de pruebas complementarias y el tiempo de espera que supone el resultado de la anatomía patológica, consideramos razonable iniciar una pauta de levofloxaco 500 mg cada 24 horas durante 14 días, con la realización de radiografía control tras pauta antibiótica.



Neumología, ante la mejoría radiológica, se le pauta una TC control a los 3 meses.



Informe TC control a los 3 meses: evolución: “Desaparición de masa condensante, derrame plural derecho y adenopatías mediastínicas. Mejora Radiológica.”

Diagnóstico definitivo: Proceso infeccioso por *Enterobacter* aerógenos. Pauta a seguir:

- Formeterol/beclometasona 200/6 2 inhalaciones cada 12 h durante 1 mes y después 1 inhalación cada 12 h indefinido.
- Salbutamol/beclometasona 2 inhalaciones sí precisa
- Continuar con el mismo tratamiento previo.
- Realización de TAC de control en 6 meses.

Conclusion:

La medicina de familia abarca un campo de trabajo muy amplio y que llega hasta el último rincón de nuestra geografía, por eso un paciente del medio rural puede recibir la misma atención sanitaria que cualquiera que proceda del centro de una gran capital. Los médicos de familia, estemos donde estemos, debemos tratar con la incertidumbre casi a diario, guiarnos más por probabilidades científicas que por pruebas complementarias, así que nos vemos en la obligación de conocer bien las indicaciones de éstas, a tomar decisiones sin ellas y a extraer la máxima información de nuestros pacientes con las herramientas más poderosas que tenemos, la anamnesis y una buena exploración física.

También somos conscientes de que somos la primera atención y la más accesible para ellos, por eso en este caso comenzamos tratamiento antibiótico sin esperar el par de semanas que le quedaban para tener los resultados de la anatomía patológica y ser visto en consulta de Neumología (previa llamada a su neumóloga, que estaba de acuerdo). El trabajo en equipo, los familiares y acompañantes, y nuestra implicación, hacen que cualquier proceso pueda ser el perfecto cóctel para acertar con nuestros pacientes. No siempre el diagnóstico es lo que parece, ni siempre lo más frecuente será lo que tengamos delante. Este paciente nos recordó, una vez más, que no tratamos enfermedades sino enfermos, y por supuesto a sus familiares. Estos son los motivos por los que decidimos plasmar nuestro caso clínico.

84.**Pseudodemencia depresiva, de lo paranormal a lo médico**

Torrescusa Camisón, Rubén
 Chávez Gata, Luis
 Madueño Caro, Antonio José

/MIR de MFyC. CS La Laguna, Cádiz
/MIR de MFyC. CS La Laguna, Cádiz
/Especialista en MFyC. Tutor. CS La Laguna, Cádiz

Motivo de consulta

Paciente con alteraciones de la percepción, autopercebidas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Acude a nuestra consulta de Atención Primaria una paciente mujer de 74 años por un cuadro de alteraciones de la percepción, que ella refiere como reales, de varias semanas de evolución. Comenta que, cuando su marido se va de casa y ella se queda sola, deja un objeto en un sitio concreto y cuando va a otro lado de la habitación se lo encuentra allí, en un lugar distinto al que lo había dejado. Además, a raíz de esto, ha comenzado a fijarse a propósito cuando deja las cosas, y algunas desaparecen sin explicación. Aparte de todo esto, comenta que en ocasiones, coincidiendo también cuando se encuentra sola en casa, tiene sensaciones de sombras en el pasillo o presencia de personas en otros cuartos, pero sin llegar a ver materialización de persona física como tal.

La paciente no presenta antecedentes neurológicos de interés, ni personales ni familiares. Entre sus únicos antecedentes figuran HTA, incontinencia urinaria y polimialgia reumática de años de evolución sin tratamiento en el momento actual.

Tiene buen soporte familiar, vive con su marido, con buena relación conyugal, sin hijos. Buena adaptación en el barrio con buena relación con el resto de vecinos. Nivel socio-cultural medio, con estudios hasta enseñanza primaria.

En nuestra consulta, a la exploración todo es rigurosamente normal. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos ni ruidos respiratorios. exploración abdominal normal. exploración neurológica normal, orientada en las tres esferas, sin focalidad neurológica ni afectación de pares craneales; tampoco afectación de la marcha o el habla, ni impresiones de trastornos en evocación de recuerdos a corto ni largo plazo.

Mini-Mental test y Test de Yesavage normales.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Pseudodemencia depresiva.

Diagnóstico Diferencial

En esta primera consulta, y basándonos en la anamnesis y exploración, nos planteamos diversos diagnósticos diferenciales a valorar:

- Demencia incipiente.
- Delirium/síndrome confusional.
- Demencia en contexto de sífilis.
- Consumo de psicotrópicos.
- Pseudodemencia depresiva.
- Iatrogenia por fármacos.

Plan de acción y evolución

Se inició el estudio complementario, solicitando una analítica con perfil general, iones, proteinograma, perfil tiroideo, test treponémicos y vitamina B12, los cuales resultaron todos ellos normales. Una vez observada normalidad de analítica, solicitamos TAC Craneal para descartar organicidad de la patología, el cual se describió sin alteraciones reseñables.

A la vez que solicitamos el TAC Craneal, se pautó tratamiento con Citalopram a dosis de 20 mg/día, valorando tratar un posible origen depresivo del cuadro clínico, previo enfoque puramente psiquiátrico. Se citó a la paciente a las 6 semanas y, para nuestra sorpresa, la paciente refirió mejoría clínica, sin nuevos episodios de alteraciones perceptivas, ni cuando está acompañada del marido ni cuando está sola. Se cita de nuevo al mes a la paciente, refiriendo de nuevo normalidad en el momento actual, y mejoría del estado de ánimo, lo cual corrobora el cuadro clínico que finalmente sospechamos, pseudodemencia depresiva.

Conclusión

La pseudodemencia depresiva es una enfermedad de difícil diagnóstico, la cual siempre deberíamos tener en cuenta en nuestro diagnóstico diferencial en pacientes ancianos con cuadros de alteraciones somatosensoriales sin aparente etiología justificable. Es definida por muchos autores como una de las pocas demencias “curables” de la medicina, motivo por el cual deberíamos intentar diagnosticarla y tratarla cuanto antes.

La literatura la define como una depresión de forma primaria en pacientes de edad avanzada. En este caso, el deterioro cognitivo viene dado por el déficit de atención con fuerte repercusión sobre la memoria y la percepción. La forma de aparición del cuadro clínico, duración del mismo, valoración de antecedentes del sujeto, teniendo en cuenta cual ha sido el primer síntoma manifestado por el mismo, unido a una valoración específica de la alteración de la memoria, junto a cómo vive el sujeto dicho proceso, se constituyen en los parámetros para hacer el diagnóstico diferencial de ambas entidades psiquiátricas: la pseudodemencia depresiva y la propia demencia primaria.

En cuanto a los fármacos a emplear, debemos tener precaución con el grupo de los antidepresivos tricíclicos por sus posibles efectos secundarios en el anciano, siendo de elección la nortriptilina, por ser mucho mejor toleradas y producir un menor número de interacciones. La trazodona puede resultar especialmente útil en pacientes ancianos con demencia y depresión o insomnio y trastornos de conducta.

Dentro de los ISRS, la sertralina no precisaría ajuste de dosis en el anciano por presentar una interacción mínima con las enzimas del citocromo P450. Otro ISRS de elección podría ser el citalopram (fármaco utilizado en nuestro caso clínico). Sin embargo, no hay datos empíricos que avalen, por el momento, la eficacia del escitalopram.

La mirtazapina ha demostrado especial eficacia en pacientes ancianos con predominio de ansiedad, insomnio y anorexia. Así mismo, venlafaxina retard (IRSN) tampoco necesitaría modificaciones debido a su excelente perfil de seguridad y tolerancia (unión a proteínas plasmáticas del 27%, frente al resto de antidepresivos que oscila entre un 80 y 98%).

Palabras clave

Affective Disorders, Psychothic; Primary Health Care; Dementia.

Bibliografía

- Da D, Beltrán P. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEMENCIAS Y PSEUDODEMENCIAS O DETERIORO NEUROCOGNOSCITIVO LEVE Y RELACIONADO CON LA EDAD. 2004;4:215–25.
- Pr B. Atención Primaria de Calidad Guía de Buena Práctica Clínica en DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.
- Ant M, Esteban R. Depresión y ansiedad. :243–9.
- Alarc RP. Artículo. 2004;XXXIII(4):387–98.
- Demencia DYRDE. Depresión y riesgo de demencia. (31):31–52.

85.**Psicosis e Interferón, compleja decisión**

Ortiz Méndez, María Teresa
 Herruzo Rivas, Alfonso
 Prieto Romero, Noelia

/MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén))
 /Especialista en Psiquiatría. CS Virgen Linarejo, Linares (Jaén)
 /MIR de MFyC. CS San José. Linares (Jaén)

Motivo de la consulta

Mujer de 42 años que acude a consulta de atención primaria acompañada por sus padres porque refieren encontrarla desde hace varios días verborreica, con ideas delirantes como: “Yo lo que sé es que a mí me han metido algo en el cuerpo, me han infectado, yo sé que soy contagiosa y me tienen que ver en una sala protegida. Estoy atando cabos y todo es por el agua que hace que me suba y baje la tensión y los órganos no me funcionan bien”. Presenta preocupación por enfermarse además de expresar con angustia que escucha voces en su cabeza que le incitan al suicidio. Ante esta situación se decide derivar a urgencias del hospital de referencias para valoración por psiquiatría.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Paciente diagnosticada reciente de Micosis fungoide hipopigmentada (Linfoma cutáneo de células T), que inicia tratamiento con PUVA y posteriormente con interferón alfa 2B a dosis creciente hasta los 10 MU. Sin antecedentes previos en salud mental. Semanas después de iniciar el último tratamiento acude a consulta desarrolla un cuadro delirante de contenido místico religioso, hipocondríaco y de contaminación, presenta alucinaciones auditivas vividas con certeza plena y graves alteraciones de conducta con riesgo suicida, siendo diagnosticada de un episodio psicótico agudo.

Exploración psiquiátrica:

Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora. Somnolienta, ptosis parpebral en párpado izquierdo. Aspecto abatido y desaliñado. Atención dispersa, a nivel cognitivo no se exploran otras anomalías groseras. Cierta entencimiento psicomotor, marcha con base de sustentación aumentada. Discurso tendente a la circunstancialidad si bien se reconduce con facilidad; sin trastornos formales del pensamiento, lenguaje o comunicación. Refiere presencia de pseudoalucinaciones auditivas en forma de voces comentadoras que vive de forma egosintónica, ejerciendo moderada presión, identificadas con figuras religiosas. Ideación delirante de contenido místico religioso y nihilista, ideas sobrevaloradas de contenido hipocondríaco e interpretaciones delirantes de síntomas somáticos; actualizados y extendidos, moderadamente estructurados y sistematizados, vividos con certeza total aceptando crítica parcial. No se aprecia sintomatología afectiva mayor. Adecuada resonancia afectiva. Ansiedad reseñable durante la entrevista, puntualmente ha presentado episodios de exacerbación ansiosa que han precisado medicación opcional, y que han cursado con alteraciones conductuales importantes. No se detectan alteraciones importantes de la voluntad, hábitos o control de los impulsos. Ideas de muerte pasivas, no ideación autolesiva/autolítica estructurada en la actualidad. No se refieren trastornos de la conducta alimentaria actualmente, si ha presentado en días anteriores una apetencia desmesurada por dulces y bebidas azucaradas, que relacionaba con su ideación delirante nihilista. Insomnio global de reciente aparición. Personalidad con rasgos sensitivos. Se aprecian situaciones estresantes relevantes. Conciencia del problema parcial. Juicio de realidad alterado.

Pruebas complementarias:

- TAC: no signos de hemorragia intracraneal. No aparentes lesiones en parénquima cerebral. Sistema ventricular en línea media sin desplazamientos.
- ANALÍTICAS: TSH: 90.18 µUI/ml (0.3-5), T4 libre: 0.214ng/dl (0.9-2.1), Ac Antitiroglobulina 2960UI/ml (0-120), Ac Antiperoxidasa 411.1UI/ml (0-35). Prolactina: 143.4ng/ml (5-23), Cortisol 8 horas: 21.20µg/dl (3.7-19.4), Cortisol 20 horas: 19.7µg/dl (2.9-17.3)

Durante el ingreso se diagnostica un hipotiroidismo no conocido previamente que fue tratado por el servicio de Endocrinología completando el estudio con ECO tiroidea con el siguiente diagnóstico: tiroides aumentado de tamaño con bordes lobulados. Ecogenicidad heterogénea con imágenes lineales propias de fibrosis de forma bilateral. Diámetro cráneo caudal de más de 2,4mm de forma bilateral. Llama la atención la existencia de un gran nódulo de 2,3 x 2,2 cm con focos anecogénicos en su interior. Vascularización periférica y central del mismo sin calcificaciones. Recomendamos PAAF del mismo.

Así mismo fue necesaria la coordinación los servicios de Hematología y de Dermatología por la patología oncológica.

Tras una inicial respuesta parcial a tratamiento antipsicótico la paciente mantuvo la clínica hasta la reducción de la dosis de interferón, remitiendo entonces completamente.

Enfoque familiar y comunitario. Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Psicosis primaria (esquizofrenia, psicosis por tóxicos) VS Psicosis inducida por fármacos (interferón) VS Hipertiroidismo VS Alt suprarrenales.

Las complicaciones neuropsiquiátricas asociadas al tratamiento con interferón-alfa fueron descritas a principios de la década de los 80 con el comienzo del uso terapéutico del interferón para algunas neoplasias malignas e infecciones víricas. Hay una cantidad considerable de publicaciones sobre los efectos secundarios neuropsiquiátricos asociados con el INF-alfa, que hacen referencia a la depresión (más frecuentemente), cambios de la personalidad y deterioro cognitivo; menos a menudo psicosis y delirio, y con poca frecuencia a manía.

La psicosis es poco habitual, estimándose una incidencia del 0,4%. Sin embargo, no debemos obviarlo a pesar de su baja incidencia por el alto riesgo de abandono y fracaso del tratamiento. En la mayor parte de los casos los episodios de psicosis quedan resueltos total o parcialmente al suspender el tratamiento con el interferón-alfa o introducir un tratamiento adecuado con antipsicóticos.

El médico de familia tiene un papel laborioso pero aventajado en estos casos puesto que la estrecha relación médico paciente que se crea, permite conocer y por tanto detectar anomalías en la conducta, forma de relacionarse o incluso alteraciones en el carácter personal del paciente que permitan relacionarlo con nuevos factores clínicos y farmacológicos.

Por otro lado, el médico tiene el papel mediador de aunar y pautar las decisiones del resto de especialidades para una correcta y fluida evolución de la paciente.

Plan de acción

Disminución interferón, mantenimiento de dosis baja de antipsicóticos con vigilancia estrecha, tto del hipertiroidismo.

Evolución:

La paciente tuvo una recuperación total del cuadro psicótico tras la bajada de la dosis mínima de Interferón eficaz y con control tiroideo. Esta evolución se continúa evaluado en las sucesivas consultas de atención primaria con el fin de equilibrar el riesgo beneficio del tratamiento oncológico y los efectos secundarios.

Conclusión

La exposición de este caso clínico responde a dos cuestiones, por un lado, describir el proceso diagnóstico del desarrollo de un psicosis secundaria al tratamiento con interferón alfa 2B. Por otro lado, ejemplifica la dificultad del abordaje de pacientes complejos y pluripatológicos, que precisan de una intervención multidisciplinar y una intensa y efectiva coordinación entre los servicios implicados en su tratamiento, mediado y dirigido por el médico de familia.

Palabras claves:

Psicosis, interferón, efectos secundarios.

86.

Púrpura trombocitopénica idiopática: a propósito de un caso

Sánchez Molina, Lucía
 Lozano Clavero, Marina
 Tatnell Rodríguez, Raquel

/MIR de MFyC. CS Espiel, Córdoba
 /MIR de MFyC. CS Pozoblanco, Córdoba
 /Especialista en MFyC. Tutora. CS Espiel, Córdoba

Motivo de consulta

Mujer de 15 años que consulta por petequias en miembros inferiores y gingivorragia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: No enfermedades médicas de interés. Intervención quirúrgica: amigdalectomía. No toma tratamiento de forma habitual. Correctamente vacunada.

Anamnesis

Acude a consulta por lesiones petequiales de dos días de evolución, que aparecen en un primer momento en miembros inferiores. La clínica se acompaña de sangrado de encías de un día de evolución. No presenta fiebre ni procesos infecciosos en los días previos.

Exploración física

Buen estado general, consciente y orientada, colaboradora. Buena coloración de piel y mucosas. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Afebril. Sin signos de rigidez de nuca. Tensión arterial: 139/62. Frecuencia cardíaca 109 lpm. Saturación de oxígeno del 100%. Temperatura 35.8°C. Peso actual: 55 kg.

- Boca: lesiones de tipo hemorrágicas en encía y lengua
- Oído y rinofaringe: no hiperémicos, sin hallazgos de interés.
- Piel: petequias generalizadas, más confluyentes en miembros inferiores.
- Auscultación: tonos rítmicos, no se auscultan soplos ni roces, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando y depresible, sin puntos dolorosos a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Ruidos peristálticos conservados.

Pruebas complementarias:

- ECG: en ritmo sinusal 64lpm, eje normal, PR 120ms, QRS normal, RR constante, sin bloqueos de rama, ni alteraciones isquémicas ni de la repolarización.
- Analítica:
 - Hemograma: Leucocitos 10640, Hemoglobina 12'2, plaquetas 2000. Frotis de sangre periférica: recuento leucocitario comprobado. No células inmaduras ni indiferenciadas.
 - Frotis de sangre periférica: Trombopenia comprobada (no agregados plaquetarios).
 - Estudio de coagulación normal.
 - Bioquímica normal.
 - Proteína C reactiva normal.

Ante los resultados analíticos, administramos 60 mg IV de metilprednisolona y derivamos al servicio de Urgencias.

Enfoque familiar y comunitario

Niña de 15 años, correctamente vacunada para la edad, sin antecedentes médicos ni familiares de patología tipo hematológica. Padres casados, segunda de una familia de tres hermanos. Conviven juntos en domicilio en una pequeña localidad. Nivel sociocultural medio-alto.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Púrpura trombocitopénica idiopática

Diagnóstico diferencial

Ante la clínica que presenta la paciente, debemos hacer diagnóstico con trastornos de la coagulación como hemofilias, púrpura trombocitopénica idiopática o secundario a otras patologías de base.

Plan de acción y evolución

Fue ingresada en la planta de Hematología por sospecha de PTI para administración de tratamiento corticoideo e inmunoglobulinas 1 gr/kg/día IV durante dos días. Recibió la primera dosis de gammaglobulina sin incidencias junto con los corticoides intravenosos, persistiendo petequias y desapareciendo gingivorragia. El hemograma continuaba con trombopenia severa de 1000 plaqueta. Tras la segunda dosis de gammaglobulina la situación clínica permanece sin cambios, excepto el hemograma donde las plaquetas aumentan a 23000. En días posteriores encontramos petequias y hematomas en resolución sin gingivorragia, asintomática pero con trombopenia (el número de plaquetas en sucesivas analíticas oscila entre 13000 y 44000). Por este motivo se decide completar estudio con aspirado de médula ósea y eco abdominal.

En el aspirado se observa médula ósea con grumos, aspirado normocelular con representación de las tres series hematopoyéticas sin alteraciones morfológicas, no células inmaduras ni indiferenciadas. La ecografía de abdomen es informada como normal, sin hallazgos patológicos ni megalias.

Ante la refractariedad al tratamiento, se pauta nueva dosis de gammaglobulina intravenosa y se inicia tratamiento de tercera línea con antagonista del receptor de la trombopoyetina (Eltrombopag) a dosis de 75 mg al día por trombocitopenia severa (2000 plaquetas), además de descenso y retirada paulatina de corticoides intravenosos.

Finalmente se da de alta del servicio de Hematología tras nueva analítica a los días de tratamiento con Eltrombopag 75 mg/día por normalización del recuento plaquetario, y resolución completa de petequias y hematomas. Dada de alta con derivación a su médico de atención primaria manteniendo tratamiento 15 días y seguimiento con hemograma de control semanal.

Meses después la paciente presenta analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normal, y sin lesiones en piel. Por lo que se decide control semestral y si todo permanece sin cambios, control anual.

Conclusión

La púrpura trombocitopénica idiopática es la diátesis plaquetaria adquirida más frecuente. La trombocitopenia es producida por anticuerpos. Puede estar precedida de infección respiratoria o cuadro viral. A los días aparecen lesiones petequiales de comienzo en miembros inferiores y luego generalizadas junto con plaquetopenia (<20000). La duración suele ser de 4-6 semanas, y en un gran porcentaje de casos se resuelve de manera espontánea. El diagnóstico es principalmente clínico, apoyado en pruebas complementarias, principalmente la analítica con hemograma, coagulación y Coombs. El tratamiento se administra exclusivamente en brotes hemorrágicos de la enfermedad y consiste en corticoides, inmunoglobulinas, transfusiones de plaquetas si presenta hemorragia grave, plasmaféresis en cuadros rebeldes y, como última opción, esplenectomía.

Desde Atención Primaria, debemos estar alerta ante síntomas sospechosos, como en este caso las lesiones petequiales y la gingivorragia, para realizar una exploración física y estudio analítico adecuado, y poder derivar, ya sea de forma urgente, preferente o programada, en función de hallazgos clínicos y analíticos, al servicio de Hematología para iniciar diagnóstico definitivo y tratamiento.

87.**¿Qué me ocurre doctora?**

Jiménez Aranda, Esther

De Diego Cabrera, María Soledad

Amodeo Durán, Rosario

*/MIR de MFyC. CS Carmen Domínguez, Pozoblanco (Córdoba)**/Especialista en MFyC. Tutora. CS Carmen Domínguez, Pozoblanco (Córdoba)**/MIR de MFyC. CS Carmen Domínguez, Pozoblanco (Córdoba)***Motivo de consulta**

El caso clínico se desarrolla en un ámbito mixto puesto que participan tanto atención primaria como atención hospitalaria. Se trata de una mujer de 52 años que consulta por dolor abdominal, diarrea y presentar orina turbia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente es una mujer de 52 años que consulta en numerosas ocasiones en atención primaria y posteriormente en urgencias. La paciente presenta los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial y psoriasis. Está en tratamiento con hidroclorotiazida 25 mg/ramipril 5 mg.

23/03/2020: Consulta por diarrea de 3 o 4 deposiciones amarillentas desde hace dos semanas, dolor abdominal de tipo cólico sin fiebre, orina más turbia sin acolia ni coluria. Se le pauta ciprofloxacino 500 mg/12 h durante 7 días y Omeprazol 20 mg/12 h.

26/03/2020: se vuelve a llamar y sigue con 3 deposiciones al día y orina más clara, se hablará cuando se complete una semana de tratamiento.

30/03/2020: Refiere menor número de deposiciones al día 3-4 más consistentes y de color amarillento. No fiebre, Ha terminado tratamiento con ciprofloxacino. Comenta dolor hipogástrico, refiere orina clara. Se pauta buscapina compositum/8h y probiótico 2 comprimidos /24 h. Revisión en 5 días.

06/04/2020: Indica que persiste diarrea, aunque con menos deposiciones 2-3 al día de consistencia semiblanda. No náuseas ni vómitos. Mejoría del dolor abdominal con spacmoctyl/8h. Indica distensión abdominal y molestias en epigastrio de inicio tras la ingesta al mediodía que persiste durante la tarde. Está tomando casenbionic/24 h y omeprazol 20/24 h.

Tratamiento: Aumentar casenbionic 2 sobres/24 h, omeprazol 20/12 h. Spacmoctyl /8h. Si persiste alternar con paracetamol 1 g/8h. Medidas higiénico dietéticas que se explican.

13/04/2020: Refiere que persiste la diarrea 2-3 deposiciones al día alternando líquidas con semiblandas sin productos patológicos asociando distensión abdominal. No dolor abdominal. No fiebre. No náuseas ni vómitos. No otra clínica asociada.

Tratamiento: suspender spacmoctyl. Omeprazol 20/24 h. Probiótico y paracetamol 1 g/8 h si dolor. Cleboprida/simeticona 1 comp/8h. Si aumento de deposiciones líquidas suspender. Si persistencia de clínica se cita el 15 de abril para valoración presencial.

15/04/2020: Tras varias consultas telefónicas se cita en consulta para exploración física. La paciente ha mejorado de las molestias urinarias y de la diarrea. Ahora 1-2 deposiciones amarillentas semiblandas, sin moco ni sangre ni pus. No vómitos ni náuseas ni pirosis. Expulsa bien gases pero desde hace unos días se encuentra con gran distensión abdominal que le produce mucha molestia. Sigue tratamiento con omeprazol 1-0-1 y flatoril 1-1-1.

Exploración

Buena coloración de piel y mucosas. Abdomen muy distendido y timpánico. No palpo adenomegalias. Dolor de forma difusa, algo más en HD. Murphy negativo. No oleada ascítica. Se deriva a urgencias para estudio.

En Urgencias hospitalarias la exploración es normal excepto abdomen globuloso. Hemograma y bioquímica normal excepto leucocitos en orina. Rx de abdomen se aprecia ascitis. Le dan diagnóstico de ITU con tratamiento con monurol 1 sobre cada 24 h durante dos días y nolotil 1 comp/8h si dolor.



20/04/2020: Consulta telefónica: Comenta que se le ha hinchado un tobillo. Se cita presencial y vendrá a traer orina porque se pide cultivo. Se pide eco de tobillo.

21/04/2020: Se habla con la paciente por teléfono que comenta que ya ha entregado la orina. Refiere mejoría del tobillo.

Edema de tobillo derecho de aparición a lo largo del día, no eritema, no aumento de temperatura, no fiebre, no disnea. No otra clínica asociada. Cita mañana para valorar tobillo y abdomen.

Cita de la ecoabdominal el 28/04.

22/04/2020: Acude a consulta para valoración de edema de tobillo de 7 días de evolución, edema con fóvea ++/++++, pulsos pedios presentes y simétricos, homans negativo, no eritema ni aumento de temperatura. Indica recorte de diuresis en los últimos 3 días.

Abdomen: globuloso, distendido, no doloroso a la palpación. Tratamiento: furosemida 40 mg 1-0-0

Pendiente de eco abdominal, y de urocultivo.

23/04/2020: Urocultivo negativo para hongos y bacterias.

24/04/2020: Informe eco y tac abdominal

Marcada ascitis y omental cake secundario a probable origen ginecológico (valorar mioma uterino degenerado vs lesión anexial izquierda). Valorar paracentesis evacuadora.

Va a urgencias y se realiza paracentesis diagnóstica y evacuadora (7 litros) de líquido ascítico de aspecto bilioso. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación dentro de los parámetros normales. Cita con ginecología el 29/04/2020.

29/04/2020: Se pide RM. Ver histología para posible lesión endometrial.



Conclusión

RM: Estudio subóptimo, ruidoso, por falta de señal (fallo en la antena). Carcinomatosis peritoneal sin claro primario. Útero poliomatoso con mioma de 13,8 cm, si bien, no muestra datos claros de degeneración sarcomatosa.

25/05/2020. INFORME PET-TC

Carcinomatosis peritoneal, con líquido libre en implantes hipermetabólicos.

Gran útero con miomas calcificados normometabólicos. Adenopatía mediastínica hipermetabólica y nódulo pulmonar milimétrico en las que no podemos descartar malignidad. Nódulo derecho tiroideo hipermetabólico en el que recomendamos estudio ecográfico para descartar actividad neoplásica.

18/06/2020. Laparoscopia diagnóstica: el 20/06 y el 21/06 alta.

ANATOMÍA PATOLÓGICA NÓDULO TIROIDEO: BENIGNO

07/07/2020: El estudio anatomopatológico: probable origen en carcinoma papilar seroso de ovario. Carcinomatosis peritoneal. Estadio IIIC de la FIGO.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma papilar seroso de ovario. Carcinomatosis peritoneal. Estadio IIIC de la FIGO.

En el *diagnóstico diferencial* incluimos las enfermedades de etiología hepática, tumores diseminados y algunas enfermedades sistémicas.

Conclusión.

Aquí vemos un caso en el que se aprecia que a veces las consultas telefónicas (en este caso fueron 5 antes de la cita presencial) en tiempos COVID pueden suponer un retroceso a la hora de hacer un diagnóstico correcto, siendo necesaria la exploración física y más pruebas complementarias para poder diagnosticar y tratar lo antes posible graves patologías como la que vemos en este caso.

Bibliografía

Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición (Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez) Páginas 351-355.

88.**¿Qué me pasa doctor?**

Muñoz García, Alicia
Calero de Torres, Sofía

/Especialista en MFyC. Tutora. CS Marquesado, Granada
/MIR de MFyC. CS Marquesado, Granada

Motivo de consulta

Varón de 54 años que presenta alopecia en placas.

**Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)***Anamnesis*

No sabe desde cuándo, se cortó el pelo y fue entonces cuando se dio cuenta.

Exploración

Pequeñas placas de alopecia sin pelos peládicos de, aproximadamente, 0'5 cm de diámetro y redondas, sin signos de inflamación, cicatrización ni atrofia de la piel, distribuidas por todo el cuero cabelludo. También, presencia de exantema maculo-papuloso, sin sobreinfección, en poca cantidad, algunas dentro de las placas alopécicas.

Pruebas complementarias

Analítica general.

Como datos reseñables destacan:

- GGT 54; IST 35.7.
- Inmunodiagnóstico infeccioso:
 - VIH (1 y 2) negativo.
 - Virus de la Hepatitis B negativo.
 - Virus de la Hepatitis C Ac: 21.34.
 - Serología LUES: Ac reagínico de sífilis (RPR) >70, Positivo a ¼.

Enfoque familiar y comunitario

Está soltero, vive solo, cuenta con poco apoyo familiar y social. Actualmente trabaja en la construcción.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)*Lista de problemas:*

- NAMC.
- ExADVP, exfumador y exbebedor.
- Hipertransaminasemia.
- Hepatitis C genotipo 4 tratada en 2015 con respuesta virológica sostenida.

Diagnóstico diferencial:

- Alopecias no cicatriciales (areata).
- Tiñas.
- Tricotilomanía.
- Alopecia con cicatrización temprana.
- Alopecia androgénica.
- Sífilis secundaria.

Plan de acción

Uso de guías de práctica clínica como forma de hacer un buen diagnóstico diferencial.

Revisión de toda su historia clínica en el último año, donde se constatan como hechos más relevantes visitas por molestias anales de uno o dos meses de duración por lo que consulta a mediados de abril, con sintomatología de urgencia y tenesmo rectal que, tras la exploración, se trataron como hemorroides grado 1. A la exploración presenta, además, una fisura y adenopatías inguinales bilaterales de consistencia blanda, móviles, no adheridas a planos profundos y no dolorosas. Se pidió analítica con resultados de calprotectina de 5713, lo que llevó a la sospecha de EI y, más tarde, a la de enterocolitis vs proctitis. Dos meses después consulta por aparición, hacía 15 días, de lesiones generalizadas y pruriginosas por toda la superficie corporal, en forma de habones de bordes difusos. En agosto se realizó prueba de antígeno de *Helicobacter Pylori* en heces con resultado positivo, siendo tratado con Pylerya y coincidiendo con la desaparición del rash urticarial. Este mismo mes vuelve a la consulta por molestias oculares, referidas como visión borrosa, miodesopsias y disminución de la agudeza visual, tras lo que se derivó a Oftalmología y fue dado de alta ante la normalidad de la exploración y las pruebas complementarias realizadas. Durante todos estos meses también ha presentado fatiga y artralgias de manera intermitente, así como molestias faríngeas recurrentes. También en este mes consulta por aparición de acúfeno que describe como un pitido en el oído izquierdo, donde se constata hipoacusia NS umbral en OD de 30 dB y en OI de 35 dB, con caída bilateral en agudos, con juicio clínico de trauma acústico.

Tras la anamnesis, la exploración, la revisión de su historia clínica y el resultado de las pruebas analíticas, llegamos al diagnóstico de sífilis secundaria.

Se informa al paciente de las características naturales de la enfermedad, su tratamiento y su pronóstico. Se ahonda en la entrevista para intentar conocer cuándo tuvo lugar el contagio y si hay más casos. En este momento, el paciente no recuerda contactos sexuales de riesgo.

Se repite analítica para confirmación de titulación de anticuerpos reagínicos y se administra inyección de Penicilina G benzatina 2'4 millones de unidades IM.

Nueva visita para el seguimiento clínico y el resultado analítico de las pruebas no treponémicas al inicio del tratamiento. Nos comenta que en marzo de 2020 tuvo un contacto homosexual con penetración anal sin uso de preservativo, lo que encaja con el inicio de la clínica. También recuerda que le aparecieron unas lesiones eritematosas en el glande, no pruriginosas, a las pocas semanas, por las que no consultó. Nos comenta que se ha informado en casa sobre la enfermedad y nos pregunta las dudas que le han surgido, como son la posibilidad de padecer otras EST y el pronóstico de la enfermedad con tratamiento.

Se habla con el Servicio de Medicina Interna, que informa de que, al haber presentado clínica oftalmológica, hay que hacer punción lumbar para descartar neurosífilis. Se deriva al paciente al Servicio de Enfermedades Infecciosas para realización de la misma.

Nueva analítica con títulos de RPR a los 6 y a los 12 meses.

Evolución

Mejoría clínica en últimos meses (molestias oftalmológicas, síntomas constitucionales y dermatológicos), pero aún continúan las placas alopécicas. Nos encontramos en espera de resultados de tratamiento y de revisión por parte del Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Conclusión

La sífilis es una enfermedad que en los últimos años ha presentado un aumento de su incidencia, siendo más prevalente en varones homosexuales con conductas de riesgo. Actualmente la mayoría de casos son diagnosticados en fase de sífilis primaria y secundaria, como fue nuestro caso. En la fase secundaria de esta enfermedad, la clínica más frecuente es las de síntomas constitucionales (como la fatiga y artralgias de nuestro caso), las adenopatías, las lesiones dermatológicas como la erupción maculopapular o la alopecia apolillada, síntomas gastrointestinales, musculoesqueléticos, renales u oculares.

Ante la aparición de clínica de canal anal, peneana o vaginal con presencia de adenopatías, debemos descartar la posibilidad de ETS ahondando en la historia clínica, situación que, a veces, puede ser ardua debido al cliché social que comporta y, que hace que el paciente no se sienta seguro y cómodo para que contarnos toda la información que pudiera ser relevante para llegar a un diagnóstico, es por ello que una buena relación médico-paciente es fundamental en este tipo de patologías.

Bibliografía

Guía clínica de Alopecia areata, Fisterra. Última revisión 16/11/2018.

Guía clínica de Sífilis, Fisterra. Última revisión 18/03/2020.

Syphilis: Epidemiology, pathophysiology and clinical manifestations in patients without HIV. CHARLES B HICKS, MD, MEREDITH CLEMENT, MD. (2020). Wolters Kluwer. UpTo Date.

Siphilis: A great imitator. SERAY KÜLCÜ ÇAKMAK, MD. EMINE TAMER, MD. AYSE SERAP KARADAG, MD. MICHAEL WAUGH, MB, FRCP. (2019). Clinics in Dermatology 37, 182-191.

Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España, 2017. (2019). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Gobierno de España.

89.**Seguimiento de una parálisis facial**

González Torres, María
 Padial Rodríguez, Carmen
 Gonzalez Urbano, María

/MIR de MFyC. CS Motril Centro, Granada
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Motril centro, Granada
/MIR de MFyC. CS Motril Centro, Granada

Motivo de consulta

Parestesia hemicara izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 51 años con AP de síndrome ansioso depresivo en tratamiento con lormetazepam 2mg/24 h, mirtazapina 30 mg/24 h, citalopram 30 mg/24 h, bromazepam a demanda, fumadora de medio paquete diario, acude por parálisis facial desde ayer asociada a sequedad bucal, cefalea frontal izquierda. En los 4 días previos, hipoestesia en labio izquierdo. Tras exploración física que confirma diagnóstico de parálisis facial periférica, se inicia el tto corticoideo a dosis descendente paulatina.

La paciente acude a los dos días por persistencia de clínica, debilidad en miembro superior izquierdo así como persistencia de cefalea. exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz y acomodación, no nistagmo, imposibilidad para oclusión ojo izquierdo, desviación de comisura bucal hacia la derecha, hipoestesia facial izquierda así como hipoestesia y pérdida de fuerza 4/5 en miembro superior izquierdo. No disimetría, no disartria. Romberg negativo. Marcha en tándem sin desviaciones.

Se deriva a Urgencias y permanece ingresada en Medicina Interna con un primer juicio clínico de Parálisis facial periférica con hallazgos exploratorios de afectación central. Se realizó interconsulta a Neurología, recomendando la realización de angio-TAC cráneo para descartar disección de circulación posterior. También se completó estudio con RMN cráneo y ecocardiografía transtorácica, sin hallazgos de interés. No se identificaron defectos de repleción, áreas de estenosis críticas ni otras alteraciones significativas a nivel intra o extracraneal. Fue dada de alta, continuando tratamiento corticoideo.

La paciente vuelve a nuestra consulta a los días refiriendo molestias oculares izquierdas, con sensación de cuerpo extraño y lacrimación continuo. Se diagnostica de queratitis por exposición ocular. Pautamos colirios antibióticos y lágrimas artificiales, con buena evolución posterior.

Aproximadamente a los 15 días acude a nuestra consulta por dolor intenso tipo neurálgico en hemicara izquierda, acúfenos, vértigo y cefalea con foto y sonofobia. De la exploración, destaca la presencia de vesículas herpéticas en pabellón auricular por lo que iniciamos tratamiento con Aciclovir 800 mg, 5 veces al día, cada 4 horas (omitiendo la dosis nocturna), durante 7 días y realizamos IC vía telefónica con ORL para comentar caso por sospecha Sd Ramsay-Hunt, decidiendo derivar a su consulta para valoración conjunta. Mantienen mismo tratamiento y derivan a rehabilitación por la paresia facial.

Posteriormente fueron múltiples las visitas para valoración urgente por cuadros de parestesias en miembros asociadas a cefalea, foto y sonofobia, siempre de similares características, compatibles con migraña con aura por lo que comenzó tratamiento con propranolol y gabapentina, así como eletriptán de rescate, con persistencia de crisis, unas 10 mensuales, por lo que derivamos a Neurología, quienes inician tratamiento con infiltraciones de BOTOX, refiriendo la paciente mejoría clínica parcial.

Enfoque familiar y comunitario

Conflicto familiar domiciliario, situación basal estresante. Refiere en su casa nunca está tranquila, siempre hay mucho ruido y esto le agrava tanto la frecuencia como la intensidad de la cefalea. No ha podido acudir en ocasiones a rehabilitación facial por estar impedida por la migraña.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de Ramsay-Hunt con afectación del VII y VIII par.

Inicialmente el diagnóstico diferencial se planteó por la asociación de la clínica con focalidad neurológica de miembro superior izquierdo por lo que se realizó TAC y RMN cráneo, entre otras, que descartaron origen SNC.



Plan de acción y evolución

Finalizó tratamiento corticoideo, neuropático (gabapentina) y antiviral (Aciclovir). Continúa con ejercicios de rehabilitación facial.

En seguimiento por Neurología y en nuestra consulta. Dada de alta de Oftalmología y ORL. Tras un año, persiste parálisis facial izquierda, estadio IV de la clasificación House-Brackmann. En situación de baja laboral desde el inicio de la clínica. Se le ha explicado a la paciente que los signos/síntomas que presentan son secuelares: la parálisis facial residual, el dolor neuropático, los acúfenos, ... así como la irreversibilidad de los mismos. Respecto a los cuidados, evitamos el uso de fármacos ototóxicos y el permanecer en ambientes ruidosos.

Conclusión

Como Médicos de Familia, el factor tiempo juega un papel negativo en nuestra consulta sin embargo, éste no debe ser determinante a la hora de valorar a cada uno de nuestros pacientes. Cada caso que se nos presenta en consulta hay que valorarlo en toda su profundidad, atendiendo a los signos/síntomas clave que nos orientan hacia el diagnóstico y teniendo en cuenta cuáles suponen hallazgos de alarma que precisan estudio o pruebas complementarias más específicas. En el caso que les he presentado, nuestra paciente en un primer momento fue diagnosticada de parálisis facial periférica pues la clínica y exploración física guiaban a este juicio clínico. Sin embargo, en las sucesivas visitas, aparecieron otros elementos que supusieron su derivación (a urgencias, a neurología, a ORL) para descartar posibles complicaciones así como para brindarle a la paciente todos los tratamientos que beneficiarían su evolución (por ejemplo, la derivación para rehabilitación de parálisis facial, la realizó el compañero de ORL quien consiguió que vieran a la paciente más rápido que si la hubiéramos derivado para seguimiento nosotros). La situación actual de la paciente es complicada pues tiene que "aprender a vivir" con las secuelas que presenta del Sd Ramsay-Hunt pero está muy agradecida por cómo hemos estado ahí siempre que nos ha necesitado que, al fin y al cabo, ese es el papel de un Médico de Familia, SU MÉDICO DE FAMILIA.

Palabras clave

Parálisis facial, virus herpes, Sd Ramsay-Hunt.

Bibliografía

- J Dent Anesth. Ramsay Hunt syndrome. Pain Med. 2018 Dec;18(6):333-337. doi: 10.17245/jdapm.2018.18.6.333. Epub 2018 Dec 28.
- Paiva ALC, Araujo JLV, Ferraz VR, Veiga JCE. Facial paralysis due to Ramsay Hunt syndrome - A rare condition. Rev Assoc Med Bras (1992) 2017 Apr;63(4):301-302.
- Van Le M. Image diagnosis: Ramsay Hunt syndrome. Perm J. 2012 Fall;16(4):51-2.

90.

Síndrome de las lágrimas de cocodrilo

Carmona Pérez, Isabel
Gómez Sánchez, Coronada María

/MIR de MFyC. CS Bormujos, Sevilla
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Bormujos, Sevilla

Motivo de consulta

Hombre de 42 años que acude a urgencias por sensación de parestesia y borramiento del surco nasogeniano derecho. El paciente en un primer momento presentó dolor retromastoideo derecho y acorchamiento mandibular. Al día siguiente, no podía retener la comida al comer y presentaba incapacidad para ocluir el ojo derecho.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

El paciente no refiere hábitos tóxicos. Dislipemia en tratamiento dietético con buenos controles. Está diagnosticado de SAHS en tratamiento con CPAP con buen cumplimiento y eficacia.

Paciente con buen estado general, consciente y orientado. exploración física normal, con pérdida del surco nasogeniano y frontales derechos. Imposibilidad de ocluir el ojo derecho. Signo de Bell positivo. Pupilas isocóricas normoreactiva. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No nistagmus. Signos meníngeos negativos. No alteración de la marcha ni del equilibrio. Romberg negativo. No disdiadococinesias. Fuerza y sensibilidad conservada.

Tras valoración por el servicio de urgencias se inicia tratamiento con corticoterapia y revisión por servicio de Otorrinolaringología, la cual no aprecia patología derivándolo a Oftalmología y Neurología.

En el transcurso del proceso, el paciente reconsulta en el servicio de urgencias derivado por Atención Primaria por visión borrosa a media distancia en ojo izquierdo. Presenta exploración física normal y neurológica sin focalidad. Persistencia de parálisis facial periférica derecha. Pupilas medias y reactiva, Test de Fluoresceína negativo, AV 1 PIO normal. Tyndall negativo. FO no se aprecian hemorragia. Se amplía estudio con TC de cráneo sin contracte I.V. en el que no se evidencian lesiones agudas. Persistencia de quiste aracnoideo en fosa posterior ya descrito en RNM previa de 2012.

Por parte del servicio de Oftalmología no reseñan patología iniciando tratamiento con vitamina B.

Valorada por Servicio de Neurología, donde persiste leve parálisis facial periférica derecha, cierra el ojo, pero no con fuerza y leve desviación de comisura bucal a la izquierda. Se le realiza una RNM evidenciándose quiste aracnoideo en fosa posterior ya presente en RNM previas. Analítica normal (antinucleares, serología lues, VIH y borrelia). Ac. Fólico 0.6 tratado por médico de atención primaria.

En el transcurso del seguimiento, el paciente reconsulta en urgencias por reagudización de la parálisis facial derecha reevaluada por Oftalmología sin datos de alarma.

Durante las diferentes revisiones neurológicas, el paciente se va recuperando casi por completo de la parálisis facial, con persistencia de lagrimeo y rinorrea por ojo derecho y carina al comer. Inicia sesiones de rehabilitación, con leve mejoría por lo que se deriva para administración de toxina botulínica tipo Ax, zeomin, diluido en 1 ml, 5 UI por punto en dos puntos periorbitales (superolateral e inferolateral).

Enfoque familiar y comunitario

Paciente divorciado y con una hija. No se realiza test de Apgar familiar pero el paciente reconoce apoyo familiar. Nivel sociocultural medio-bajo. Situación laboral activa.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Parálisis facial periférica idiopática.
- Síndrome de las lágrimas de cocodrilo secundario a denervación del nervio facial y posterior regeneración aberrante de las fibras parasimpáticas.
- Espasmo hemifacial post parálisis periférica derecha.

Diagnostico diferencial

- Parálisis facial periférica de origen traumático, oncológico, infeccioso, neoplásica, enfermedades sistémicas.
- Síndrome de Duane, epífora funcional (parálisis facial, irritación del polo anterior, sequedad ocular, infección, alergia, traumatismo).

Plan de acción y evolución

En la actualidad, persiste espasticidad hemifacial derecha consecuencia de la parálisis facial, con rinorrea y epífora al comer. El paciente se encuentra estable tras rehabilitación e inyección de toxina botulínica. En seguimiento por neurología y atención primaria.

Conclusión

La parálisis facial periférica es una de las mononeuropatías más frecuentes. El grupo más numeroso lo constituye la denominada parálisis de Bell, de la que se recupera por completo aproximadamente el 85% de los pacientes. El resto, al que hay que sumar las parálisis de otras etiologías, queda con un grado variable de secuelas como consecuencia de la recuperación incompleta y la reinervación, lo que supone un importante impacto emocional en la persona que la padece, con afectación negativa sobre su calidad de vida.

En diferentes estudios, el síndrome de las lágrimas de cocodrilo se ha descrito como la segunda complicación más frecuente tras la parálisis facial periférica con una incidencia del 3,9%. Se trata de la complicación de aparición más frecuente (Inicio de síntomas a las 8 semanas).

El Síndrome de las lágrimas de cocodrilo constituye un reflejo salivo-lacrimonial por regeneración aberrante de las fibras nerviosas del VII par craneal hacia las glándulas lacrimales en lugar de hacia las glándulas salivares del lado afecto. El ojo contralateral mantiene preservada la inervación.

Con respecto a la evolución del cuadro, se han descrito recuperaciones espontáneas. No obstante, suele mantenerse en el tiempo. En la actualidad, la toxina botulínica es el tratamiento de elección.

El abordaje biopsicosocial es indivisible a la hora de valorar y seguir a un paciente en Atención Primaria. Tras un primer diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática evolucionando de forma estable, inicia un nuevo cuadro de parálisis facial aumentado la sintomatología. Esto, junto a las sucesivas derivaciones a especialista hasta llegar al diagnóstico definitivo, establecen una evolución tórpida del caso provocando la alteración de otros aspectos importantes de la vida del paciente. A raíz de ello, el paciente presentó disfunción eréctil sin alteración orgánica resuelto en seguimiento por Atención Primaria. Por otro lado, el paciente refiere dificultad para establecer relaciones sociales.

Con respecto a la vida laboral, la epífora continua le dificulta en el desempeño de sus tareas laborales.

Palabras claves

Bell's palsy, Crocodile tear syndrome, Facial nerve

91.

Tiroides y fibrilación auricular: a propósito de un caso

Martínez Báez, Paula

Huertas Rodríguez, Jaime Antonio

Martos Vargas, Yolanda

/MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla

/MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla

/Especialista en MFyC. Tutora. CS Esperanza Macarena, Sevilla

Motivo de consulta

Sensación de palpitaciones

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 66 años, con AP de HTA en tratamiento con telmisartán, que consulta telefónicamente por sensación de palpitaciones de una semana de evolución.

Refiere episodios intermitentes, sin predominio horario, que se acompañan de sensación disneica, de unos minutos de duración, en una media de tres diarios. No identifica desencadenante del cuadro. Niega dolor torácico, disnea paroxística nocturna o recorte de diuresis. Niega otra clínica acompañante. Dada la clínica que expone, citamos presencialmente para valoración.

Exploración:

Buen estado general. Disnea al habla, SatO₂: 98%, TA: 130/85mmHg, FC: 115lpm. ACP: arrítmica a frecuencia algo elevada, sin soplos o extratonos, Buen murmullo vesicular, sin ruidos acompañantes. Sin edemas en miembros inferiores.

Pruebas complementarias:

- EKG: FA a 120 lpm, sin alteraciones de la repolarización ni bloqueos
- Radiografía de Tórax sin hallazgos
- CHAD₂-VASC: 3, HAS-BLED: 2

En base a los hallazgos, se administra betabloqueante vía oral y se realiza nuevo EKG de control, donde visualizamos fibrilación auricular a 90 lpm. Tras lo cual, se pauta tratamiento domiciliario con heparina y bisoprolol, con control de frecuencia cardiaca.

Enfoque familiar-comunitario

Paciente mujer de 66 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su marido. Buen apoyo familiar. Nivel sociocultural Medio-alto

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

FA de Novo en paciente con hipertiroidismo

Diagnóstico diferencial: ICC, angor, extrasístoles, ansiedad

Plan de acción y evolución

Nos encontramos ante una fibrilación auricular de cronología incierta, en una paciente que se encuentra estable hemodinámicamente, por lo que la actitud a seguir oportuna es el control de frecuencia, descartando el control de ritmo o la cardioversión en el momento actual.

Tras la valoración de la paciente identificamos la presencia de fibrilación auricular. Decidimos, por tanto, administrar atenolol 25 mg vía oral, controlando con éxito su frecuencia cardiaca, la cual disminuyó de 120 a 90 lpm.

Es importante el uso de la escala CHAD₂-VASC, la cual permite estimar el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular. Una puntuación mayor o igual a dos predice un riesgo alto, recomendándose el tratamiento anticoagulante oral.

Además, se debe de tener en cuenta el riesgo hemorrágico del enfermo, calculado mediante la escala HASS-

BLED, en la que una puntuación mayor o igual a 3 indica la necesidad de estrecha supervisión.

En nuestro caso, la paciente presenta CHAD2-VASC2 3, HAS-BLED 2, lo que justifica el inicio de la terapia anticoagulante. Por lo que se prescribió heparina sc a dosis terapéutica (1mg/kg/cada 12 h).

Los objetivos de control de frecuencia y de ritmo cardiaco son mejorar los síntomas y los resultados clínicos. Para pacientes con FA sintomática de varias semanas de duración, el tratamiento inicial consiste en la anticoagulación y el control temporal de la frecuencia cardiaca, mientras que el objetivo a largo plazo sería la restauración a ritmo sinusal. Por otro lado, deben ser referidos a cardiología para determinar la estrategia más adecuada, sin retrasar la instauración de terapia anticoagulante.

En nuestro caso, tras la prescripción de heparina sc, se pautó bisoprolol 5 mg, y realizamos derivación a cardiología, además de solicitar analítica completa reglada.

En la mayoría de los casos, una FA es una manifestación eléctrica de una enfermedad cardiaca subyacente. Sin embargo, existen otros factores de riesgo no cardiacos que se han relacionado con su aparición, como son, la edad avanzada, el síndrome metabólico, la enfermedad renal crónica, o la patología tiroidea, entre otras.

De ahí la importancia de realizar un estudio completo que incluya EKG, Rx de Tórax (para descartar IC concomitante), y analítica con función renal y perfil tiroideo.

El control analítico de nuestra paciente arrojaba los siguientes resultados: Hemograma y bioquímica normales, y TSH 0,01 T4 3, identificándose hipotiroidismo primario, como desencadenante de la arritmia. Por lo que se derivó a endocrinología para inicio de tratamiento.

Tras valoración de la paciente por parte de cardiología, se pautó anticoagulante, rivaroxabán 20 mg, y se inició tratamiento con flecainida 100 mg cada 12 h, para control de ritmo. Además, se indicó continuar con bisoprolol como venía realizando. Por otro lado, en su visita a endocrinología la paciente comenzó tratamiento con carbimazol 5 mg.

Meses después, la paciente mantiene su tratamiento prescrito, con buen control de frecuencia y con últimos EKG en ritmo sinusal, además se encuentra asintomática desde el punto de vista cardiaco.

Conclusión

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica diaria. Se asocia a un aumento del riesgo de mortalidad y a un incremento de morbilidades, tales como accidente cerebrovascular o la insuficiencia cardiaca. Por otro lado, se asocia a menor calidad de vida, mayor hospitalización y mayores costes sanitarios. Por todo ello, y al tratarse en la mayoría de los casos del primer contacto con el sistema de salud, es especialmente oportuno, por parte del médico de atención primaria, identificar las estrategias de diagnóstico, manejo y tratamiento de la FA adecuadas, permitiendo realizar una valoración integral y correcta de los enfermos.

Las alteraciones del tiroides afectan de manera directa al sistema cardiovascular, asociándose a un mayor riesgo de arritmias y muerte por causa cardiovascular. Cuando se diagnostica una arritmia cardiaca, es importante considerar un trastorno de la función del tiroides. Por otro lado, el restablecimiento de una función endocrina normal, conduce con frecuencia a la reversión de las alteraciones cardiovasculares adversas.

En esta pandemia de COVID-19, la consulta telefónica en Atención Primaria ha sido clave para permitir seguir trabajando a los profesionales sanitarios y solucionar diversos problemas de salud. Sin embargo, en ocasiones se presentan dificultades en la capacidad resolutoria del médico; por el tipo de paciente, el motivo de consulta o por la necesidad de realizar una exploración física para llegar a un diagnóstico correcto. Es indispensable, por ello, el desarrollo de habilidades comunicativas, para mantener la longitudinalidad médico-paciente y discernir, los casos que precisan atención presencial de los que no. Por su novedad, y, por ende, la falta de experiencia en este sentido de los profesionales, la consulta telefónica supone un reto para los sistemas de salud, y para las sociedades en conjunto.

92.

Tiroiditis de Hashimoto. A propósito de un caso

Bernal Pavón, Laura
Aurioles García, Elena
Rivas Cano, José Guillén

/MIR de MFyC. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba
/MIR de MFyC. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Peñarroya-Pueblonuevo, Córdoba

Motivo de consulta

Analítica de revisión anual de FRCV. No refiere datos de interés clínico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 60 años, con los siguientes antecedentes:

- No alergias medicamentosas conocidas
- Antecedentes familiares: no refiere
- No hábitos tóxicos
- Factores de riesgo cardiovascular: no hipertensión arterial, no dislipemia, no diabetes mellitus
- Insomnio
- Hígado graso
- Protusiones discales múltiples
- Síndrome túnel carpiano
- Rasgo talasémico
- No intervenciones quirúrgicas
- No tratamiento habitual

La paciente acude a consulta para resultados de analítica de control de FRCV, asintomática. Sin datos de interés clínico en el momento actual.

Pruebas complementarias:

- Hemograma dentro de la normalidad.
- VSG 24 mm/h(<20),
- Bioquímica con parámetros normales.
- TSH: 5,496 μ UI/ml,
- T4 libre: 1,28 ng/dL

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 60 años, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Casada, vive con su marido y dos hijos, cada uno con su núcleo familiar en la actualidad. Buen soporte familiar. Nivel socio cultural medio-alto. Adecuada red sociocomunitaria.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipotiroidismo subclínico a filiar

Diagnóstico diferencial: bocio, bocio difuso tóxico, bocio nodular tóxico, síndrome autoinmune poliglandular, síndrome del enfermo eutiroideo

Plan de acción y evolución

Diagnosticamos de hipotiroidismo subclínico y, ante la falta de síntomas y resultados analíticos, no pautamos tratamiento y decidimos control en 5-6 meses.

5 meses después, la paciente nos cuenta sensación de cansancio, aumento de peso, bajo estado de ánimo y disminución del apetito de varios meses de evolución. La paciente decide no consultar con anterioridad porque lo achaca a la situación epidemiológica actual. Además, nos refiere que se nota aumento de perímetro cervical y que tiene la sensación de atragantamiento de forma frecuente en las últimas semanas.

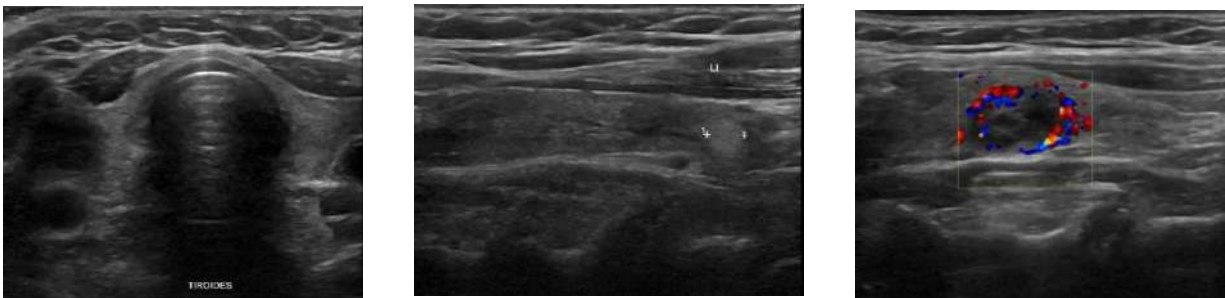
Ante esta sintomatología, citamos a la paciente en consulta, donde en la exploración, encontramos un bocio grado 2 indoloro, sin palpar nódulos. Se decide solicitar ecografía tiroidea.

En analítica de control observamos:

- VSG: 32 mm/h
- TSH >150000 μ UI/ml
- T4 libre 0,52 ng/dL

Ecografía: glándula de tamaño y contornos regulares, lóbulo derecho portador de quiste coloide de 13mm rodeado por fino halo anecoico con el Doppler color muestra señal de flujo periférico, nódulo hiperecoico de 4mm en lóbulo izquierdo sin señal de flujo con el Doppler color. Resto de tejido glandular con ecotextura y vascularización conservada. Itsmo de 1,7mm. Tráquea central. No adenopatías satélites.

Conclusión: categoría TI-RADS 2, hallazgos benignos.



Tras pruebas complementarias realizadas, se pauta tratamiento con dosis sustitutiva de levotiroxina 50 mcG y se decide revisión analítica al mes para valorar evolución, solicitando anticuerpos antitiroideos para filiar el proceso hipotiroideo.

Un mes después, la paciente presenta mejoría clínica. En analítica de control:

- TSH 40,112 μ UI/ml
- T4 libre 1,13 ng/dL
- Ac anti peroxidasa tiroidea >1300 UI/ml
- Ac anti tiroglobulina 292,5 UI/ml

Se aumenta tratamiento a 75mcG de levotiroxina y revisión analítica a los tres meses. Dado los datos clínicos, diagnosticamos de tiroiditis de Hashimoto.

Conclusión

La tiroiditis crónica autoinmune o enfermedad de Hashimoto es la causa más frecuente de hipotiroidismo en países desarrollados. Se trata de una entidad clínica habitual en nuestra consulta de Atención Primaria, donde el médico de familia juega un papel crucial tanto en su diagnóstico como en el seguimiento posterior.

Su principal característica es el aumento, a títulos altos, de anticuerpos antiTPO. Además, es más frecuente en mujeres y la clínica suele cursar con bocio no doloroso y de consistencia elástica; y con función tiroidea inicialmente normal, seguida de un hipotiroidismo primario. La biopsia no es necesaria para el diagnóstico, pero es muy característica de la misma un infiltrado linfomononuclear con centros germinales, atrofia folicular y ocasionalmente, células de Hürtle.

Palabras clave

Hipotiroidismo, Tiroiditis Autoinmune

Bibliografía

Green Book. Diagnóstico, tratamiento médico (2019). Marbán.

American Thyroid Association. 2021. Tiroiditis de Hashimoto | American Thyroid Association. [online] Available at: <<https://www.thyroid.org/tiroiditis-de-hashimoto/>>

93.

Tiroiditis. Los límites de la consulta telefónica

Galache Reboloso, Ana
Martos Guardado, Rocío
Martín Romero, Dolores

/MIR de MFyC. CS Antequera Centro, Málaga
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Antequera Centro, Málaga
/MIR de MFyC. CS Antequera Centro, Málaga

Motivo de consulta

Paciente varón de 52 años que consulta por teléfono a su MAP en dos ocasiones por cefalea y mucosidad muy espesa. En la última consulta refiere, además, fiebre y diarrea. Por ello lo deriva a consulta de respiratorio, donde lo atendemos para descartar enfermedad por COVID.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se historia al paciente, que comenta cuadro febril de hasta 38°C de 7 días de evolución, mucosidad espesa, cefalea e inflamación de cuello. Fue tratado ayer con Dexketoprofeno; tras la ingesta del mismo, tres deposiciones diarreas y vómitos. Así mismo refiere que se acompaña de otra sintomatología: taquicardia, nerviosismo y sudoración profusa algunas noches. Glucemias mal controladas en las últimas semanas.

Anamnesis

Antecedentes personales:

- Diabetes Mellitus tipo 1, con retinopatía diabética proliferativa.
- Antecedentes quirúrgicos: CPRE en 2007 con ingreso por pancreatitis aguda post-CPRE. Estrabismo. Túnel carpiano.

Tratamiento:

- Glucagen Hipokit 1MG Inyectable 1 ML.
- No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración

Constantes: TA 180/90, FC 104, SatO2 99.

Paciente consciente y orientado, normohidratado y normoperfundido, buen estado general. Eupneico.

Tórax normoconstituido. Auscultación Cardíaca: taquicardiaco, rítmico, sin soplos. No Ingurgitación Yugular.

Auscultación Pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos.

ORL: Se palpa aumento de glándula toroides, doloroso a la palpación, especialmente en lóbulo izquierdo. A la inspección de la cavidad orofaríngea se observan encías levemente azuladas y no se observa amigdalitis.

Pruebas complementarias

Se solicita PCR por tratarse de cuadro febril en el contexto epidemiológico y se deriva a servicio de Urgencias hospitalarias para interconsulta urgente con MI.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente joven, independiente, cuya calidad de vida había menguado por cuadro febril. A pesar de lo cual continuaba trabajando por la situación personal y familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial).

Juicio clínico:

1. Tiroiditis
2. Viriasis

Diagnóstico diferencial:

- Cuadro de ansiedad
- Feocromocitoma
- Insuficiencia cardiaca

Plan de acción y evolución

En Servicio de Urgencias realizan test rápido de Ag, que es negativo, Analítica de sangre con perfil tiroideo y radiografía de tórax.

Radiografía de tórax: no se aprecian infiltrados ni consolidaciones.

Analítica de Sangre: Hemoglobina 14.8, Leucocitos 15.53, Neutrófilos 13.1

Dímero D 321

Bioquímica: Glucosa 404, Creatinina 0.89, Sodio 137, Potasio 5.4, PCR 123.86, Ferritina 410.1

Hormonas: TSH 0.012, Tiroxina libre 2.94

Se realiza interconsulta con servicio de Medicina Interna de guardia; se diagnostica de Tiroiditis subaguda e indican tratamiento con Ibuprofeno 400 mg y Paracetamol 1 gR y derivación preferente para Endocrinología.

Tras el diagnóstico y el tratamiento, el paciente no volvió a consultar, no acudió a sus citas, ni atendió las llamadas de control.

Conclusión

En este caso se recalca la importancia de realizar una buena historia clínica donde poder ver y explorar al paciente de forma directa. Estas son algunas de las limitaciones que nos pone la consulta por vía telefónica, por no hablar también de las connotaciones éticas que implica. Por ello, aunque somos conscientes de la situación de pandemia que estamos viviendo, vemos la necesidad urgente de solucionar esta barrera que supone no poder “ver, oír y tocar” a nuestros pacientes.

94.

Todo lo que no dices. La importancia del seguimiento en el tiempo

González López, Isabel
Aguilar Calahorro, Lucía

/MIR de MFyC. CS Almanjáyar, Granada
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Almanjáyar, Granada

Motivo de consulta

Disnea, Tos y Tumoración en partes blandas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

Antecedentes: HTA, asma bronquial extrínseca, Fumadora de 1 paquete día desde los 16 años, No bebedora habitual. No intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento habitual: Losartán 50 mg/HCT12.5 mg 1 /24 h, Montelukast 10 mg 1/24 h, Seretide 2inh/12 h y Omeprazol 20 mg 1/24 h.

Enfoque comunitario: Vive sola, buena calidad de vida, actualmente en paro trabajaba en la hostelería.

Mujer de 55 años, acude a consultas de atención primaria por cuadro de disnea, tos, odinofagia y aumento de expectoración de 10 días de evolución. No utiliza correctamente el tratamiento broncodilatador. Ante la sospecha de una reagudización asmática, reajustamos su tratamiento y pautamos Azitromicina 500 mg 3 días y Prednisona 30 mg 5 días. Esto ocurre a finales de 2020, ante la situación pandémica global en la que nos hallamos realizamos una PCR SarsCovid19, siendo el resultado negativo. Tras tratamiento, los síntomas respiratorios mejoran sustancialmente.

Un mes después, vuelve a la consulta, esta vez por un “bulto en la cabeza”. A la exploración encontramos una tumoración de partes blandas en línea media parietal, en ese momento describimos como “lesión de consistencia elástica, móvil, no adherida a planos profundos, menor de 0,5 cm, dolorosa a la palpación”. Pautamos Amoxicilina 875 mg/Clavulánico 125 mg sospechando un quiste sebáceo sobreinfectado. Reevaluamos la clínica respiratoria, disnea ocasional de grandes esfuerzos no tos ni expectoración, ella lo achaca a su patología crónica “todos los inviernos me pongo igual”. Auscultación roncus y sibilantes aislados. Insistimos en la pauta de administración de los broncodilatadores pues seguía sin utilizarlos correctamente.

Tras dos semanas, acude para valorar la lesión de partes blandas, esta vez la describimos como “tumoración de crecimiento rápido de aproximadamente 2 cm, indurada, dolorosa, bien delimitada, adherida. No mejoría con tratamiento antibiótico y aines”. Realizamos teleconsulta con cirugía general, que le incluye en lista quirúrgica de cma como un posible quiste sebáceo. Reevaluamos la sintomatología respiratoria, persiste disnea de grandes esfuerzos y tos, sin cambios. Buen estado general. AR: mvc, roncus y sibilantes de predominio en base derecha. Descartamos Covid19 mediante test rápido de antígenos negativo. Pautamos Prednisona 30 mg 5 días con pauta descendente y Acetilcisteína 600 mg.

El mes siguiente realizamos seguimiento telefónico en múltiples ocasiones con la paciente, donde refiere mejoría de la clínica respiratoria.

Tres meses tras inicio de seguimiento, en una cita telefónica la paciente refiere aumento de la disnea habitual junto con dolor de características mecánicas/pleuríticas en hemitórax derecho. No fiebre, no síntomas constitucionales. Solicitamos analítica y Rx de tórax.

Una semana después, vemos a la paciente en consulta. Se encuentra taquipneica, con trabajo respiratorio, aumento de tos y disnea. Saturación O₂ 90%. Exploramos la tumoración de partes blandas nos encontramos con un gran aumento de tamaño, bordes eritematosos sobreelevados con una costra superficial. Además refiere que presenta otras tumoraciones situadas en tejido subcutáneo a nivel dorsal y de hombro derecho. No pérdida de peso ni otros síntomas.

- Analítica: Anemia microcítica de nueva aparición, VSG y Ferritina elevadas.
- Derivamos a Urgencias del Hospital Virgen de las Nieves para realizarse una Rx torác y control de urgencias.
- Rx Tórax: Atelectasia del LSD, elevación de hemidiafragma e hilio ipsilaterales.
- TC de Tórax: Neoplasia pulmonar primaria agresiva con afectación metastásica a nivel pulmonar, ganglionar, peritoneal y en partes blandas.

Conclusión:

Este caso puede hacernos reflexionar sobre varios aspectos:

El papel tan importante que desempeña la Atención Primaria en el seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo. Nos permite ver la evolución de la persona, sus síntomas y sus inquietudes como un conjunto. Esto nos ayuda a la identificación de signos de alarma, para poder actuar correctamente.

Este nuevo paradigma global ha cambiado la forma de entender la medicina de familia. Las consultas telefónicas han conseguido ponernos en contacto con las personas, pero al mismo tiempo han puesto una distancia insalvable entre nosotros. Creando una percepción que se diferencia mucho de la que conseguimos viendo al paciente en consulta. Es de vital importancia tanto la exploración por sistemas como el lenguaje no verbal y la observación dentro de la entrevista clínica.

Debemos permanecer alerta para no caer en la inercia diagnóstica y terapéutica de la patología más frecuente, aprendiendo a manejar la incertidumbre desde la Atención Primaria.

95.

Tos en tiempos de COVID-19

Grimaldi Miranda, Elena
Pérez Márquez, Antonio
Ochoa Pascual, Marta

/MIR de MFyC. CS Molino de la Vega, Huelva
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Molino de la Vega, Huelva
/MIR de MFyC. CS Molino de la Vega, Huelva

Motivo de consulta

Tos persistente.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 81 años hipertenso, dislipémico, no fumador, en vigilancia activa por adenocarcinoma de próstata, con índice de Barthel de 95 (dependencia leve) y sin deterioro cognitivo que acude solo al centro de salud para realizar varias consultas médicas.

Además de la renovación de la medicación, la resolución de dudas acerca de la vacuna de la gripe y la captación para la vacuna del neumococo, así como una gonalgia de años de evolución por artrosis que no le limita la movilidad, consulta por sequedad de garganta y tos, que se atribuye a faringitis crónica. Se explican medidas higiénicas y tratamiento con cloperastina, indicando que en caso de no mejoría debe volver a consultar.

La semana siguiente consulta por urgencias por tos seca persistente, asociado a dolor costal pleurítico, afonía y leve disnea con los esfuerzos, por lo que se deriva a circuito COVID-19. Se realiza test de antígeno de coronavirus que resulta negativo, pero se aísla ante clínica compatible. En el seguimiento telefónico el paciente refiere encontrarse bien, refiriendo únicamente la persistencia de la tos y la afonía, por lo que se solicita una PCR, que resulta negativa.

Con dos pruebas de diagnóstico negativas se descarta COVID-19 y se cita al paciente en consulta para realizar nueva anamnesis detallada y exploración física, sin nuevos hallazgos. Se decide solicitar radiografía urgente de tórax (figuras 1 y 2), en la que se aprecia velamiento de campo superior izquierdo que probablemente corresponda a masa a ese nivel. Se contacta telefónicamente con la consulta Neumología y recibe cita esa semana, solicitándose TC torácico, así como analítica con marcadores tumorales.



Figura 1. Rx PA de tórax



Figura 2. Rx lateral de tórax

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La sospecha clínica es una neoplasia pleuropulmonar a filiar.

Plan de acción y evolución:

En el TC pulmonar se objetiva proceso neofornativo pleural y unilateral izquierdo, con mayor sospecha de neoplasia pleural primaria tipo mesotelioma. Entre los marcadores tumorales destaca elevación de Ca 125 y Cyfra21.1. El paciente se encuentra ahora mismo pendiente de realización de biopsia para confirmación del diagnóstico anatomopatológico.

Enfoque familiar y comunitario:

Durante el proceso diagnóstico el paciente ha recibido varias llamadas telefónicas para control de la evolución y acompañamiento durante el diagnóstico. Además se ha contactado con Neumología para comunicación y el manejo multidisciplinar.

Conclusión:

Se pretende destacar que a pesar de estar en tiempos de pandemia no toda la clínica compatible es COVID-19 y es necesario realizar una detallada historia clínica, así como pruebas complementarias para enfocar correctamente al paciente. Así mismo es fundamental destacar tanto el acompañamiento y el apoyo del paciente durante su proceso diagnóstico, como el seguimiento multidisciplinar desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Palabras clave

Mesotelioma, tos, Atención Primaria.

96.

Tumoración cervical de larga evolución

Pastor Costa, Begoña

/MIR de MFyC. CS Vera, Almería

Vázquez Alarcón, Rubén Luciano

/Especialista en MFyC. Tutor. CS Vera, Almería

Rodríguez Cachafeiro, Katherine Priscila

/MIR de MFyC. CS Vera, Almería

Motivo de consulta

Tumoración cervical.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos, acude por malestar general de 3 días de evolución, odinofagia, tos y sensación distérmica no termometrada. No otra sintomatología aguda. Refiere que presenta tumoración cervical izquierda de 1 año de evolución que ha aumentado de tamaño en los últimos meses.

El paciente niega relaciones sexuales de riesgo, viajes al extranjero en los últimos 2 años ni pérdida de peso en el último año.

Exploración

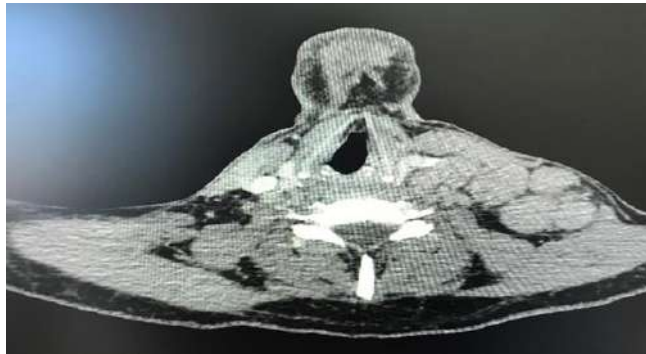
- Normotenso, afebril, eupneico en reposo con frecuencia cardiaca de 70 lpm. Saturación 97-98%
- Buen estado general, bien hidratado y perfundido.
- No lesiones cutáneas.
- Auscultación cardiopulmonar rítmico, sin soplos y murmullo vesicular conservado
- Abdomen blando, no doloroso, no se palpan megalias.
- Orofaringe levemente congestiva. Hipertrofia amigdalар sin exudado. A nivel submandibular se palpa pequeña adenopatía móvil, pero a nivel cervical izquierdo se palpan tumoraciones induradas no móviles ni dolorosas de aproximadamente 2-3 cm de diámetro.
- Otoscopia bilateral normal.
- Resto de exploración anodina.



Pruebas complementarias

- Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación normal. Serología virus negativa. CMV IgG positiva. Beta 2MG 2.76.
- Mantoux negativo y cultivo esputo negativo para micobacterias

- Eco cuello: tiroides, glándulas parótida y submandibulares normales. Conglomerado adenopático a nivel laterocervical y posterior izquierdo y hasta supraclavicular con múltiples adenomegalias hipoeoicas con algunas con centro licuefacto.
- TAC cervical con contraste:
 1. Primer TAC (pretratamiento): no alteración mucosas nasofaringe, fosas de Rosen Müller conservada. Conglomerado adenomegálico cervical perivascular lateral izquierdo extendiéndose desde área submandibular hasta región supraclavicular ipsilateral, condicionando desplazamiento lateral derecho de la vía aérea, ganglios que oscilan entre 45, 37, 22 y 19 mm, de realce heterogéneo tras contraste secundario a área hipodensas intraganglionares (necrosis).
 2. Último TAC (post tratamiento): adenopatías cervicales, suprahioideas e infrahioideas presentes en estudios anteriores que han disminuido de tamaño respecto al primer estudio. Cambios secundarios por radioterapia.



TAC pretratamiento



TAC post tratamiento

- TAC toracoabdominal:
 1. En el primer estudio de extensión: engrosamiento paredes intestinal ilion terminal, resto normal.
 2. En último estudio de extensión: múltiples lesiones ocupantes de espacio en lóbulo hepático derecho que son hipodensas en fase portal y miden 15,37,10,19, 7 y 46 mm de diámetro, de nueva aparición que son muy sugestivas de metástasis. Esplenomegalia homogénea. Tórax normal
- Colonoscopia con biopsia: normal
- Biopsia adenoides: carcinoma no queratinizante de tipo indiferenciado
- PAAF nódulo cervical: extendido citológico positivo para células malignas a correlacionar con la clínica.

Enfoque familiar

Casado sin hijos, natural de Marruecos que vive en España desde hace varios años con buen apoyo familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En este paciente planteamos varios posibles diagnósticos

- Neoplasias nasofaríngeas, frecuentes en varones entre 20-50 años, signos de sospecha: adenopatías cervicales (50% casos) pueden ser bilaterales, pero con frecuencia suelen ser altas e ipsilaterales, signos otológicos como hipoacusia unilateral, rinológicos como congestión nasal, oftalmológicos y neurológicos según la extensión tumoral. Es un tumor radiosensible, en estadios avanzados se asocia quimioterapia. Aproximadamente el 5% de los casos presenta metástasis óseas, pulmonares y hepáticas.

- Tuberculosis ganglionar, se presenta con adenopatías indoloras rígidas que crecen gradualmente que con el tiempo pueden sufrir necrosis, fistulizar y presentar drenaje al exterior, lo que se denomina escrófula, además el paciente es originario de un país con incidencia media para esta enfermedad. Se descartó por paaf, mantoux y cultivo de esputo para micobacterias.
- Neoplasias hematológicas como linfomas Hodgkin y no Hodgkin, que se descartaron con la biopsia y b2 microglobulina.
- VIH: en la primoinfección produce un síndrome mononucleósido con linfadenopatía generalizada, también cuando se presenta una inmunosupresión severa puede presentar adenopatías localizadas o generalizadas por procesos linfoproliferativos.
- VEB suele presentar la triada típica de fiebre, faringoamigdalitis y linfadenopatía cervical simétrica, en nuestro paciente era asimétrica y la serología fue negativa.
- Neoplasia tiroidea, tipo papilar el 50% afecta a ganglios regionales cervicales. En las pruebas complementarias no alteraciones en la tiroides
- Neoplasia pulmonar, biopsia no compatible y estudio de extensión negativa

Diagnóstico final: Adenopatías cervicales secundarias a carcinoma no queratinizante de tipo indiferenciado de cavum con metástasis hepáticas.

Plan de acción y evolución

Inicio tratamiento con amoxicilina/clavulánico asociando antiinflamatorio, solicito analítica con bioquímica, hemograma, coagulación, serología de VEB, VIH, VHA, VHB, VHC, mantoux y cultivo esputo para micobacterias. Derivo a consulta de diagnóstico rápido para estudio de adenopatías cervicales de varios meses de evolución.

El paciente fue estudiado en consulta de medicina interna, con los resultados de las pruebas complementarias, fue derivado a otorrinolaringología, donde le realizaron una biopsia adenoidea con resultado de carcinoma indiferenciado de cavum. En el primer estudio de extensión, no se encontraron implantes metastásicos en otras localizaciones. Se llevo en conjunto entre oncología, otorrinolaringología y medicina interna pautando tratamiento con radioterapia radical y quimioterapia concomitante, con disminución de tamaño de las adenopatías, pero en el último TAC abdominal, se observaron varios focos sugestivos de metástasis en hígado y esplenomegalia. Actualmente está pendiente de valoración por comité oncológico para valorar siguiente tratamiento. Ha precisado varios ingresos por disfgia, bicitopenia febril y vómitos.

Conclusión

Las adenopatías son un hallazgo frecuente en la evaluación de los pacientes, en especial cuando acuden con sintomatología orofaríngea aguda, pero debemos estar atentos a adenopatías que no desaparecen tras resolución del proceso agudo ya que pueden ser signos de enfermedades más graves. Las causas de adenopatías cervicales aproximadamente suelen ser por drenaje linfático del área de la cabeza y cuello, pero hasta un 25% pueden ser signos de enfermedades sistémicas.

A la hora de realizar la anamnesis a un paciente tiene importancia la edad, factores epidemiológicos como viajes, exposición a animales, tiempo de evolución, síntomas acompañantes y la exploración. Debemos tener en cuenta la localización, si son localizadas o generalizadas, tamaño, consistencia, movilidad y signos asociados como lesiones cutáneas o hepatoesplenomegalia.

Palabras clave

Adenopathy, adenoids, neoplasia.

Bibliografía

Diagnóstico y tratamiento médico Greenbook, DTM, Marban. Capítulo S53 → adenopatías cervicales.
Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre. Capítulo Hematología y Oncología → Adenopatías. Esplenomegalias. Esplenectomía. Capítulo enfermedades infecciosas → TBC
Libro virtual SEORL, capítulo 85 tumores de la rinofaringe

97.

Un embarazo (in)deseado

Salazar Bruque, Irene
Justicia Gómez, Laura
Muñoz Escalante, María Auxiliadora

/MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga
/MIR de MFyC. CS Palma-Palmilla, Málaga
/Especialista en MFyC. Tutora. CS Palma-Palmilla, Málaga

Motivo de consulta

Test de gestación positivo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 14 años. Acude al centro de salud por test de gestación hace 2 semanas positivo.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: alcohol social, fumadora de unos 7 cig/día, marihuana ocasional.
- Diabetes Mellitus. Diagnosticada hace 1 año. Muy mal control glucémico, precisando en alguna ocasión asistencia en urgencias hospitalarias por cetoacidosis diabética por negativa a insulinterapia.
- No intervenciones quirúrgicas.
- Acude a primera consulta de embarazo. Fecha de última regla hace 2 meses. Actualmente se encuentra en semana 8+5de gestación.

Acude acompañada de su pareja actual, de 25 años. Ambos presentan un buen grado de aceptación del embarazo y desean continuar con el mismo.

Explicamos a la paciente que al ser menor de 16 años debe acudir acompañada de un/a tutor/a legal.

La paciente rehúsa en todo momento que acuda la madre (tutora legal) a consulta con ella.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente es la 2ª de 6 hermanos.

Vive con su madre hasta hace 2 semanas, cuando conoce el estado de embarazo. La madre se opone a continuar con el mismo, por lo que la paciente huye con su pareja al pueblo donde reside su padre.

Padre ex presidiario por violencia de género.

Actual pareja desde hace 5 meses. Padre del futuro hijo/a. Tiene 25 años. Actualmente en paro, estudios hasta primaria.

La paciente cursa actualmente 2º de ESO, con mal resultado académico. Desde que está viviendo en el pueblo del padre no acude al Instituto.

Tanto la paciente como sus hermanos se encuentran en seguimiento por el Equipo de Tratamiento Familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Embarazo en paciente con menoría de edad tanto sanitaria como de consentimiento sexual.

Nos surgen los siguientes problemas:

- La paciente de 14 años acude a consulta sin un representante legal.
- Tiene una pareja mayor de edad.
- La paciente está embarazada, deseando continuar con la gestación, sin embargo, su tutora legal se opone al mismo.
- Embarazo de alto riesgo por antecedente de Diabetes Mellitus tipo I con muy mal control glucémico.

Plan de acción y evolución

En primer lugar, contactamos con la Trabajadora Social del centro de salud, quien, tras una breve intervención con la paciente y la pareja, llama a la madre (tutora) para un encuentro en donde se explique situación y así poder realizar la primera consulta de embarazo.

Aunque ambas rechazan el encuentro, finalmente acude a consulta.

Nos explica que se puso en contacto con el Equipo de Tratamiento Familiar nada más conocer la noticia, y ante el desacuerdo con el seguimiento o no del embarazo, se pusieron en manos del Juzgado de menores, esperando actualmente la resolución al caso.

Finalmente se consensua realizar las consultas de embarazo que vayan siendo necesarias y

Se consensua realizar consultas de embarazo hasta resolución caso, siempre buscando el beneficio de la paciente y del posible menor que está en camino.

Conclusión

En nuestra consulta de Atención primaria vemos pacientes desde los 14 años, pacientes considerados menores desde el punto de vista sanitario, por lo que nos podemos encontrar determinadas situaciones que nos hagan dudar ante la forma de actual. Sabiendo siempre que lo que prima es el beneficio del/la menor.

En España, la mayoría de edad sanitaria se establece a los 16 años. En los menores de entre 12 y 16 años el consentimiento lo concede el representante legal, después de contar con la opinión del menor en función de su capacidad intelectual y emocional.

La edad del consentimiento sexual indica la edad a partir de la cual se le otorga autonomía plena al individuo respecto de su vida sexual, es decir, a los individuos que no han alcanzado la edad propia del consentimiento sexual son considerados carentes de la madurez necesaria para ejercer libremente su sexualidad.

Además, nos encontramos en la situación de que la paciente está en seguimiento por el Equipo de Tratamiento Familiar, equipo formado por psicólogo/a, trabajador/a social y educador/a social, dirigido a familias con menores en situación de riesgo, aportando un tratamiento específico e integrado que permita la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de riesgo que pueda afectar directa o indirectamente al bienestar de los menores.

En definitiva, es importante conocer ciertos datos como es la mayoría de edad sanitaria y la del consentimiento sexual para poder actuar de una forma correcta, siempre velando por el/la menor, buscando el máximo beneficio para el/la mismo/a.

Palabras clave

Embarazo en Adolescencia, Problemas Sociales, Servicios de Salud del Adolescente.

98.

Una manifestación poco habitual de una patología frecuente

Ávila Ossorio, Beatriz
Vázquez Cros, Alicia
Mora Quintero, Antonio

|MIR de MFyC. CS Ronda Histórica, Sevilla
|MIR de MFyC. CS Ronda Histórica, Sevilla
|Especialista en MFyC. Tutor. CS Ronda Histórica, Sevilla

Motivo de consulta

Una erupción que no desaparece.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia a clavulánico (diarrea) y enalapril (tos).

Hábitos tóxicos: Exfumadora de 15 cigarrillos al día durante 40 años (índice de consumo acumulado de tabaco: 30 paquetes/año). No bebedora de alcohol.

Factores de riesgo cardiovascular: obesidad moderada grado 1 (IMC 32.6), hipertensión arterial.

Enfermedades previas: neurolúes (vasculitis cerebral secundaria), trombosis venosa superior con afectación del área macular, gonartrosis.

Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, cesárea, histerectomía (1999), cirugía ocular, carcinoma basocelular región axilar derecha (2015).

Tratamiento domiciliario: Losartán 100 mg (1 comprimido cada 24 horas).

Anamnesis

Mujer de 65 años que consulta por un primer episodio de erupción cutánea pruriginosa en el tronco de meses de evolución. No lo relacionaba con cambios en los productos de aseo. No refería otra sintomatología acompañante.

Exploración física

Buen estado general. exploración cardiopulmonar normal. Se observaban lesiones eritematosas de color intenso, lisas y brillantes, con bordes bien definidos y discreta descamación que conforman placas uniformes, simétricas y bilaterales que se extienden por todo el pliegue suprapubiano, pliegue submamario, y región sacrocoxígea. No había presencia de lesiones satélites. El resto de piel y anejos no presentan alteraciones.



Ilustración 4. Placa eritematoescamosa simétrica en pliegue suprapubiano



Ilustración 5. Placa eritematoescamosa en región sacrocoxígea

Enfoque familiar y comunitario

La paciente está casada y convive con su marido con el que tiene dos hijos independientes. Siguiendo el modelo de la OMS, su ciclo vital familiar se encuentra en la etapa V o final de la contracción (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer conyugue). Cuenta con buen apoyo familiar y social.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico definitivo

Psoriasis invertida.

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse fundamentalmente con el intertrigo candidiásico y la dermatitis seborreica. Otras entidades a tener en cuenta son los dermatofitosis, el eritrasma y el eccema, entre otros.

Plan de acción y evolución

Se inició tratamiento tópico con corticoide de baja potencia con una aplicación al día y medidas generales, como mantener la zona seca, durante dos semanas, con mejoría de las lesiones pero sin resolución completa. Por ello, se realizó teleconsulta a Dermatología para corroborar la sospecha diagnóstica. Se comenzó tratamiento tópico con corticoide de alta potencia (clobetasol) con una sola aplicación diaria durante cuatro semanas, tras lo cual se observó resolución completa de la dermatosis. Posteriormente, como terapia de mantenimiento se inició tratamiento tópico con un inhibidor de la calcineurina (pimecrolimús) con una aplicación al día durante un mes al inicio y luego dos veces por semana, sin recidivas hasta el momento actual.

Conclusión

La psoriasis invertida es una forma de presentación poco frecuente de una patología común en el área de la dermatología y este área supone un motivo de consulta muy habitual en Atención Primaria, es por ello que debemos ser conscientes de esta entidad para su correcto abordaje. El diagnóstico es clínico apoyado por la presencia de lesiones en otras localizaciones típicas o antecedentes personales o familiares. Se caracteriza por la presencia de placas de color rosado-rojizo, brillantes, sin apenas descamación y bien delimitadas, en cualquier pliegue cutáneo de forma bilateral y simétrica; ocasionalmente puede aparecer erosión y fisuración. El curso es crónico con exacerbaciones y remisiones. En caso de dudas debe recurrirse a la anatomía patológica para confirmar.

Palabras clave

(MeSH, DeCS), Enfermedades de la Piel, Psoriasis, Atención Primaria de la Salud.

99.

Una nefropatía diagnosticada desde una hematuria

Huertas Rodríguez, Jaime Antonio
Martínez Báez, Paula
León Arévalo, Isabel

/MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla
/MIR de MFyC. CS Esperanza Macarena, Sevilla
/Especialista en MFyC. Esperanza Macarena, Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de consulta

Hematuria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 79 años, con antecedentes personales de Hipertensión arterial esencial.

En consulta telefónica presenta como motivo de consulta, hematuria que se acompaña de leves molestias en la fosa renal izquierda sin síndrome miccional ni otros síntomas acompañantes. Refiere que meses antes ha presentado episodios de hipotensión arterial que precisa ajuste de tratamiento anti hipertensivo aunque se mantiene diurético por presencia de edemas maleolares.

Se solicita hemograma y bioquímica incluyendo función renal.

En *pruebas complementarias* se objetiva un aumento de la creatinina en sangre de 0,8 a 1,13 y una caída del filtrado glomerular de 70 a 46 ml/min. Esto supone una caída de este último además de un 25% en un mes. No aparecen otras alteraciones séricas destacables ni en hemograma ni en bioquímica.

Posteriormente, tras los resultados obtenidos analíticamente, se solicita ecografía renal y de vías urinarias donde donde informan de riñones de tamaño y ecoestructura normal, sin dilatación de sistemas excretores ni imagen de litiasis. Vejiga repleccionada sin anormalidades visibles. No se observa líquido libre.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 79 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su marido. Buen apoyo familiar. Nivel sociocultural medio-alto.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La lista de problemas que presenta la paciente como factores de riesgo cardiovascular son Cardiopatía hipertensiva y Obesidad.

Otros antecedentes personales de la paciente son Gonartrosis, Estenosis del canal L4-L5 y L5-S1, Hiperlordosis.

El diagnóstico diferencial nos lo podemos plantear con las siguientes patologías:

- Cólico renal.
- Patología renal parenquimatosa.
- Hipertensión arterial mal controlada.
- Lúpus eritematoso sistémico

Plan de acción y evolución:

Se ajustó medicación antihipertensiva a la paciente con lo que se ha mantenido normotensa y con mejoría de sus edemas maleolares en miembros inferiores. Se mantiene tratamiento para control de cifras tensionales y observación de síntomas miccionales hasta completar estudio por nefrología para filiar la patología renal.

Debido a los resultados analíticos presentados en las pruebas complementarias, se realiza interconsulta con la nueva modalidad de teleconsulta al servicio de nefrología, cuya respuesta en 48 horas, fue que se objetiva un deterioro subagudo de la función renal, que parece no atribuible a medicamentos.

Revisando analíticas anteriores se observa que el filtrado glomerular ha caído desde enero de 2019 donde presentaba 71 ml/min a 36 ml/min en agosto de 2020.

Es difícil atribuir a infección urinaria porque existen marcadores inflamatorios sistémicos en rango normal pero hay hallazgos en orina elemental con leucocituria, nitritos positivos con pH elevado y fosfatos amorfos que sugieren ITU por germen productor de ureasas, frecuente colonizadores de cálculos moldes en parénquima renal. Desde el servicio de nefrología citan a la paciente por correo ordinario o sms para ser atendida en consultas externas. Tendrá que acudir a dicha cita con nuevo cultivo de orina y nuevo análisis de sangre 10 días antes de la consulta.

La definición de enfermedad renal crónica, independientemente del diagnóstico clínico, incluye la presencia de al menos 3 meses de:

Filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min/1,73m², ó lesión renal. La lesión renal se pone de manifiesto a través de una biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario o a través de técnicas de imagen.

La concentración de creatinina en sangre no debe ser usada como única prueba para evaluar la función renal siendo el filtrado glomerular la mejor herramienta para hacerlo. Se recomienda el cálculo del filtrado glomerular mediante ecuaciones obtenidas a partir de la medida de la concentración de creatinina sérica, la edad, el sexo y la etnia. Estas ecuaciones son más exactas que la medida de la creatinina sérica aislada.

Una vez sea diagnosticada de enfermedad renal crónica, lo más importante es evitar que esta evolucione, y para ello debemos conocer que existen fármacos usado en la práctica clínica diaria que pueden provocar el empeoramiento de esta enfermedad. Por otra parte, el uso de contrastes intravenosos de una manera indiscriminada. Sn preparación previa puede provocar la nefropatía inducida por contraste. Por ello hay que evitar el uso de nefrotóxicos y minimizar el efecto y el uso de los contrastes intravenosos.

Conclusión:

La enfermedad renal crónica es un importante problema de salud pública que puede afectar en sus diferentes estadios a cerca del 10% de la población española y que supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al sistema nacional de salud.

La derivación al servicio de nefrología se hará teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad renal crónica, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, el grado de albuminuria, la presencia de signos de alarma, la comorbilidad asociada y la situación funcional del paciente. En nuestro caso, la paciente presenta un deterioro del filtrado glomerular mayor del 25% en un mes por lo que la velocidad de progresión de la insuficiencia renal es alta y se asocia como comorbilidad la presencia de obesidad y la cardiopatía isquemia como enfermedad cardiovascular asociada.

A pesar de la situación complicada que comenzó en 2020, debido a la pandemia suscitada por el virus COVID-19, la anamnesis, fundamental para una buena orientación diagnóstica, se realizó de forma telefónica. Mediante este tipo de consulta se identificaron los síntomas y hallazgos analíticos suficientes en las pruebas complementarias, para identificar los criterios y signos de alarma de la paciente. Y comparando los valores actuales con valores analíticos anteriores en su histórico en la historia de salud digital se pudo hacer una valoración en la Plan de acción y evolución de la función renal.

Por tanto, nos damos cuenta, de la importancia de la tecnología, mediante la cual, haciendo un buen uso podemos resolver problemas médicos importantes y orientar patologías importantes, como en nuestro caso ha sido la detección de una nefropatía de novo. Asimismo, nos damos cuenta, de cómo la tecnología nos facilita la práctica clínica ya que podemos comparar datos, en nuestro caso analíticos, a lo largo del tiempo.

Palabras clave:

Nefropatía; Hipertensión; edemas maleolares; Hematuria; Filtrado glomerular.

100.

Urticaria e hipotensión brusca

Adama Herrojo, María
 Rodríguez Villadeamigo, Gemma
 Pérez Razquin, Eduardo

| MIR de MFyC. CS El Torrejón. Huelva
 | MIR de MFyC. CS El Torrejón. Huelva
 | Especialista en MFyC. EBAP. CS El Torrejón. Huelva

Motivo de consulta

Edemas manos con sensación pruriginosa.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

No alergia medicamentos. Urticaria leve con marisco e ibuprofeno de forma ocasional y aislada. Varón, 42 años, practicando running, episodio brusco de edema acral en manos, con disnea, edema lingual y exantema urticariforme generalizado.

Ante debilidad progresiva, mareo y dolor torácico opresivo con ausencia de pulso radial se avisa Coordinación. Refiere ingesta de marisco en 12 horas previas e ibuprofeno 1 hora antes de iniciar el ejercicio.

Exploración física

Tensión arterial 80/40, Saturación 93%, frecuencia cardiaca 115lpm, glucosa 136, afebril, regular estado general, eupneico, rubefacción facial y corporal, no tiraje, obnubilado, auscultación cardiorrespiratoria: sibilantes espiratorios, pulso radial ausente, carotídeo presente.

Pruebas complementarias

EKG: taquicardia sinusal a buena frecuencia, eje normal, QRS estrecho, no alteraciones agudas de repolarización. Resto analítica sanguínea normal. Radiografía tórax sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario

Varón cuyo núcleo familiar se compone son su mejor y 2 hijos (mujer y hombre). Plan de acción: trasladado Asistido a Urgencias Hospitalarias.

Plan de acción y evolución

Se indica tratamiento con O2 ventimask reservorio, suero fisiológico a chorro, metilprednisolona 80 mg iv, dexclorfeniramina 1 amp iv., consiguiendo una recuperación progresiva de constantes, lucidez mental, asintomático al alta. Valorado posteriormente por alergólogo mediante pruebas cutáneas de provocación, se establece Alergia a AINES.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Shock anafiláctico de probable origen colinérgico. Tratamiento y recomendaciones al alta. Se recomienda seguir tratamiento con deflazacort 30 mg /24 hs 3 días en almuerzo, dexclorfenamina 2mg/8hs 7 días y omeprazol 20 mgs/24 hs en almuerzo, con valoración preferente por Alergología.

Conclusión

La urticaria colinérgica por ejercicio, se desencadena antes o después de este al contacto con alérgeno, que es estimulado por el calor en el contexto del ejercicio, generando la respuesta anafiláctica. La primera causa de anafilaxia en adultos son los fármacos. La guía GALAXIA, establece uso de adrenalina im como primer fármaco obviando viejas fórmulas de tratamiento sintomático: metilprednisolona, dexclorfenamina o salbutamol. El personal de servicio de emergencias debe instruirse en el manejo y tratamiento rápido de

dispositivos de inyección im de adrenalina. Se recomienda prescribir dispositivos autoaplicables de Adrenalina a estos pacientes. Como médicos de atención primaria se debería conocer la sintomatología de alarma, actuar en consecuencia y remitir de forma preferente a los servicios de Alergología.

Palabras clave

Anaphylaxis, Epinephrine, Drugs, Shellfish Proteins.

Bibliografía

Cardona V, Cabañes N, Chivato T. Guía de Actuación en Anafilaxia GALAXIA 2016. Barcelona: Esmon Publicidad SA; 2016.
Austen KF. Alergias, anafilaxia y mastocitosis sistémica. Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. 2018. Ciudad de Méjico.

101.**Valoración de adenopatías en atención primaria**

Rodríguez Cachafeiro, Katherine Priscila | *MIR de MFyC. CS Vera, Almería*
 Vázquez Alarcón, Rubén | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Vera, Almería*
 Pastor Costa, Begoña | *MIR de MFyC. CS Vera, Almería*

Motivo de consulta

Bulto en el cuello

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 68 años, NAMC, ex fumador desde hace 4 años (1 paquete/día durante 45 años), bebedor ocasional. No enfermedades conocidas. No intervenciones quirúrgicas.

Refiere notarse bulto en el cuello doloroso de aproximadamente un mes de evolución. Últimamente nota carraspera. No disnea, no dolor torácico, no síndrome constitucional.

A la *exploración* buen estado general, normohidratado y perfundido. Eupneico y afebril. Normotenso. Se palpa tumoración laterocervical derecha de aproximadamente 4 cm, tipo conglomerado adenopático, doloroso a la palpación, de consistencia pétreo, no móvil. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso. No masas palpables.

Se solicita analítica y radiografía de tórax desde consulta y se deriva de forma preferente a consulta de diagnóstico rápido de medicina interna.

Pruebas complementarias

Hemograma normal, VSG 40, creatinina, GOT y GPT normales. LDH 389, CEA 5, Ca 15.3 3,9; Ca 19.9 658, Ca 125 206. Radiografía de tórax: no infiltrados ni condensaciones, no masas, no derrame pleural, aumento de ambos hilios.

En consulta de medicina interna se le solicitó TAC con contraste de tórax-abdomen- pelvis donde se evidencia masa tisular heterogénea, en sector IV a derecha, centro-necrótica de 36 x 35 x 41 mm que infiltra vena yugular derecha, con trombo tumoral en el interior de la misma y adenopatías satélites centriméricas. En mediastino presenta varias imágenes nodulares centro-necróticas de 16 y 14 mm paratraqueales derechas, 15 mm retrocava-pretraquial, 20 mm en hilio pulmonar derecho y 15.5 mm infracarinal. Imagen nodular pulmonar de bordes irregulares, centro-necróticas de 17x20 mm en segmento medial del lóbulo medio. Condensaciones alveolares pseudonodulares de bordes irregulares, subpleurales en LII de 15 y 17 mm.

Hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo, y riñones sin anomalías. Presencia de múltiples adenopatías centrimétricas retroperitoneales y de la raíz mesentérica. Ausencia de líquido libre.

Enfoque familiar y comunitario:

Varón de 68 años, jubilado. Vive con su mujer. Buen soporte familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tumoración laterocervical derecha (infecciosas, inflamatorias, tumorales), leucemia/linfoma, neoplasia pulmonar, metástasis.

Plan de acción y evolución

El paciente es derivado a consulta de ORL de forma preferente donde se realiza biopsia con aguja gruesa ecoguiada que se informa como cilindros de tejidos fibroconectivo que incluyen músculo esquelético infiltrados por adenocarcinoma pobremente diferenciado, con focos de necrosis de probable origen pulmonar.

Las técnicas de inmunohistoquímicas realizadas muestran positividad para CK7, TTF-1 y negatividad para CK20, napsina A, P40, calretinina, S100, CD45. ALK positivo, EGFR negativo, PD-L1: 45%, ROS1 negativo.

Posteriormente el paciente fue derivado a Oncología Médica con diagnóstico de Adenocarcinoma de Pulmón E-IV ALK positivo donde se inicia tratamiento de primera línea con ALECTINIB.

El paciente presenta aumento progresivo del dolor en región laterocervical derecha, que en ocasiones le provoca disnea con el decúbito, solo puede adoptar la posición de decúbito lateral izquierdo, malestar general, intensa astenia y anorexia, distensión abdominal y estreñimiento.

Fue intervenido con carácter urgente de laparotomía por sospecha de perforación de víscera hueca por dolor abdominal generalizado, con mal estado general, sudoración y taquicardia. El abordaje inicial fue laparoscópico que se convierte en laparotomía al objetivarse perforación a nivel yeyunal e implante obstructivo en íleon terminal. Se efectúa doble resección intestinal con anastomosis.

Durante el posoperatorio inmediato, el paciente presenta franco empeoramiento clínico, con respiración agónica e hipercapnia. Ante el deterioro del paciente se le informa a su esposa proponiendo intubación y su esposa manifiesta el deseo previo del propio paciente de no alargar la situación. Se acuerda sedación. Con posterior exitus.

Conclusión

La evaluación de las adenopatías cervicales en la consulta de atención primaria comienza con su sospecha diagnóstica, siendo lo más frecuente encontrar un paciente que consulta por la aparición de una tumoración o masa en el cuello.

La anamnesis del paciente comienza con la edad: en el adulto joven (15-40 años) las causas más frecuentes son las hiperplasias inflamatorias de origen infeccioso-reactivo. Por el contrario, en los adultos mayores (>40 años) se estima que el 80% de las masas cervicales son de origen neoplásico.

En la anamnesis debemos recoger toda la información necesaria para acercarnos a un posible diagnóstico (tiempo de evolución, enfermedades previas, hábitos tóxicos, signos y síntomas como odinofagia, disfagia, disfonía o insuficiencia respiratoria nasal).

Si la historia clínica y la exploración física no son concluyentes está indicada la realización de estudios complementarios, siempre de forma dirigida y en función de la sospecha clínica.

Palabras claves

Adenopatía, tumoración, metástasis

Bibliografía:

JD Contreras, L Roque, EM Moya. Adenopatías cervicales. En Green Book. Diagnóstico y tratamiento médico (pp. 972-981). Madrid, España: Marban libros 2019

102.**Varón que consulta por dolor abdominal y pérdida de peso. la importancia de los antecedentes familiares**

García Molina, María
 Reinoso Rodríguez, Irene
 Peis Redondo, José Ignacio

/MIR de MFyC. CS Bulevar, Jaén
/MIR de MFyC. CS Bulevar, Jaén
/Especialista en MFyC. Tutor. CS Bulevar, Jaén

Motivo de consulta

Dolor abdominal y pérdida de peso.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Abordaje integral en varón de 46 años con antecedentes personales de asma moderado, depresión y migraña que acude por dolor abdominal inespecífico y pérdida de peso significativa de 2 meses de evolución. Apoyo familiar e intervención educativa en grupos de trabajo con problemas similares.

Motivo elección del caso:

- Situación emocional del paciente.
- Relación médico-paciente.
- Se identifica la necesidad de intervención a nivel bio-psico-social.

Enfoque familiar y comunitario

Familia nuclear en estadio IIA. Mujer e hijos de 11 y 5 años.

Madre diabética, hipertensa. Dos tíos maternos fallecidos por cáncer colorrectal. Tía materna no fallecida pero con cáncer de mama. Padre fallecido (suicidio).

Sentimiento de invalidez, rol de sustentador económico de la familia afectado, estrés. Mal anímicamente. Incapacidad para realizar actividades de ocio. Siente que no está disfrutando de sus hijos. Riesgo de claudicación y depresión.

Exploración física

Sin hallazgos salvo molestias a la palpación profunda en flanco izquierdo.

Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre y orina normales. No tóxicos en orina.
- Ecografía y colonoscopia sin hallazgos.
- Estudio genético: HLA B51 +.

Impresión diagnóstica: episodio depresivo moderado. Actualmente no riesgo de suicidio.

Plan de acción y evolución

Se inicia tratamiento antidepressivo y psicoterapia de apoyo en sucesivas consultas a lo largo de todo el proceso consistentes en escucha activa y educación acerca del trastorno afectivo. Permitimos al paciente exprese síntomas, problemas y temores. Tratamos de conseguir el apoyo de la familia y ayudamos a establecer objetivos realistas. Valorar deas de suicidio.

Derivación a AD: Ecografía abdominal y colonoscopia.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Normalidad en estudio realizado. Repetir colonoscopia por antecedentes familiares de cáncer de colon a los 5 años. Paciente acude de nuevo a consulta por ojo rojo y visión doble. Se deriva a urgencias oftalmológicas donde se le diagnostica de uveítis anterior. Comenzaron revisiones cada semana para ver evolución.

Derivación a MI para estudio de uveítis anterior, aftas orales y genitales. Asociaba también artralgias y cansancio intenso. Juicio clínico: enfermedad de Behçet (HLA-B51+). Tratamiento inmunosupresor.

Acude por empeoramiento. Presenta ideas de suicidio. Se deriva a SM para valoración y se da de baja laboral por episodio depresivo moderado que no responde a tratamiento.

Salud mental realiza revisiones y ajuste de tratamiento cada 6 meses.

Paciente acude a urgencias a principios de este año por encontrarse raro. Juicio clínico: episodio hipomaniaco actual. Trastorno bipolar. Ingreso voluntario. Esposa preocupada e interesada por la evolución durante el ingreso.

Sucesivas revisiones. Terapia grupal, psicoeducación y terapia de apoyo. Le acompaña esposa para el aprendizaje y entendimiento de la enfermedad.

Plan de acción y evolución de la situación actual:

- Se decide finalmente jubilación total por incapacidad.
- Buen control de la enfermedad. Apoyo familiar. Se hace cargo de la educación y el cuidado de sus hijos lo cual le motiva.
- Acude a asociación de personas con Trastorno bipolar.

Conclusión

La OMS estimó que el trastorno bipolar era la 46a causa más importante de discapacidad y mortalidad en el mundo entre 291 enfermedades y causas de lesiones, por delante de algunas como el cáncer de mama.

Estudios en familias, demuestran que el riesgo de trastorno bipolar para el familiar de primer grado de un enfermo bipolar es del 5 - 10 por ciento.

El trastorno bipolar con frecuencia altera el estado de ánimo, la energía, la actividad, el sueño, la cognición y el comportamiento, por lo que los pacientes luchan por mantener relaciones laborales e interpersonales.

El genograma constituye una herramienta fundamental en AP para conocer la estructura y composición de una familia, así como las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros, que nos van a orientar no solo en la prevención y diagnóstico precoz de una enfermedad sino también en el apoyo familiar con el que el paciente cuenta para afrontar ésta. Debemos ir más allá y no ver a los pacientes que presentan una enfermedad mental, como meros portadores de ella.

Palabras clave

Episodio depresivo moderado. Trastorno bipolar.

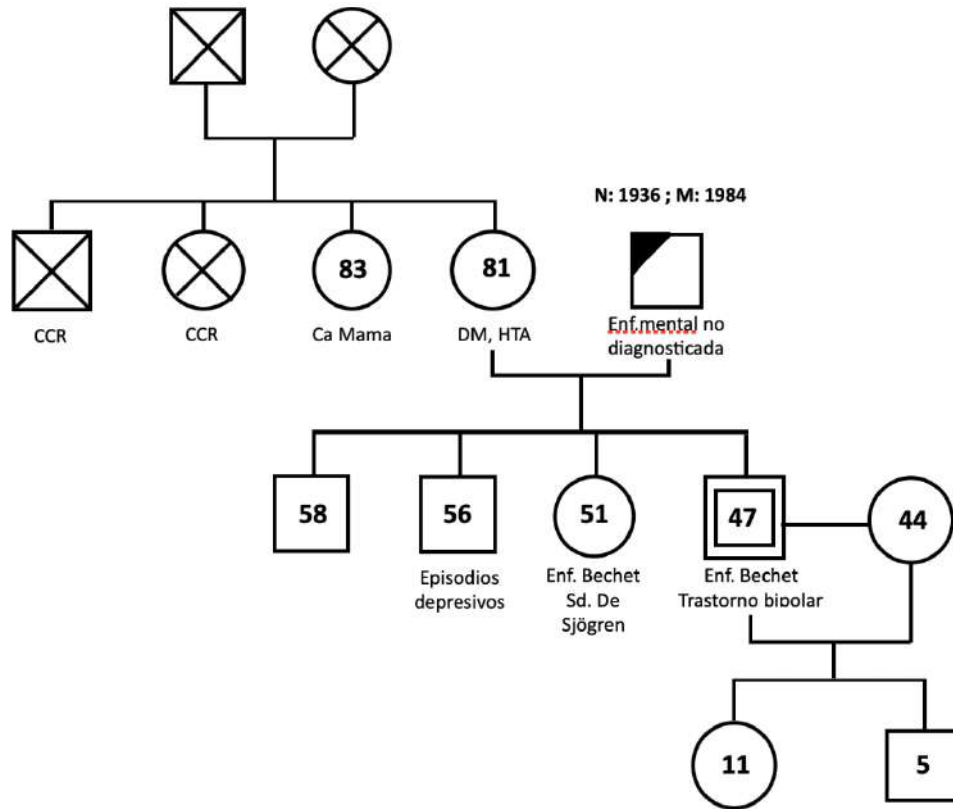


Figura 1. Genograma familiar

Bibliografía

Uptodate [Internet] 2020 (consultado 12 de febrero de 2021) Suppes T. Bipolar disorder in adults: Clinical features. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features>

Uptodate [Internet] 2020 (consultado 12 de febrero de 2021) Stovall J. Bipolar disorder in adults: Epidemiology and pathogenesis. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>

Uptodate [Internet] 2019 (consultado 12 de febrero de 2021) Shelton RC, Bobo WV. Bipolar major depression in adults. Choosing treatment. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-major-depression-in-adults-choosing-treatment>

JART 2021