

Casos Clínicos

Atención Primaria

C C
A P

JART 2022



5^{as} JORNADAS ANDALUZAS DE RESIDENTES Y TUTORES DE MFYC. MÁLAGA

10 y 11 DE NOVIEMBRE 2022

HOTEL ILUNION MALAGA

<https://residentesy tutoressamfyc.com/>

 jartsamfyc2022



“El médico de familia o, mejor dicho, el médico de la familia, concentra en su persona todas las especialidades médicas, aderezadas por la cercanía que solo él puede aportar”

de María SV, una paciente muy especial

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
30 noviembre 2022
Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)
Maqueta: EFS
ISBN-e. 978-84-09-51022-1

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.

Coordinadoras

Rebeca Cuenca del Moral
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Salud San Miguel. Torremolinos (Málaga)

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández
Médico Residente de Medicina Familia y Comunitaria.
Vocal SAMFyC Málaga

Revisores

María Lluç Benítez Ramis
MIR de MFyC. CS Alameda Perchel. Málaga

Ángela Biscarri Carbonero
MIR de MFyC. CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

Pilar Bohórquez Colombo
Vocal SAMFyC de Docencia. Especialista en MFyC. Sevilla

Marcos Castillo Jimena
Especialista en MFyC. CS CAMPILLOS. Málaga

José Ignacio De Juan Roldán
Especialista en MFyC. 061. Málaga

Emilio José Delgado Soto
Vocal SAMFyC Residentes. MIR de MFyC en Málaga

Carmen M^a Escudero Sánchez
Vocal SAMFyC Residentes. MIR de MFyC en Granada

Juan Manuel García Torrecillas
Vocal SAMFyC de Investigación. Especialista en MFyC. Almería

David Godoy Godoy
Especialista en MFyC. CS Nueva Málaga

Ángel Manuel Gutiérrez García
Especialista en MFyC. CS Alhaurín El Grande. Málaga

José Luís Hernández Galán
Vocal SAMFyC de Formación. Especialista en MFyC. Sevilla

Rocío E. Moreno Moreno
Especialista en MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

Cristina Yuki Sepúlveda Muro
Especialista en MFyC. CS San Miguel. Málaga

Sergio Verdejo Ferrer
MIR de MFyC. CS Alameda Perchel. Málaga

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 habrá 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).

ANDRADE SAGONE	JOSE MANUEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LOS OGUÁRES. GRANADA
AGUADO TABERNÉ	CRISTINA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. AEROPUERTO CÓRDOBA
AGÜERA DÍAZ	EDUARDO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS MOLINO DE LA VEGA. HUELVA.
AGUILERA LUNA	ANTONIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS CAMAS SEVILLA
AGUILERA TEJERO	RAMIRO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS BULEVAR. JAÉN
ALARGUNSORO MAIZTEGUI	LEIRE		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. DS GRANADA METROPOLITANO. GRANADA
ALCALDE MOLINA	MARÍA DOLORES		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
ALCÁZAR ZAFRA	LAURA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE CARTAYA. HUELVA
ALVARADO TATO	ANTONIO JOSÉ		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS PINOMONTANO B. SEVILLA
ÁLVAREZ LIMPO	ALICIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS LUCENA I. LUCENA (CÓRDOBA)
ÁLVAREZ PÉREZ	EVA		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS LAS PALMERITAS. SEVILLA
ANGUITA MATA	JUAN CARLOS		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAEN
ARANDA DOMINGUEZ	LAURA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. C.S SECTOR SUR (CÓRDOBA)
ARJONA CARPIO	BELÉN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN JOSÉ. LINARES (JAÉN)
ARÓSTEGUI PLAZA	CRISTINA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN JOSÉ. LINARES (JAÉN)
ÁVILA OSSORIO	BEATRIZ		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS RONDA HISTÓRICA. SEVILLA
AYORA RODRÍGUEZ	MARÍA TERESA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL TORREJÓN. HUELVA
BAENA DEL PINO	MIGUEL		MÉDICO RESIDENTE MFYC. CS FUENTE PALMERA. CÓRDOBA
BALLESTA RODRIGUEZ	MARÍA ISABEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAEN
BARREIRO SOLLA	MARÍA ISABEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LOS ROSALES. DS HUELVA-COSTA. HUELVA
BARTOLOMÉ MENÉNDEZ	INMACULADA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS SECTOR SUR. CÔRDOBA
BATLLE I VIÑAS	JOAQUIM		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
BAUTISTA SIMÓN	ÁNGELES		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
BENAÍN ÁVILA	JORGE ANTONIO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS CABRERIZAS. MELILLA
BENÍTEZ MARTOS	ÁNGEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
BERMEJO VÉLEZ	MARÍA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS DE VALVERDE DEL CAMINO (HUELVA)
BERNABEU FUENTES	ÁLVARO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC LOS BERMEJALES. SEVILLA
BUENDIA MORENO	TRIANA NATIVIDAD		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALAMEDA-PERCHEL. MÁLAGA
BUTAYBI MOHAMED	YUNAIDA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CABRERIZAS. MELILLA
BYRNE ESPAÑA	PALOMA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN MIGUEL. MÁLAGA
CABELLO PADILLA	VÍCTOR		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARRANQUE. MÁLAGA

CALZADA ALGRÁVEZ	JOANNA LUCÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CSLAS FUENTEZUELAS. JAÉN
CÁMARA SOLA	ESTEFANÍA		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS PUERTA BLANCA. MÁLAGA
CARA NAVARRO	ADELA BELÉN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ROQUETAS NORTE. ALMERÍA
CARMONA RUIZ	VIOLETA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS VICTORIA. MÁLAGA
CARRASCAL CORRALES	MANUEL CARLOS		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS DE CARTAYA. HUELVA
CARRO SÁNCHEZ	DANIEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS MOTRIL ESTE. MOTRIL (GRANADA)
CASTELLÓ LOSADA	MARÍA JOSÉ		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS GRAN CAPITÁN. GRANADA
CASTILLO CASTILLO	RAFAEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS SAN JOSÉ. LINARES (JAÉN)
CASTILLO HIGUERAS	SARA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS BULEVAR. JAÉN
CELOTTI OROZCO	MARCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS VALVERDE DEL CAMINO. HUELVA
CERVERA MORENO	INMACULADA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAEN
CHACÓN RECHE	FERNANDA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC DE ALBOX (ALMERÍA)
COBO LÓPEZ	ELENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS PALMA-PALMILLA. MALAGA
COBO VALENZUELA	NURIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS BULEVAR. DISTRITO JAÉN SUR. JAÉN
COLINA LÓPEZ	ANA		MÉDICA ESPECIALISTA DE MFYC. DS GRANADA METROPOLITANO. GRANADA
CONTRERAS ROCA	BELÉN		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS SAN MIGUEL. MÁLAGA
CORNEJO BENITEZ	ALMUDENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE MOGUER. HUELVA
CÓZAR GARCÍA	M ^a INMACULADA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
CÓZAR GARCÍA	M ^a INMACULADA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
CRELGO ALONSO	LAURA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS CARTUJA. GRANADA
CRESPO AMORES	JULIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE MOGUER. HUELVA
CRUZ ITURRATE	JULIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC LOS BERMEJALES. SEVILLA
CRUZ MOLINA	CARMEN LAURA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. HOSPITAL DE RIOTINTO. HUELVA
CRUZ TERRON	HELENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS AEROPUERTO CÓRDOBA
CRUZ VELA	PILAR		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS CARTUJA. GRANADA
CUADRADO ALBURQUERQUE	CELIA CARMEN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
CUENCA DEL MORAL	REBECA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS SAN MIGUEL. TORREMOLINOS
DARWISH MATEOS	SARA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
DE NICOLÁS JIMÉNEZ	JORGE MANUEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
DOMÍNGUEZ BEJARANO	LAURA		MÉDICO RESIDENTE MFYC. CS LAS PALMERITAS. SEVILLA
DOMÍNGUEZ GÓMEZ	DOLORES		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN LUIS. SEVILLA
DOMÍNGUEZ QUINTERO	BENJAMÍN		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS ISLA CHICA. HUELVA
DOMÍNGUEZ ZORRERO	ISABEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS DE MOGUER. HUELVA
ESCOBAR BADÍA	ÁNGELA MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. DISTRITO AP COSTA DEL SOL. MÁLAGA
ESPINAR CALVO	LIDIA		RES MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE CARTAYA. HUELVA
ESTEBAN LÓPEZ	MARÍA DEL MAR		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. UGC GARRUCHA (CONSULTORIO MOJÁCAR). ALMERÍA
FERNÁNDEZ ALBA	ROCÍO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
FERNÁNDEZ BURGOS	SELENE		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS VALVERDE DEL CAMINO. HUELVA

FERRER FRIAS	MARÍA DEL MAR		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS DE OGÚARES. GRANADA
FERRERO MAÑAS	AURORA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARTUJA. GRANADA
GÁLVEZ CANO	MARÍA ISABEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS ROQUETAS NORTE. ALMERÍA
GÁMEZ NAVARRO	MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN ISIDRO (LOS PALACIOS Y VFCA). SEVILLA
GÁMIZ MARTÍNEZ	FLOR MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
GARCIA AMADOR	CANDY PAMELA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FUENTE DE LA VILLA. JAÉN
GARCÍA BARBARROJA	ADRIÁN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
GARCÍA BECERRO DE BENGOA	MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. HUVIM. SEVILLA
GARCÍA CABALLOS	MARTA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS CARTUJA. GRANADA
GARCÍA CRUZ	ESTEBAN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ROQUETAS NORTE. ALMERÍA
GARCÍA DE HARO	MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
GARCÍA FRAILE	MÓNICA ROCÍO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS VALVERDE DEL CAMINO. HUELVA
GARCÍA LEÓN	MIGUEL		CS HUELVA CENTRO. HUELVA
GARCÍA MALDONADO	SIMÓN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE AGUADULCE NORTE. ALMERÍA.
GARCÍA MOLINA	MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS BULEVAR. JAÉN
GARCÍA ORS	GUILLERMO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
GARCÍA PUGA	TERESA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FUENTE PALMERA. CÓRDOBA
GARCÍA RAMOS	ELENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS PINO MONTANO B. SEVILLA
GASCON VEGIN	SANTIAGO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS AEROPUERTO. CÓRDOBA
GIMÉNEZ GIRONDA	ELENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. DS GRANADA METROPOLITANO. GRANADA
GIMÉNEZ MORALES	DESIREÉ		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CONSULTORIO MOJÁCAR PUEBLO. UGC. GARRUCHA (ALMERÍA)
GÓMEZ WHITMAN	CRISTINA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS HUÉTOR TÁJAR. GRANADA
GONZÁLEZ JIMÉNEZ	ADOLFO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. DS SEVILLA
GONZÁLEZ LÓPEZ	ISABEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA.
GONZÁLEZ VICO	CLARA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA.
GROMYKO GROMYKO	ANNA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC EL TORREJÓN. HUELVA
GUERRA FALCÓN	JONAY		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS GIBRALEÓN. HUELVA
GUERRA TORRE	ADOLFO		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS GIBRALEÓN. HUELVA
GUERRERO DURO	RAMÓN DANIEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
HERMOSO SABIO	ANTONIO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
HERNANDEZ OCAÑA	MARÍA DOLORES		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS GRAN CAPITÁN. GRANADA
HERRERA BETHENCOURT	ANDREA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ISLA CHICA. HUELVA
HERRERA QUILES	GEMA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
HERRERA VÍQUEZ	FERNANDO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CONSULTORIO DE JÉDULA (CÁDIZ)
HIDALGO LÓPEZ	ROCÍO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALCALÁ DEL RÍO (SEVILLA)
HITOS GONZÁLEZ	CRISTINA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ISLA CHICA. HUELVA
HUERTAS BARROS	MIRIAM		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
IGUIÑIZ DE LA FUENTE	MAITANE		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARTUJA. GRANADA

JARABO TÉVAR	BEATRIZ		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARTUJA. GRANADA
JODAR REYES	MARÍA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS LA ZUBIA. GRANADA
JURADO CABEZAS	MARTA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS PUERTA BLANCA. MÁLAGA
LECHUGA VARONA	TRINIDAD		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS AEROPUERTO. CORDOBA
LINARES CANALEJO	ANAIS		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS VALVERDE DEL CAMINO. HUELVA
LÓPEZ DE PRIEGO GARCIA	VIRGINIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
LOPEZ ESTEPA	MARÍA ISABEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS AEROPUERTO. CÓRDOBA
LÓPEZ GONZÁLEZ	LUIS MARÍA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS SAN JUAN DEL PUERTO (HUELVA)
LÓPEZ LÓPEZ	ANA MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARRANQUE. MÁLAGA
LÓPEZ MARTÍNEZ	SORAYA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS PALMA-PALMILLA. MALAGA
LORENTE CALLEJO	MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS BOLLULLOS PAR DEL CONDADO (HUELVA)
LOSADA LUIS	FELISA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS RONDA HISTÓRICA. SEVILLA
LUCENA LEÓN	MARÍA ISABEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
LUQUE DE HARO	ELENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS MOTRIL ESTE. MOTRIL (GRANADA)
MACIAS BELTRAN	INMACULADA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS VALVERDE DEL CAMINO (HUELVA)
MADRID MARTOS	MANUEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS (MÁLAGA)
MANJÓN COLLADO	MARÍA TERESA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS RONDA HISTÓRICA. SEVILLA
MARTÍN GALÁN	ABELARDO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
MARTIN GUERRA	LAURA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS AEROPUERTO CÓRDOBA
MARTIN HIDALGO	MIREN AINHOA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA ZUBIA. GRANADA
MARTIN RIOBOO	ENRIQUE		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR RESIDENTE. CS PONIENTE. CÓRDOBA
MARTÍNEZ DE MANDOJANA HDEZ.	ANA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS HUÉTOR TÁJAR. GRANADA
MARTINEZ DE VICTORIA CARAZO	JAVIER		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA
MARTÍNEZ GARCIA	FRANCISCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE HUÉRCAL-OVERA (ALMERÍA)
MATEOS GÓMEZ	ANA MARÍA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS SAN ISIDRO (LOS PALACIOS Y VFCA). SEVILLA
MEDINA ARÉVALO	BEGOÑA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. MOTRIL- SAN ANTONIO. GRANADA
MEDINA DE LA CASA	RAFAEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS BULEVAR. JAÉN
MEDINA MORUNO	M ^ª INDALECIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS LA CHANA. GRANADA
MEDINA SALAS	VÍCTOR		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS HUÉTOR TÁJAR. GRANADA
MELGUIZO JIMÉNEZ	MIGUEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
MENDOZA BARRIOS	ANDREA MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE NEUMOLOGÍA. HU SAN CECILIO. GRANADA
MENÉNDEZ PABÓN	JAVIER		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. EN EL CS CARTAYA (HUELVA)
MERINO DE HARO	IGNACIO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
MILANÉS RODRÍGUEZ	VÍCTOR		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC PALMA-PALMILLA. MÁLAGA
MOGUER GALÁN	MARÍA CARMEN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN ISIDRO (LOS PALACIOS Y VFCA) SEVILLA
MOHAMED AISA	LILYAM		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CABRERIZAS. MELILLA
MOLINA MANRIQUE	GLORIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS FEDERICO DEL CASTILLO. JAÉN
MONTAÑO AZOR	LAURA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMODÓVAR DEL RIO (CÓRDOBA)

MONTEALEGRE CARO	AMALIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARTAYA. HUELVA
MONTERO LÓPEZ	JOSÉ MANUEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS SAN ANTONIO. MOTRIL. GRANADA
MONTES TORRES	RAFAEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS PALMA-PALMILLA. MÁLAGA
MONTES VÁZQUEZ	MARCELA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
MORAIRA GONZÁLEZ	PATRICIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA ORDEN. HUELVA
MORALES DELGADO	NAZARET		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS PONIENTE (CÓRDOBA)
MORÁN MARÍN	SILVIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA ORDEN. HUELVA
MORÁN ROCHA	TERESA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA CS BOLLULLOS PAR DEL CONDADO (HUELVA)
MORILLA ROLDÁN	CRISTINA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ESPERANZA MACARENA. SEVILLA
MOTA GAVILÁN	ISABEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS MOGUER. HUELVA
MUÑOZ GARCÍA	M ^a MAR		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. UGC LOS BERMEJALES. SEVILLA
NAVARRO GÓMEZ-CAMINERO	MANUEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS PINO MONTANO B. SEVILLA
NAVARRO JIMÉNEZ	JOSÉ MANUEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS CARRANQUE. MÁLAGA
NAVARRO ROBLES	ANA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARRANQUE. MÁLAGA
ORELLANA LOZANO	FCO. JAVIER		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS ALAMEDA -PERCHEL. MÁLAGA
ORTA TOSCANO	MANUEL ALEJANDRO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS DE CARTAYA. HUELVA
ORTEGA CAMACHO	CANDIDA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS FUENTE DE LA VILLA. JAÉN
PACHECO CALVENTE	FCO. JAVIER		MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CS DE AGUADULCE NORTE. ALMERÍA.
PALOMO RUIZ	ANA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ROQUETAS NORTE. ALMERÍA
PARDO ÁLVAREZ	JESÚS E.		MÉDICO ESPECIALISTA MFYC. UGC EL TORREJÓN. HUELVA
PÉREZ DE ZABALZA FREIRE	ROCÍO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN JUAN DEL PUERTO (HUELVA)
PÉREZ JIGATO	MARÍA ROCÍO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS RONDA HISTÓRICA. SEVILLA
PEREZ MEMBRIVE	CARMEN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS BULEVAR. JAÉN
PÉREZ MILENA	ALEJANDRO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS EL VALLE. JAÉN
PEREZ PONCE	CANDELARIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CARTAYA. HUELVA
PÉREZ RAZQUIN	EDUARDO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS EL TORREJÓN. HUELVA
PIEDRA RUIZ	FRANCISCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LUCENA I. LUCENA (CÓRDOBA)
PINA MARTÍNEZ	ENRIQUE		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS ALCALÁ DEL RÍO (SEVILLA)
PIQUER DE AYNAT	CARMINA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CONSULTORIO MOJÁCAR PLAYA. UGC GARRUCHA (ALMERÍA)
POVEDANO HOYAS	MACARENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. HOSPITAL DE RIOTINTO. HUELVA
PRIETO ROMERO	NOELIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN JOSÉ EN LINARES (JAÉN)
PULIDO VIZCAÍNO	ANA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS FUENTEPALMERA. CÓRDOBA
QUERO FERNÁNDEZ	NICOLÁS JOSÉ		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ROQUETAS NORTE. ALMERÍA
QUESADA LARA	MARÍA VICTORIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LAS FUENTEZUELAS. JAÉN
QUESADA MORAGA	ROSA MARÍA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTOR. CS MOTRIL ESTE. GRANADA
QUEVEDO GUTIÉRREZ	ALEJANDRO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC EL TORREJÓN. HUELVA
RAMIREZ SANCHEZ	SARA		CS SANTA ROSA. CORDOBA

RAYA REJÓN	ALMUDENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA.
RELAÑO MESA	ANA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS AEROPUERTO. CÓRDOBA
REQUENA CARRIÓN	ESTEBAN		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS DE HUÉRCAL-OVERA (ALMERÍA)
REY BERENGUEL	CAROLINA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ROQUETAS NORTE. ALMERÍA
REYES ALVAREZ	MARTA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN ANTONIO. MOTRIL (GRANADA)
RINCÓN GALVÁN	MARÍA DOLORES		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS GRAN CAPITÁN. GRANADA
RODRIGUEZ CASTILLA	FRANCISCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
RODRÍGUEZ GALLEGU	YOLANDA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. UGC PALMA-PALMILLA. MÁLAGA
RODRÍGUEZ GARCÍA	RUBÉN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LAS PALMERITAS SEVILLA
RODRÍGUEZ JIMÉNEZ	BELÉN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARTUJA. GRANADA
RODRIGUEZ MENGUAL	AMPARO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS AEROPUERTO. CÓRDOBA
ROJAS MOYANO	VERÓNICA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LOS ROSALES. HUELVA
ROSARIO CASTILLO	ÁMIDA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS BULEVAR. JAÉN
RUIZ MEDINA	ANA ISABEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
SÁNCHEZ SOTO	MARTA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN JUAN DEL PUERTO (HUELVA)
SANTOS ESTUDILLO	MARCOS ISIDRO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS LA ORDEN (HUELVA)
SERRANO LEÓN	MARÍA TERESA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. TUTORA. CS MOTRIL ESTE. GRANADA
SERRANO VARO	PILAR		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS ALMODÓVAR DEL RÍO (CÓRDOBA)
SOUSA PAYÁN	LUIS		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. UGC LOS BERMEJALES. SEVILLA
SUÁREZ SÁNCHEZ	JOSÉ MANUEL		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS SAN JOSÉ. LINARES (JAÉN)
SUÁREZ SÁNCHEZ	ROCÍO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SAN LUIS (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO). SEVILLA
TENA SANTANA	GONZALO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS DE VALVERDE DEL CAMINO (HUELVA)
TORIBIO VAZQUEZ	JULIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS HUELVA CENTRO. HUELVA
TORMO MOLINA	JUAN		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS GRAN CAPITÁN. GRANADA
TORRES MAESTRE	M ^a DEL CARMEN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CENTRO SALUD CAMAS. SEVILLA
TRUJILLO DÍAZ	NOELIA MARÍA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. HOSPITAL DE RIOTINTO. HUELVA
UGARTE ABOLLADO	ELENA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS SANTA ROSA
VÁZQUEZ CROS	ALICIA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS RONDA HISTÓRICA. SEVILLA
VIDAL I GRIVÉ	CLARA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CARTUJA. GRANADA
VILLENA ARRIOLA	EVA MARÍA		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LA ZUBIA. GRANADA
YAGÜE LÓPEZ	MARÍA VICTORIA		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS EL TORREJÓN HUELVA
YERA CANO	ROCÍO		MÉDICO ESPECIALISTA DE MFYC. CS DE ARCOS DE LA FRONTERA (CÁDIZ)

Es un honor presentar el libro de casos clínicos de las 5as Jornadas de Residentes y Tutores de la SAMFyC, el cual deja ver entre sus paginas el compromiso de los residentes de familia y sus tutores con la formación, la investigación y la docencia de la Medicina de Familia, elementos clave para mejorar la atención de nuestros pacientes y para el avance de la especialidad.

Los casos presentados en este libro describen perfectamente el rico y variado mundo que existe dentro de nuestras consultas y también fuera de ellas, en sus barrios, en su comunidad.

Este libro es además un testimonio de la importancia de la figura residente-tutor, figura que más que nunca, ahora habría que proteger cual especie en extinción.

Son malos tiempos para la lírica, como decía aquella canción, pero no por eso vamos a tirar la toalla .Y para eso este tipo de jornadas, donde nos reunimos todos juntos con un mismo objetivo: salir fortalecidos, tanto desde el punto de vista académico, actualizando los conocimientos siempre en evolución; como desde el punto de vista motivacional, porque en estos encuentros se palpa muy fácilmente la resiliencia de los médicos de familia, la admirable capacidad de reponerse a las dificultades y seguir firmes en su vocación de aprender, de cuidar, de acompañar.

Espero que este libro de casos clínicos, historias de nuestras consultas, pueda convertirse en un libro de inspiración para los próximos residentes que quieran acercarse a nuestras jornadas.

Agradecer a todos los residentes y tutores que han participado en las jornadas, que han mandado sus casos, que han participado en sus talleres y que han defendido sus comunicaciones. Son pieza imprescindible para que podamos seguir confiando en esa medicina de familia y comunitaria que siempre hemos soñado, y por la cual seguiremos luchando.

Por último, agradecer de corazón a todos los componentes del comité científico y organizador, y a los docentes, por el gran esfuerzo realizado para llevar con éxito estas jornadas, y a la secretaria de SAMFyC, por aportar su experiencia y su cariño infinito.

Gracias.

*Marta y Rebeca, Rebeca y Marta
5^{as} JART de SAMFyC*

Índice

Caso	Título	Página
1	5/248 SIN LUZ NO HAY SALUD	15
2	5/254 COSPIRACION DE SILENCIO	16
3	5/255 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ¿CÓMO LO DETECTO A TIEMPO?	17
4	5/284 ENFERMEDADES QUE CURAN	18
5	5/242 A LA TERCERA VA LA VENCIDA	19
6	5/315 A PROPÓSITO DE UN CASO: “DOCTORA, YA NO SÉ QUÉ HACER CON ESTA TOS”	21
7	5/232 ABORDAJE DE UN CASO CLÍNICO INTEGRAL. VARÓN JOVEN CON DISNEA	24
8	5/271 ABORDAJE DE UN QUISTE ANEXIAL. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	27
9	5/251 ANTE UN CAMBIO DE EVOLUCIÓN, DEBEMOS PRESENTAR UN CAMBIO DE ACTUACIÓN	30
10	5/291 APRENDIENDO JUNTOS	33
11	5/236 ATENCIÓN DOMICILIARIA INDIVIDUALIZADA AL FINAL DE LA VIDA	36
12	5/321 ATENCIÓN LONGITUDINAL EN CASO DE DEBUT DIABÉTICO	38
13	5/240 ATENCIÓN PRIMARIA: LA PUERTA DE ENTRADA A LO MALIGNO Y A LO BENIGNO	40
14	5/215 AUTOINMUNIDAD TRAS EL COVID19	42
15	5/218 BURSITIS SUBACROMIODELTOIDEA EN RELACIÓN CON VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL O SIRVA	44
16	5/222 CADA COSA TIENE SU TIEMPO	46
17	5/318 CEFALEA EN PACIENTE DE RIESGO: CUANDO IR MÁS ALLÁ DE LOS EVENTOS ESTRESANTES	48
18	5/281 CEFALEA HIPO-TENSIONAL	50
19	5/217 COMO ME DUELE LA BARRIGA	52
20	5/260 CONVULSIÓN EN UN DOMICILIO: A PROPÓSITO DE UN CASO	55
21	5/205 CUANDO LA AFTOSIS NO REMITE	57
22	5/287 DEBUT TUBERCULOSIS	59
23	5/212 DELIBERACIÓN ÉTICA: ¿QUÉ HACER ANTE UN PACIENTE QUE PIDE RECETAS DE UN MÉDICO PRIVADO?	61
24	5/219 DETERIORO NEUROLÓGICO EN PACIENTE DESNUTRIDA	63
25	5/295 DIAGNÓSTICO DE CANCER DE COLON SIN SINTOMAS DE ALARMA. IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES	65
26	5/227 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO DE MORFEA EN PACIENTE JOVEN	67
27	5/264 DISCINESIA TRANSITORIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: SÍNDROME DE TAKO-TSUBO	69
28	5/334 DOCTOR TENGO FIEBRE INTERMITENTE Y PEDIDA DE PESO	71
29	5/298 DOCTOR, AHORA QUE ESTAMOS SOLOS...	75
30	5/261 DOCTOR, DOCTOR, ME DUELE EL PECHO Y NO PUEDO RESPIRAR	78
31	5/283 DOCTOR, ME DUELE LA BARRIGA	80
32	5/319 DOCTOR, ORINO OSCURO DESDE QUE EMPECÉ EL GIMNASIO	81
33	5/250 DOCTORA, ÉCHEME UNA MANO	83
34	5/273 ¡DOCTORA, ESTOY COJO!	85
35	5/210 DOCTORA, ME DUELE EL PECHO Y EL BRAZO	86
36	5/257 DOCTORA, ME DUELE ESTE BULTO EN EL VIENTRE CUANDO TENGO LA REGLA	88
37	5/314 DOCTORA, ME DUELE LA CABEZA	90

38	5/322	DOCTORA, NO ME GUSTAN MIS UÑAS	92
39	5/293	DOCTORA, PAREZCO UN SIMPSON	94
40	5/237	DOCTORA, PERO YO NO SÉ LEER NI ESCRIBIR	96
41	5/252	DOCTORA, QUÉ HERPES MÁS FEO ME HA SALIDO	98
42	5/244	DOCTORA, TENGO ALGO EN LA MAMA Y NO RECUERDO NINGÚN GOLPE	101
43	5/317	DOCTORA, VENGO POR LA ANALÍTICA DE CONTROL	103
44	5/313	DOCTORES, ¿CÓMO HAN DICHO QUE SE LLAMA LO QUE TENGO?	105
45	5/201	DOLOR TORÁCICO. ¿SECUELAS DEL COVID-19?	107
46	5/296	DOLOR TORÁCICO: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	109
47	5/208	DR. ME DUELE EL VIENTRE AL COMER	111
48	5/253	EFFECTOS SECUNDARIOS DE UN “SIMPLE” TAC CON CONTRASTE	114
49	5/263	EL INCREIBLE HULK	116
50	5/326	EL VIAJE NO TERMINA CUANDO LA PATERA ALCANZA TIERRA	118
51	5/267	ENCONTRAR LA AGUJA EN EL PAJAR DE LA ANSIEDAD	120
52	5/239	EOSINOFILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿QUÉ DEBO HACER?	122
53	5/246	ESTOY PERDIENDO MUCHO PESO...	124
54	5/324	EUTANASIA: BARRERAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO	126
55	5/268	EXPLORANDO DESDE LA CABEZA A LOS PIES	128
56	5/306	GLOBO VESICAL... ¿O NO? IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN	131
57	5/225	GONALGIA, NO TODO ES LO QUE PARECE	133
58	5/299	GUILLAIN-BARRÉ, ABORDAJE INICIAL	135
59	5/266	HIPERGLUCEMIA CORTICOIDEA: CÓMO ACTUAR PARA EVITAR FUTURAS COMPLICACIONES	137
60	5/316	HIPOACUSIA EN ADOLESCENTE	139
61	5/332	ICTUS DE REPETICIÓN EN PACIENTE JOVEN	141
62	5/290	IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ETIOLOGÍAS POCO FRECUENTES EN ALGUNAS ENFERMEDADES	143
63	5/202	INFECCIÓN DISEMINADA EN INMUNODEPRIMIDO	145
64	5/207	INSUFICIENCIA CARDÍACA Y TAQUIMIOPATÍAS	147
65	5/333	LA ICTERICIA MÁS JOVEN DE LA URGENCIA	149
66	5/214	LA IMPORTANCIA DE LA CITA PRESENCIAL	152
67	5/288	LA IMPORTANCIA DE LOS SINTOMAS CLAVE EN ATENCION PRIMARIA	153
68	5/280	LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA	155
69	5/327	LA IMPORTANCIA DEL ADECUADO CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR	157
70	5/310	LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE FRCV EN ATENCIÓN PRIMARIA Y UN BUEN CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO	159
71	5/249	LA IMPORTANCIA EN DETECTAR LOS SÍNTOMAS DE ALARMA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA	161
72	5/262	LAS APARIENCIAS ENGAÑAN	163
73	5/275	LAS HIPERCALCEMIAS TAMBIÉN IMPORTAN	164
74	5/323	LESIONES CUTÁNEAS EN EL ANCIANO HIPERTENSO: LA IMPORTANCIA DE LOS FÁRMACOS	166
75	5/269	LIVEDO RETICULARIS COMO ALERTA CUTÁNEA DE CARCINOMA RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO	168
76	5/311	LUMBALGIA CON SORPRESA	170

77	5/213	MAMÁ, ME PICA EL CUERPO: UNA VARICELA DIFERENTE	171
78	5/265	MASA ABDOMINAL EN MUJER JOVEN: LAS POSIBILIDADES DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	173
79	5/305	MUJER CON CCINOMA DE VULVA: ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR CUANDO LA PACIENTE NIEGA EL PRONÓSTICO Y LA FAMILIA NO EJERCE LOS CUIDADOS NECESARIOS	175
80	5/307	NEUMONÍA O TUBERCULOSIS	177
81	5/312	NEURALGIA DEL TRIGÉMINO... ¿IDIOPÁTICA?	180
82	5/328	NO TODO ES MENOPAUSIA.	183
83	5/300	NO TODO SON CRU: UN CASO DE ENFERMEDAD DE BERGER	185
84	5/297	PACIENTE CON ANURIA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL	187
85	5/223	PACIENTE PLURIPATOLÓGICA Y PLUDERMATOLÓGICA	189
86	5/309	PEZÓN SUPERNUMERARIO... ¿O ALGO MÁS?	191
87	5/235	PROCESO DIAGNÓSTICO DEL DOLOR ABDOMINAL EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	193
88	5/304	PROCTITIS, ¿QUÉ HACEMOS AHORA?	195
89	5/279	PROTECCIÓN SOLAR ANTE TODO	197
90	5/238	¡QUÉ BICHO MÁS OPORTUNISTA!	198
91	5/204	¿QUÉ ESTÁ CAUSANDO LA RECTORRAGIA?	201
92	5/234	RABDOMIÓLISIS INDUCIDA POR ESFUERZO SÚBITO	203
93	5/270	SD. VERTIGINOSO: GIRO DE OBJETOS Y ALGO MÁS...	206
94	5/329	SIGNOS DE ALARMA ANTE UNA LUMBALGIA AGUDA	209
95	5/228	SÍNDROME DE CHARLES BONNET, EL GRAN DESCONOCIDO	211
96	5/216	SINDROME DE HOFFMAN: DEBILIDAD MUSCULAR E HIPOTIROIDISMO	213
97	5/286	SÍNDROME DE STAUFFER: A PROPÓSITO DE UN CASO	215
98	5/272	SOBREVIVIR A LA UCI, LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA	217
99	5/282	SOPECHAR, INDAGAR Y ENCONTRAR	220
100	5/259	TEJIENDO LA RED DE CUIDADOS	222
101	5/302	ÚLCERA PARECE, PIODERMA GANGRENOSO NO ES	224
102	5/203	UNA AMIGDALITIS MUY ESPECIAL	226
103	5/226	UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMATURIA	228
104	5/206	UNA COLELITIASIS COMPLICADA	230
105	5/220	UNA OTITIS MEDIA AGUDA CON DESENLACE FATAL	232
106	5/233	USA LA CABEZA, PONTE EL CASCO	234
107	5/209	USO DE ANÁLOGOS DE RECEPTORES DE GLP-1 EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 MAL CONTROLADA	236
108	5/247	USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PATOLOGÍA HEPATOBILIAR	238
109	5/243	YO AL HOSPITAL NO VOY	240

Sin luz no hay salud

Vidal I Grivé, Clara | Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada
 Jarabo Tévar, Beatriz | Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada
 García Caballos, Marta | Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Cartuja. Granada

SIN LUZ NO HAY SALUD

Persona electrodependiente: precisa suministro eléctrico para alimentar un equipo médico indispensable para mantenerla con vida.

EPOC

Interrupción de oxigenoterapia y ventilación no invasiva domiciliarias.

Aumento de disnea, riesgo de complicaciones y hospitalizaciones, menos supervivencia.



DIABETES

Mala conservación de alimentos frescos e insulina.

Mal control metabólico, riesgo de hiper/hipoglucemias y sus complicaciones.



SAHS

Imposible el uso de CPAP.

Más somnolencia diurna, riesgo de accidente, RCV, peor calidad de vida.



INMOVILIZADOS

No funcionan grúas, camas articuladas ni colchones antiescaras.

Aparecen úlceras por presión y sus complicaciones, aumento de sobrecarga de cuidadores.



Entre un **9,6 y 16,8%** de hogares españoles sufren **pobreza energética**.

La falta de suministro influye profundamente en la salud física y mental de las personas, por eso realmente **todos somos personas electro-dependientes**.

LA LUZ QUE APORTA EL CENTRO DE SALUD:

- I) **Detectar y registrar el problema:** "Inseguridad energética. Cortes de luz frecuentes". Visibiliza y mejora la coordinación.
- II) **Acreditar electrodependencia** con informe médico. Puede evitar el corte de suministro en algunos casos si se presenta a la empresa suministradora o las administraciones públicas.



Cospiracion de silencio

Giménez Gironda, Elena | Médica Residente de MFyC. DS Granada Metropolitano. Granada
Alargunso Maiztegui, Leire | Médica Residente de MFyC. DS Granada Metropolitano. Granada
González López, Isabel | Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada
Colina López, Ana | Médica Especialista de MFyC. DS Granada Metropolitano. Granada



Trastorno de la conducta alimentaria: ¿cómo lo detecto a tiempo?

Alargunso Maiztegui, Leire | *Médica Residente de MFyC. DS Granada Metropolitano. Granada*
 Giménez Girona, Elena | *Médica Residente de MFyC. DS Granada Metropolitano. Granada*
 Batlle I Viñas, Joaquim | *Médico Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
 Colina López, Ana | *Médica Especialista de MFyC. DS Granada Metropolitano. Granada*

***TCA: trastorno de la conducta alimentaria.**

TCA Diagnóstico Precoz

CÉNTRATE EN

- ✓ Dieta sana y ejercicio
- ✓ Autoestima
- ✓ Padres y entorno

Peso **X**
 Conductas de TCA **X**

1 SOS PECHA

Población de RIESGO

- Adolescente, mujer, transgénero.
- Algunas actividades (modelo, gimnasta, atleta, bailarines...)

- Rigidez, perfeccionismo.
- Síntomas ansiosos-depresivos
- Acontecimiento vital estresante

Los familiares son quienes observan conductas anómalas. **Aprovecha cualquier consulta** para preguntar. Entrevistar al **paciente solo**, es importante. Hay **negación**.

2 ENTRE VISTA CLINICA

Atención a posibles signos de TCA: preocupación por imagen o comer, pierde peso, bradicardia, amenorrea...

3 ESCALAS

OTRAS

- EAT** TCA
- BITE** Bulimia
- BULIT** Bulimia

SCOFF → Atención Primaria

PREGUNTAS GUÍA

- ¿Te preocupa perder el control sobre lo que comes? ¿Haces mucho ejercicio? ¿Comes de todo?
- ¿Te sientes triste o ansioso?
- ¿Te llevas bien con tu familia y amigos?

- 1 ¿Te sientes enfermo por tener el **estómago demasiado lleno**?
- 2 ¿Sientes que tienes que **controlar** todo lo que comes?
- 3 ¿Has perdido más de **6kg** en los **3 últimos meses**?
- 4 ¿**Te sientes gordo** aunque otros digan que estás delgado?
- 5 ¿Dirías que la comida **domina** tu vida?

Tener **2 o más "Sí"** significa prueba **positiva**.

Bibliografía

Enfermedades que curan

Sousa Payán, Luís | *Médico Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*
 Bernabeu Fuentes, Álvaro | *Médico Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*
 Cruz Iturrate, Julia | *Médica Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*
 Muñoz García, María Del Mar | *Médica Especialista de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*



A la tercera va la vencida

Huertas Barros, Míriam | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

García Ors, Guillermo | *Médico Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Merino De Haro, Ignacio | *Médico Especialista de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Dispepsia, dolor/molestias en epigastrio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, gonartrosis izquierda, cervicoartrosis, prótesis en rodilla derecha y neumonía multilobar.

Tratamiento habitual. Amlodipino 10 mg/24 h, losartán 100 mg con hidroclorotiazida 12'5 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, lormetazepam 2 mg/24 h, furosemida 40 mg 2/24 h, furoato de fluticasona 92 mcg/vilanterol 22 mcg/24 h y simvastatina 20 mg/24 h.

Anamnesis

Paciente de 76 años que acude por la tarde al dispositivo de urgencias de centro de salud por molestias a nivel epigástrico. Niega fiebre, náuseas/vómitos, sensación de reflujo, alteraciones del hábito intestinal, sangre en las heces, síndrome miccional, dolor torácico o sensación de disnea. No se acompaña de otra sintomatología.

Exploración.

Presenta buen estado general y está consciente, orientada, normohidratada, normocoloreada, normoperfundida y eupneica en reposo. Constantes y auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad. Abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación ni signos de peritonismo (Murphy y Blumberg negativos). No masas ni megalias, ruidos hidroaéreos abdominales conservados y normales. Puñopercusión renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias.

Se solicita un ECG cuyo resultado se encuadra dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer totalmente independiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Es la cuidadora única de su marido, que presenta un alto grado de discapacidad. Habitan en una vivienda salubre y con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Dolor abdominal sin síntomas/signos de alarma.

Diagnóstico diferencial

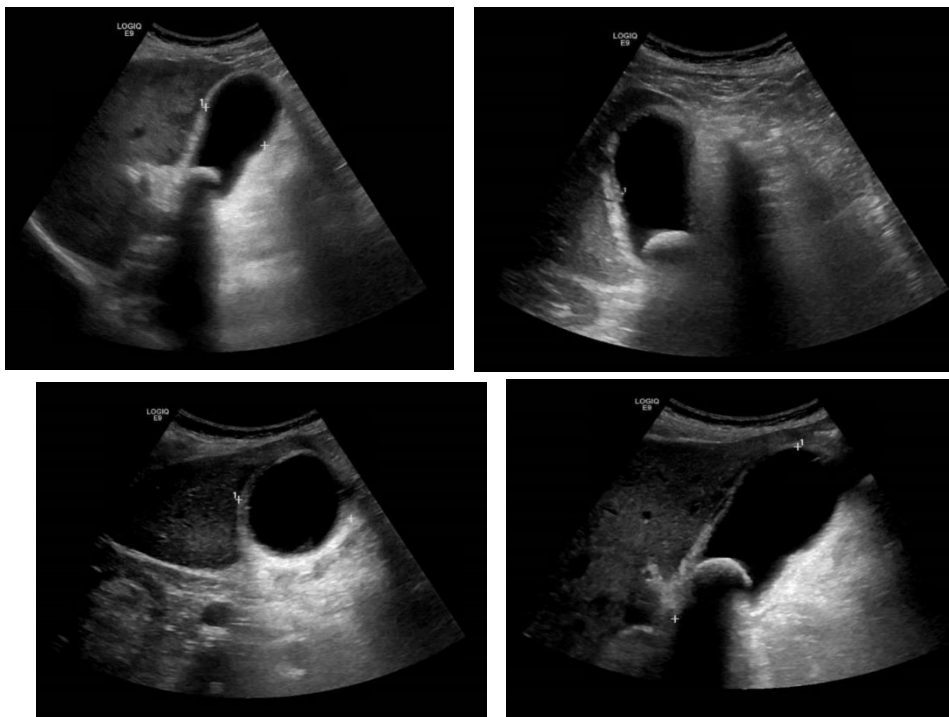
Gastritis, úlcera péptica, colecistitis aguda, coledocolitiasis, colangitis y pancreatitis.

Plan de acción y evolución

Se pauta 1 comprimido de famotidina de 20 mg/24 horas durante 5 días. Al día siguiente por la tarde acude nuevamente al dispositivo de urgencias del centro de salud por ausencia de mejoría y dolor en hipocondrio derecho, siendo el dolor en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo el único hallazgo significativo (Murphy y Blumberg negativos). Se pauta tratamiento sintomático con cinitaprida, famotidina y buscapina, recomendándose la realización de una ecografía abdominal y de vías biliares en su centro de salud. La paciente acude a la consulta de su médico de familia 2 días más tarde a última hora de la mañana, siendo este el primer contacto con su médico de atención primaria por dicho motivo. En la exploración se objetiva un signo de Murphy positivo.

Se procede a la realización de una ecografía justo antes del cierre del centro de salud, presentando un signo de Murphy ecográfico positivo y observándose una posible dilatación de la pared vesicular. Se le deriva al servicio de urgencias hospitalarias, presentando entonces una temperatura de 37'2°C y una analítica en la que no se observaron alteraciones relevantes a excepción de una GGT de 103 U/L, una LDH de 254 U/ml y una PCR de 242 mg/L. Teniendo en cuenta todo lo anterior se decide realizar una ecografía abdominal, en la que se informa de la presencia de hallazgos compatibles con una colecistitis aguda litiásica. Una vez realizado el diagnóstico, se procede a su ingreso a cargo de Cirugía General y del Aparato Digestivo, desde donde deciden realizar una colecistectomía abierta.

La paciente presentó una evolución favorable tras la cirugía, recibiendo el alta a los 5 días del ingreso con recomendaciones higiénico-dietéticas (evitar ingesta de grasa el primer mes y reintroducción progresiva de alimentos). Se realizó un seguimiento por parte del equipo de Atención Primaria, que constató la buena evolución y el retorno a su situación basal previa. Se realizó igualmente un seguimiento por parte del especialista un mes después de la intervención, en el que se comprobó el adecuado progreso y se procedió al alta definitiva.



Conclusiones

Este caso refleja lo fundamental de permanecer avizor y vigilante en la consulta de atención primaria. Es habitual que la capacidad y eficiencia del médico de familia mermen a lo largo de la jornada laboral teniendo en cuenta el agotamiento que supone atender a un número tan elevado de personas. Esto lleva a que, en ocasiones, se le de poca importancia a los problemas de salud de los pacientes que acuden a última hora de la mañana. Es imprescindible permanecer alerta puesto que un problema que inicialmente puede parecer de escasa relevancia puede acabar convirtiéndose en una urgencia vital. Es por ello que se insta a no banalizar los síntomas de los pacientes que acuden a consulta al final de la jornada y a atenderlos como si se trataran del primer paciente del día.

Por otro lado, se evidencia la importancia del seguimiento y la continuidad asistencial. No es infrecuente que la actuación frente a consultas por dolor abdominal se limite a la prescripción de un tratamiento sintomático teniendo en cuenta la normalidad de la exploración o de las pruebas complementarias. Un acto médico que no se acompañe de un correcto seguimiento puede llevar al diagnóstico tardío de procesos de suma importancia para la salud. Resulta, por tanto, primordial reevaluar la situación y evolución de los problemas de salud por los que consultan los pacientes en urgencias.

Palabras clave

Biliary Tract Diseases. Cholecystitis, Acute. Cholecystectomy.

A propósito de un caso: “doctora, ya no sé qué hacer con esta tos”

Gámez Navarro, María | *Médica Residente de MFyC. CS San Isidro (Los Palacios y Villafranca). Sevilla*
 Moguer Galán, María Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS San Isidro (Los Palacios y Villafranca). Sevilla*
 Mateos Gómez, Ana María | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro (Los Palacios y Villafranca). Sevilla*

Motivo de consulta

Tos de meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 40 años con *antecedentes personales* de HTA con buen control en tratamiento y fumador de 20 cigarrillos/día desde hace 20 años (índice paquete año: 20 paquetes/año).

Acude a consulta de Atención Primaria por tos húmeda con expectoración blanquecina de varios meses de evolución. Asocia sensación disneica que aparece con el esfuerzo y que ha ido aumentando progresivamente hasta aparecer también con el reposo. Afebril en todo momento. Refiere anorexia y pérdida ponderal de 10kg aproximadamente en 5-6 meses. No hemoptisis. Niega dolor torácico, ni sensación de palpitations. No aumento de edemas periféricos, ni ortopnea.

A la *anamnesis* dirigida refiere trabajar en la construcción y tiene en su domicilio varios gatos, un perro y un inseparable desde hace 1 año, encargándose el paciente de la limpieza de la jaula.

A lo largo de este tiempo ha realizado tratamiento con corticoides y broncodilatadores inhalados, con cierta mejoría, pero mantiene la clínica descrita.

A la exploración, BEG, COC, BHyP. Eupneico en reposo. Estabilidad hemodinámica. Sat O₂ 97%. No acropaquías. No cianosis. No adenopatías periféricas. ACP: rítmico. MV conservado sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edematosos sin datos de TVP.

En consulta de Atención Primaria se solicita radiografía de tórax en la que se aprecia patrón intersticial bilateral con imagen nodular en LID.



Enfoque familiar y comunitario

Niega antecedentes familiares de CA pulmón. Dos hijos sanos. Funciones superiores conservadas. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de neoplasia de pulmón.

Otras posibilidades diagnósticas: neumonitis por hipersensibilidad fibrótica, sarcoidosis, neumonía intersticial no específica (NINE) relacionada con enfermedad sistémica, neumonía en organización criptogénica (NOC) o menos probable la toxicidad farmacológica.

Plan de actuación y evolución

Desde la consulta de Atención Primaria se contacta telefónicamente con servicio de Neumología del Hospital de referencia y se comenta el caso, quienes citan con carácter preferente en consulta de oncología-neumología para descartar proceso tumoral.

Valorado en consulta de Neumología, se solicita:

- Broncoscopia: signos de inflamación inespecífica en segmento anterior de LSD. Se realiza biopsia bronquial.
- TAC Tórax: hallazgos en conjunto que sugieren sarcoidosis estadio IV.
- TAC Abdomen: hallazgos compatibles con probable sarcoidosis hepatoesplénica.
- Biopsia transbronquial: infiltrado inflamatorio granulomatoso de granulomas bien conformados de histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas tipo Langhans, con corona de linfocitos de pequeño tamaño tamaño, sin evidencia de necrosis central.
- Biopsia bronquial: mucosa bronquial sin alteraciones histológicas.
- Cultivo y baciloscopia negativos.
- Analítica normal. Enzima convertidora de angiotensina 207.

Se llega al diagnóstico final de SARCOIDOSIS ESTADIO II y se inicia tratamiento con corticoterapia oral.

Conclusiones

Destacar con esta comunicación el importante papel de la anamnesis dirigida en consulta, lo que nos permite realizar un diagnóstico diferencial inicial y solicitud de pruebas complementarias en relación a ello según los protocolos establecidos, en este caso: tos crónica. Por ello, tras haber revisado medicación que pudiera producir como efecto secundario tos y descartado otros síntomas que pudieran ser el origen de la tos crónica, se solicita una radiografía de tórax, siendo ésta clave para el inicio de todo el proceso diagnóstico.

Además, el papel de una buena anamnesis en consulta es fundamental, en este caso, para detectar señales de alarma como sería el antecedente personal de exposición prolongada a tabaco (IPA: 20 paquetes/año) y disnea de esfuerzo que ha ido aumentando progresivamente, junto con la pérdida ponderal.

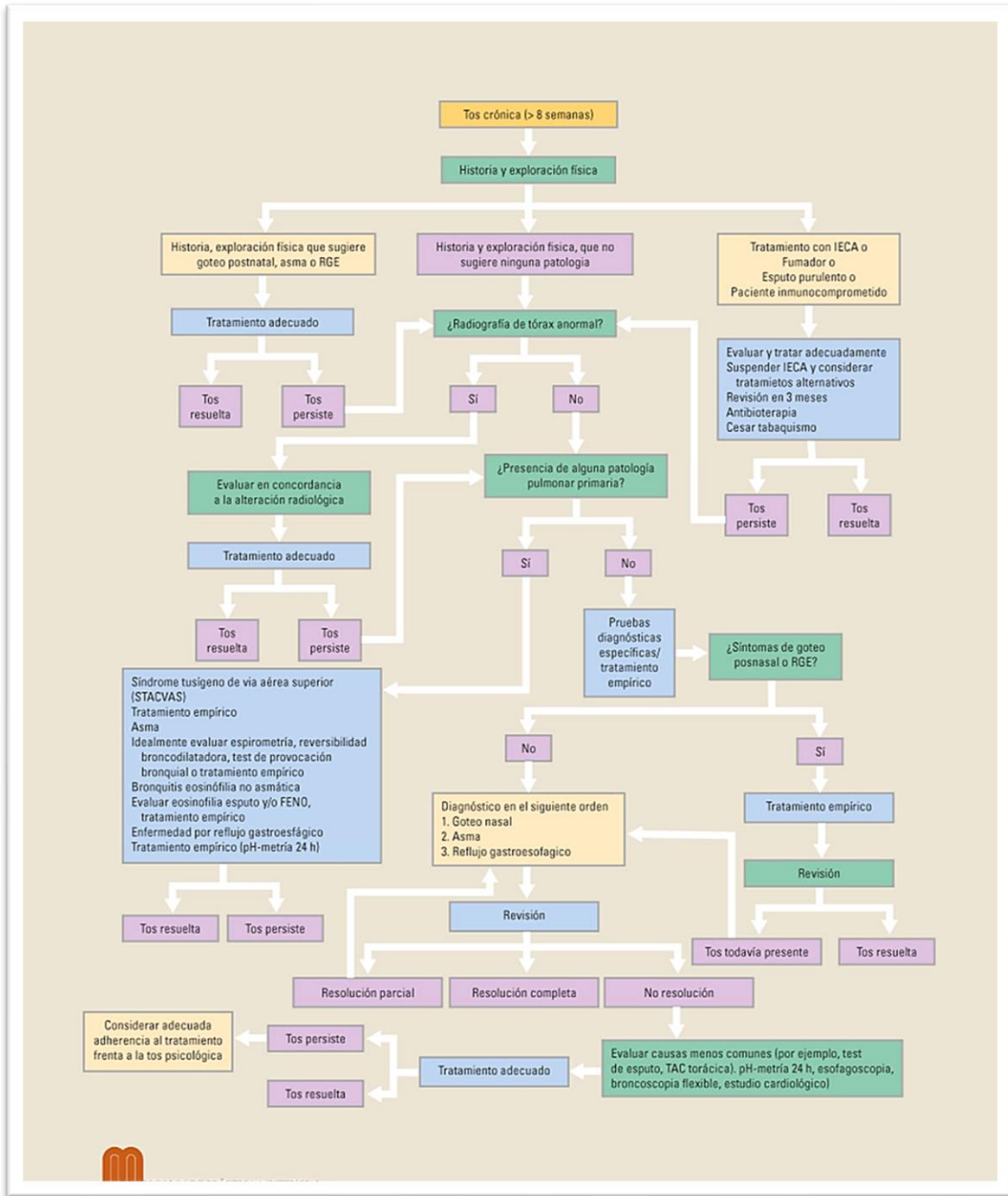
Resaltar la importancia del trabajo en equipo y comunicación entre consultas de Atención Primaria y Hospital de referencia, agilizando todo el proceso diagnóstico y tratamiento de forma precoz.

Palabras clave

Tos (Cough), Sarcoidosis (Sarcoidosis), Disnea (Dyspnea)

ETIOLOGÍA DE LA TOS CRÓNICA EN EL ADULTO	
CAUSAS MÁS FRECUENTES EN AP	<ul style="list-style-type: none"> • Asma y EPOC • Tabaco • Uso de IECA • Procesos del tracto respiratorio superior con o sin goteo posnasal • Bronquitis eosinofílica crónica • ERGE
OTRAS CAUSAS FRECUENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Desencadenantes ambientales • Bronquiectasias • Tos secundaria a procesos infecciosos (considerar tos ferina) • Síndrome obstructivo de apnea del sueño
OTRAS MENOS FRECUENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones arteriovenosas • Carcinoma broncogénico • Aspiración crónica • Tos psicógena • Enfermedad intersticial pulmonar crónica • TBC • Sarcoidosis y otras

Algoritmo diagnóstico de tos crónica en Consulta de Atención Primaria



Abordaje de un caso clínico integral. Varón joven con disnea

Herrera Quiles, Gema | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Cózar García, María Inmaculada | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Benítez Martos, Ángel | *Médico Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Motivo de consulta

Disnea y tos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 54 años con los siguientes

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial en tratamiento con Losartán 25 mg cada 24 h. Dislipemia con buen control dietético. Diarrea crónica con colonoscopia y biopsias sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal en seguimiento por Digestivo en tratamiento con Mesalazina 1 g cada 8 horas, colestiramina 4g cada 12 horas. Junio 2022: ingreso en Traumatología por fractura diafisaria tibia con extensión a pilón tibial.

El paciente acude regularmente a consulta de Atención Primaria para control analítico y seguimiento de su patología crónica, sin hallazgos relevantes en los últimos años.

En esta ocasión, consulta por disnea y tos seca, sobre todo nocturna, desde hace un par de días. Afebril, pero sí con sensación distérmica. Sufrió fractura diafisaria tibia con extensión a pilón tibial que requirió intervención quirúrgica hace dos meses, con buena evolución. Actualmente realizando rehabilitación, terapia preventiva de trombosis finalizada 3 semanas antes y camina con ayuda de muletas.

Dados los hallazgos en la exploración, se deriva al paciente a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias ante la sospecha de infección respiratoria y trombosis venosa. Tras las mismas, es diagnosticado de probable neumonía retrocardíaca siendo dado de alta a domicilio con antibiótico y corticoide oral durante una semana.

Exploración Física

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. SatO₂ (FiO₂ 21%) 96-97%, TA 130/80 mmHg, FC 74lpm. ACR: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular disminuido en base derecha, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Inflamación y edema de miembro inferior izquierdo a nivel maleolar, sin fóvea. Ligero aumento de temperatura local y cambio de coloración respecto a contralateral.

Pruebas Complementarias

- ECG: ritmo sinusal a 65lpm con BRDHH. QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.
- Analítica: hemograma (hemoglobina y plaquetas normales, leucocitos 11850/ μ L con 85% PMN), coagulación normal, dímero-D 2999ng/mL. Bioquímica (creatinina 0.63 mg/dl. PCR 15.5 mg/L, Pro-BNP 50.2 pg/mL), GSV normal.
- Rx AP y L Tórax: ICT normal. Posible condensación retrocardíaca, sin derrame pleural.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Vive solo, sin hijos, nivel socioeconómico medio-alto.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) bilateral + Trombosis Venosa Profunda (TVP) femoral miembro inferior izquierdo (MII)

Plan de acción y evolución

Dos semanas después, el paciente consulta telefónicamente porque persiste la disnea y la tos. Se cita en consulta. Al valorarlo, sigue destacando disminución del murmullo vesicular en base derecha e inflamación de MII. Constantes en rango. Se revisan pruebas complementarias de urgencias, donde destaca Dímero D elevado. Se deriva nuevamente a urgencias, en esta ocasión por sospecha de TEP + TVP vs infección respiratoria.

Tras estudios complementarios realizados, es diagnosticado de TEP bilateral agudo + TVP MII siendo ingresado para tratamiento.

- Analítica: hemograma (Hemoglobina y plaquetas normales), Leucocitos 11.050 (con fórmula normal), Coagulación: normal, salvo Dímero D 1516 ng/mL. Bioquímica: Glucosa 92 mg/dl, urea 40 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, perfiles hepatobiliares y electrolíticos normales. PCR 4.8 mg/L, procalcitonina 0.04 ng/mL, Troponina T 7.4 ng/mL, NT proBNP 24 pg/mL.
- Rx AP y L Tórax: ICT normal. No imágenes de condensación pulmonar. No derrame pleural.
- Eco-Doppler izquierdo: VFC y VFS aumentadas de calibre y ocupadas por material ecogénico en relación con trombo.
- Ecocardiografía TT: ligera dilatación aurícula izquierda. Función sistólica ventricular izquierda normal. Llenado ventricular izquierdo normal. Sin lesiones valvulares. Cavidades derechas no dilatadas. No regurgitación tricúspideas. No derrame pericárdico. Cava inferior no dilatada.
- Angio-TC tórax (Imágenes 1 y 2): amplio tromboembolismo pulmonar agudo periférico bilateral (de predominio bibasal) y central derecho. Probable sobrecarga del ventrículo derecho.

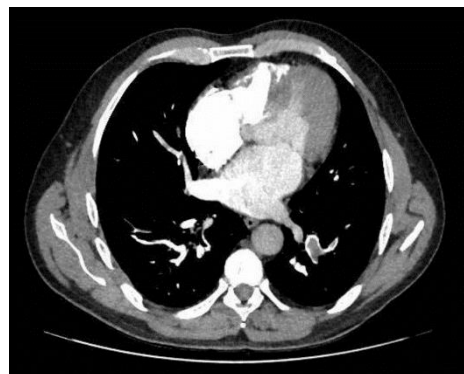


Imagen 1. Angio-TC. Defecto repleción arteria pulmonar derecha Imagen 2. Angio-TC. Defecto repleción ramas arteria pulmonar izquierda

El TEP se define como la oclusión de ≥ 1 arteria pulmonar a causa de un émbolo o trombo procedente de otra parte del cuerpo, y que en el 95% de los casos se debe a una trombosis venosa en las piernas. Los factores de riesgo incluyen aquellos trastornos que comprometen el retorno venoso (reposo en cama y sedentarismo), lesión o disfunción endotelial y los estados de hipercoagulación. Los síntomas son inespecíficos: disnea, dolor torácico pleurítico y, en casos más graves, mareos, presíncope, síncope o paro cardiorrespiratorio. Los signos también son inespecíficos (taquipnea, taquicardia, hipotensión). El diagnóstico se realiza por la sospecha clínica y pruebas complementarias (Angio-TC, gammagrafía ventilación/perfusión o arteriografía pulmonar). El tratamiento consiste en anticoagulantes y, a veces, trombolíticos, extracción quirúrgica coágulo o filtro vena cava inferior. Las medidas preventivas consisten en anticoagulantes y/o dispositivos de compresión mecánica que se aplican en las piernas de pacientes hospitalizados.

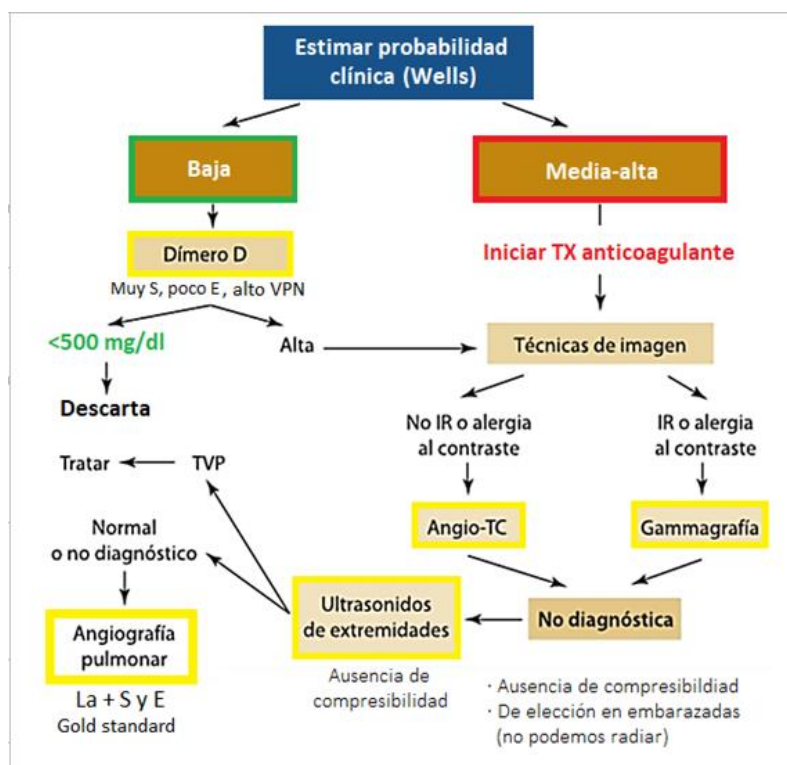


Figura 1. Algoritmo diagnóstico TEP

Conclusiones

La embolia pulmonar aguda (EPA) es una afección médica frecuente y potencialmente devastadora (el 10% de los pacientes fallece en las primeras horas). La sospecha clínica y un diagnóstico de confirmación son esenciales para iniciar la anticoagulación, mejorando así la supervivencia. La prevención de la TVP (y por tanto la EPA) debe considerarse en todos los pacientes hospitalizados en riesgo.

De este modo, si en nuestra consulta de Atención Primaria atendemos algún paciente con clínica compatible con esta patología, debemos derivarlo para realización de pruebas complementarias que certifiquen el diagnóstico e iniciar el tratamiento anticoagulante de inmediato.

La consulta de medicina de Atención Primaria es el nivel de entrada de los pacientes en el Sistema Sanitario español. De las muchas funciones que cumple el médico de familia, no sólo es destacable su labor médica, sino también llevar a cabo la integración del abordaje biopsicosocial de la persona y ser el nexo de unión con otras especialidades. Saber cuándo derivar un paciente a otros servicios es una labor importante que cumple el médico de familia. La implicación de todos y cada uno de los profesionales y un buen trabajo en equipo permitirá tratar de resolver los problemas de salud de nuestros pacientes.

Palabras clave

Disnea, Tromboembolismo pulmonar, Trombosis venosa.

Bibliografía

- Vollans S, Chaturvedi A, Sivasankaran K, Madhu T, Hadland Y, Allgar V, Sharma HK. Symptomatic venous thromboembolism following circular frame treatment for tibial fractures. *Injury*. 2015;46(6):1108-11. doi: 10.1016/j.injury.2015.04.003. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25910819.
- Lowe JA, Mitchell SM, Agarwal S, Jones CB. The Incidence of Venous Thromboembolism Following Pelvic and Lower Extremity Trauma Despite Adherence to Modern Prophylactic Protocols. *J Orthop Trauma*. 2020 Aug;34(8):418-421. doi: 10.1097/BOT.0000000000001790. PMID: 32349027.

Abordaje de un quiste aneal. La importancia de la ecografía en atención primaria

García Barbarroja, Adrián | *Médico Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*
 López De Priego García, Virginia | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*
 Medina Moruno, María Indalecia | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Amenorrea y masa abdominal de dos meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Paciente de 44 años que acude a consulta refiriendo amenorrea desde hace dos meses y autopalpación de una tumoración en abdomen. No asocia síntomas digestivos, ginecológicos ni institucionales. Refiere que se ha realizado dos test de embarazo, ambos con resultado negativo y uno de ellos realizados el día anterior a la consulta. Como dato de interés, refiere haber tomado el anticonceptivo de emergencia hace dos meses.

Antecedentes personales

Psoriasis, trombofilia (heterocigosis factor V de Leyden), hipotiroidismo. Hábitos tóxicos: fumadora 1 paquete diario. Antecedentes ginecológicos: fórmula menstrual 4/28. Fórmula obstétrica G3A1C2.

Exploración:

- Abdomen: blando y depresible, sin signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados, masa de 6 cm de tamaño en FID, de consistencia dura y con dolor a la palpación.
- Tacto vaginoabdominal: no dolor a la movilización cervical. Palpación en fosa aneal derecha de tumoración de consistencia dura y dolorosa.

Pruebas complementarias

-Ecografía transvaginal en consulta: útero regular en anteversión, línea endometrial de 8 mm, formación hipoecoica unioocular de 70x60 mm en ovario derecho, bien delimitada, con bordes regulares, sin excrecencias y con refuerzo posterior. Ovario izquierdo de aspecto normal.



Figura 1. Ecografía transvaginal realizada en primera consulta con los hallazgos descritos



Figura 2. Ecografía transvaginal realizada en segunda consulta con los hallazgos descritos.

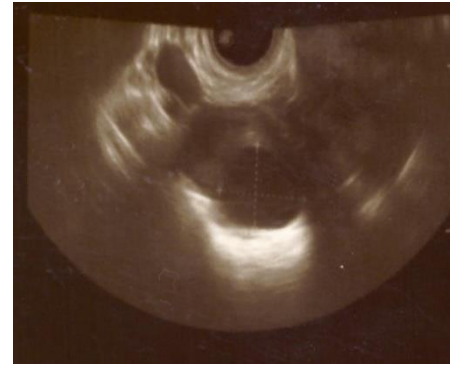


Figura 3. Ecografía transvaginal realizada en tercera consulta con los hallazgos descritos.

Enfoque familiar y comunitario

No AF de cáncer ginecológico.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Quiste ovárico funcional sin signos de malignidad.

Diagnóstico diferencial: cistoadenoma seroso. Cistoadenocarcinoma. Síndrome de ovario poliquístico. Embarazo ectópico. Quiste hemorrágico.

Plan de acción y evolución

Descartada la indicación quirúrgica por el aspecto ecográfico y tamaño del quiste, así como por la ausencia de síntomas de alarma, se cita a la paciente para repetir ecografía en una semana.

Evolución

A la semana, se reevalúa a la paciente, que persiste asintomática, y, en nueva ecografía transvaginal, el quiste persiste con el mismo tamaño pero sus características han cambiado, siendo ahora hiperecogénico y regular. Tras estos hallazgos, la sospecha es que se trate de un quiste hemorrágico. Se cita nuevamente a la semana. En la nueva cita, la paciente continúa asintomática y en esta ocasión, el quiste ha disminuido de tamaño hasta los 30x20 mm y nuevamente es hipocóico. Así, consideramos que el quiste está en fase de resolución.

Conclusiones

Las masas anexiales son lesiones derivadas de los ovarios, trompas de Falopio o ligamentos uterinos, y son frecuentes en la población general. Pueden aparecer a cualquier edad, sobre todo en edad reproductiva. Aunque la mayoría son benignas, la incidencia de malignidad aumenta con la edad y alcanza el 30% en mujeres posmenopáusicas. Entre las lesiones benignas se encuentran los quistes ováricos funcionales, el ovario poliquístico, el embarazo ectópico y las lesiones tubáricas benignas. Entre las lesiones anexiales malignas es importante descartar el cáncer de ovario, por su elevada morbimortalidad.

Los quistes funcionales espontáneos aparecen en periodo de actividad genital (incidencia del 8-56%), y en la posmenopausia precoz (2-18%). El 76% de los quistes de aspecto funcional retorna tras un ciclo de espera y el 100% en el mes siguiente (55% en pacientes mayores de 50 años).

La valoración certera y adecuada de dichas masas anexiales es de vital importancia para el manejo óptimo de dichos casos. Sin duda alguna la ecografía es el método de elección para valorar la naturaleza benigna o maligna de una masa anexial, no siendo superada ni por el examen pélvico (tacto bimanual), ni por otras técnicas de imagen. A la hora de valorar mediante ecografía una masa anexial para determinar su naturaleza benigna o maligna es importante realizar un análisis detallado de sus características y lesiones asociadas y relacionarlos con el estado menopáusico de la paciente, al momento del ciclo en la mujer premenopáusica y a la sintomatología clínica de la paciente.

En este sentido, la disponibilidad de ecografía en el centro de salud y de profesionales entrenados en su manejo ha permitido un seguimiento sin tiempos dilatados. De esta forma, además de una mayor cercanía con la paciente para conocer posibles cambios en la clínica, nos permite que, de haber posibles cambios ecográficos que mostrasen malignización y que cambiaran por completo el manejo de la paciente, se puedan detectar de forma más eficiente y temprana con el seguimiento desde atención primaria.

Por ello, este caso viene a reafirmar la cada vez mayor importancia de la ecografía clínica en la atención primaria, reforzando varios de sus pilares como son la longitudinalidad y la accesibilidad.

Palabras clave

Amenorrea, quistes ováricos, ecografía médica

Ante un cambio de evolución, debemos presentar un cambio de actuación

López Estepa, María Isabel | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
Lechuga Varona, Trinidad | *Médica Especialista de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
Ramírez Sánchez, Sara | *Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba*

Motivo de consulta

Paciente varón de 67 años que acude a consulta de atención primaria a primeros de junio de 2022 por epigastria de carácter intermitente con irradiación de manera generalizada sobre todo después de las comidas de aproximadamente una semana de evolución. No náuseas, vómitos ni alteraciones del hábito intestinal (heces de consistencia normal sin productos patológicos). No dolor torácico ni clínica a otro nivel. Comenta que, en esa semana, ha presentado picos de hiperglucemia en torno a 190 mmg/dl. Ha estado en tratamiento con pantoprazol con buena respuesta al mismo.

En ese momento, presentaba abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Timpanismo generalizado. Se solicita ECG urgente dentro de la normalidad y se establece tratamiento con omeprazol (menor potencia) + procinético y vemos evolución.

A las 2 semanas, su hija nos consulta vía telefónica para comentarnos que su padre continua con dolor, por lo que se solicita desde atención primaria test de *H. pylori* en heces y se intensifica tratamiento con esomeprazol. Ante resultado de *H. pylori* positivo, se inicia tratamiento erradicador con PYLERA y seguimos evolución del cuadro. Durante el tratamiento, el paciente comenta molestias con la toma de antibiótico, presentando cierta mejoría tras finalizar el mismo. Se solicita estudio de erradiación a los 3 días de finalizar tratamiento que sale negativo.

A los pocos días, el paciente vuelve a acudir a consulta por persistencia del dolor, por lo que rehistoriamos desde el principio la sintomatología.

Sin embargo, en esta ocasión acude con su hija quién nos comenta que ha perdido aproximadamente unos 10 kilos de peso en los últimos 2 meses, a principios de 2022 empezó a realizar dieta con pérdida ponderal no cuantificada, pero en los últimos meses se ha hecho más llamativa. Además, el dolor abdominal se ha intensificado e incluso le despierta por la noche, haciendo difícil la ingestión tanto de sólidos como de líquidos, presentando alteraciones mantenidas en las cifras de glucemia con picos preprandiales de hasta 200 mg/dl a pesar de la pérdida de peso. En última instancia sin darle apenas importancia nos comenta “doctora, he notado en las últimas semanas que tengo las heces amarillentas y flotan en el agua”.

Ante este cambio de los acontecimientos se solicita analítica completa, ecografía de abdomen, endoscopia digestiva alta y se deriva de manera preferente a consultas externas de digestivo.

Antecedentes personales

- Hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 20 mgr
- DM tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, diagnosticada en 2019, con buen control metabólico.

Pruebas complementarias:

Analítica:

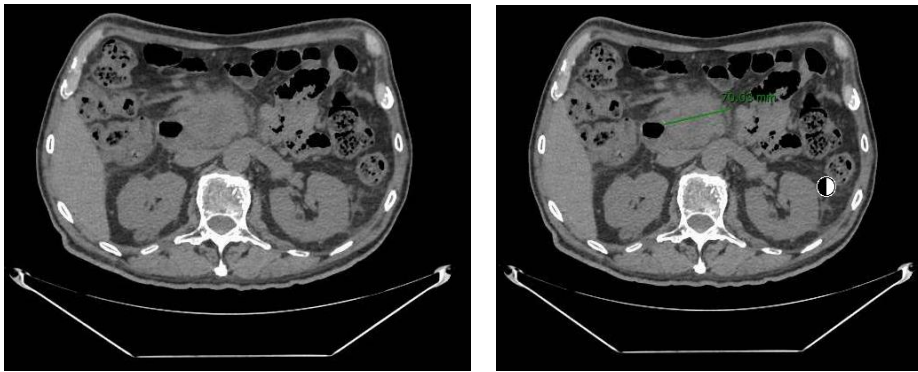
- Hemograma: normal.
- Bioquímica: glucosa 165, Cr, enzimas hepáticas y de colestasis normales.

- Hb glicosilada 8.5 (previa en marzo de 2022: 7.1 mg/dl y en septiembre de 2021:6.6 mg/dl).

Ecografía de abdomen: exploración limitada por abundante meteorismo. Hígado de tamaño y ecogenicidad normal, sin lesiones focales en las áreas exploradas. Porta de calibre normal. Vesícula biliar distendida, sin litiasis ni signos inflamatorios. Páncreas no visualizado. Riñones normales.

Durante el transcurso de los meses, el paciente acudió en dos ocasiones a urgencias siendo derivado de manera preferente a consultas de Medicina Interna. En septiembre, ante la tardanza en la solicitud de las pruebas y valoración por especialistas se le realiza volante para derivación a urgencias y se ingresa en Medicina Interna.

TAC de abdomen y pelvis: masa de unos 6 x 5 cm que infiltra la cabeza pancreática y parece infiltrar también la segunda porción duodenal, la porta y los vasos mesentéricos. Suprarrenales, riñones y bazo sin hallazgos valorables. No se observan adenopatías abdominopélvicas.



Evolución:

Actualmente se encuentra ingresado en Medicina Interna para realización de prueba de pruebas complementarias, biopsia de la lesión, así como estudio de extensión.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Masa pancreática.

Diagnóstico diferencial:

- Infección por *H. pylori*.
- Gastritis esofágica.

Conclusión:

El cáncer de páncreas es uno de los tumores más agresivos del tracto digestivo porque la mayoría de los casos se suelen diagnosticar en fases tardías de la enfermedad dado que no causa síntomas de inmediato y cuando aparecen los síntomas estos suelen ser vagos o imperceptibles en la mayoría de las ocasiones. La supervivencia actual a los 3 años es menor del 5%.

Lo más frecuente es el dolor abdominal. La ictericia se manifiesta como síntoma inicial en un 50% de los casos. El síndrome constitucional también suele ser uno de los síntomas iniciales y la pancreatitis aguda es la manifestación inicial en un 3% de los casos. Otros síntomas son el debut de diabetes, depresión, prurito, náuseas y vómitos, dispepsia, síndrome malabsortivo, fiebre, ascitis, hepatomegalia, hemorragia digestiva y tromboflebitis migratorias de las extremidades.

En Europa tiene una incidencia de 9 a 12 casos/100.000 habitantes/año, y representa la cuarta causa de muerte por cáncer. Su incidencia aumenta con la edad (el 80% de los casos se diagnostica entre la sexta y la octava década de la vida).

Con este caso clínico quiero exponer que en muchas ocasiones cuando pedimos una batería de pruebas diagnósticas, aunque tengan su base científica para ello, un resultado positivo como en este caso la infección por *H. pylori* nos puede estar interfiriendo con otra patología mucho más importante y agresiva y retrasar su diagnóstico y con ello disminuir la esperanza de vida de nuestros pacientes. Además, tenemos que tener en cuenta que cuando un cuadro clínico está evolucionando de una manera contraria a lo que cabría esperar,

nuestro pensamiento debe de cambiar y debemos de buscar otras alternativas y otras posibilidades que podrían explicar la sintomatología.

Palabras clave

Síndrome constitucional, Heces amarillentas, Hiperglucemias.

Aprendiendo juntos

Martín Hidalgo, Miren Ainhoa | *Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada*
 Villena Arriola, Eva María | *Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada*
 Jodar Reyes, María | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Zubia. Granada*

Motivo de consulta

Distensión abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 87 años institucionalizado, sin alergias medicamentosas conocidas, con *antecedentes personales* de deterioro cognitivo, espondiloartrosis, osteoporosis y dolicosigma. En tratamiento actual con paracetamol 650 mg/8 h, buscapina 10 mg/12 h, omeprazol 20 mg/24 h, amlodipino 5 mg/24 h, calcio 500 mg/vitamina D3 400 UI/24 h, lormetazepam 1 mg/24 h, AAS 100 mg/24 h.

Desde la residencia de ancianos, avisan al SUAP porque el paciente presenta dolor y distensión abdominal acompañado de náuseas de cinco días de evolución, con aumento del dolor en las últimas horas y aparición de vómitos sin productos patológicos. Se acompaña de decaimiento e hipo continuo. Hábito deposicional con tendencia al estreñimiento, última deposición hace 3 días, por lo que en la residencia le ponen un enema que es parcialmente efectivo con heces líquidas. No otra sintomatología acompañante. Afebril. No ambiente epidémico.

Exploración

Regular estado general, con tendencia al sueño. Desorientado en espacio y tiempo, orientado en persona. Normocoloreado, normoperfundido, deshidratación cutánea. Eupneico en reposo. Hipo continuo. Constantes: TA 158/59 mmHg, FC 65 lpm, FR 20 rpm, SO₂ basal 98%, T 35.4°C, diuresis conservada, glucemia 108 mg/dl. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, MVC con ruidos intestinales reflejados. Abdomen: RHA metálicos y borborigmos, percusión timpánica, abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada, no irritación peritoneal. No masas ni megalias. TR: esfínter normotónico, restos de heces de coloración normal, no se palpan fecalomas.

Se decide derivar a urgencias hospitalarias para completar estudio por la sospecha de posible pseudoobstrucción intestinal.

Pruebas complementarias

En urgencias hospitalarias se le solicita: analítica general donde destaca una bioquímica con urea 70, creatinina 1.25 (previa 1.3), LDH 256, hipopotasemia 3. Resto de iones en rango, perfil hepatobiliar y amilasa normal. Elevación de reactantes de fase aguda con PCR 53, PCT 0.2. Sistemático de orina normal. Hemograma con leucocitosis 7780 con neutrofilia 5590, serie roja y plaqueta normal. Gasometría venosa y coagulación sin alteraciones. Además se realiza una radiografía de abdomen donde se observa importante dilatación de asas intestinales apreciando una imagen similar a un "grano de café", con escaso aire distal.

Pensando en que nuestro paciente podría tener una subobstrucción intestinal posiblemente secundario a un vólvulo de sigma por la imagen tan sugestiva, se coloca una sonda nasogástrica de la cual se obtiene un débito fecaloideo y se solicita un TAC abdominal. El TAC nos confirma nuestra sospecha: una suboclusión intestinal secundaria a un vólvulo de sigma.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente institucionalizado. Tiene una hija que le visita casi a diario. Es parcialmente dependiente para ABVD y tiene leve deterioro cognitivo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Obstrucción intestinal; vólvulo de sigma; hernia; gastroenteritis aguda; estreñimiento.

Diagnóstico diferencial

Suboclusión intestinal secundaria a un vólvulo de sigma.

Plan de acción y evolución

Tras obtener los resultados de las pruebas complementarias, se avisa a Digestivo de guardia quienes le realizan una colonoscopia descompresiva, produciendo una desvolvulación del sigma con éxito.

El paciente se quedó unas horas en observación, donde se le pautaron enemas cada 4 horas e inicio de tolerancia oral a líquidos por la mañana. Tras una correcta tolerancia se realizó una radiografía abdominal de control que demostró la desvolvulación de la sigma y se derivó al alta con las recomendaciones y tratamiento domiciliario pautado por Digestivo con Movicol 1 sobre cada 8 horas durante 10 días. Después en función del ritmo intestinal, podría modificar la toma manteniendo mínimo un sobre diario y pudiendo aumentar en función de las necesidades hasta seis sobres diarios.

Conclusiones

Como médicos de atención primaria, ante un paciente con distensión y dolor abdominal tipo cólico, estreñimiento, vómitos con contenido fecaloideo, debemos tener en cuenta el diagnóstico de obstrucción intestinal con el fin de realizar una derivación urgente a las urgencias hospitalarias para realizar las pruebas y su tratamiento con la mayor rapidez posible, evitando así el riesgo de estrangulación, isquemia o perforación intestinal. Una de las causas más frecuentes de producir una obstrucción intestinal son las adherencias postquirúrgicas, hernias, fecalomas, adherencias neoplásicas o vólvulos, el más frecuente el vólvulo de sigma.

Además de ser un caso clínico interesante con unas imágenes muy características de vólvulo de sigma, nos ha parecido muy acertado para estas jornadas, ya que fue mi tutora la que atendió por primera vez durante su guardia de centro de salud al paciente en cuestión y yo le recibí en el hospital y pude acompañarle hasta la resolución del problema.

Queríamos destacar la importancia de las redes sociales, ya que tenemos un grupo de WhatsApp del centro de salud donde participamos tanto tutores como residentes, llamado "casos clínicos", donde compartimos casos interesantes que nos encontramos en nuestro día a día para aprender juntos. Mi tutora compartió en el grupo la foto de la radiografía típica en "grano de café", y fue ahí cuando me di cuenta de que era el paciente al que estaba atendiendo, por lo que pudimos comentar el caso juntas y mantenernos informadas, compartiendo nuestras impresiones. Por supuesto, la mayoría de los participantes del grupo acertaron con el diagnóstico final: un vólvulo de sigma.

Palabras clave

Obstrucción intestinal, vólvulo de sigma, estreñimiento.

Bibliografía

Espinosa Díaz JF, Fijo Tallero F. Obstrucción intestinal aguda. AMF [Internet]. 2020 [citado 21 sep 2022];16(4):1885-2521. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/obstruccion-intestinal-aguda>.
Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6.ª ed. Barcelona: elsevier; 2018.



FIGURA 1. IMAGEN RADIOLÓGICA DEL VÓLVULO DE SIGMA, "SIGNO DEL GRANO DE CAFÉ"



FIGURA 2. IMAGEN TAC DEL VOLVULO DE SIGMA



FIGURA 3. RADIOGRAFÍA DE CONTROL

Atención domiciliaria individualizada al final de la vida

Gámiz Martínez, Flor María | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Molina Manrique, Gloria | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Alcalde Molina, María Dolores | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Federico del Castillo. Jaén*

Motivo de consulta

Varón de 70 años diagnosticado de cáncer renal, solicita valoración domiciliaria por su Médico de Atención Primaria debido a empeoramiento del estado general.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Diagnosticado de cáncer renal de un año de evolución, en tratamiento con Sunitinib y en seguimiento por urología (en último TAC de control se informa de metástasis pulmonares). En el último mes precisó ingreso hospitalario por colecistitis aguda alitiásica que fue tratada con antibioticoterapia. Desde entonces se encuentra encamado con imposibilidad para voltear en la cama, vía oral precaria con disfagia para líquidos y está tranquilo con buen nivel de conciencia. Dolor controlado. No disnea.

Antecedentes personales

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Exfumador de 10 cigarrillos al día desde los 20 hasta los 45 años. Hipertensión arterial y dislipemia mixta. No intervenciones quirúrgicas previas.

Exploración

Regular estado general, consciente, orientado y parcialmente colaborador. Sequedad de piel y mucosas. No mucositis. ACR rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, globuloso y depresible, leve dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias

Analítica: en hemograma destaca hemoglobina 8.7 g/dL, resto normal. Hemostasia y bioquímica básica sin alteraciones. TAC de tórax: metástasis pulmonares.

Enfoque familiar y comunitario

Es el mayor de 5 hermanos. Casado, dos hijos de 40 y 35 años (*figura 1*). Su mujer, con la que no tiene buena relación, adquiere el rol de cuidadora principal. Ella fue diagnosticada de cáncer de colon hace 5 años y es portadora de una colostomía. Su hijo mayor, divorciado recientemente, ha decidido irse a vivir de nuevo con sus padres para ayudarles.

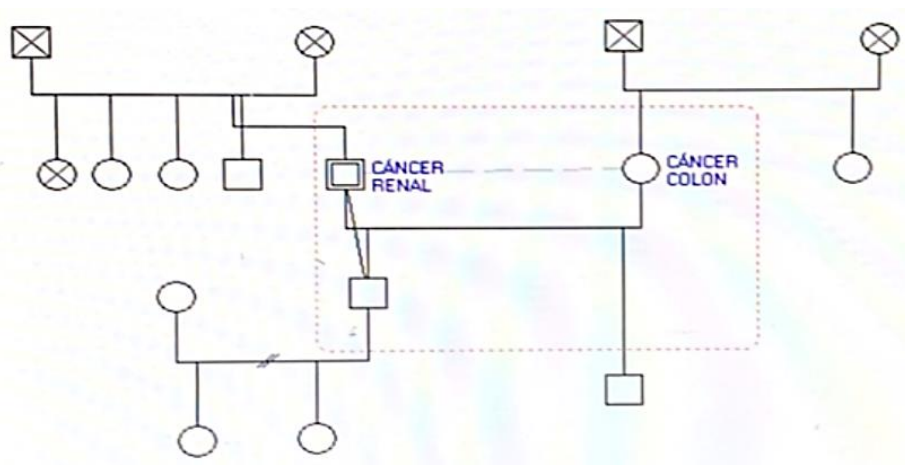


Figura 1

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfermedad avanzada terminal. Se caracteriza por ser incurable, progresiva y con pronóstico de vida limitado, responder de forma limitada al tratamiento específico, presentar síntomas y ocasionar impacto emocional sobre el enfermo y la familia. Dada la situación clínica, el paciente y sus familiares solicitan inicio de cuidados paliativos en el domicilio, mediante los cuales se realiza un tratamiento sintomático y se ofrece asistencia emocional y social.

Plan de acción y evolución

Para definir las metas y objetivos del paciente se tiene en cuenta el *Índice Profund* (figura 2), que representa una guía orientativa sobre el abordaje de pacientes pluripatológicos en función de su estratificación pronóstica.

Figura 2

CARACTERÍSTICAS		PUNTUACIÓN
Demográficas	≥ 85 años	3
Valoración clínica	Neoplasia activa	6
	Demencia	3
	Clase funcional III-IV de la NYHA y/o MRC	3
	Delirium en el último ingreso	3
Analítica	Hemoglobina < 10g/dL	3
Cognitivas-funcionales-sociofamiliares	Índice de Barthel < 60	4
	Cuidador diferente al cónyuge	2
Asistenciales	≥ 4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	3

En la primera visita a domicilio, su médico de atención primaria evalúa la situación clínica y familiar, y contacta con la enfermera gestora de casos. Conjuntamente determinan que el paciente se encuentra en un grupo de riesgo intermedio-alto (9 puntos en Índice Profund debido a la neoplasia activa y hemoglobina < 10g/dL).

Posteriormente, se establece un plan de actuación basado en medidas de bienestar y confort en esta situación de últimos días e indagan en las necesidades emocionales y sociales del paciente y sus familiares. Los signos de alarma se consideran la disnea, anuria y fiebre. Se propone realizar un seguimiento periódico coordinado entre su médico de atención primaria, enfermera de referencia y soporte de cuidados paliativos.

Evolución

En la primera visita domiciliaria, el dolor está controlado, no presenta disnea y tolera la vía oral, por lo que se pauta espesante. A nivel emocional el paciente intuye el desenlace fatal y se ofrece apoyo psicológico tanto a él como a los familiares. Durante las primeras semanas, continúa realizando vida cama-cama debido a la astenia, con buen nivel de conciencia, sin dolor ni disnea. Posteriormente presenta mayor deterioro físico, con fluctuación del nivel de conciencia y en determinados momentos se encuentra más agitado. Se decide colocar una vía subcutánea para administrar Midazolam.

En la última visita por su médico de atención primaria se aprecia caquexia extrema, astenia intensa y disfagia ocasional. En ocasiones intranquilo controlado con Midazolam 5 mg (3 veces al día) por vía subcutánea. También se percibe sensación de agotamiento y tristeza de los cuidadores, por lo que se ofrece apoyo planificando descansos, orientando sobre el reparto de tareas y ayudas externas. Tras un mes el paciente fallece acompañado por sus familiares.

Conclusiones

Uno de los principales motivos por los que seleccioné este caso, es que los cuidados paliativos han alcanzado un importante crecimiento en España. Cuando se acerca el final de la vida, es necesario garantizar unos cuidados de calidad priorizando el confort y bienestar, respetando los deseos del enfermo y sus cuidadores. El área de Medicina Familiar y Comunitaria se caracteriza por su accesibilidad, interdisciplinariedad y continuidad asistencial. Estos rasgos le permiten ofrecer un apoyo sustancial a este tipo de pacientes, ya sea ayudando a tomar decisiones difíciles, el abordaje de síntomas o el apoyo a la familia.

Atención longitudinal en caso de debut diabético

Cervera Moreno, Inmaculada | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
Ballesta Rodríguez, María Isabel | *Médica Especialista de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
Anguita Mata, Juan Carlos | *Médico Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Ámbito del caso

Médico de familia consulta. Urgencias Hospitalarias.

Motivo de consulta

Molestias vaginales

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

No *antecedentes personales*, no alergias a medicamentos conocidas.

Mujer de 36 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria refiriendo molestias en vagina y vulva, sensación de escozor de unos días de evolución. Vemos en su historia clínica que presenta episodios frecuentes de vaginosis. Pero, observando a la paciente, conocida por su médico de familia de años de interrelación médico-paciente, nos llama la atención una pérdida ponderal importante y nos preocupa lo que le puede estar ocurriendo a nuestra paciente.

Iniciamos una *anamnesis* dirigida sobre la pérdida de peso con preguntas abiertas, ¿estás comiendo bien?, ¿tienes vómitos o diarreas?, ¿te encuentras estresada por algún acontecimiento reciente?... Nuestra primera sospecha fue una anorexia nerviosa o bulimia, que fuimos descartando según iba contestando a las preguntas, refiriendo comer mucho y muy bien pero sin llegar a saciarse. Se encontraba más cansada de lo habitual y había perdido unos 8-10 kg de peso en cuestión de dos o tres semanas de evolución, tras esto abordamos síndrome constitucional. Ella lo relacionaba al estrés que estaba sufriendo por la reciente ruptura con su pareja. Seguimos indagando y refiere debilidad generalizada, polidipsia con poliuria. Iniciamos la toma de constantes.

Exploración

Consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Algo taquipneica. Tensión Arterial 115/94, FC 110, Sat O₂ 92%. Auscultación cardio respiratoria con murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Tonos taquiarrítmicos sin soplos audibles, no roces ni extratonos. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación. Se realiza destroxitis objetivando glucemia capilar 364. Tira de orina: glucosa +++++, cuerpos cetónicos +++++. Peso 47 kg.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive sola en Barcelona. No tiene hijos y en el momento actual se encuentra sin pareja por la reciente ruptura. Mantiene buena relación con su familia y con su médico de atención primaria, por lo que había tardado en consultar ya que se encontraba en Barcelona. Refiere llevar una alimentación vegetariana con suplementos vitamínicos. La paciente es educadora escolar.

Ante la clínica y exploración detallada, sospechamos que se puede tratar de una cetoacidosis en contexto de debut diabético y tras informar a la paciente del diagnóstico (realmente una mala noticia y como tal la bordamos en el contexto de la comunicación) y la necesidad de hacer tratamiento acordamos, informar a su familia, y pedirle que la acompañen en la derivación al hospital. A su llegada a urgencias se confirma la acidosis metabólica con elevación de cuerpos cetónicos y glucosa en orina y es ingresada en el Servicio de Endocrinología.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial

Ayuno o dieta rica en grasas, síndrome hiperglucémico hiperosmolar, cetoacidosis diabética, síndrome constitucional, anorexia nerviosa, bulimia, acidosis láctica, acidosis urémica, cetosis alcohólica, intoxicación por salicilatos, intoxicación por metanol o etilenglicol, rabdomiólisis.

Plan de acción y evolución

Evolución

Mejoría clínica y analítica, corrección de acidemia y niveles de glucosa, sodio y potasio en sangre, tras insulino y suero terapia durante su estancia en Urgencias. Tras estabilización clínica y analítica se inicia ingreso en planta de Endocrinología con buena evolución.

Tratamiento

Educación diabetológica. Insulina subcutánea. Seguimiento intensivo en régimen de hospital de día y control por su Médico de Atención Primaria.

Conclusiones

La longitudinalidad, nos permite establecer una atención centrada en la persona, consiguiendo una relación profesional-paciente de largo plazo y conocer a la persona en todos los ámbitos biopsicosociales. Mejora la eficiencia y evita los daños derivados de la asistencia sanitaria (prevención cuaternaria) gracias a la racionalización de la atención médica. Siendo un recurso más seguro que realizar baterías de pruebas de descartes. Es preciso realizar registros de calidad, mantener una estabilidad en el tiempo y en el espacio de la interrelación médico-paciente en el seguimiento de sus problemas de salud, que difícilmente pueden ofrecer la atención especializada o los servicios de urgencia. Gracias a la longitudinalidad de la asistencia y a la confianza médico-paciente de años de evolución, se sospechó algo más allá de “escozor” en vagina y vulva, con tan solo objetivar un cambio físico y pérdida ponderal que permitió realizar una anamnesis dirigida a lo que verdaderamente era de vital importancia en nuestra paciente.

Palabras clave

Diabetic Acidosis, Diabetes Mellitus, poliuria.

Bibliografía

SP. Daniel, VR. Julio César, SJ. Juan, LG. Irene, MC Borja, CM Pilartxo, SM. Beatriz, DB. María Alejandra, CR Irene. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de octubre. 8ª Edición. MSD.

MC Mercedes, MR Elena. Manual de endocrinología y nutrición. Descompensaciones agudas de la glucemia. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico hiperosmolar en pacientes diabéticos adultos. SEEN. 2022.

PS Raimundo, LM Antonio, PF Mercedes, G Juan. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. Rev. Esp. Salud Publica vol.71 no.5 Madrid sep. 1997.

FC Patricia, ML Sergio. Evaluación de la accesibilidad y la longitudinalidad de la Atención Primaria de Granada mediante Primary Care Assessment Tools (PCAT). ELSEVIER. Vol. 33. Issue 3. pages 121-129. 2018.

Atención primaria: la puerta de entrada a lo maligno y a lo benigno

Morales Delgado, Nazaret | *Médica Residente de MFyC. CS Poniente. Córdoba*

Martín Rioboo, Enrique | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Poniente. Córdoba*

Aranda Domínguez, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Sector Sur. Córdoba*

Varón de 60 años, trabaja como agricultor, exfumador desde hace 20 años, con consumo acumulado de 37 paquetes-año.

Antecedentes personales de asma persistente bien controlado en tratamiento con inhaladores y montelukast 10 mg; hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina 40 mg y hernia de hiato en tratamiento con omeprazol 20 mg. Acude a consulta de atención primaria preocupado por aparición de tumoración en zona subescapular derecha, visible externamente y de manera más evidente con la elevación de miembro superior derecho. La lesión no es dolorosa pero si molesta a los movimientos de miembro superior derecho o en decúbito al dormir sobre dicho lado, provocando ligera limitación articular húmero-escapular. El inicio de la lesión es incierto sin saber referir si meses o días, sin traumatismo directo previo. Niega síndrome constitucional asociado.

A la exploración se observa y palpa masa de unos 5 cm en zona escapular derecha inferior, de consistencia pétreo, similar a hueso, aparentemente adherida a planos profundos, no móvil y levemente dolorosa a la palpación. La lesión se moviliza con la elevación de brazo derecho (Ilustración 1).

Tras anamnesis, exploración y nuestra sospecha de posibilidad de malignidad solicitamos las pruebas complementarias accesibles desde el centro de salud.

- Análítica sanguínea: Hb 14,4 g/dL, resto de hemograma sin alteraciones, Glucosa basal en ayunas 126, HbA1c 6.5%, ácido úrico 7.4 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, Filtrado glomerular 76 mL/min, enzimas hepáticas en rango de normalidad, PCR 3.51 mg/L. El paciente se propone para confirmación de diabetes tipo II en este contexto.
- Radiografía de escápula: se observa exóstosis en zona inferior escapular de contornos irregular. No ruptura de cortical (Ilustración 2).
- Ecografía: sugiere contenido graso, asociando formación ósea dependiente de escápula.



Ilustración 1. Tumoración visible externamente sobre zona escapular derecha.



Ante la duda diagnóstica del radiólogo amplía estudio con TAC torácico de manera preferente.

En la prueba se aprecia una lesión de atenuación grasa en relación con la cortical externa distal de la escápula derecha de aproximadamente 6x4,2 cms en los ejes longitudinal y anteroposterior. Asocia formación de hueso heterotópico intralesional sin engrosamiento de la cortical. Hallazgos en relación con lipoma parostal (Ilustración 3).

Ilustración 2. Lesión ósea en escápula.

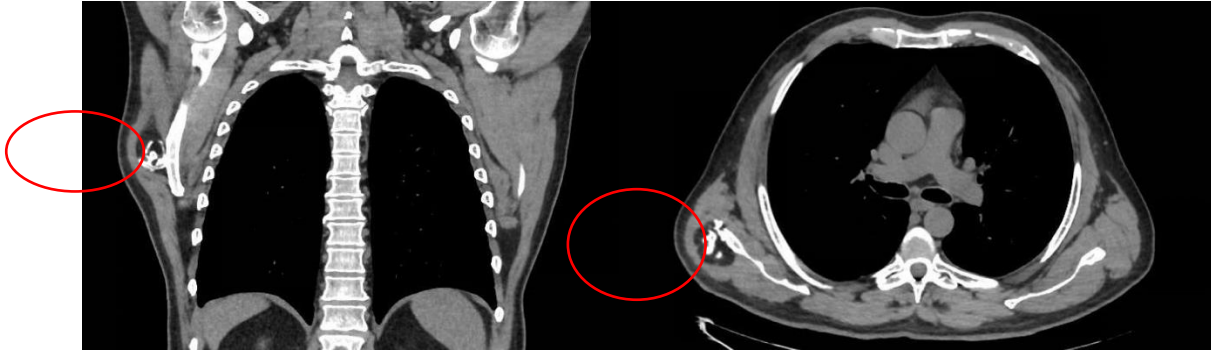


Ilustración 3. Lipoma parostal en TAC.

El paciente fue derivado a Unidad de Tumores óseos del servicio de Traumatología para valorar procedimiento terapéutico a seguir. Debido a la benignidad de la lesión, y a pesar de que inicialmente se sospechó malignidad; se decidió realizar seguimiento estrecho de la misma para valorar crecimiento o cambios significativos. A los tres meses el paciente se realizó RMN de hombro derecho donde se observaba lesión sin cambios de tamaño ni aspecto formada por tejido blando con componente condroide no adherida a los músculos adyacentes; considerandose continuar con la misma actitud, seguimiento evolutivo. En primer instante, la cirugía quedó descartada.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lipoma parostal escapular derecho.

Conclusiones

El lipoma parostal es una neoplasia benigna, extremadamente rara, compuesto principalmente de tejido adiposo maduro asociado a tejido óseo. Representa menos del 0.1% de los tumores óseos primarios y el 0.3% de todos los lipomas. La escápula es un sitio inusual de afectación. Hasta el momento no hay evidencia de que el tumor sufra degeneración maligna.

Las consultas de Atención primaria es uno de los ámbitos más propicios para la detección precoz de tumoraciones de partes blandas. Debemos estar alerta, realizando una buena anamnesis así como una exploración física teniendo presente los criterios predictores de malignidad para un diagnóstico precoz, el cual determina el tratamiento y el pronóstico. En este caso, la rapidez de actuación para llegar al juicio clínico supuso el descarte de lesiones seudotumorales (quistes óseos, displasia fibrosa, miositis osificante...), tumores óseos benignos (osteoma osteoide, osteoblastoma, condroblastoma, condroma, osteocondroma, tumor de células gigantes...) y en el peor de los casos tumores malignos (osteosarcoma, sarcoma parostal, condrosarcoma, mieloma, linfoma óseo...). Es por ello, lo que resalta que además de la rapidez de entrada a un estudio con una radiografía simple debemos conocer el funcionamiento de la ecografía en consulta, pudiendo aproximar al diagnóstico según las características ecográficas que veamos en la imagen. La mayor brevedad de tiempo hasta el diagnóstico puede encaminar el pronóstico de las lesiones diagnosticadas en nuestra consulta, además de evitar el sufrimiento por parte de nuestros pacientes por la incertidumbre previa al diagnóstico definitivo.

Palabras clave

Lipoma; exostosis.

Autoinmunidad tras el COVID-19

Piedra Ruiz, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*
 Montaña Azor, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Almodovar del Río. Córdoba*
 Álvarez Limpo, Alicia | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Lucena I. Córdoba*

Motivo de consulta

Paciente mujer de 33 años que consulta por episodios compatibles con fenómeno de Raynaud en dedos de manos y pies desde que sufrió la COVID-19 en diciembre de 2021.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer 33 años con relación estable con su pareja, no emancipada. Trabajadora de cajera de supermercado. Buen ambiente familiar.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

Enfermedades familiares hereditarias: positivos para atopia. No alergias medicamentosas. Alergia a metales (eccemas con bisutería). Sensibilización a ácaros.

Antecedentes personales: rinoconjuntivitis y asma bronquial. Antecedentes quirúrgicos: Intervención de rodillas en la adolescencia (no sabe precisar). Hábitos: fumadora social. Bebe fines de semana 5 UBE. Historia COVID- infección aguda diciembre 2021, sólo 1 dosis de vacuna COVID-19. Tras COVID-19 aparece hipotiroidismo subclínico de reciente diagnóstico en tratamiento con Levotiroxina 50 mcg. Tratamiento actual: etenilestradiol 30 mcg / Drospirenona 3 mg

Exploración física

Ambas manos frías, no alteración de uña, no hemorragias en astillas, no alteraciones en la perfusión distal, no datos de artritis ni de sinovitis. No se palpa bocio, no nódulos.

Pruebas complementarias

- Hemograma sin alteraciones en las 3 series, a excepción de linfocitos 52%.
- Coagulación sin alteraciones.
- Bioquímica: glucosa 72 mg/dl, función renal, iones, enzimas hepáticas normales, TSH 10.48 mcUI7ml, T4 0.95 ng/dl vitamina D 52 ng/ml. Autoinmunidad negativo (ANA, anti gliadina, anti mitocondriales)
- En analítica de seguimiento al cabo de 2 meses aparece: tSH 7.82, T4 1.06, Ac. Antiperoxidasa tiroidea 2939 IU/ml, ANA 1/160 (positivo débil, patrón nucleolar homogéneo AC1), Ac cardioplipina negativo, beta-2glicoproteinas negativo.

Capilaroscopia:

- Capilaroscopia periungueal donde se objetiva:
- Densidad capilar conservada (>10 asas/mm lineal). Ausencia de áreas avasculares.
- Morfología de asas capilares conservada, en horquilla. Asas capilares no dilatadas y mínimamente tortuosas. Ausencia de megacapilares.
- No desestructuración del lecho ungueal.
- Ausencia de hemorragias en gota
- Plexo venoso poco visible. Patrón capilaroscópico normal. No se objetiva patrón Esclero-dermato-miosítico.

Plan de acción y evolución

La paciente será seguida mensualmente por el servicio de Atención Primaria con controles tiroideos y de autoinmunidad, además de interconsultas con el servicio de Reumatología y de Medicina Interna en caso de que aparezca nuevos síntomas y signos que indiquen un empeoramiento del cuadro.

Tratamiento: evitar ambientes fríos y con humo. Protección térmica. Abandono del hábito tabáquico.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Fenómeno de Raynaud primario.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Raynaud. Polimiositis-dermatomiositis. Síndrome de Buerger. Enfermedad mixta del tejido conectivo. Tiroiditis autoinmune. Artritis reumatoide. Lupus eritematoso sistémico. Esclerodermia.

Conclusiones

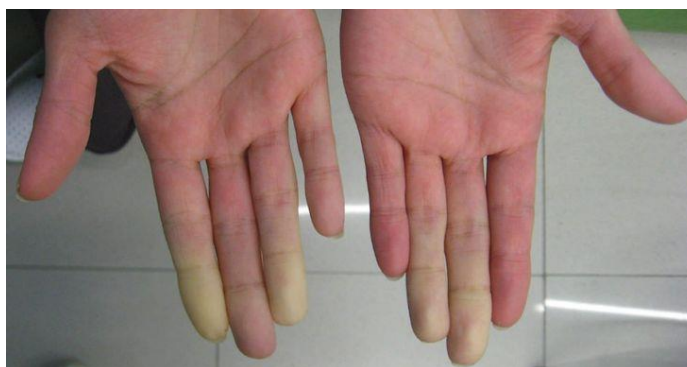
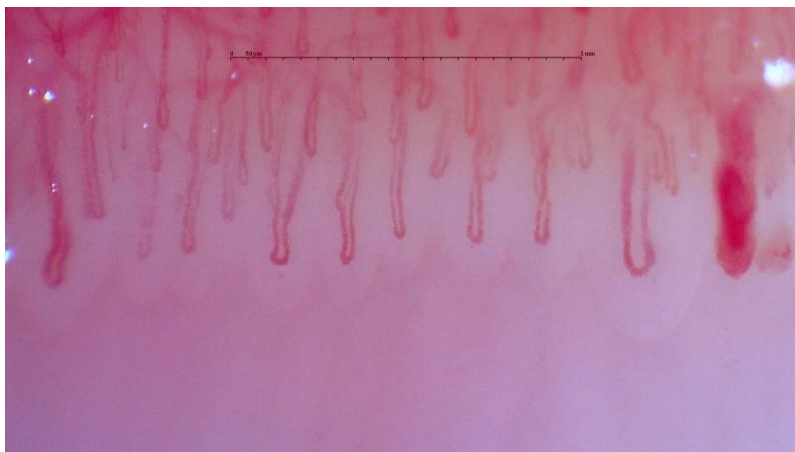
La aparición de procesos autoinmunes tras la infección del virus SARS-COV2 como enfermedad emergente, está tomando hoy en día el máximo exponente de actualidad ante los cuadros clínicos a posteriores que están apareciendo en algunos pacientes, tornándose como causa precipitante ante procesos autoinmunes aun no activados o con cierta predisposición genética a la activación de la autoinmunidad, quedando aún mucho por estudiar en la relación causa efecto de la relación infección – autoinmunidad, aunque bien es cierto que ya se conoce ciertos patógenos que despiertan este tipo de respuesta inmune agresiva, tras superar la infección, contra el propio organismo.

Palabras clave

Raynaud. Autoinmunidad. COVID-19.

Bibliografía

Cano Pérez J.F., Gimbert Ráfalos R.M. Patología tiroidea. Trastornos del metabolismo del calcio y otros minerales. Martín Zurro A. Cano Pérez J.F. Gené Badia J. Atención Primaria, Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª edición. Barcelona. Elsevier; 2014.



Bursitis subacromiodeltoidea en relación con vacunación antigripal o sirva

Gómez Whitman, Cristina | *Médica Residente de MFyC. CS Huétor-Tajar. Granada*
 Martínez De Mandojana Hernández, Ana | *Médica Especialista de MFyC. CS Huétor-Tajar. Granada*
 Medina Salas, Víctor | *Médico Especialista de MFyC. CS Huétor-Tajar. Granada*

Motivo de consulta

Dolor y limitación funcional grave de hombro tras vacunación antigripal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 73 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, cáncer folicular tiroideo intervenido, hipotiroidismo yatrogénico en tratamiento sustitutivo con levotiroxina y dislipemia.

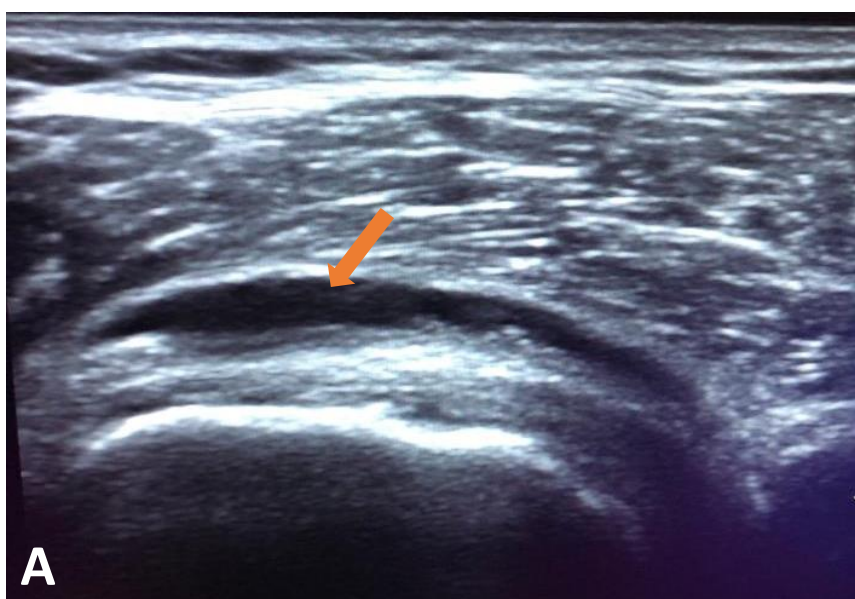
Consulta por omalgia derecha y limitación funcional severa de un mes de evolución con escasa respuesta a antiinflamatorios y analgésicos habituales. Relaciona los síntomas con administración de vacuna antigripal en semanas previas, refiriendo inicio progresivo del dolor a las 48 horas de la vacunación. Asintomática previamente. No contusión ni sobreesfuerzo posterior.

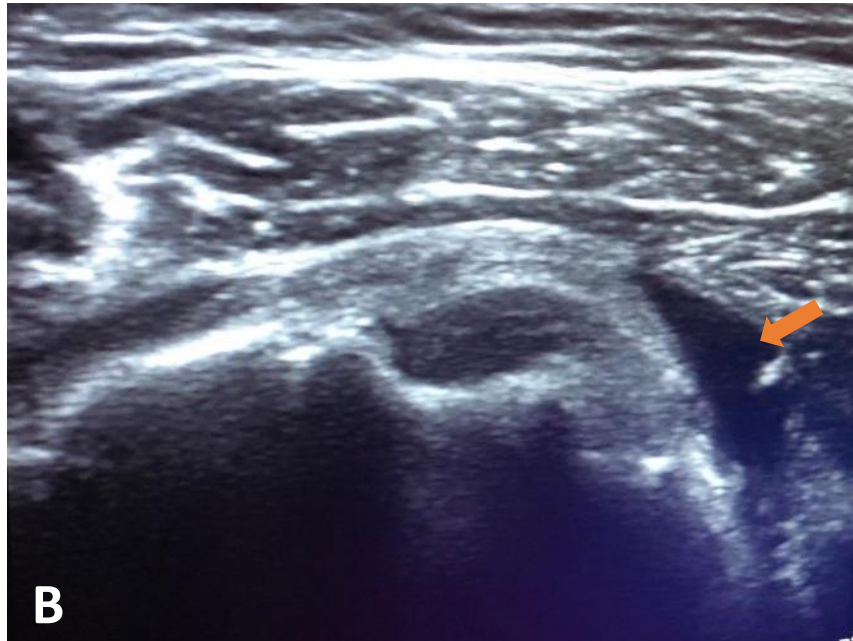
A la exploración, ausencia de lesiones cutáneas, signos inflamatorios ni tumoración en espesor de musculatura deltoidea. Limitación activa de abducción a partir de 45º y rotación externa, siendo muy dolorosas con la movilización pasiva. Maniobras de Neer, Hawkins y Yocum positivas. Maniobra de Jobe negativa.

Se realiza ecografía de hombro en el centro de salud, donde se evidencian los siguientes hallazgos:

- Cortical ósea irregular en relación con signos degenerativos.
- Tenosinovitis bicipital.
- Imagen anecoica en región anterior del tendón del subescapular, compatible con bursitis subacromiosubdeltoidea, de hasta 6 mm de espesor.

A y B: Distensión de la bursa subacromiosubdeltoidea por presencia de líquido (flecha).





Enfoque familiar y comunitario

La paciente es independiente para actividades básicas de la vida diaria y convive en domicilio con su marido. El dolor y la limitación funcional le impiden realizar sus actividades ordinarias de forma plena, requiriendo ayuda para las mismas a través de cuidadora formal (que no precisaba previamente) e informal (familiar de primer grado).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Bursitis subacromiodeltoidea en posible relación con vacunación o SIRVA (Shoulder injury related to vaccine administration).

Plan de acción y evolución

Dada limitación funcional intensa, se opta por varios cursos terapéuticos:

- Se solicita realización de rehabilitación en Sala de Fisioterapia del centro de salud
- Se solicita valoración al servicio de Medicina Física y Rehabilitación de Hospital de referencia a través de teleconsulta para consejo y seguimiento.
- Se adjuntan ejercicios para realizar en domicilio, con el objetivo de movilizar sin carga el miembro afecto y evitar complicaciones.

La paciente realiza terapia rehabilitadora y fisioterapia en el centro de salud durante varias semanas, con resolución del líquido libre en bursa subacromiodeltoidea (confirmado por control ecográfico), así como desaparición del dolor y la limitación funcional.

Conclusiones

Las reacciones adversas locales tras la vacunación antigripal son frecuentes, siendo el dolor, la inflamación local y el eritema en el lugar de la inyección los hallazgos más comunes, y por lo general, suelen ser leves y transitorios. En la literatura se han descrito casos de bursitis asociados con la vacunación (SIRVA), más frecuentemente con la vacuna antigripal, pero también con otras vacunas como las usadas frente al sars-cov-2. Su etiología no está claramente definida, considerándose la técnica vacunal como el factor más importante (inyección en tercio superior de músculo deltoides o demasiado profunda), no pudiendo descartar mecanismos inmunomediados. Las características que diferencian al SIRVA de otras reacciones locales más leves son las siguientes: dolor que suele comenzar dentro de las 48 h posteriores a la administración de la vacuna, dolor que puede persistir durante meses, escasa respuesta a analgésicos y debilidad o limitación funcional asociados. El uso de la ecografía en Atención Primaria permite aumentar nuestra capacidad de resolución, otorgándonos mayor autonomía, facilitando la actitud terapéutica más adecuada y acortando los tiempos de espera.

Palabras clave

Bursitis, Shoulder, Vaccine, Ultrasonography.

Cada cosa tiene su tiempo

Cruz Terron, Helena | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
 Aguado Taberné, Cristina | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Aeropuerto. Córdoba*
 Gascón Veguín, Santiago | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Aeropuerto. Córdoba*

Motivo de consulta

Mujer de 78 años que consulta por dolor mecánico cervicodorsal, en hombros y articulación temporo-mandibular de dos meses de evolución, junto astenia y cefalea occipital.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fractura de húmero, osteoporosis, hipotiroidismo, desprendimiento de vítreo, gastritis crónica. Es ama de casa y vive con su marido.

Anamnesis

La paciente refiere que desde hace dos meses presenta dolor mecánico cérvico-dorsal, en ambos hombros y en la articulación temporomandibular bilateral, que se acompaña de astenia y cefalea occipital.

Exploración física

En la inspección se evidencia palidez cutánea y de mucosas. En la palpación presenta pulsos temporales simétricos; Y con la movilización se evidencia dolor con la elevación y abducción de ambos hombros, dolor en la musculatura paracervical y en la articulación temporo-mandibular izquierda.

Pruebas complementarias

Se realiza analítica sanguínea con Hemoglobina (Hb) 9,1; Volumen Corpuscular Medio (VCM) 118; Proteína C Reactiva (PCR) 131; Factor Reumatoide (FR) Negativo.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido. Buen apoyo social y familiar. Acude a la consulta sola, pero cuenta con el apoyo y colaboración de sus hijos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de Polimialgia Reumática y Arteritis temporal.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar con enfermedades musculoesqueléticas (artritis reumatoide de comienzo en el anciano, lupus eritematoso sistémico de comienzo en el anciano, polimiositis, síndrome fibromiálgico, osteoartrosis, osteomalacia, osteoporosis...); neoplasias (mieloma múltiple, cáncer de mama, cáncer gastrointestinal...); infecciones (síndromes postvídicos, tuberculosis, brucelosis...).

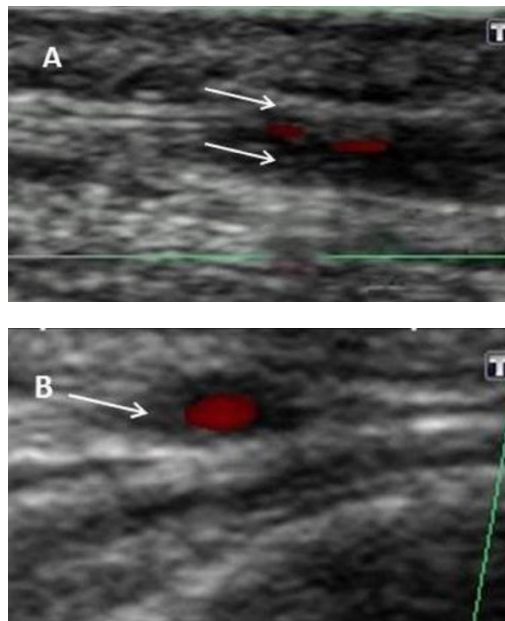
Plan de acción y evolución

Ante la sospecha diagnóstica, se inicia tratamiento con prednisona 60 mg cada 24 horas y se deriva a medicina interna para completar estudio.

Al mes es atendida en consulta hospitalaria con clara mejoría de la sintomatología. Solicitan pruebas complementarias para completar el estudio, con:

Analítica: hb 11,6; PCR 16; Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) 46; Anticuerpos Antinucleares (ANA): +1/160.

Ecografía Doppler: de las arterias temporales, informándola como presencia de un segmento de engrosamiento mural circunferencial no compresible en arteria temporal izquierda sugestivo de arteritis, la arteria derecha normal.



Ante la mejoría clínica y analítica, deciden disminuir la prednisona a 30 mg cada 24 horas y progresivamente a 15 mg cada 24 horas hasta la revisión en 6 meses.

Evolución

A los 3 meses, presenta de nuevo dolor mecánico en hombros y en miembros inferiores, lo que le dificulta la deambulación. En la exploración el dolor se evidencia con la movilización de ambas caderas y zona lumbar. Se realiza analítica con PCR en 10, VSG 40 y Hb 12. Decidimos incrementar la dosis de prednisona a 45 mg, con mejoría de la clínica hasta la actualidad.

Conclusiones

La polimialgia reumática junto con la arteritis de la temporal son enfermedades de origen autoinmune, cuyos criterios diagnósticos no son específicos (dolor, rigidez articular, afectación predominante de cintura pelviana y escapular), cuyo diagnóstico se realiza por los reactantes de fase aguda y por la respuesta a corticoides. Se debe realizar una ecografía Doppler de las arterias temporales. Es importante iniciar el tratamiento de forma precoz para evitar las complicaciones de la arteritis, tales como ceguera, a dosis 1 mg/K/día, durante 6 meses e ir reduciendo según los síntomas y la VSG. Es una patología para diagnosticar y seguir de manera conjunta atención primaria y hospitalaria.

Cefalea en paciente de riesgo: cuando ir más allá de los eventos estresantes

Luque De Haro, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Motril Este. Granada*
 Quesada Moraga, Rosa María | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Motril Este. Granada*
 Medina Arévalo, Begoña | *Médica Residente de MFyC. CS San Antonio, Motril. Granada*

Motivo de consulta

Cefalea

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, síndrome depresivo y portador en heterocigosis de la mutación para el Síndrome de Griscelli tipo I. Fumador con ICAT de 30. Tratamiento con enalapril.

Acude a consulta de su médico de atención primaria por cefalea de dos meses de evolución que no cede con analgesia, asociando molestias en oído izquierdo. Se realiza exploración sin encontrar alteraciones destacables y se solicita TAC de cráneo ambulatorio.

Tras tres semanas continúa con clínica y decide acudir al servicio de urgencias hospitalarias donde se le solicita TAC urgente y se objetiva ocupación de partes blandas en mastoides compatible con otitis media crónica y se deriva a consulta de otorrinolaringología. En esta consulta, le solicitan una RMN y se le realiza toma de biopsia.

Enfoque familiar y comunitario

Estudio de la familia y la comunidad (si fuese necesario)

Padre de tres hijas totalmente dependientes por padecer síndrome de Griscelli, de las que tanto su mujer como él son los principales cuidadores. Tiene otro hijo de 22 años que no padece la enfermedad y que vive con ellos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. Es importante diferenciar entre cefaleas primarias y secundarias ya que estas últimas, con una causa orgánica subyacente pueden suponer un riesgo vital para nuestro paciente.

Atendiendo a la clasificación temporal de las cefaleas y centrándonos en las cefaleas agudas de reciente comienzo encontramos las secundarias a infecciones, trastornos de la homeostasia, o secundarias a trombosis de senos venosos, además de las secundarias a trastornos oculares u otorrinolaringológicos. En nuestro caso y habiendo descartado el resto de patologías por la normalidad de las pruebas analíticas y la ausencia de fiebre u otra clínica infecciosa, era necesaria la realización de un TAC craneal para determinar si existía algún tipo de lesión subyacente.

Finalmente se llegó al diagnóstico de carcinoma nasofaríngeo de células escamosas no queratinizante. Por último, fue importante analizar la problemática social del caso por la situación familiar y poner a disposición del paciente los recursos sociales de los que disponíamos en el centro así como de una atención integral y personalizada por parte de todo el equipo (incluyendo trabajadora social, enfermero y médica)

Plan de acción y evolución

Comienza tratamiento y seguimiento por parte de oncología con radioterapia.

Evolución

Durante los siguientes meses sufre un tromboembolismo pulmonar y poco tiempo después comienza un empeoramiento progresivo, falleciendo a los 6 meses del diagnóstico.

Conclusiones

Destacamos la importancia del acceso a las pruebas complementarias desde atención primaria para agilizar y orientar diagnósticos previos a las derivaciones.

Se pone de relieve la demora existente en las pruebas solicitadas desde atención primaria, y cómo desde el servicio de urgencias hospitalarias los usuarios terminan accediendo con más facilidad y rapidez a los diagnósticos.

Además, la visión del paciente en su conjunto analizando su esfera más social y su situación familiar nos hacen ver la importancia de una atención integral y completa por parte de todo el equipo de atención primaria del centro de salud.

“los datos utilizados para la realización de este caso se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente”

Cefalea hipo-tensional

Sousa Payán, Luís | *Médico Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*

Cruz Iturrate, Julia | *Médica Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*

Muñoz García, María Del Mar | *Médica Especialista de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*

Motivo de consulta

Hombre que consulta por cefalea de 2 semanas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Hombre de 43 años sin hábitos tóxicos, ni antecedentes patológicos, ni tratamiento farmacológico habitual.

Consulta a su Médico de Familia por cefalea bitemporal de 2 semanas de evolución, de carácter opresivo, sin trastornos visuales, pero sí asociada a disacusia bilateral, que describe como la sensación de oír los sonidos más lejanos de lo que están. El dolor no le despierta por la noche, pero sí está presente al levantarse, aumentando a lo largo del día.

Obtiene discreta mejora sintomática con paracetamol, metamizol y diazepam, sin llegar a ceder totalmente. Ha tenido elevaciones de tensión arterial (a veces incluso TAD 100 mmHg durante los períodos de mayor dolor), dato que no se confirma en consulta, con TA 125/70 mmHg, pese a lo cual se le desaconsejan los antiinflamatorios no esteroideos.

El paciente no atribuye estos síntomas a mayor carga de trabajo o a estrés, ni a problemas emocionales, aunque al reinterrogar reconoce que se inició justo al día siguiente en que a su padre, que había tenido varios ingresos prolongados por problemas graves de salud, le dieron el alta hospitalaria con elevada necesidad de cuidados domiciliarios.

Enfoque familiar y comunitario

Casado y con una hija de 30 meses. Trabajador por cuenta ajena como tornero, con trabajo en bipedestación y manejo de cargas de forma habitual. Buen apoyo familiar y adecuada red social.

Sin antecedentes familiares de problemas neurológicos, ni de cefaleas. Cuidador no conviviente de su padre pluripatológico y parcialmente dependiente, con varios ingresos hospitalarios en UCI en los meses previos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se nos plantea el *diagnóstico diferencial* entre:

- migraña con aura auditivo
- cefalea secundaria a lesión cerebral ocupante de espacio (LOE)
- cefalea tensional en base a la sobrecarga emocional sufrida recientemente

Inicialmente no podía descartarse que los síntomas pudiesen deberse a trastornos de la esfera neurológica pero el relato del paciente sobre la preocupación por la salud de su padre y las noches en el hospital, hacían pensar en sobrecarga de musculatura cervical y en cefalea por estrés emocional.

Plan de acción y evolución

Se solicitó una analítica con hemograma, velocidad de sedimentación, perfil hepático y prolactinemia que resultaron normales, así como un TAC craneal que descartó la presencia de LOEs. Se emplazó al paciente a realizar controles tensionales a diario y a llevar un calendario de cefaleas, aportando las anotaciones a consulta en 10 días.

En la visita de seguimiento mostraba cifras de TA normales, pero la cefalea se había hecho diaria, constante, con mayor intensidad al caer la tarde (8/10) y asociada a náuseas. Al reinterrogar, comentaba que la intensidad del dolor aumentaba al estornudar, bostezar o inclinar el tronco hacia delante, dejándolo aturdido durante unos minutos. También se mantenía la disacusia bilateral, que no describía como pitidos, sino como sonidos distorsionados.

Se realizó teleconsulta a Neurología planteando la necesidad de valoración especializada por presentar signos de organicidad.

En consulta externa de Neurología se solicitó RNM craneal con contraste que confirmó la existencia de hipopresión de líquido cefalorraquídeo con riesgo de enclavamiento del tronco cerebeloso, por lo que el paciente ingresó para estudio.

La búsqueda de una posible fisura espontánea en la duramadre mediante pruebas radiológicas fue infructuosa y el paciente mejoró durante la estancia hospitalaria, lo que se atribuyó al reposo y el decúbito. Fue alta a domicilio con indicación de reposo y previendo autosellado del punto de pérdida de LCR.

Un mes y medio más tarde el paciente consultó por discreto aumento del dolor, con distribución y características similares a las que presentaba al inicio del cuadro, por lo que se contactó con Neurología, quien indicó un 2º ingreso.

Se realizó nueva RNM que mostraba hematoma subaracnoideo por tracción vascular. Tras una amplia batería de pruebas complementarias, nuevamente el punto de fuga de LCR no pudo ser hallado, optándose por tratar al paciente con la administración de un parche autólogo de plaquetas en canal raquídeo.

Aproximadamente 1 mes más tarde el paciente comenzó a anotar menor intensidad en su calendario de cefaleas y empezaron a desaparecer las intensificaciones con Valsalva.

Conclusiones

Aún en los casos en que un detonante emocional puede justificar una determinada sintomatología, es preciso descartar cualquier posibilidad de organicidad mediante una anamnesis y exploración detalladas. Del mismo modo, es recomendable tener una visión longitudinal de los problemas de salud y de aquellos datos que pudieran hacernos cambiar la orientación diagnóstica inicial, por lo que asesorar al paciente en la recogida de dichos datos puede ser determinante a la hora de garantizar una correcta actuación por nuestra parte.

Palabras clave

Cefalea, examen neurológico, maniobra de Valsalva.

Como me duele la barriga

Montaño Azor, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Almodovar del Río. Córdoba*
 Serrano Varo, Pilar | *Médica Especialista de MFyC. CS Almodovar del Río. Córdoba*
 Piedra Ruiz, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

Motivo de consulta

Paciente de 56 años con antecedentes familiares de cáncer de colon que acude a consulta por presentar malestar general, dolor abdominal localizado en fosa iliaca izquierda de meses de evolución de carácter intermitente, con digestiones pesadas y sensación febril durante los episodios.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que acude sola a la consulta.

Antecedentes familiares

padre fallecido por cáncer de colon con 71 años.

Antecedentes personales

No alergias medicamentos conocidas, DM, HTA, dislipemia, temblor esencial. Hábitos tóxicos: fumadora de 7 cigarrillos/día.

Exploración física

Buen estado general. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, timpánico a la percusión. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: resto de heces patológicos.

Pruebas complementarias

Se le pide una analítica, una sangre oculta en heces.

- Analítica: hb 10,5, leucocitos y plaquetas normales. Glucosa 110, Hb A1c 6,6%, función renal, iones, lípidos, transaminasas y TSH normales. Orina normal. Ac. Antigliadina y antitransglutaminasa negativos.
- Sangre oculta en heces positiva.

Por protocolo, se le pide una colonoscopia: inspección anal y tacto rectal normales. Exploración hasta ciego, identificación válvula ileocecal. Se visualizan algunos orificios diverticulares aislados en sigma, sin signos de complicación. No se objetiva otra patología. Diagnóstico: divertículos colónicos.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, con dos hijos. Funcionaria. Buena vida social y familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diverticulosis colónica.

Diagnóstico diferencial

Colitis ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Infarto mesentérico. Carcinoma colorrectal. Pielonefritis. Síndrome colon irritable. Disbiosis.

Plan de acción y evolución

Se deriva a la paciente al servicio de Aparato Digestivo para estudio de diverticulosis colónica. Aparato digestivo le pidió:

- Ecografía abdominal: sin alteraciones relevantes

- Tac con contraste i.v. de abdomen y pelvis: hígado homogéneo, de densidad ligeramente disminuida, en relación con esteatosis hepática. Porta permeable. Vía biliar no dilatada. Bazo, páncreas y suprarrenales sin alteraciones. Vejiga de paredes lisas. No liquido intraabdominal. No adenomegalias. Divertículos en colón izquierdo, sin evidencia de diverticulitis. No alteraciones reseñables.

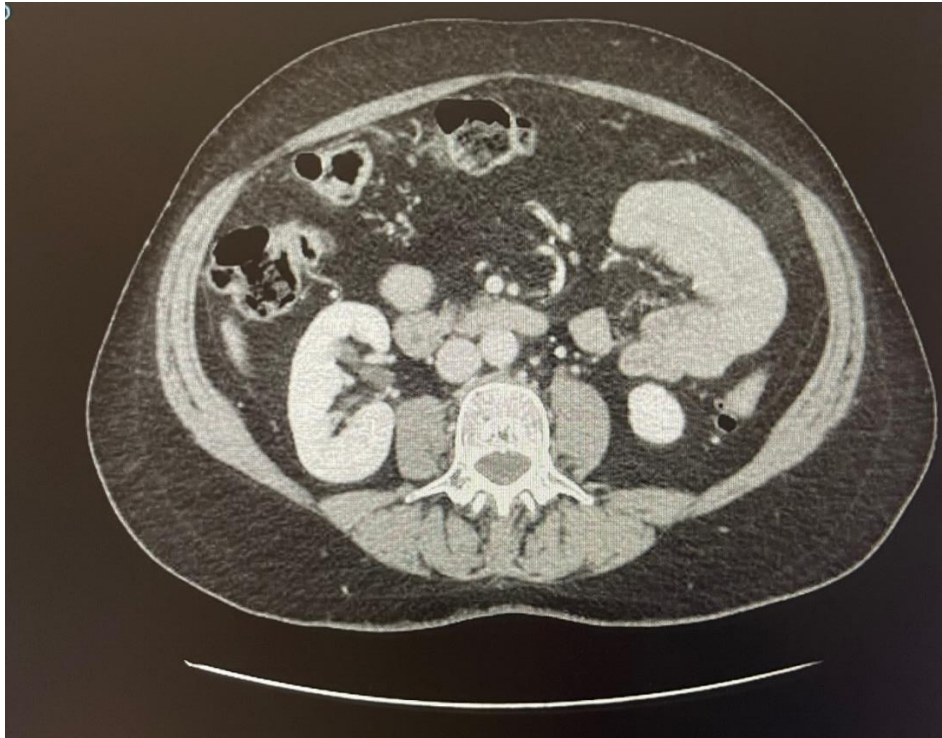
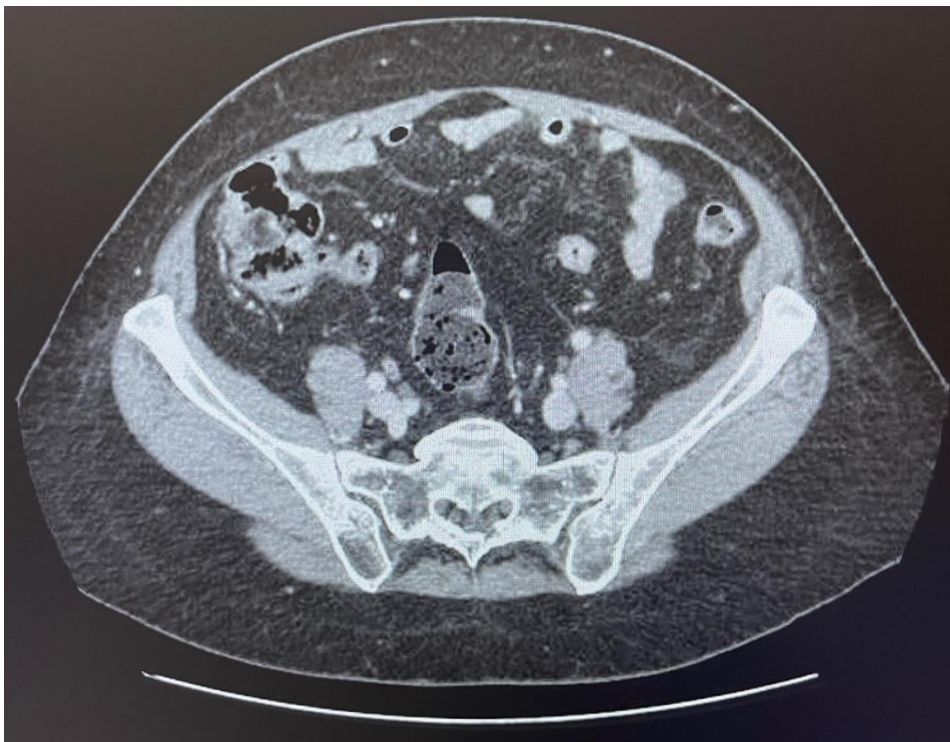


Figura 1. TAC de abdomen y pelvis. Cortes a distintos niveles.



Tratamiento:

- Se le recomienda dieta sana y equilibrada, baja en grasas y rica en fibra, con abundante agua.
- Ejercicio físico diario
- Movicol solución oral sobres, 1 cada 24 h si hay estreñimiento.
- Rifaximina 200 mg (2 comprimidos cada 12 h durante la primera semana de cada mes).

Se vuelve a valorar a la paciente después de varios meses y tras la ausencia de síntomas y signos de alarma se pauta alta por parte del servicio de Aparato digestivo y se decide control por su médico de atención primaria.

Conclusiones

La diverticulosis es un cuadro de pequeñas herniaciones de la mucosa, que comunica con la luz del tubo digestivo a través de la capa muscular, siendo la mayoría de las veces asintomáticos a lo largo del tracto gastrointestinal. Ocurren más frecuentemente en el intestino grueso (colon sigmoide).

La prevalencia de diverticulosis es más frecuente en países occidentales, lo que nos hace pensar en un componente importante higiénico- dietético que favorece la aparición del proceso de formación de dichas eventraciones en forma de fondo de saco, aumentado su prevalencia con la edad. Afecta del 5% al 45% de las personas en el mundo occidental.

Alrededor del 70-80% de los pacientes permanecerán asintomáticos, apareciendo el proceso de manera incidental al realizar otras pruebas de imágenes por diferentes patologías, ya que el riesgo de complicaciones es bajo. El riesgo de diverticulitis y sangrado es significativamente mayor en pacientes con obesidad, observándose una incidencia aún más superior en los fumadores.

La recurrencia del cuadro es superior tras una primera diverticulitis en menores de 50 años y en mujeres. Los medicamentos asociados con un mayor riesgo de hemorragia diverticular o diverticulitis incluyen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos y esteroides.

El diagnóstico se realiza según la presentación clínica (p. ej., antecedentes de sangrado rectal indoloro o dolor y calambres abdominales inexplicables, evacuaciones intestinales alteradas) y puede confirmarse mediante una colonoscopia o una radiografía después de un enema de bario. Si el paciente presenta dolor abdominal extremo, la prueba de elección suele ser una tomografía computarizada del abdomen para evitar el riesgo de ruptura intestinal en el contexto de una infección o inflamación intestinal.

El tratamiento médico va dirigido a reducir los espasmos intestinales y el control proliferativo de la microbiota intestinal, previniendo la aparición del cuadro de recurrencia de inflamación de los divertículos. El aumento de fibra y líquidos en la dieta son el complemento ideal higiénico dietético para la prevención de su aparición, así como la pérdida de peso y la desaparición de hábitos tóxicos, favoreciendo la vitalidad de la capa muscular de las paredes intestinales y vasos sanguíneos, para disminuir las recurrencias del cuadro. Un mayor volumen intestinal reduce el número de espasmos y, en consecuencia, disminuye la presión intestinal.

La mayoría de los sangrados asociados con la diverticulosis son autolimitantes y no requieren intervención. En algunos casos, sin embargo, puede ser necesaria una intervención endoscópica, radiológica o quirúrgica para detener el sangrado persistente (p. ej., inyección, coagulación (cauterio, coagulador de plasma de argón) o dispositivos mecánicos (clips, bandas, bucles)). Si no se puede determinar una fuente en el caso de hemorragia recurrente, se puede considerar la cirugía para extirpar partes del intestino afectado (p. ej., colectomía). De manera similar, en el caso de un divertículo gigante, con un mayor riesgo de infección y ruptura, es más probable que se considere la cirugía.

Palabras clave

Diverticulosis. Dolor abdominal. Fosa iliaca izquierda.

Bibliografía

Špičák J, Kučera M, Suchánková G. Enfermedad diverticular: diagnóstico y tratamiento. *Lek interior*. 2018; 64 (6):621-634.
J.H. Song, Y.S. Kim, J.H. Lee, K.S. Ok, S.H. Ryu, J.H. Lee, *et al*. Clinical characteristics of colonic diverticulosis in Korea: a prospective study. *Korean J Intern Med*. 25 (2010), pp. 140-146.

Convulsión en un domicilio: a propósito de un caso

Arostegui Plaza, Cristina | *Médica Residente de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*

Arjona Carpio, Belén | *Médica Residente de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*

Castillo Castillo, Rafael | *Médico Especialista de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*

Motivo de consulta

Los familiares de la paciente avisan a su Médico de Familia para que acuda a valorarla en su domicilio, porque ha comenzado a presentar bajo nivel de conciencia y movimientos anormales generalizados de extremidades hace escasos minutos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 72 años de edad, sin alergias a medicamentos conocidas, con antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, EPOC y polimialgia reumática. No presenta hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas previas. Es independiente para ABVD.

A nuestra llegada al domicilio, la paciente se encuentra somnolienta, con errores a preguntas verbales sencillas y a órdenes motoras. Dismetría dedo-nariz. Disartria leve. No presenta en este momento movimientos involuntarios de miembros. Tomamos constantes vitales, estando todas ellas en valores dentro de normalidad.

Dada la situación clínica, se decide activar Código Ictus y se traslada a la paciente en ambulancia con equipo médico al servicio de Urgencias hospitalario.

A su llegada al hospital, comienza nuevamente con movimientos involuntarios tónico clónicos generalizados de miembros superiores e inferiores que ceden tras administración de Diazepam iv.

Exploración física:

- TA 127/68 mmHg. FC 68 lpm. SatO₂ 95% basal. T^a 38.6°C.
- Estado general conservado, bien hidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo.
- ACR: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes.
- MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Piel con vesículas agrupadas en cara interna de muslo y glúteo derecho (hallazgo no conocido previamente).
- Neurológico: consciente, no orientada en tiempo ni en espacio. Colaboradora con verborrea y flujo constante de ideas. Pares craneales sin alteración. Fuerza y sensibilidad conservada. No rigidez de nuca. No signos meníngeos. Signos meníngeos negativos. Marcha conservada.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hb 12,6 mg/dl; VCM 92.9; plaquetas 282.000; leucocitos 12.75x10⁹/L, neutrófilos 11.7x 10⁹/L, linfocitos 0.8x 10⁹/L, glucosa 220, sodio 134, creatinina 1.10, PCR 30, INR 2.08. Orina no patológica.
- TAC de cráneo y AngioTAC: dilatación del sistema ventricular supratentorial, con un Índice de Evans de 0.37 (normal menor a 0.3). Estos hallazgos en un contexto clínico compatible, no permite descartar hidrocefalia normotensiva. ASPECTS de 10.
- Punción lumbar: líquido de aspecto transparente "agua de roca". Cultivo de bacterias negativo. Tinción Gram negativo. Leucocitos 8 x 1/μL con 13% PMN y 87% MN, proteínas 40,9 mg/dl, glucosa 116 mg/dl.
- Exudado nasofaríngeo PCR SARS-Cov2: positivo.
- Radiografía tórax: estudio sin hallazgos patológicos.
- ECG: Ritmo sinusal, FC 89 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su esposo, parcialmente dependiente para ABVD, en un núcleo rural. Buen soporte familiar, pese a que sus hijos viven en la ciudad. Nivel socioeconómico medio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Encefalitis vírica a descartar secundaria a infección por virus Herpes Zoster (VVZ) en dermatomas L1-L3.

Diagnóstico diferencial

- Accidente cerebrovascular.
- Encefalitis.
- Hidrocefalia normotensiva.

Plan de acción y evolución

Ante los hallazgos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la sospecha clínica de encefalitis herpética, se inició tratamiento empírico con Aciclovir a dosis de 10 mg/kg/8 h.

Posteriormente fue ingresada en planta de Medicina Interna para completar tratamiento y observación neurológica. Durante el ingreso se confirmó nuestro juicio clínico, obteniéndose en la serología del LCR positiva para IgM de VVZ. Así mismo se realizó una RMN cerebral, donde no se encontraron lesiones.

La paciente fue dada de alta a su domicilio, tras completar tratamiento antiviral, sin secuelas neurológicas tras el episodio.

Conclusiones

La encefalitis por virus Herpes Zoster es una complicación poco frecuente, y es una urgencia médica, por lo cual es importante el diagnóstico y la rápida instauración de tratamiento para evitar secuelas importantes en los pacientes.

En este caso cobra especial importancia la detección temprana del cuadro de focalidad neurológica de la paciente por su Médico de Familia, activando los recursos del sistema, y favoreciendo de esta forma una evolución satisfactoria de la paciente.

Una vez más una anamnesis y exploración física detallada nos ayuda a orientar la sospecha diagnóstica, que posteriormente fue confirmada por medio de pruebas complementarias.

Palabras clave

Encefalitis, Varicela Zoster, Convulsión

Cuando la aftosis no remite

Martínez García, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Huércal-Overa. Almería*
 Requena Carrión, Esteban | *Médico Especialista de MFyC. CS Huércal-Overa. Almería*
 Tena Santana, Gonzalo | *Médico Residente de MFyC. CS Valverde del camino. Huelva*

Motivo de consulta

Aftas persistentes

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 21 que consulta por cuadro de aftas orales dolorosas en múltiples territorios (borde de la lengua, paladar, mucosa yugal, suelo de la boca, úvula, pilares amigdalinos, etc.). Sin clínica general asociada, pero con gran quebranto por la imposibilidad para la masticación y deglución del alimento. Niega relaciones sexuales de riesgo. No aftas en los genitales. No alteración del ritmo intestinal. No daño articular. Desconoce lesión ocular. No otra lesión cutánea ni fotosensibilidad.

Enfoque familiar y comunitario

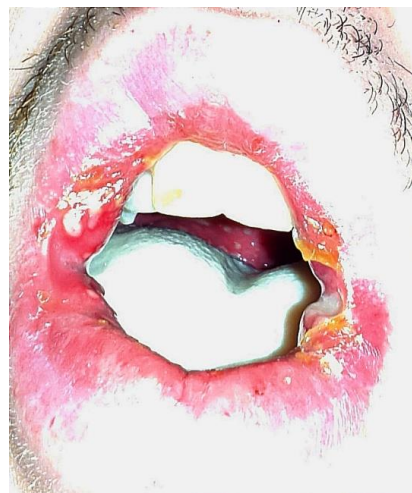
Sin hábitos de riesgo para la salud ni acontecimientos vitales estresantes.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Estomatitis Aftosa Herpética

Plan de acción y evolución

Con diagnóstico de sospecha inicial se trata con valaciclovir. Una semana después, el paciente vuelve a consultar refiriendo no sentir cambio ni mejoría alguna. Comenta que siguen apareciendo nuevas aftas y no sabe precisar con exactitud curación de las previas. Además el cuadro inicial ha empeorado al asociarse muguet lingual y queilitis.

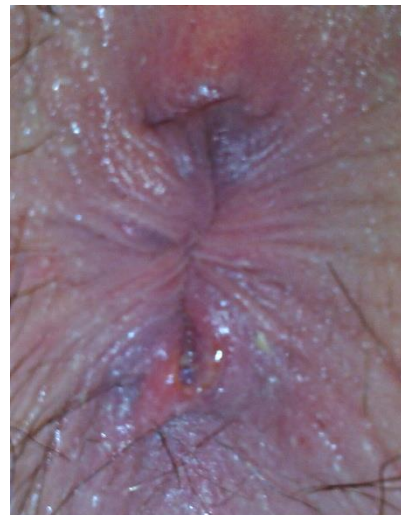


Ante la falta de respuesta y ante la posibilidad de encontrarnos con enfermedad autoinmune se trata con corticoides sistémicos, antifúngicos y lidocaína viscosa. En las siguientes semanas, gracias al tratamiento, se produce mejoría definitiva y resolución completa de las lesiones que curan sin secuelas, no dejando cicatrices. Sin embargo a los tres meses de finalizar la pauta descendente del tratamiento esteroideo, el paciente vuelve a presentar aftas muy dolorosas en la boca. Presencia de lengua saburral pero no de lesiones blanquecinas sugestivas de candida. Se pauta lidocaína viscosa y se plantea la utilización de pasta de hidrocortisona en orobase pero lo súbito y extenso del cuadro impide su aplicación en las regiones orales de difícil acceso por lo que se decide tratamiento intravenoso.

Nuevamente el paciente responde al tratamiento y se produce la resolución del cuadro, pero ante la recurrencia del mismo se deriva a servicio de medicina interna para filiar la causa. Se plantean diferentes análisis (HG, VSG, serologías VIH-VHB, VHC, RPR, VEB, CMV, Mantoux, ANA, Fe, Bioquímica y hemograma completos, IG) y pruebas diagnósticas entre las que destaca interconsulta con servicio de oftalmología para determinar presencia de uveítis ante la sospecha de síndrome de Behçet.

Los análisis y la exploración oftalmológica resultan normales.

Año y medio después del primer episodio de aftosis, el paciente vuelve a la consulta aquejado de dolor intenso a la deposición que se prolonga hasta una hora después. A la exploración física se objetiva lesión compatible con fisura anal de aspecto atípico. La lesión se localiza a las 6 h pero también impresiona cierta irritación a las 12 h. Acepta proceso quirúrgico.



Durante la operación, se objetiva la presencia de una mucosa rectal francamente inflamatoria que se biopsia, describiéndose ulceraciones, fistulización y pseudopolipos en el contexto de inflamación crónica linfoide activa, asociando granulomas no caseificantes, con abundante número de macrófagos, así como la presencia de linfocitos-T; todo ello característico de la Enfermedad de Crohn.

Conclusiones

La extraña forma de presentación del cuadro, carente tanto de síntomas intestinales como extraintestinales a excepción de la aftosis, dificultó sobremanera el diagnóstico y la actitud terapéutica, postergando la curación del paciente y socavando su pesar físico y psicológico.

Sugerimos, por tanto, que ante la falta de resolución espontánea de un cuadro de aftosis oral en alto número en un plazo de dos semanas, barajemos la posibilidad de diagnóstico diferencial entre:

- **Enfermedad Crohn:** asocia diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso y manifestaciones extraintestinales como eritema nodoso, epiescleritis, aftas o artropatía. El diagnóstico se alcanza por la clínica, imágenes endoscópicas y hallazgos anatómo-patológicos como los descritos en el caso.
- **Síndrome de Behçet:** presenta aftas orales, úlceras genitales recidivantes, uveítis y eritema nodoso. Se puede diagnosticar en base a los Criterios ICBD 2014.
- **Síndrome de Reiter:** presentación de artritis periférica, conjuntivitis, uretritis y/o cervicitis, aftas y diarrea. Al no existir pruebas diagnósticas específicas, se establece diagnóstico en base al cuadro clínico compatible con cultivos negativos y resto de pruebas anodinas.

En resumen, concluimos que la clínica, junto con la anatomía patológica, juegan un papel esencial en el diagnóstico de estas enfermedades, por lo que, ante un cuadro de clínica inespecífica, la histopatología se torna vital para establecer el diagnóstico diferencial.

Por lo tanto y teniendo en cuenta que en el caso de la Enfermedad de Crohn, la biopsia de las aftas orales confirman la histología característica de dicha enfermedad; instamos a la toma de las mismas desde Atención Primaria una vez establecida la sospecha, pues en este caso, habría anticipado el diagnóstico 18 meses desde la aparición de la enfermedad oro-anal, diagnóstico que a la postre se logró con la biopsia rectal.

Palabras clave

Aphthous, Crohn disease, biopsy.

Bibliografía

Feleshtynska OY, Dyadyk OO. Substantiation of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in Crohn's disease. *Wiad Lek* [Internet]. 2020;73(3):512–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32285824/>

Rowland M, Fleming P, Bourke B. Looking in the mouth for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2010;16(2):332–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19705418/>

Correll RW, Wescott WB, Jensen JL. Recurring, painful oral ulcers. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 1981;103(3):497–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6944377/>

Debut tuberculosis

Sánchez Soto, Marta | *Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva*
 Pérez De Zabalza Freire, Rocío | *Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva*
 López González, Luis María | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Juan del Puerto. Huelva*

Motivo de consulta

Astenia y empeoramiento del estado general.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Paciente de 74 años. No RAMc. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cig/día, no hábito enólico. FRCV: HTA, DM tipo 2 y DLP. Hiperuricemia. Deterioro cognitivo por Enfermedad de Alzheimer en tratamiento (GDS 4). Déficit de vitamina B12. Adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo tratado con braquiterapia (2015). PSA estables y alta por parte de Urología 2020.

Paciente que comienza con un aumento de su deterioro cognitivo, síndrome constitucional con pérdida de peso importante (más de tres tallas en un año). También presentó un aumento de tos seca y disnea en el último mes. Más accesos de hipo de corta duración pero intermitente. Heces diarreicas sin productos patológicos en la última semana. Niega otra clínica por aparatos y sistemas. En un principio el MFyC sospechó que podría ser un avance de su alzhéimer, adelantando la cita con neurología de forma preferente.

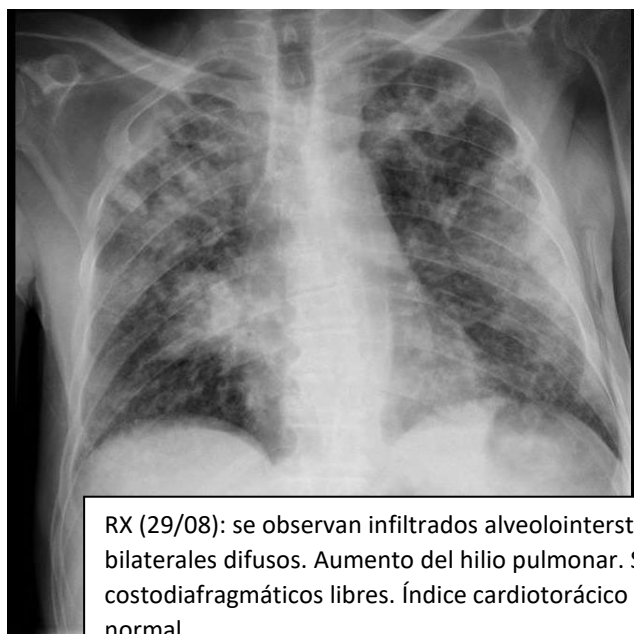
Posteriormente en la analítica se detectó una anemia de nueva aparición con ferritina muy elevada con ac fólico y B12 normales. Este motivo sumado al deterioro sin respuesta por parte de neurología hizo que se derivara al servicio de urgencias desde AP por sospecha de neoplasia, avance de su demencia o un proceso inflamatorio.

Exploración

Caquexia, desconectado del medio. Eupneico en reposo sin precisar oxígeno suplementario. Saturación O₂ 96% a/a. Afebril. Confuso y bradipsíquico. Desorientado en espacio y tiempo. ACP: rítmico, no claros soplos. Algún roncus y crepitante en hemitórax izquierdo.

Pruebas complementarias

- Analítica: Hb 8.8 mg/dl, ferritina 3538.2 ng/ml, PCR 138.7 mg/l.
- Rx de tórax: ICT normal, se aprecian lesión redondeada parahiliar derecha, a descartar como primera posibilidad proceso infeccioso/tumoral. Infiltrados periféricos bilaterales sugestivos de consolidación.
- TC toracoabdominal: múltiples adenopatías en región pretraqueal, subcarinal, hiliar/broncopulmonar derecho, broncopulmonar izquierdo y prevascular. Compatibles con neoplasia pulmonar T4 N2-3 M1a – b
- Fibrobroncoscopia + biopsia: inflamación granulomatosa necrotizante.
- Ausencia de células neoplásicas.
- Baciloscopia positiva.



RX (29/08): se observan infiltrados alveolointersticiales bilaterales difusos. Aumento del hilio pulmonar. Senos costodiafragmáticos libres. Índice cardiorácico normal.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 74 años con vida activa hasta hace un mes, que vive con su mujer (quien es IABVD). Deterioro cognitivo leve (olvidos frecuentes, no conversación), resto independencia para ABVD.

Se realiza estudio de contactos por paciente bacilífero y el posterior seguimiento a todos los familiares y personas cercanas al paciente en el último mes.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tuberculosis pulmonar bacilífera.

Diagnostico diferencial

Neoplasia pulmonar vs. Sobreinfección respiratoria vs. Evolución enfermedad de Alzheimer.

Plan de acción y evolución

Desde el servicio de Urgencias, se decide ingreso en Medicina Interna.

Evolución desde el ingreso: clínicamente estable, se realiza RX, analítica de sangre, TAC toraco-abdominal, fibrobroncoscopia y baciloscopia. En los días de ingreso, evolución desfavorable y empeoramiento progresivo del paciente. Se procede al alta en los próximos días por deseos de la familia para el descanso y bienestar del paciente rodeado de sus familiares.

Conclusiones

Cabe destacar el papel del MFyC tan importante a la hora de recopilar las pruebas y enfocar el caso, para realizar así una adecuada derivación, puesto que son la primera línea de contacto con el enfermo. Además del posterior seguimiento, control de contactos y acompañamiento familiar, para reducir en la medida de lo posible los futuros contagios.

Palabras clave

Demencia, Tuberculosis Pulmonar, Neoplasias Pulmonares.

Bibliografía

Casas I, Dominguez J, Rodríguez S, Matllo J, Altet N; SEPAR; GEIM; SEIMC; AEEMT; Programa de Prevención y control de la Tuberculosis (Catalan Public Health Agency). Guía para la prevención y control de la tuberculosis en el personal sanitario [Guidelines for the prevention and control of tuberculosis in health care workers]. Med Clin (Barc). 2015 Dec 21;145(12):534.e1-13. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2015.06.018. Epub 2015 Nov 11. PMID: 26520610.

Even R, Sors C. Les tuberculoses bronchiques [Bronchial tuberculosis]. Bull Med. 1951 May 1;65(9):211-14. Undetermined Language. PMID: 14830951.

Deliberación ética: ¿qué hacer ante un paciente que pide recetas de un médico privado?

Lucena León, María Isabel | *Médica Especialista de MFyC. UGC Federico del Castillo. Jaén*
 Fernández Alba, Rocío | *Médica Residente de MFyC. UGC Federico del Castillo. Jaén*
 Guerrero Duro, Ramón Daniel | *Médico Residente de MFyC. UGC Federico del Castillo. Jaén*

¿Qué hacer ante un paciente que pide recetas de un médico privado?

Acude a consulta un día de agosto de 2022 Juan, de 78 años de edad, pidiendo que se registre el informe de su médico privado en la historia de salud digital y se le hagan recetas de la medicación nueva para la tensión.

El médico le recuerda que él puede elegir médico público o privado. En este último caso, deberá asumir el coste de las prescripciones.

El médico le indica que le receta el del tratamiento para la tensión pero que no va a registrar ningún informe privado en la historia ya que no sigue los controles de sus patologías en el centro de salud. Tiene una analítica pedida en diciembre de 2019 que aún no se ha realizado.

El paciente se enfada, dice que él tiene seguro privado y seguridad social, puede ir al médico que quiera y tiene derecho a que se le hagan las recetas por el seguro; exige hablar con el inspector del centro de salud.

El médico le informa que ese día sólo se encuentra en el centro de salud el coordinador de enfermería con el que puede hablar. Ante la insistencia del paciente, la médico lo llama por teléfono y acude a la consulta.

El coordinador y el paciente se conocen. Juan expresa su malestar. El coordinador le explica que no tiene razón en sus exigencias y el paciente pide cambio de médico.

¿Cómo resolver este problema moral?

Según Diego Gracia, la deliberación es un método de análisis y evaluación de ideas, creencias, valores, ..., de contenido moral. Nos capacita para encontrar la mejor solución ante un conflicto de valores y deberes y el modo de tomar decisiones prudentes en situaciones de incertidumbre, evaluando sus circunstancias y consecuencias. Permite tratar con respeto a todos los seres humanos, ayudándoles a tomar decisiones más autónomas y contribuye a un reparto más justo de los recursos disponibles en la asistencia sanitaria, y a un gasto más contenido.

Para deliberar hay que seguir un procedimiento con tres niveles sucesivos: los “hechos”, los “valores” y los “deberes”, hasta concluir en las “responsabilidades” o decisiones “prudentes”¹.

Deliberación sobre los hechos

Juan es cura de una parroquia, conoce a muchos profesionales sanitarios.

Tiene adscripción al sistema andaluz de salud con aportación en prestación farmacéutica del 10%. De forma privada tiene un seguro que le permite ir al endocrino y al cardiólogo que él elige

Es diabético e hipertenso. El diagnóstico fue realizado por su médico de familia. No tiene controles de tensión ni analíticas de dichas patologías en el centro de salud desde 2018.

Deliberación sobre los valores

1. Problemas morales

¿Puede el paciente exigir a su médico que registre sus informes de médicos privados en la historia del sistema público y le prescriba medicación privada? ¿Y el médico, puede negarse a hacerlo?

¿Por qué el paciente acude a la privada y no realiza su seguimiento y control en el sistema público de patologías que se manejan en el centro de salud?

¿Puede sentirse su médico de familia desprestigiado en su labor asistencial como simple burócrata que copia informes y prescribe lo que le ordenan?

¿El tratamiento que exige el paciente está indicado a sus características individuales?

¿Es justo, respecto a los otros pacientes, que se le realicen recetas de un privado?

¿Quién es el responsable del tratamiento que realiza el paciente, el médico privado o el médico que lo receta?

2. Problema moral fundamental

¿Es justo que el paciente acuda a médicos privados por problemas de salud que su médico de atención primaria puede diagnosticar, hacer seguimiento y tratar y exija financiación pública de tratamientos privados?

3. Valores en conflicto

- No Maleficencia: indicación del tratamiento según el conocimiento sobre su eficacia, efectividad y seguridad.
- Beneficencia: adecuación del tratamiento a los deseos y preferencias del paciente.
- Autonomía: elección informada de la opción terapéutica por parte del paciente.
- Justicia: adecuación del coste (impacto económico de la medida terapéutica sobre el paciente y sobre el sistema), equidad (igual trato a todos los pacientes) y disminución de la variabilidad. El bien individual debe hacerse compatible con el bien social

El principio de beneficencia debe vincularse al de autonomía. Estos dos principios se encuentran en una jerarquía inferior a los principios de no maleficencia y justicia².

En este caso, se enfrentan la Justicia frente a la Autonomía/ Beneficencia.

Deliberación sobre los deberes

1. Cursos de acción extremos

- El médico se niega a realizar lo que el paciente exige
- El médico acepta las peticiones del paciente evitando enfrentarse

2. Cursos de acción intermedios

- Informar al paciente de que cualquier medicamento que prescriba un médico de la sanidad privada no está cubierto por el Sistema Nacional de Salud
- Explicar al paciente que presenta dos patologías cuyo control se realizan en el centro de salud, tanto por su médico de familia como por su enfermera de familia: educación sanitaria, control de constantes, analíticas, electrocardiograma, retinografía, prevención del pie diabético.
- Convencer al paciente de que realice el seguimiento de sus patologías en el centro de salud. Si el tratamiento que él exige, está indicado, se le realizará su prescripción.
- Informar que, si se detecta alguna complicación que no pueda ser tratada en atención primaria, será derivado al especialista que corresponda.

3. Curso óptimo de acción

Englobaría la concatenación de los cursos de acción intermedios, dañando lo menos posible la Justicia (igualdad y equidad de los recursos para todos los pacientes) y la Autonomía (el deseo de un paciente)

Deliberación sobre las responsabilidades

La decisión tomada es prudente: legal, se hace pública y se mantiene en el tiempo.

Bibliografía

Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Ed Triacastela. Madrid 2004

XUNTA DE GALICIA. Ética en la prescripción. Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud Santiago de Compostela 2012

Deterioro neurológico en paciente desnutrida

Alcázar Zafra, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Cartaya. Huelva*
 Ayora Rodríguez, María Teresa | *Médica Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*
 Carrascal Corrales, Manuel Carlos | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Cartaya. Huelva*

Motivo de consulta

Afasia motora, deterioro cognitivo y caídas frecuentes de 3 días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 56 años que acude acompañada de su hija por referir afasia motora progresiva, deterioro cognitivo y caídas frecuentes desde hace 3 días. Sin alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: fumadora de 10 cig/día.

Antecedentes personales

Epilepsia focal refractaria, en seguimiento por Neurología. Intervenciones quirúrgicas: fractura de cadera izquierda (hace 8 meses). Tratamiento domiciliario: topiramato 200 mg cada 12 horas, Perampanel 10 mg cada 24 horas, Carbamazepina 200 mg cada 8 horas, Diazepam 10 mg cada 24 horas.

Exploración

Acude a consulta en camilla. Palidez cutáneo-mucosa. Se muestra consciente, desorientada y nada colaboradora. Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. Lenguaje ininteligible, aunque comprende frases. Resto de exploración neurológica dificultada por la falta de colaboración.

Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos, a buena frecuencia, sin soplos audibles y con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. En cuanto a la exploración abdominal, resultó anodina. Miembros inferiores sin edemas ni lesiones dérmicas, aunque el izquierdo presenta leve acortamiento con respecto al contralateral.

Pruebas complementarias

- Análisis de sangre: pancitopenia (hemoglobina 2.3 g/dl con hematocrito bajo y volumen elevado, leucopenia de 9400/L y plaquetopenia de 40.000/L) sin observarse células inmaduras en frotis. Además, déficit de vitamina B12, B6, C, D, hierro y ácido fólico. Anticuerpos anti-factor intrínseco y anti-células parietales negativos.
- Análisis de orina: sistemático normal y tóxicos negativos.
- TC cráneo sin contraste: sin hallazgos de patología aguda.

Enfoque familiar y comunitario

Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Vive sola y tiene una hija que le visita 2 veces a la semana. Recibe servicio de ayuda a domicilio 1 hora diaria. Camina en silla de ruedas desde fractura de cadera.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Pancitopenia y encefalopatía de origen carencial.

Diagnóstico diferencial

Accidente vascular cerebral, consumo de fármacos o tóxicos, infección (urinaria, sistema nervioso central, etc).

Plan de acción y evolución

Se cursa ingreso en planta de Medicina Interna. Se transfunden 4 concentrados de hematíes y 1 pool de plaquetas, y se realiza tratamiento con vitaminas de complejo B, C y ácido fólico, además de sueroterapia y nutrición enteral.

Evolución

Tras ello, evolucionó favorablemente hasta situación similar a la basal domiciliaria. Se contacta con su hija y su cuidadora principal para mejora de cuidados y seguimiento de la paciente. Se contacta con trabajador social del centro, valorándose derivación a residencia al alta.

Conclusiones

La desnutrición disminuye la calidad de vida, aumentando la susceptibilidad de presentar caídas, pérdida de autonomía, infecciones, heridas cutáneas crónicas, trastornos neurológicos y del estado del ánimo. Además, se incrementa el riesgo de mortalidad a corto plazo.

Los/as cuidadores/as, así como los equipos de atención primaria, tienen un papel fundamental en la prevención y manejo de la desnutrición en aquellos pacientes dependientes. Por lo tanto, sería relevante evaluar la ingesta dietética de los pacientes más vulnerables y educar a los pacientes, familiares y cuidadores, proporcionando recursos para promover una alimentación saludable.

Palabras clave

Desnutrición. Encefalopatía. Hipovitaminosis.

Diagnóstico de cáncer de colon sin síntomas de alarma. Importancia de los antecedentes familiares y del test de sangre oculta en heces

López Muñoz, Soraya | *Médica Residente de MFyC. HRU Málaga. Málaga*
 Cobo López, Elena | *Médica Residente de MFyC. HRU Málaga. Málaga*
 Montes Torres, Rafael | *Médico Especialista de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga*

Motivo de consulta

Molestias abdominales inespecíficas de apariencia banal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente de 52 años. FRCV: HTA

Antecedentes médicos personales: HTA. Hábitos tóxicos: tratamiento habitual: enalapril.

Enfermedad actual

Acude por molestias abdominales inespecíficas desde hace 1 mes que consisten en sensación de plenitud, distensión abdominal, digestiones lentas/dispepsia en apariencia poco relevantes. Niega náuseas o vómitos. Sin cambios en ritmo deposicional basal. Además la paciente refiere estado de nerviosismo basal debido a situación conflictiva con su hija, insomnio de conciliación, algunas crisis de angustia aisladas y desconcentración y despistes en sus actividades cotidianas.

Exploración física

Buen estado general, consciente orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica en reposo, hemodinámicamente estable. ACP: normal. Abdomen con RHA conservados. Blando, depresible ligeramente doloroso a la palpación en epigastrio. Murphy y Blumberg negativos. Sin signos de IP. Tacto rectal: esfínter normotenso sin lesiones a nivel externo y sin extracción de sangre fresca o restos hemáticos en guante. Resto de la exploración sin alteraciones. Desde el punto de vista psicopatológico la paciente puntúa 12 para test de Hamilton de Depresión (depresión menor) y 21 para test de Hamilton de ansiedad (Niveles altos de ansiedad).

Se solicita analítica de perfil digestivo desde atención primaria, detectándose TSOH+ y calprotectina alta. Resto analítica normal.

Enfoque familiar y comunitario

Antecedentes médicos familiares

Madre y hermano materno cáncer de colon con < 65 años. Contexto familiar y social:

- Desempleo y situación de pobreza y precariedad familiar
- Núcleo familiar: madre e hija
- Hija de 21 años con trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento y trastorno desadaptativo. Mantienen relación conflictiva puesta que la hija tiene dificultades a nivel laboral y problemas con entablar relaciones sociales.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

- Dolor abdominal a estudio en paciente con TSOH+ y Calprotectina alta y antecedentes familiares de riesgo a descartar patología oncológica como primera causa del cuadro.
- Trastorno ansioso-depresivo reactivo a situación familiar como posible agravante de la sintomatología principal.
- Problema social.

Diagnóstico diferencial

Diverticulosis, lesiones colónicas benignas, angiodisplasia de colon, somatización etc

Plan de acción y evolución

- Se decide derivar a consulta de aparato digestivo para realización de Colonoscopia.
- Apoyo psicológico e inicio tratamiento antidepresivo de perfil sedante: Citalopram 20 mg 1-0-0 y Mirtazapina 15 0-0-1.

La colonoscopia reveló estenosis significativa medial colon descendente con características de malignidad por lo que se tomaron muestras para biopsia. Anatomía patológica confirmó un adenocarcinoma de colon. Se solicitó un TAC para estudio de extensión. Antes de volver a consulta hospitalaria para abordarje y actitud terapéutica la paciente acudió a consulta de Centro de Salud por lo que desde ahí se le comunicó la noticia acerca de su enfermedad.

Conclusiones

El diagnóstico integral de cáncer de colon se basa en la triada *Anamnesis*, pruebas complementarias (TSOH screening, Colonoscopia) y antecedentes familiares. Los síntomas habituales de CCR son alteración hábito intestinal, rectorragia (anemia ferropénica secundaria) y síndrome constitucional que fundamentan la sospecha clínica y el estudio posterior. En este caso vemos que también con síntomas banales, no solo los típicos anteriores, si se asocia TSOH y antecedentes familiares, pueden tener suficiente peso para el diagnóstico precoz del cáncer de colon.

Autorización explícita del paciente a los autores para que su caso clínico sea publicado.

Diagnóstico diferencial y tratamiento de morfea en paciente joven

Baena Del Pino, Miguel | *Médico Residente de MFyC. CS Fuente Palmera. Córdoba*
 García Puga, Teresa | *Médica Residente de MFyC. CS Fuente Palmera. Córdoba*
 Pulido Vizcaíno, Ana | *Médica Especialista de MFyC. CS Fuente Palmera. Córdoba*

Motivo de consulta

Lesiones en zona cervical y dorso-lumbar.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis

Paciente de 16 años que consulta por presentar desde hace 4 meses una lesión indurada en región cervical anterior, y otras pequeñas a nivel supraclavicular, asintomáticas, junto con lesiones rosáceo-violáceas en zona dorso-lumbar.



Fotografías de la lesión con el consentimiento del paciente

Antecedentes personales

sin alergias medicamentosas conocidas. Con antecedentes de Talasemia menor y una intervención quirúrgica por hernia inguinal en la infancia.

Exploración

Se aprecia nódulo subcutáneo, de consistencia firme y morfología irregular localizado en región cervical anterior. Presenta placa hipocrómica brillante levemente indurada de localización posterior a dicha lesión.

Pruebas complementarias

En la analítica se presentó positividad para anticuerpos antinucleares, resultando los AntiRo/SSA negativos, al igual que para Hepatitis B, C. Resto de valores dentro de la normalidad. Se solicitaron más pruebas complementarias y se derivó a dermatología.

Se realizaron dos ecografías, una a nivel cervical de tejidos blandos donde se aprecia engrosamiento subdérmico, de morfología ovalada, de unos 30 x 5 mm, sin vascularización detectable con eco Doppler color en su interior.

Otra ecografía a nivel del cuello muestra los ganglios inespecíficos, los mayores en nivel II derecho, donde existen dos juntos con eje corto de 7 mm, lo que está dentro de valores normales. No se aprecian ganglios sospechosos.

Para descartar malignidad se realizó biopsia cutánea, mostrando el estudio histológico una piel con epidermis conservada en su mayoría, con leve atrofia y ortoqueratosis; células basales con daño vacuolar en dermis media y profunda junto con afectación de lobulillos y septos del tejido hipodérmico. También se presentó afectado el tejido muscular con infiltrado crónico linfocitario de predominio T, CD3+ y CD8+ que predominan sobre CD4. Sin atipia, pero con afectación intersticial perivascular y perianexial y eventualmente perineural. No signos de vasculitis ni necrosis fibrinoide. Formación de algún eventual folículo linfoide.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La familia se encontraba nerviosa y preocupada, puesto que la lesión no es común de ver ni fácil de diagnosticar pese a las pruebas complementarias que se habían realizado.

Juicio Clínico (listado de problemas y diagnóstico diferencial)

Morfea en placas VS Lupus Tumidus VS Paniculitis.

La muestra presenta un patrón morfológico que es concordante con un lupus profundo (paniculitis lúpica) si bien diferenciarlo de un linfoma T periférico de tipo paniculitis like, a veces es imposible y son dos entidades consideradas del mismo espectro de enfermedad. Sin embargo, la primera opción por la clínica y el conjunto de datos recibidos, es el lupus profundo, aunque habría que descartar clínicamente una morfea profunda y una dermatomiositis, ya que se afecta el tejido muscular profundo.

Se solicitó analítica y Mantoux para inicio de Metotrexato. Mientras tanto se pautó Clobetasol crema en pauta nocturna.

Plan de acción y evolución

Tras derivación a dermatología se llegó al diagnóstico de Morfea Lineal en región cervical izquierda y Morfea en Placas en zona lumbar. Se mantuvo tratamiento con Metotrexato 2,5 mg 2-0-2 lunes; ácido fólico 10 mg 2-0-0 el jueves y Clobetasol propionato 500 MCG crema por las noches.

Posteriormente control evolutivo y seguimiento del tratamiento por alteraciones hepáticas. En meses posteriores resultaron alteradas con elevación de transaminasas, aunque se controlaron en el tiempo, sin repercusión, con resultados de la última analítica de AST 83, ALT 148, CK 192, LDH 249.

Conclusión

Los médicos especializados en Atención Primaria, deben estar actualizados en las patologías dermatológicas, puesto que son motivo frecuente de consulta y muchas veces esconden detrás una enfermedad sistémica, siendo la primera manifestación de ellas la afectación cutánea. Es importante seguir un algoritmo para llegar a su diagnóstico y tratamiento precoz junto con el resto de especialista correspondientes. Esto también repercute en la tranquilidad para la familia, ya que el no conocer la magnitud de las lesiones les generaba cierta alarma.

Nuestro paciente, tras ser diagnosticado de Morfea e instaurarle el tratamiento descrito, mejoró de forma progresiva la induración cervical presentando menos tirantez. Las lesiones de la zona lumbar también le han mejorado, disminuyendo el tamaño y la pigmentación.

Palabras clave

Morfea, induración, dermis, infiltrado.

Discinesia transitoria del ventrículo izquierdo: síndrome de Tako-Tsubo.

Rey Berenguel, Carolina | *Médica Residente de MFyC. CS Roquetas Norte. Almería*
 Palomo Ruiz, Ana | *Médica Residente de MFyC. CS Roquetas Norte. Almería*
 Gálvez Cano, María Isabel | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Roquetas Norte. Almería*

Ámbito del caso

Atención primaria

Motivo de consulta

Mujer de 43 años que demanda asistencia en domicilio por dolor torácico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Antecedentes familiares de cáncer de mama en ambas abuelas y dos tías maternas. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, tabaquismo activo, obesidad grado II, hipertensión arterial de mal control y ansiedad en tratamiento con alprazolam 0.5 mg a demanda. Presenta nódulo mamario BIRADS3 en seguimiento por Cirugía. Intervenciones quirúrgicas: anexectomía izquierda por teratoma.

Anamnesis: aviso a domicilio por dolor centrotorácico intenso, de carácter opresivo irradiado a miembro superior izquierdo y espalda, de inicio súbito mientras cuidaba a su madre. Se acompaña de vómitos, sudoración y cefalea. Refiere, además, cuadro catarral los días previos con autotest de antígeno SARS-Cov2 negativo.

Exploración

Buen estado general, eupneica, nerviosa, consciente y orientada. Constantes: TA 180/100 mmHg, Sat O₂ 100%. Exploración por aparatos normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 73 lpm, con ascenso de ST en cara inferior y anterolateral. (Figura 1)

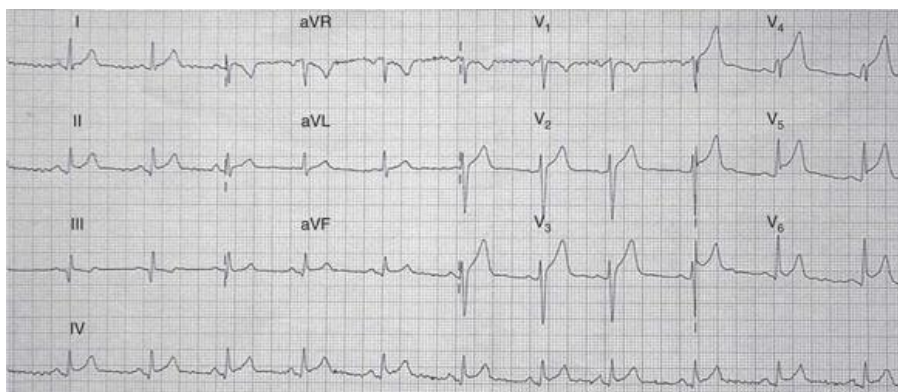
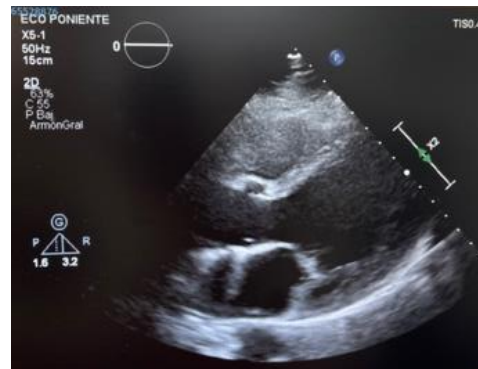
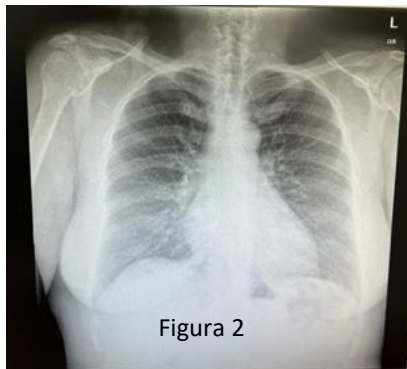


Figura 1.

Pruebas complementarias

Se traslada al hospital donde se realiza radiografía de tórax (figura 2) sin hallazgos patológicos y analítica con elevación de troponinas en 3373 ng/ml. En estudio hemodinámico, se observan coronarias normales con buen flujo distal. Se decide completar estudio mediante ventriculografía, que muestra VI no dilatado, FEVI normal y aquinesia apical con expansión sistólica (discinesia) e hiperquinesia compensadora de segmentos medios ventriculares y basales. En ecocardiograma TT (figura 3) se aprecia VI no hipertrófico, no dilatado con función sistólica global conservada (FEVI 63%) sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Llenado mitral

normal con presiones de llenado estimadas normales. No valvulopatías de consideración. No derrame pericárdico. Aurícula izquierda levemente dilatada. Resto de cavidades de tamaño normal.



Enfoque familiar y comunitario

Mujer de etnia gitana, divorciada y madre de dos hijos. Actualmente vive con sus padres, de los que es cuidadora, situación que le ocasiona mucho estrés. Presenta escasos recursos económicos y poca habilidad para la resolución de problemas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica, ansiedad.

Identificación de problemas

Paciente con ansiedad crónica y situaciones de estrés diario con factores de riesgo cardiovascular.

Plan de acción y evolución

Tratamiento: se administra en domicilio perfusión de nitroglicerina y fentanilo, y doble antiagregación con AAS 300 mg y ticagrelor 180 mg V.O., además, alprazolam 0.5 mg y captopril 25 mg SL. No precisó tratamiento hemodinámico. Al alta, mantiene tratamiento antihipertensivo (enalapril 20 mg/ hidrocortiazida 12.5 mg) y mononitrato de isosorbida 50 mg/ 24 h. En caso de dolor torácico, nitroglicerina S.L.

Evolución

tranquila, estable y sin dolor a su llegada al hospital con evolución favorable. Se encuentra asintomática al alta del ingreso hospitalario.

Conclusiones

El Síndrome de Tako-Tsubo es una entidad descrita en los años 90 en Japón. Su nombre se debe a la morfología que adopta el ventrículo izquierdo, similar a una vasija con cuello estrecho usada por los pescadores nipones para atrapar pulpos. Este síndrome supone un 1% de los SCA. El 85% de los casos se describen en mujeres postmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovasculares. Se caracteriza por aparición de dolor torácico opresivo súbito, elevación de troponinas y estudio hemodinámico con coronarias normales y discinesia apical de ventrículo izquierdo. El principal desencadenante es el estrés. Se trata de una patología reversible, con pronóstico benigno y resolución en pocos días presentando una baja mortalidad (menor del 5%).

Palabras clave

Tako-Tsubo, síndrome coronario, disfunción apical del ventrículo izquierdo.

Doctor tengo fiebre intermitente y perdida de peso

García Amador, Candy Pamela | *Médica Residente de MFyC. CS Fuente de la Villa. Jaén*
 Ortega Camacho, Candida | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Fuente de la Villa. Jaén*
 |..

Ámbito del caso

Atención primaria

Motivo de consulta

Fiebre vespertina intermitente de 4 mes de evolución, sudoración nocturna y esplenomegalia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

NAMC: sinusitis, Quirúrgicos: hernia Inguinal bilateral. Situación basal: IABVD. Bebedor de cerveza 2-3 latas diarias. Reponedor en un supermercado. Tiene un perro, vacunado y desparasitado. No viajes al extranjero en los últimos dos años. Casado, 2 hijos.

Tratamiento actual: paracetamol 1 gr, Tadalafilo 5 mg. Paciente masculino de 39 años acude a la consulta de atención primaria por historia de fiebre vespertina de 38 –39.5 de 20 días de evolución, acude repetidas veces a la consulta por no desaparición de la fiebre a pesar de la toma de antitérmicos, refiere malestar general, sudoración, astenia, perdida de 7 kg desde el inicio de la sintomatología y tos no productiva, el paciente convive con un perro correctamente vacunado y desparasitado.

Exploración física

Paciente refiere sensación de ocupación de espacio en flanco e hipocondrio izquierdo con aumento progresivo del bazo hasta presentar esplenomegalia palpable de unos 10 cm, no adenopatías palpables en cabeza y cuello, región supraclavicular, axilar ni inguinal. Paciente presento un episodio aislado de traumatismo testicular que preciso una ecografía sin alteraciones patológicas.

Pruebas complementarias

Analítica con hemograma con controles analíticos presentando Hb: 6.5, HCT: 20.1 que precisa transfusión de hematíes con niveles al alta: Hb 9,1 g/dl, Hcto 28,7%, VCM 75 fl, ADE 20,2, plaqueta 98.000. Leucocitos 2620 /mm³ con formula normal, Serología: laishmanianis (anticuerpos positivos en tres ocasiones), CMV IgG POSITIVO, CMV IgM NEGATIVO, Mycoplasma pneumoniae IgG POSITIVO, Epstein Barr IgG POSITIVO, Salmonella thyphi, Brucellas, VIH, Toxoplasma, Coxiella y Borrelia, Chlamydia, Chlamydomphila NEGATIVOS. Coagulación: INR 1,41 y actividad de protrombina 62% con mejoría progresiva sin tratamiento de vit K. y a su alta INR 1,15 y actividad de protrombina de 82%. Dímero D de hasta 59,279 ng/ml, con descenso progresivo y 14334 al alta, Bioquímica: VSG normal en todas las determinaciones. Ferriitna muy elevada (6666 ng/l) con descenso progresivo. 3494, y 2451 ng/ml al alta) IST 11,5% inicial, y 26,3% al alta sin aporte de hierro. Mínima elevación de enzimas hepáticas, sin llegar a duplicar sus valores, durante el tratamiento. Franco descenso de LDH (inicial 865 U/L y al alta 282 U/L), resto de bioquímica normal. Proteinograma: sin componente M, Perfil hormonal, Marcadores tumorales, Mantoux, IGRA: normales.

Pruebas de imagen:

- Radiografía tórax: normal.
- TAC tórax-abdomen-pelvis:
 - *Tórax: Ganglios mediastínicos y axilares de tamaño y morfología conservados. *Abdomen: esplenomegalia de 19 cm con lesión adyacente sugestiva de bazo accesorio adyacente a hilio esplénico de 25.3 mm.
- AngioTAC tórax: normal.
- REM cráneo: estudio sin alteraciones significativas.

- PET: esplenomegalia con incremento patológico (a descartar proceso neoproliferativo hematológico).
- Ecografía abdominal: Bazo aumentado de tamaño de 20 cm en su diámetro máximo y con una alteración de la ecoestructura normal que muestra un aspecto heterogéneo, con múltiples lesiones nodulares hiperecogénicas de diferente tamaño y con una afectación difusa. Bazo accesorio de 2 cm en el hilio esplénico.
- Ecografía testicular: pequeño varicocele primario izquierdo.
- Biopsia esternal de medula ósea: aspirado de MO sin datos de infiltración por Leishmania. Médula de características reactivas, sin otros hallazgos de interés.
- Aspirado de espina iliaca anterosuperior: no se identifican signos de leishmaniasis ni de infiltración por linfoma.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente mantiene una buena relación familiar, se apoya en su esposa e hijos. AF: no Síndrome febriles ni Hemocromatosis.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Leishmaniasis visceral.

Identificación de problemas

- Significado de su enfermedad-sentimientos-creencias: ansiedad, estrés, sentimientos de incertidumbre, desesperación.
- Repercusión familiar: Incertidumbre familiar en su rol de esposo y padre de familia, responsabilidad de dejar toda la carga a su pareja con respecto ámbito laboral.
- Aspectos relación médico-paciente: Múltiples visitas a MAP en busca de un diagnóstico y resolución de su cuadro clínico, solicita informes de baja laboral/incapacidad temporal.
- Situaciones de riesgo personal o grupal: Riesgo de ansiedad, depresión, dificultad para realizar actividades laborales, de ocio y personales.

Diagnostico diferencial

- Síndromes linfoproliferativo (linfoma, Leucemia).
- Malaria
- Brucelosis
- Tuberculosis
- Hipertensión Portal
- Esquistosomiasis
- Histoplasmosis

Plan de acción y evolución

- Seguimiento en Atención Primaria: seguimiento evolutivo clínico y analítico.
- Valoración consulta de Medicina Interna: seguimiento evolutivo y respuesta tratamiento administrado intrahospitalariamente.
- Interconsulta con Hematología: descartar patología neoproliferativas.

Evolución:

- Paciente tras su valoración y seguimiento en atención primaria es derivado a consulta de Medicina Interna quienes tras su valoración deciden ingreso para iniciar antibioterapia, realizar pruebas de imagen y control analítico.
- Paciente dado de alta tras transfusión de dos concentrados de hematíes por Hb: 6.5 g/dl y HCT: 20.1% administración de I.V Corticoides + Anfotericina B Liposomal+ Antitérmicos con buena respuesta clínica y analítica.
- Paciente de baja laboral hasta dar el alta en consulta externa de Medicina Interna y en seguimiento por atención primaria para ver respuesta al tratamiento con Anfotericina B Liposomal y reducción del tamaño del bazo.

Conclusiones

Este caso clínico me ha parecido interesante escogerlo por las siguientes razones:

1. Por ser una patología poco frecuente y prevalente en España, tiende a generar dudas y confusiones diagnósticas dificultando un abordaje y manejo temprano de otras patologías de peor pronóstico.
2. La importancia que tiene el abordaje integral entre la atención primaria y servicio hospitalario que nos permita actuar de forma más eficiente y rápida para un mejor diagnóstico, evolución y pronóstico del paciente.
3. La fiebre es un síntoma inespecífico que está presente en diversas patologías, por lo que el médico de familia debe apoyarse en la correcta *Anamnesis* y examen físico para el diagnóstico y la buena evolución de sus pacientes. Este caso clínico nos enseña que indagar en el núcleo familiar y su entorno nos da una guía para enlazar los síntomas y signos en los cuadros clínicos, es fundamental orientara los pacientes al tener animales en sus hogares su correcta desparasitación y vacunación ya que pueden ser vectores de zoonosis que se trasmiten al hombre.

Palabras clave

Fiebre y Leishmaniasis

Ecografías evolutivas de la esplenomegalia del paciente índice durante el cuadro clínico.





Doctor, ahora que estamos solos...

Quevedo Gutiérrez, Alejandro | *Médico Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

Gromyko, Anna | *Médica Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

Pérez Razquin, Eduardo | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS El Torrejón. Huelva*

Motivo de consulta

Motivo principal: gonalgia izquierda. Motivo secundario y motivo principal del caso: disfunción eréctil.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares: hermano con DM tipo II. No eventos cardiacos conocidos en padres ni hermanos.

Antecedentes personales

Paciente exfumador hace 22 años de 30 cigarrillos diarios durante 30 años. Alcoholismo crónico leve. Diabetes Mellitus (DMII) e hipertensión arterial (HTA). Tratamiento actual: silodosina 8 mg/24 horas, rosuvastatina 20 mg-ezetimibe 10 mg/24 horas, olmesartán 40 mg-amlodipino 10 mg-hidroclorotiazida 25 mg/24 horas, metformina 850 mg/12 horas.

Enfermedad actual

Varón de 78 años que refiere tener problemas con la erección de 8 años de evolución y que nunca ha consultado. Paciente con buen estado general, sin enfermedad coronaria ni eventos tromboticos conocidos.

Exploración:

Pene, sin alteraciones. Testes normales. Tacto rectal normal. Reflejo cremastérico normal. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin alteraciones ni ruidos sobreañadidos. Pulsos pedios conservados.

Analítica completa con hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 7,5.

Anamnesis de la erección: consigue la erección con la estimulación manual. No erección completa. No consigue aguantar la erección durante más de un minuto. Alteraciones miccionales mejoradas tras tratamiento con tamsulosina. Ultimo tacto rectal servicio Urología sin alteraciones respecto a previos.

Enfoque familiar y comunitaria

Paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Casado, mujer dependiente de su marido. Vive en un tercero sin ascensor. Entorno familiar estable social y económicamente.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

La principal sospecha clínica es una disfunción eréctil de causa orgánica, pero para ello debemos descartar otras posibles causas y para ello conocer las posibles etiologías.

Disfunción eréctil orgánica

- Alteraciones anatómicas o funcionales como la enfermedad de Peyronie.
- Factores de riesgo cardiovascular: >50 años, diabetes mellitus, HTA, dislipemia, sedentarismo, tabaquismo.
- Alteraciones urológicas: STUI, HBP, cirugía, radioterapia, traumatismo con secuelas.
- Metabolo-endocrinológicas: obesidad, tiroides, testosterona, hepatopatías, SAOS.
- Neurológicas: Parkinson, esclerosis múltiple, Alzheimer, accidente cerebrovascular, traumatismo medular...
- Latrogénicas: betabloqueantes, antipsicóticos, antidepresivos, tiazidas, neurolépticos.

Disfunción eréctil psicógena

- Enfermedades psiquiátricas vs problemas sociofamiliares vs problemas de pareja, etc.

Disfunción eréctil mixta

El diagnóstico diferencial dependerá de una anamnesis profunda y ordenada que nos ayudará a discernir su etiología:

- *¿Desde cuándo le ocurre? ¿Lo achaca a algún momento concreto?*
- *¿Erecciones matutinas? ¿Erecciones nocturnas?* Esta pregunta si resulta afirmativa nos hace pensar en una causa psicógena ya que fisiológicamente la erección es posible.
- *¿Erecciones espontáneas? ¿Erecciones con estimulación?*
- *¿Consigue mantener las erecciones o hay detumescencia precoz?* La detumescencia precoz suele estar asociada a la afectación endotelio-vascular.
- *¿Tiene pareja estable? ¿Cómo es su relación físico-afectiva con ella / él?* Esta pregunta es de vital importancia en la etiología psicógena. En muchas ocasiones existe una problemática no resuelta sobre las características deseadas del acto sexual. La información afectiva es un pilar fundamental en nuestro tratamiento psicoafectivo.
- *¿Situaciones estresantes o problemas sociofamiliares?* Indagar en su contexto familiar, social y económico resulta de vital importancia, teniendo en cuenta que es más frecuente la causa psicógena que la orgánica.
- *¿Curvatura penéana? ¿Dolor? ¿Placas fibrosas?* La presencia de placas fibrosas y posibles curvaturas serían indicativos de Enfermedad de Peyronie (presencia de placas fibrosas en la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos)
- *¿Síndrome del tracto urinario inferior (STUI)? ¿Tacto rectal?* Si afirmativo puede ser indicativo de HBP u otras alteraciones prostáticas.
- *Anamnesis general. Hábitos de vida. Analítica completa.* Ecografía Doppler, si precisa.

Tras la evaluación de nuestro paciente y su historial clínico es acertado pensar que presente una disfunción eréctil de causa orgánica por posible daño endotelial asociado al desarrollo de la enfermedad diabética.

Plan de acción y evolución

En primer lugar, es necesario explicar al paciente el desarrollo de un plan con medidas higiénico-dietéticas que permitan ralentizar la progresión de la enfermedad.

En segundo lugar, hay que evaluar la posibilidad de introducir tratamiento farmacológico tras previo estudio de valoración del riesgo cardiovascular de nuestro paciente. Para ello podemos contar con la escala Princeton Urológica que valora como “bajo riesgo” la presencia de menos de 3 FRCV, que estén asintomáticos y que los factores tratables estén correctamente controlados como es el caso de nuestro paciente. En el caso contrario sería necesario una valoración por el servicio de Cardiología previa a la implantación del tratamiento.

¿Qué tratamiento farmacológico seleccionamos?

El primer escalón farmacológico son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPD-5). Las posibilidades terapéuticas son las siguientes:

PARAMETRO	Sildenafil 100 mg	Tafalafilo 20 mg	Vardenafilo 20 mg	Avanafilo 200 mg
CMAX	0,8-1 hora	2 horas	0,9 horas	0,5.0,75 horas
T MAX	2-4 horas	17 horas	3-9 horas	6-17 horas
INICIO ACCIÓN	30-60 minutos	30 minutos	30 minutos	15-30 minutos
EFFECTOS SECUNDARIOS	Cefalea, Ruborización, Alteraciones visión. Dispepsia. Náuseas.	Cefalea, Ruborización, Dispepsia, Lumbalgia	Cefalea, Ruborización, Congestión nasal.	Cefalea, Ruborización, Congestión nasal, Lumbalgia.

**Es fundamental explicar al paciente la necesidad de una estimulación sexual previa como paso necesario para el correcto funcionamiento del fármaco. Explicar los posibles efectos secundarios y la posibilidad de padecer priapismo como consecuencia de su administración.

** Es muy importante evitar el uso concomitante de IPDE-5 con NITRATOS por su potente efecto hipotensor.

¿Qué hacer si no ha sido exitoso el tratamiento farmacológico?

- Verificar e indagar si está realizando una correcta administración del fármaco.
- Posibilitar el cambio a otro IPDE-5.
- Revisar el correcto seguimiento de los hábitos higiénicos dietéticos.
- Valorar añadir alprostadilo inyectable junto al tratamiento farmacológico.
- Si hemos intentado varios fármacos y combinaciones sin resultado exitoso → Valorar derivación a Urología.

Conclusiones

- Enfermedad frecuente con gran deterioro de la calidad de vida del paciente. Marcador precoz de disfunción y daño endotelial.
- La *Anamnesis* es FUNDAMENTAL y el estudio básico, incluye FRCV y hábitos.
- Si existen más de 2 FRCV, consultar con Cardiología antes de tratar.
- Los IPDE-5 correctamente prescritos, solucionan muchos casos desde Atención primaria.
- Los Médicos de Atención Primaria no sólo deben tratar la disfunción si no indagar en la etiología de la misma.
- Si tenemos dudas o paciente complejo, realizar derivación a Urología.

Palabras clave

Disfunción eréctil, Inhibidores de la fosfodiesterasa 5, Diabetes Mellitus II.

Doctor, doctor, me duele el pecho y no puedo respirar

Espinar Calvo, Lidia | Médica Residente de MFyC. CS Cartaya. Huelva

Motivo de consulta

Episodios de dolor torácico y disnea desde hace 1 mes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Nos encontramos en Urgencias Hospitalarias y atendemos a un varón de 60 años, ya valorado en una ocasión previa en el servicio, que acude por episodios de dolor centrotorácico, de tipo opresivos, a veces irradiados a espalda, con sensación disneica acompañante y palpitaciones, que aparecen con esfuerzos físicos moderados y que ceden con el reposo a los 10 minutos.

En las últimas semanas, aparecen en reposo y presenta edemas de miembros inferiores que ha precisado ajuste de tratamiento con diuréticos. Niega recorte de diuresis. Ortopnea de dos almohadas, pero desde hace años. No comenta clínica de semiología infecciosa/respiratoria. No otra clínica en anamnesis por aparatos.

Antecedentes

Sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Sin antecedentes familiares de interés. Fumador de unos 5 cigarrillos al día desde la adolescencia y bebedor de 2-3 cervezas diarias. Como factores de riesgo cardiovascular presenta hipertensión arterial, dislipemia, obesidad. No diabetes conocida.

Presenta una miocardiopatía hipertrófica con obstrucción severa al tracto de salida de ventrículo izquierdo y con FEVI preservada. Se realizó una ablación septal no efectiva, con miomectomía en 2017 e implante de prótesis mitral mecánica, con bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH) desde entonces. Fibrilación auricular paroxística anticoagulada previamente por ser portador de prótesis valvular y flutter auricular con RV controlada. Hipotiroidismo yatrogénico secundario a Amiodarona. Intervenido de apendicectomía.

Como tratamiento domiciliario, losartán 50 mg/24 h, rosuvastatina 20 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, bisoprolol 1,25 mg/12 h, tamsulosina 400 mcg/24 h, levotiroxina 50 mg/24 h, sintrom 1 mg según pauta, furosemida 40 mg, 2 comp/24 h, espironolactona 25 mg/24 h.

Exploración física:

Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado y eupneico en reposo, tolerando decúbito. No ingurgitación yugular. Hemodinámicamente estable, con hipotensión asintomática: TA 97/64 mmHg; FC 64 lpm; SatO₂ 95% sin aportes. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos. MVC y ventilación en todos los campos, con crepitantes bibasales. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Ruidos conservados. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP ni de insuficiencia venosa crónica.

Pruebas complementarias:

1. Electrocardiograma: flutter auricular con respuesta ventricular a 75 lpm. Eje derecho. QRS anchos. BCRIHH. Sin alteraciones agudas de la repolarización.
2. Análítica: hemograma: hemoglobina 14,7 g/dl (N) plaquetas 409.000 (N), formula leucocitaria normal... Coagulación: INR 2.15. Bioquímica: Creatinina 1,11 mg/dl, urea 31 mg/dl, iones en rango. Troponina T 55 -> 53 ng/ml, pro-BNP 2314 pg/ml. PCR SARS-CoV2: negativo.
3. Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico aumentado. Senos costofrénicos aparentemente libres. Hilios ensanchados que sugieren congestividad vascular. No claras imágenes de condensaciones ni infiltrados en parenquimica. No aumento de mediastino.

Enfoque familiar y comunitario

Casado, con 1 hija. Trabaja en el campo y cuida de sus caballos. No tiene estudios. Socialmente activo en el mundo del ocio, concretamente en épocas de romería en las cuales descuida su tratamiento habitual así como refuerza sus malos hábitos de vida (fumador, bebedor, obeso). No “le gusta ir al médico” por lo que no realiza controles habituales en su Centro de Salud, salvo necesidad.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Dolor torácico típico de características isquémicas. Estamos ante un caso de angina inestable, dado que presenta episodios de dolor torácico de un mes de evolución, de características isquémicas (tipo opresivo, irradiados a espalda, que aparecen con el esfuerzo y ceden en reposo a los 5-10 minutos) que han comenzado a aparecer en reposo en las últimas semanas, asociando disnea y palpitaciones. Además, presenta datos clínicos y analíticos de insuficiencia cardiaca descompensada (edemas en miembros inferiores y pro-BNP de > 2000).

Plan de acción y evolución

Se decide ingreso en planta de Cardiología para estudio de la angina inestable. Durante el ingreso, se reajusta tratamiento antianginoso y control de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DLP, DM) teniendo en cuenta que nuestro paciente estaba presentado en los últimos controles tendencia a la hipotensión, aunque asintomática.

Se realiza estudio cardiológico de las posibles causas de angina inestable, donde se realiza cateterismo diagnóstico con arterias coronarias sin alteraciones y se observa un disco protésico sin movilidad. En ecografía transtorácica destaca una estenosis severa de la prótesis mecánica mitral, sin otros hallazgos a destacar, con FEVI preservada.

Con esto, y sabiendo que la durabilidad de las prótesis mecánicas es superior a 10 años, y que nuestro paciente sólo lleva 5, se plantea estudio de posibles complicaciones de las prótesis valvulares, siendo infrecuente una disfunción protésica (propia de las biológicas) y se baraja el estudio de trombogenicidad, dado que la otra característica de las válvulas mecánicas es la anticoagulación de por vida, por lo que se comprueba mediante anti-Xa la correcta coagulación de nuestro paciente, la cual indicó mal control de la misma a pesar de dosis adecuadas durante el ingreso.

Finalmente, se realizó ecocardiograma transesofágico donde se evidenció trombo de gran tamaño a nivel de la prótesis mecánica. Con esto, el paciente, fue trasladado a unidad de Cirugía Cardíaca para manejo por su parte, y el cual requirió finalmente, recambio valvular ante ineffectividad de los tratamientos conservadores.

Conclusiones

Concluyendo, considero que este caso clínico es importante dado que implica varios aspectos que el médico de familia debe tener en cuenta en su día a día.

En primer lugar, el control de los factores de riesgo cardiovascular, principalmente, la hipertensión arterial, que nuestro paciente, a pesar de ser hipertenso, mantenía cifras tensionales bajas. En segundo lugar, la descompensación de la insuficiencia cardiaca y las posibles causas que se pueden abordar desde el centro de salud, y realizar un seguimiento del mismo con manejo de la clínica y el tratamiento. Y por último, los pacientes en tratamiento con anticoagulantes que requieran controles periódicos, deben ser revisados más continuamente para el correcto control del mismo.

Así mismo, desde el ámbito comunitario, el médico de familia debe concienciar de los malos y buenos hábitos saludables y las posibles consecuencias que implica, además de la correcta adherencia terapéutica a los tratamientos crónicos como el de nuestro caso.

Doctor, me duele la barriga

Buendía Moreno, Triana | *Médica Residente de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*
 Orellana Lozano, Francisco Javier | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Alameda-Perchel. Málaga*

Motivo de consulta

Mujer de 57 años que acude a consulta de no demorable de AP por dolor abdominal epigástrico de dos semanas de evolución; que hoy ha aumentado de intensidad con EVA 9.

Anamnesis

HTA y dislipémica sin otros AP de interés. En tratamiento actual con omeprazol y como pruebas complementarias despistaje de H.pilory.

Exploración

Buen estado general, bien hidratada; ACP: MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias. Doloroso en la palpación de epigastrio. RHA presentes. No reacción peritoneal. Blumberg y Murphy negativos.

Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal a 89 lpm. PR<200 ms. Eje normal. Onda T negativa en II. No alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

SCASEST.

Diagnóstico diferencial

Gastritis, infección por H.pylori, pancreatitis, colecistitis, IAM.

Plan de acción y evolución

Plan de Actuación

Dada la intensidad de los síntomas y factores de riesgo cardiovascular de la paciente la derivo a urgencias para completar estudio.

Evolución

AS en urgencias: gluc: 90 mg/dl. Creatinina: 0.8 mg /dl. GOT: 14 UI. GPT: 18 UI. FA: 98 UI. Iones en rango. Hemograma sin alteraciones. Troponina I: 3.460 ng/ml. PCR: 40 ng /dl. Ingresa en Hospital ante resultados analíticos. Finalmente se realizó angioplastia programada con colocación de Stent en arteria descendente anterior.

Conclusión

Comentario final: el dolor abdominal es un síntoma inespecífico y confuso. Los médicos de Atención Primaria (AP) deben estar atentos a los síntomas acompañantes, y realizar la mejor anamnesis y exploración física posibles para enfocar el diagnóstico de la forma más acertada.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), como el infarto de miocardio, suponen la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Su diagnóstico a veces se complica, debido a su expresión en multitud de síntomas inespecíficos: omalgia, dolor abdominal, náuseas, dolor mandibular, etc. El diagnóstico del IAM se orienta por los cambios electrocardiográficos y la determinación de enzimas como la Troponina I.

Es clave la prevención de estos ECV desde AP, sobre todo, mediante la promoción de hábitos saludables: dieta mediterránea, ejercicio físico, abstención de hábitos tóxicos, etc. El control de los mismos, es uno de los pilares fundamentales sobre los cuales los médicos de atención primaria podemos actuar para evitar su aparición.

Palabras clave

Abdominal pain, myocardial infarction, Heart Disease Risk Factors.

Doctor, orino oscuro desde que empecé el gimnasio

Anguita Mata, Juan Carlos | *Médico Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Cervera Moreno, Inmaculada | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Ballesta Rodríguez, María Isabel | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Federico del Castillo. Jaén*

Analizaremos un caso de índole multidisciplinar, sobre una de las posibles consecuencias de realizar un sobreesfuerzo físico sin estar habituado o tener forma física para ello, en el que intervienen un Médico de Familia y su residente, el servicio de Urgencias Hospitalarias y el servicio de Medicina Interna.

Motivo de consulta

El paciente consulta por un cuadro de tres días de evolución de dolor y entumecimiento en miembros superiores tras realización de un sobreesfuerzo físico importante en el gimnasio. Además, se observa desde hace 36-48 horas orinas de coloración más oscura, motivo por el cual ha decidido consultar su Médico de Familia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Se trata de un varón de 27 años sin alergias conocidas a medicamentos, alimentos u otros productos sanitarios.

Como *antecedentes personales* solo recoge la historia clínica diagnóstico de acné, y actualmente no se encuentra en tratamiento con ningún fármaco.

El paciente acude a servicio de Urgencias Hospitalarias derivado por su médico de Atención Primaria al que acude por mialgias en miembros superiores de tres días de evolución que relaciona con sobreesfuerzo físico al acudir por vez primera a realizar entrenamiento físico en un gimnasio tras meses de vida sedentaria. Niega la aparición de parestesias aunque sí refiere una leve pérdida de fuerza en miembros superiores, área que ejercitó en mayor medida. Se encuentra afebril. Indica que presenta orinas de coloración oscura desde hace 48 horas sin clínica de síndrome miccional, hematuria macroscópica ni disminución en volumen de diuresis. Por los signos y síntomas que presenta el paciente su Médico de Familia acuerda con el paciente realizar derivación Urgente al hospital con la sospecha de cuadro de rhabdomiólisis aguda.

Exploración física

El paciente presenta un buen estado general, consciente y orientado en las tres esferas. Se encuentra eupneico en reposo con cifras de saturación de oxígeno en sangre del 98%. Normohidratado y normoperfundido. La auscultación cardíaca es normal, con tonos rítmicos a buena frecuencia sin apreciar soplos ni roces en ningún foco. En la respiratoria tampoco encontramos ningún hallazgo patológico. Presenta abdomen blando y depresible, sin palpar ni percudir masas ni megalias, no doloroso a palpación. Los signos de Blumberg, Murphy y Rovsing son negativos y los ruidos hidroaéreos se encuentran conservados sin signos de lucha. La puñopercusión renal bilateral es negativa y no presenta edemas en miembros.

Desde el punto de vista neurológico destaca un Glasgow de 15 puntos, no hay alteraciones en el lenguaje. Las pupilas son isocóricas normorreactivas a la luz y acomodación con los movimientos oculares extrínsecos conservados. No se aprecia alteración en el resto de pares craneales. Se puede objetivar una leve pérdida de fuerza en miembros superiores mientras que ésta se encuentra conservada en miembros inferiores. No hay alteraciones en la sensibilidad. La coordinación es normal, la marcha también y el signo de Romberg es negativo.

Pruebas complementarias

Se solicita analítica de sangre con hemograma, bioquímica y creatina quinasa y analítica de orina, además de una radiografía de tórax y un electrocardiograma. En la analítica destaca una creatina quinasa de 85.574 unidades con una función renal conservada, hemograma normal y una orina con hematíes +++ y proteínas ++.

En cuanto a la radiografía de tórax no hay hallazgos destacables y el ECG presenta un ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, con eje cardíaco normal y sin alteraciones en la repolarización. Dados estos hallazgos analíticos se decide consultar con Nefrología y Medicina Interna.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente está soltero, vive con sus padres y es independiente para las actividades de la vida diaria e instrumentales. Presenta un nivel socio-cultural medio-alto con formación universitaria y actualmente se encuentra trabajando. Lleva una vida sedentaria limitándose su actividad física diaria a ir y volver caminando de su domicilio a su puesto de trabajo, lo que conlleva unos 15 minutos al día

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Rabdomiolisis.

Plan de acción y evolución

Nefrología valora al paciente indicando, tras descartar ingreso por su parte dada estabilidad en la función renal, inicio de sueroterapia intensiva con cinco litros de suero salino fisiológico y control de constantes. Medicina Interna también valora al paciente indicando el ingreso a su cargo para observación y seguimiento de la evolución del cuadro, evolucionando este satisfactoriamente.

Conclusiones

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

La rabdomiolisis se trata de un síndrome clínico y bioquímico resultado del daño muscular, necrosis del músculo esquelético y liberación del contenido celular al torrente circulatorio.

Se han descrito numerosas causas etiológicas que debemos conocer para poder diagnosticar tales como ejercicio intenso como el caso que nos atañe o enfermedades hereditarias del metabolismo, traumatismos, fármacos, inmovilización, trastornos metabólicos, enfermedades infecciosas, etc.

Existe una gran heterogeneidad en la forma de presentación clínica, pero las complicaciones pueden ser severas: arritmias cardíacas, síndrome compartimental o el temido fracaso renal agudo, complicación más grave y potencialmente letal, que se asocia a concentraciones séricas de CK mayores a 5000U/l.

Por este motivo, destaca la importancia para el Médico de Familia de reconocer este cuadro, su posible evolución grave e incluso letal y la necesidad de instaurar precozmente el tratamiento específico. El éxito del tratamiento depende, sobre todo, de la sospecha y diagnóstico temprano.

Palabras clave

Rhabdomyolysis. Exercise. Creatine- kinase.

Bibliografía:

Pérez, M. M. J. (2018). *Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación* (6.ª ed.). Elsevier España, S.L.U.

Pérez Unanua, M^a. P., Roiz Fernández, J. C., & Diazaraque Marín, R.. (2001). Rabdomiolisis inducida por el ejercicio. *Medifam*, 11(9), 92-95. Recuperado en 30 de agosto de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900008&lng=es&tlng=es.

Torres, P. A., Helmstetter, J. A., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2015). Rhabdomyolysis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *The Ochsner journal*, 15(1), 58–69.

Doctora, écheme una mano

Piquer De Aynat, Carmina | *Médica Residente de MFyC. UGC Garrucha (Consultorio Mojácar). Almería*
 Esteban López, María Del Mar | *Médica Especialista de MFyC. UGC Garrucha (Consultorio Mojácar). Almería*
 Chacón Reche, Fernanda | *Médica Residente de MFyC. UGC Albox. Almería*

Motivo de la consulta

Varón de 64 años, consulta en Mayo/2020 por cuadro de lesiones y edematización en mano izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

El paciente refiere que presenta inflamación del primer dedo de la mano izquierda y dolor en cara interna de la muñeca desde enero 2020, el cual relacionaba con haber estado podado un árbol en su casa esa semana, no recuerda traumatismo reciente, picadura de insecto ni contacto con animales. Fue valorado por Traumatología privada en las semanas siguientes y diagnosticado de Síndrome del Túnel carpiano recibiendo tratamiento analgésico para el mismo. El dolor fue aumentando y el edema se generalizó y empeoró, además presentó durante dos días fiebre de casi 38°C, por lo que volvió a consultar y se trató con antibioterapia oral. Ante la no mejoría y persistencia de fiebre, acude a consulta de Atención Primaria por primera vez por este motivo en mayo 2020.

Como antecedentes personales: no presenta alergias medicamentosas conocidas, tiene Dislipemia en tratamiento con Atorvastatina 10 mg, ninguna otra patología crónica de interés y no tiene intervenciones quirúrgicas previas.

Exploración mano izquierda: presencia de múltiples abscesos en articulaciones interfalángicas del primer, tercer y quinto dedo en fase de resolución y absceso con drenaje espontáneo en 5º dedo y cara lateral cubital de la muñeca, con exudado purulento, pero no maloliente. Intenso dolor a la palpación, tumefacción y aumento de temperatura. Nódulos inflamados subcutáneos en antebrazo, pero no presenta cordón linfático. Resto de la exploración física y constantes: normal, anodina.

Refiere último episodio de fiebre, ayer de 38.9°C y pérdida de 9 kg de peso en las últimas 2 semanas. Se deriva a Urgencias hospitalarias ante la sospecha de osteomielitis. Y dadas las lesiones presentadas y la clínica, se decide Ingreso a cargo de Traumatología para antibioterapia intravenosa, curas diarias y control evolutivo.

Los resultados de las pruebas durante el ingreso, fueron normales en los estudios de autoinmunidad, perfil reumatoideo, marcadores tumorales, serologías, hemocultivos, cultivo de exudado de las heridas y biopsia cutánea de la lesión. También se realizó una Resonancia magnética de la muñeca con diagnóstico de tenosinovitis infecciosa.

A los diez días, se fue de alta domiciliaria dada la clínica favorable, pero puesto que continuaba con las lesiones y presentaba picos de febrícula vespertina, se fue tomando Ciprofloxacino 500 mg/12 h + Clindamicina 300 mg/6h. Y quedó pendiente el resultado del Cultivo Ziehl Neelsen del exudado.

Acudió a los cinco días para cura de herida, y se interconsulta con Medicina Interna ante empeoramiento de las lesiones, aunque impresiona que la extensión de las mismas está limitada únicamente a miembro superior izquierdo y no progresan.

El paciente ingresa a cargo de Medicina interna, ampliándose las pruebas complementarias (múltiples radiografías, ecocardiograma transtorácico y transesofágico, ecografía abdominal...), resultando todas anodinas. Comienza múltiples tratamientos antibióticos intravenosos y se complementan con Yoduro potásico oral diario. Tras ocho días de ingreso, se procede al alta por mejoría de las lesiones (aunque persisten), control del dolor y de la febrícula.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive en zona rural de costa, acompañado por su mujer. Tienen dos hijas que viven cerca. Nivel socioeconómico medio. Trabaja en una empresa de construcción.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Linfangitis nodular por *Mycobacterium Marinum*.

Diagnóstico diferencial:

Linfangitis nodular secundarias a Esporotricosis VS Micobacterias. Granuloma de cuerpo extraño sobreinfectado. Celulitis pustulosa. Osteomielitis. Dermatitis de contacto sobreinfectada. Artritis infecciosa. Artritis gotosa. Síndrome cutáneo paraneoplásico. Lesiones cutáneas secundarias a picadura de insecto.

Plan de acción y evolución

Continúa realizándose curas en el Hospital y con revisiones conjuntas con Traumatología-Dermatología-Medicina Interna. A principios de junio avisan telefónicamente de resultado positivo para *Mycobacterium Marinum* en el cultivo de exudado y comienzan tratamiento con Claritromicina 500 mg/12 h + Etambutol 1600 mg/24 h + Rifampicina 600 mg/24 h. Se rehistoria al paciente y se sospecha que la lesión fue a raíz de pequeña punción con anzuelo que sufrió un día mientras pescaba y a la que no le dio importancia.

Evolución:

En agosto, las lesiones de la mano se encuentran en fase de cicatrización sin signos de complicación y comienza con movilización de los dedos, siendo esta dolorosa y muy limitada. La fiebre ha desaparecido, pero ha comenzado a salir una nueva lesión a nivel proximal del antebrazo izquierdo. A finales de septiembre, el paciente ha comenzado sesiones de Fisioterapia y Terapia ocupacional, recuperando poco a poco movilidad de la muñeca y los dedos. Presenta desaparición casi completa de las lesiones en mano y reepitelización de las mismas, persistiendo únicamente la lesión del antebrazo, con escasa supuración, pero con buena evolución. En diciembre, la última lesión cura y se cierra. A partir de ahí, continuó tratamiento oral antibiótico por dos meses más, completando casi 7 meses en total. La evolución del paciente fue favorable y recuperó casi por completo la movilidad de la mano. A fecha de hoy no ha vuelto a presentar lesiones de características similares, y el diagnóstico final se consideró como una Linfangitis nodular (Síndrome linfocutáneo) secundaria a *Mycobacterium Marinum*.

Conclusiones

Realizar una buena anamnesis que incluya antecedentes personales, ocupación laboral, actividades de ocio, procedencia geográfica y los antecedentes de traumatismos, de viajes o de contacto con animales, vegetación, agua o vectores de riesgo, junto a una exhaustiva exploración física, es fundamental. Enfocándonos en este caso, queremos destacar que, a pesar de ser una enfermedad poco frecuente, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y precisa de pruebas complementarias asequibles desde Atención Primaria como es un cultivo cutáneo. Para el desarrollo de este trabajo el paciente ha sido informado y ha dado su consentimiento expreso.

Palabras clave Linfangitis, nódulos, micobacterias.



Fotos del paciente en curas ambulatorias.

¡Doctora, estoy cojo!

Suárez Sánchez, Rocío | *Médica Residente de MFyC. CS San Luis. Sevilla*
 Domínguez Gómez, Dolores | *Médica Residente de MFyC. CS San Luis. Sevilla*
 González Jiménez, Adolfo | *Médico Residente de MFyC. DS Sevilla. Sevilla*

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 44 años que acude a consulta por coxalgia izquierda de tres días de evolución que relaciona con sobreesfuerzo mecánico. El paciente acude con fiebre de 38.2º.

Como *antecedentes personales*: consumo de drogas inhaladas y vo, sin pareja estable y con relaciones sexuales de riesgo (HSH).

Se deriva al paciente al servicio de urgencias para estudio, donde se ingresa en planta de COT para punción articular ecoguiada de cadera izquierda con desbridamiento e inicio de antibioterapia empírica IV, siendo la sospecha de artritis séptica. Tras extracción de 12 cc de líquido articular y tratamiento con ceftriaxona 2 gr iv/24 horas durante 1 semana, se decide alta domiciliaria con mejoría y tratamiento con cefixima 400 mg vo/12 horas durante otra semana. Asimismo, el paciente es derivado a consultas de Medicina física y rehabilitación.

Exploración

Balance pasivo doloroso, limitación de ambas rotaciones, aumento de la base de sustentación a la deambulación, flexores de cadera 4/5, extensores de rodilla 5/5, glúteo medio 4/5, glúteo mayor 4/5, trendelenburg negativo, apoyo monopodal inestable.

Pruebas complementarias

Rx cadera izquierda: sin signos de patología ósea aguda. Analítica: leucocitos 8.450, PMN 89%, PCR 218. TAC: Colección en articulación coxofemoral izquierda con centro hipodenso y realce marginal. Líquido articular: aspecto blanquecino-mucoso, 91000 leucocitos con 99% de PMN, GRAM -, glucosa indetectable, N. *Gonorrhoeae* positiva con antibiograma sensible a cefalosporinas.

Serología: virus hepatotropos negativos, VHB vacunado con altos títulos, VIH negativo, screening de sífilis positivo con RPR negativo.

Exudado uretral; N. *Gonorrhoeae* t *C. Trachomatis* negativos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Artritis séptica de cadera izquierda de etiología gonocócica.

Diagnóstico diferencial

Coxalgia mecánica. Artritis por microcristales. Artritis reumatoide. Osteomielitis. Neoplasia.

Conclusiones

La artritis séptica representa una emergencia real, tanto en atención primaria como en hospitalaria, que requiere de un abordaje multidisciplinario precoz. Es importante estar atentos a los signos de alarma para evitar las complicaciones que pueden deteriorar los elementos principales de la articulación, afectando de forma irreversible la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

Biblioteca del hospital universitario Virgen Macarena, Sevilla.

La artritis séptica y el médico general. Ramírez Gómez, Luis Alberto. Rev. Colomb. Reumatol; 7(3): 228-31, sept.2000.ilus, tab.

Doctora, me duele el pecho y el brazo

Prieto Romero, Noelia | *Médica Residente de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*
 Suárez Sánchez, José Manuel | *Médico Especialista de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*
 Aróstegui Plaza, Cristina | *Médica Residente de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*

Motivo de consulta

Varón de 44 años que consulta al servicio de urgencias por dolor torácico con irradiación a brazo izquierdo de 5 horas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales:

- No AMC.
- No HTA, no DM, no DLP.
- Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarrillos/día y bebedor de 3 latas de cerveza/día.
- Intervenciones quirúrgicas: fractura vertebral tras accidente de tráfico en 2016.
- No tratamiento habitual.

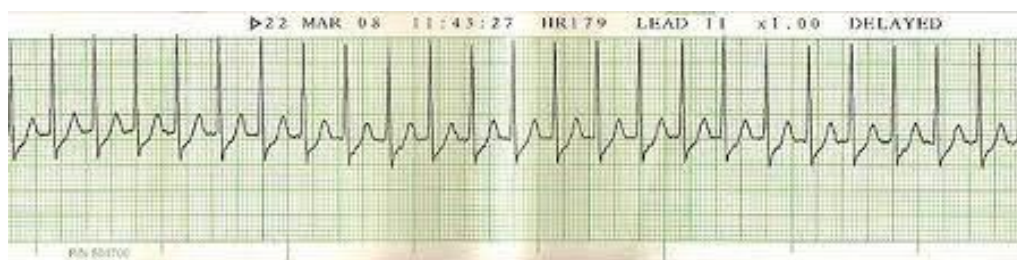
Enfermedad actual: varón de 44 años que llama al 061 por dolor torácico. Cuando el DCCU acude a domicilio para valoración, el paciente comenta dolor torácico tipo punzada desde hace 5 horas. Refiere que se irradia hacia brazo izquierdo y que se agrava con la respiración profunda. Y que además tiene sensación de ahogo. No se acompaña de náuseas, vómitos ni sudoración. No refiere palpitaciones. En el traslado al Servicio de Urgencias Hospitalarias, el equipo médico administra diazepam 5 mg y AAS 300 mg vía oral. A su llegada al servicio de urgencias hospitalarias el paciente refiere mejoría del dolor.

Exploración física

- Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. Glasgow 15/15. No trabajo respiratorio. Sat O2 100%. TA 130/89. FC 168.
- ACP: taquicárdico. MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: globuloso a expensas de tejido adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. PPRB negativa.
- MMII: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias:

- ECG: tSV a 160 lpm
- Analítica: leucocitos 18130 con 14830 neutrófilos, hemoglobina y plaquetas normales, coagulación normal, PCR 11.5, Troponina 13.5
- Tóxicos en orina: BZD +, resto negativo.



Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer y un hijo menor. Trabaja como camionero por lo que pasa poco tiempo en casa y tiene escasa vida social.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

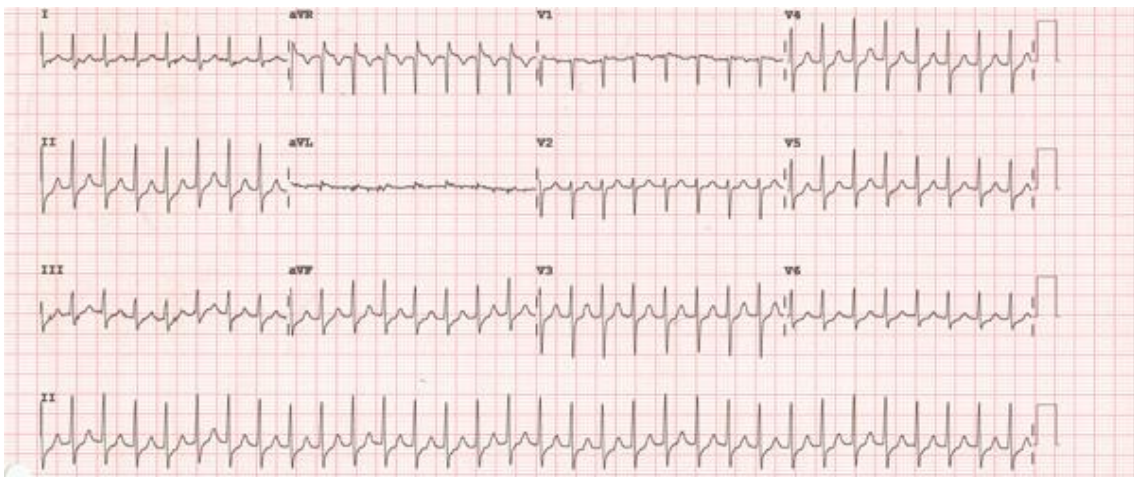
Taquicardia supraventricular (probable flutter auricular)

Diagnóstico diferencial

- Infarto agudo de miocardio
- Taquicardia supraventricular
- Fibrilación auricular
- Flutter auricular

Plan de acción y evolución

Dada la inestabilidad hemodinámica del paciente con el mantenimiento de frecuencias cardiacas elevadas compatibles con taquicardia supraventricular, decidimos iniciar maniobras vasovagales para revertir la taquicardia y tras varios intentos no resultaron exitosas. Por lo que posteriormente, comenzamos con la administración de Adenosina, primero en dosis de 6 mg seguidos de 12 mg y por último 18 mg sin conseguir disminuir la taquicardia. Tras la segunda dosis de adenosina, parece apreciarse en el monitor ondas en diente de sierra características del flutter auricular de segundos de duración volviendo enseguida a una FC de 165 lpm.



Dado el mantenimiento de la inestabilidad hemodinámica del paciente, contactamos con el intensivista de guardia para comentarle el caso y consensuamos realizar cardioversión eléctrica sincronizada. Informamos al paciente y a los familiares del procedimiento a realizar y tras previa sedación del paciente con propofol realizamos cardioversión eléctrica con carga de 100 Julio, resultando exitosa tan un solo choque y saltando a ritmo sinusal con una frecuencia cardiaca en torno a 68 lpm.

Evolución

Tras ello, el paciente despierta progresivamente y refiere sentirse mucho mejor y no notar ningún tipo de molestia. Decidimos mantener al paciente en observación durante unas horas y tras mantener buena frecuencia cardiaca y estar asintomático se decide alta domiciliaria y control en consultas externas de Cardiología.

Conclusiones

Considero de gran importancia este caso para nuestra formación como médicos de familia, ya que se trata de una patología bastante frecuente tanto en los servicios de urgencias hospitalarias como extrahospitalaria. Nos sirve como aprendizaje para saber cómo actuar ante un paciente con taquicardia supraventricular, sobre todo cuando no responde a los primeros tratamientos indicados.

Palabras clave

Taquicardia, cardioversión, flutter.

Doctora, me duele este bulto en el vientre cuando tengo la regla

Hernandez Ocaña, María Dolores | *Médica Residente de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

Tormo Molina, Juan | *Médico Especialista de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

Introducción

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial ectópico en cualquier parte del organismo, que responde a los mismos estímulos hormonales que los ovarios durante el ciclo. Cuando este tejido se organiza formando una masa, se denomina endometrioma. Se trata de una patología hasta ahora poco conocida, pero de importancia creciente, ya que afecta a un número relevante de mujeres en edad fértil, y con el conocimiento de sus causas principales, síntomas, y exploraciones necesarias, se puede realizar un correcto diagnóstico desde Atención Primaria que evite la dilatación en el tiempo de la patología, aumentando la calidad de vida de las pacientes afectadas.

Motivo de consulta

Paciente mujer de 46 años, que acudió a consulta el 22/10/2021 por presencia de un bulto en vacío izquierdo abdominal, por los cuales había consultado por primera vez hace trece años, en el mismo lugar donde se encuentra una cicatriz de cesárea previa, acompañados de pinchazos dolorosos y escozor, con una molestia constante. Además, refirió que los síntomas empeoraban con la menstruación.

Antecedentes de interés

Se trata de una paciente exfumadora desde hace 16 años, de unos 9 cigarrillos/día, que presenta anemias de repetición, probablemente relacionadas con las menstruaciones abundantes que padece, con padre fallecido por cáncer de recto, madre sin antecedentes de interés y dos hijos sanos. Aunque ahora lleva un tiempo en paro, su trabajo habitual es como comercial.

En cuanto a sus antecedentes quirúrgicos, por orden cronológico, encontramos:

- Cesárea en 2006.
- En 2008, intervención de “granuloma por pequeño absceso” en la cicatriz de la cesárea. En la ECO realizada previamente se observó una zona ovalada de 9,4mm, y una vez extirpado, no se encontraron hallazgos patológicos en la muestra.
- Segunda cesárea en 2010, con ligadura de trompas posterior.
- Segunda intervención en 2018 por tumoración abdominal de localización y características similares a la anterior (en 2008), esta vez diagnosticada como “lipoma”.

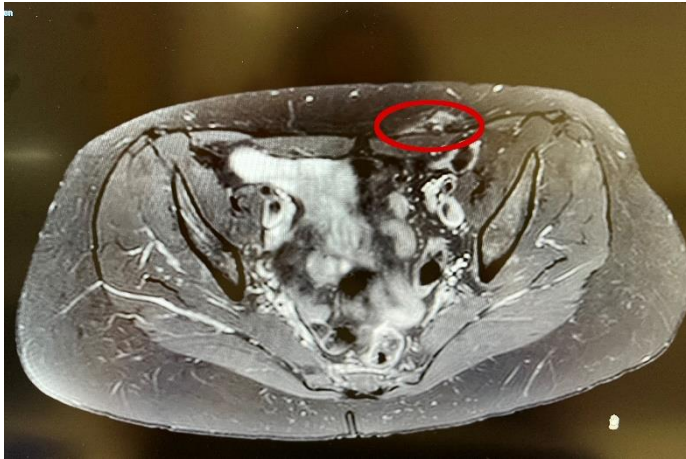
Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente, el día que acudió a su médico de familia, informó que desde la intervención de 2018, tanto las molestias, como los pinchazos y el dolor, además del aumento cíclico de los ‘bultos’ referidos, habían empeorado progresivamente. Para ser más exactos, se palpaba principalmente una masa en el tercio inferior del abdomen, sobre la ya mencionada cicatriz de la cesárea, por lo que se decidió derivar a cirugía para valoración. Cuatro meses después, en Marzo de 2022, se le realizó una ECO, donde destacaba una masa hipocogénica y heterogénea, y una RMN, cuyo informe describió un nódulo ovalado, con márgenes espiculados y mal definidos, localizado en el músculo transversal abdominal izquierdo, de unos 3cm, que mostraba un marcado realce tras la administración de contraste.

En este caso, la paciente cumple los patrones sintomáticos más comunes en la patología:

- La localización en musculatura anterior abdominal (Se han descrito endometriomas en riñón, suelo pélvico e incluso sistema nervioso central, mucho menos comunes)
- El antecedente previo de cesárea, que confirma la teoría en la que se describen los endometriomas como tejido endometrial trasladado a la zona abdominal en el momento del cierre del procedimiento quirúrgico. Otra posibilidad (mucho menos frecuente), es la de la endometriosis primaria, donde las células de cualquier tejido se tornan endometriales por un proceso metaplásico.

- La exacerbación de los síntomas durante el ciclo menstrual, en respuesta al estímulo hormonal, que varía según el tejido en el que se encuentren dichas células.



Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La lesión era inespecífica, pudiendo estar en relación con granuloma postquirúrgico, aunque dado el antecedente de cesárea y los síntomas cíclicos coincidentes con la menstruación, no se pudo descartar un endometrioma de pared abdominal.

Generalmente, el *diagnóstico diferencial* que se realiza ante cualquier masa abdominal pasa por la probabilidad de absceso, hernia, hematoma, lipoma, granuloma postquirúrgico, sarcoma, y finalmente, endometrioma.

Plan de acción y evolución

Finalmente, se le reinterviene el bultoma abdominal, que se extirpó por completo, sin necesidad de retirar tejido muscular, acompañándose de la desaparición total de los síntomas de la paciente. La anatomía patológica de la muestra confirmó el diagnóstico de endometrioma abdominal.

Conclusiones

Aunque es impactante el hecho de que el diagnóstico de endometrioma se demorase diez años, entra dentro del tiempo que suelen tardar en diagnosticarse (de 4 a 11 años); pero también es importante destacar que es una patología de reciente descubrimiento (el primer caso se documentó en 1993), y no ha estado bien documentada. El pilar fundamental a la hora de realizar cualquier diagnóstico, es la anamnesis. En este caso, el dato clave fueron los cambios producidos por las alteraciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual, el antecedente de la cesárea y la localización de la lesión, que encaminaron en dirección correcta las sospechas diagnósticas, desembocando en un mejor tratamiento y bienestar para la paciente. Por desgracia, no siempre es así de evidente. Como ocurrió en este caso durante los primeros años de las molestias, los síntomas eran inespecíficos y difíciles de encuadrar en una sola patología, además de haber casos en los que se añaden síntomas neurológicos debido a los cambios hormonales bruscos que se producen o a la invasión de determinadas estructuras. Por todo esto, se ha llegado a considerar una enfermedad sistémica, cuyo conocimiento en la práctica clínica diaria es imprescindible, ya que afecta al 5-10% de las mujeres en edad fértil.

Palabras clave

Endometriosis; dismenorrea; cesárea.

Bibliografía

Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* [Internet]. 2021 Feb 27 [cited 2022 Aug 22];397(10276):839–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33640070/>

Nissotakis C, Zouros E, Revelos K, Sakorafas GH. Abdominal wall endometrioma: a case report and review of the literature. *AORN J* [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 22];91(6):730–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20510946/>

Doctora, me duele la cabeza

Hidalgo López, Rocío | *Médica Residente de MFyC. CS Alcalá del Río. Sevilla*
 Pina Martínez, Enrique | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Alcalá del Río. Sevilla*
 García Ramos, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Pino Montano B. Sevilla*

Motivo de consulta

HTA y cefalea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 44 años, con alergia medicamentosa a penicilina, sin otros *antecedentes personales* ni familiares de interés, fumadora de 4 paquetes/años de aproximadamente 15 años de evolución; acude por cefalea intensa y elevación de las cifras de tensión arterial en los últimos cuatro días. También refiere sensación de palpitaciones.

En informes de consulta de los tres días previos se describen valores de TAS 205-180 y TAD 120-105, siendo tratadas con fármacos orales e intramusculares. Se describe ECG: ritmo sinusal, a unos 135 lpm, eje normal, no imágenes de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización.

Se le pautó tratamiento domiciliario con Enalapril 25 mg cada 24 horas y Bisoprolol 2,5 mg cada 24 horas, se citó para seguimiento en próximos días y se derivó de forma preferente para valoración por Cardiología.

Por cuarto día consecutivo, la paciente acude a servicio de urgencias refiriendo clínica similar a días previos. Indagando sobre la cefalea, que la paciente comenta de forma superficial, refiere que se acompaña de náuseas y que no ha cedido a medicación analgésica domiciliaria ni a administrada en días previos en centros sanitarios. La cefalea es de tipo opresivo hemicraneal que irradia a zona ocular ipsilateral, se acompaña de fotofobia y sonofobia. No la despierta, pero impide el descanso nocturno, además, empeora claramente a maniobras de Valsalva.

La paciente explica que desde hace unas semanas se encuentra más inestable, ha sufrido colisiones con bicicletas mientras caminaba por la calle e impactos con propio su vehículo.

A la *exploración sistemática*, las cifras de constantes eran: TA: 128/75 mmHg, FC: 74 lpm. Lo más destacable en el resto de la exploración era una hemianopsia temporal izquierda.

En el *TAC de cráneo* se describe: "se observa lesión ocupante de espacio a nivel occipital derecho, que presenta unas medidas aproximadas de 35 x 29 x 26 mm (AP x T x CC). Asocia un importante edema perilesional parietooccipital.

Presenta un desplazamiento de la línea media de 7.6 mm y provoca colapso de las astas frontal y occipital del ventrículo lateral derecho con dilatación del asta temporal del mismo, se asocia a herniación subfalcina. Estos hallazgos son sugestivos de neoplasia primaria ante la ausencia de un tumor conocido, si bien recomendamos ampliar estudio mediante RM reglada. Resto del estudio sin otros hallazgos de interés."



Enfoque familiar y comunitario

Paciente con buena calidad de vida, joven, con hijos de edades comprendidas entre los 9-13 años, que acude a la consulta acompañada de su hermana, ambas creyendo que había algún problema de salud de importancia menor, a las que debemos dar una mala noticia, sin poder siquiera explicar la magnitud de la enfermedad, porque se desconoce en el momento actual; pero que sin duda, supone un importante impacto y sufrimiento tanto para la paciente como para su entorno.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Como *diagnóstico diferencial*, planteamos la posibilidad de que la LOE que se describe en la prueba de imagen sea de origen primario o secundario.

Hipertensión arterial de probable origen secundario.

Cefalea.

Plan de acción y evolución

La primera acción a realizar fue descartar que la lesión fuera de origen secundario, como primera posibilidad y dados los antecedentes de la paciente, se planteó que el origen primario fuese pulmonar. Se realizó radiografía de tórax que resultó normal.

Posteriormente, la paciente fue trasladada de manera urgente al hospital HUVR tras contactar con el servicio de Neurocirugía. Se intervino de forma preferente en días posteriores, con resultado favorable, se determinó el diagnóstico de Glioma de alto grado-IDH negativo.

Tras una evolución tórpida, con múltiples secundarismos que precisaron asistencia ambulatoria y domiciliaria, así como evolución de la enfermedad en pruebas de imagen, la paciente es incluida en protocolo de cuidados paliativos.

Conclusiones

Realizar una completa anamnesis y una sistemática exploración es fundamental en el momento de valorar a nuestros pacientes. Ante la falta de recursos o previo a la realización de pruebas de imagen o a posibles derivaciones a otros especialistas, en nuestra consulta de Atención Primaria es primordial saber reconocer los signos y síntomas de alarma que nos han de poner en sobreaviso y que nos deben hacer actuar de manera más o menos urgente.

No debemos dejar que la improbabilidad de alguna patología nos haga olvidarnos de su existencia y de sus manifestaciones.

La búsqueda de asistencia sanitaria por parte de un paciente de manera reiterada, por un mismo motivo clínico, nos debe hacer pensar que el problema no se ha resuelto y que debemos indagar y actuar de otro modo a los realizados anteriormente.

Palabras clave

Cefalea. Hipertensión Arterial. Glioma.

Doctora, no me gustan mis uñas

Jurado Cabezas, Marta | *Médica Residente de MFyC. CS Puerta Blanca. Málaga*
 López López, Ana María | *Médica Residente de MFyC. CS Carranque. Málaga*
 Cámara Sola, Estefanía | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Puerta Blanca. Málaga*

Motivo de consulta

Alteraciones ungueales

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas, diabético y dislipémico con buen control, que acude a consulta en mayo por presentar cambio de coloración y deformación en uñas de la mano izquierda sobre todo, y en algunas uñas de la mano derecha, de unos cinco meses de evolución aproximadamente. Asocia, en ocasiones, leve rigidez en articulaciones interfalángicas distales de la mano izquierda, sin signos inflamatorios. En el último año ha acudido en varias ocasiones por inflamación y prurito periungueal en dedos de la mano izquierda, diagnosticándose de paroniquia y precisando amoxicilina y ciclopirox para su resolución.

Exploración:

Afectación de todas las uñas de la mano izquierda y algunas de la mano derecha con lámina ungueal amarillenta compatible con manchas de aceite, onicólisis e hiperqueratosis subungueal. No signos de paroniquia. Mínimo eritema y descamación en ambos codos. No lesiones cutáneas a otro nivel.

Analítica de sangre con hemograma y bioquímica sin alteraciones. Marcadores inflamatorios y factor reumatoide negativos. Cultivo ungueal negativo para hongos y bacterias. Radiografía de ambas manos con cambios osteodegenerativos.



Foto de la lesión con consentimiento del paciente.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude siempre a consulta acompañado por su mujer, quien se ha operado de artrosis de cadera recientemente, por lo que las últimas consultas han sido siempre en relación con la patología de ella.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Psoriasis ungueal y en codos. Posible artritis psoriásica.

Diagnóstico diferencial

Onicomycosis. Distrofia ungueal. Liquen plano ungueal.

Plan de acción y evolución

Se pauta crema de Clobetasol por la noche durante 7 días. Se realiza teleconsulta a Dermatología para valoración de posible psoriasis.

Tras la valoración por parte de Dermatología se confirma el diagnóstico de psoriasis e inician tratamiento con fórmula magistral con propionato de clobetasol 8%, salicílico 1% y clotrimazol 1% en laca de uñas para aplicar 1 vez al día. Realizaron interconsulta a Reumatología para despistaje de artritis psoriásica.

Tras tres meses de tratamiento, el paciente presenta leve mejoría clínica, con persistencia de lesiones sobre todo en mano izquierda. Está pendiente de nueva revisión por Dermatología y primera consulta con Reumatología.

Conclusiones

La psoriasis ungueal es una forma frecuente de afectación, apareciendo en el 50% de los pacientes y hasta en el 70-80% de los pacientes con artritis psoriásica. Un 1-5% de los pacientes con psoriasis ungueal no presentan placas de psoriasis, lo que dificulta el diagnóstico.

Cursa en brotes, desencadenados por traumatismos, estrés, infección micótica, etc. Se afectan con más frecuencia las uñas de las manos que las de los pies y, a su vez, lo habitual es que se afecte más de una uña. Puede afectar a cualquier elemento del aparato ungueal y en función de ello aparecerán las diferentes expresiones clínicas:

1. Psoriasis de la matriz:
 - Piqueteado ungueal. Manifestación más típica de la matriz. Se define como la presencia de depresiones puntiformes en la lámina ungueal.
 - Leuconiquia
 - Eritema de lúnula
 - Rugosidad
2. Psoriasis del lecho ungueal:
 - Mancha en aceite: mancha amarilla distal generalmente acompañada de un reborde eritematoso (secundaria a una onicolisis).
 - Onicolisis: despegamiento distal de la lámina ungueal.
 - Hiperqueratosis subungueal: condiciona un engrosamiento de la uña. Es la forma clínica que más se confunde con una onicomicosis
 - Hemorragias en astilla
 - Onicodistrofia
3. Paroniquia: lesiones eritemato-escamosas que afectan al reborde ungueal.
4. Acropustulosis

Ante la sospecha de una psoriasis ungueal siempre deberemos explorar el resto de la piel, incluido el cuero cabelludo y el pliegue interglúteo, en busca de placas de psoriasis. También debemos valorar la coexistencia de una artritis psoriásica. Además, hay que solicitar un cultivo microbiológico para hongos.

La psoriasis ungueal es una de las localizaciones anatómicas más frustrantes a la hora de tratar la enfermedad. Como tratamiento inicial se debe pautar una fórmula magistral que incluya un corticoide tópico de alta potencia, como el clobetasol al 8%, asociando queratolíticos, como la urea en altas concentraciones o el ácido salicílico, para favorecer su penetración, y clotrimazol por el riesgo de presentar onicomicosis. Otras alternativas serían aplicar un derivado de la vitamina D, como el ungüento de calcipotriol, para actuar sobre la hiperqueratosis, la ciclosporina tópica o PUVA-terapia tópica.

Si no existe mejoría, lo que ocurre en pocas ocasiones, se debe iniciar tratamientos sistémicos como los retinoides, metotrexate, ciclosporina o los biológicos.

Palabras clave

Psoriasis ungueal, artritis psoriásica, onicólisis.

Doctora, parezco un “Simpson”

Rojas Moyano, Verónica | *Médica Residente de MFyC. CS Los Rosales. Huelva*
 Barreiro Solla, María Isabel | *Médica Especialista de MFyC. CS Los Rosales. Huelva*

Motivo de consulta

El paciente se nota “amarillento” y orinas oscuro.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ausencia de factores de riesgo cardiovascular, no es fumador, ni bebedor habitual, consumo de alcohol de tipo social. No presenta ningún antecedente personal de interés.

Refiere que por la mañana se ha levantado orinando muy oscuro, tipo coñac, y con un color amarillento de la piel y las conjuntivas. También refiere ciertas molestias a nivel abdominal.

Se le pregunta sobre el hábito deposicional y refiere que el día previo las heces eran de color más claro de lo común, pero de consistencia normal, no refiere diarrea.

Exploración:

Constantes: TA 162/92 mmHg, FC 84 lpm, Sat O₂ 99% a/a, afebril. ACR: rítmico a buena frecuencia y sin soplos audibles, ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, con molestias a la palpación profunda, no se palpan masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Miembros inferiores: sin edemas, ni signos de trombosis venosa ni flebitis, pulsos conservados. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Pares craneales sin alteraciones. Sensibilidad conservada. Pulsos simétricos y conservados en los cuatro miembros.

Dada la exploración del paciente derivamos a urgencias para descartar patología biliopancreática urgente.

Pruebas complementarias

Hemograma: leucocitos: 11360 /mcl. Plaquetas normales. Hb 11.8 gr/dl. Hematocrito 36%, VCMH 95.7 fl. Bioquímica: glucosa: 98. Urea normal. Creatinina normal. Perfil abdominal (AST, ALT, lipasa y amilasa) normal. Bilirrubina total 7.86: B indirecta 7.22, B directa: 0.64. LDH 424. Coagulación en rango. Sistemático de orina normal.

Dada la presencia de hiperbilirrubinemia a expensas de indirecta con LDH elevada, el laboratorio amplía la analítica con test de Coombs directo, haptoglobina y reticulocitos, dando como resultado Haptoglobina <10 (30-100), test de Coombs normal y reticulocitos 3.51% (1-2%).

Dados estos resultados se cursó ingreso para estudio de probable hemólisis tras consultar con hematología.

Con sospecha clínica de anemia hemolítica se procede a investigar la causa realizando más pruebas complementarias.

Ecografía abdominal y visceral: no visceromegalias. Aumento ecogenicidad hepática en relación con esteatosis. No LOES. Porta permeable y de calibre normal. Vía biliar de tamaño normal. Vesícula biliar sin imágenes de litiasis o signos de colecistitis aguda. Páncreas sin hallazgos. Bazo en tamaño límite superior de la normalidad.

Test de Coombs directo: negativo

Frotis: discreta anisocitosis de serie roja, con algunos ovalocitos y esquistocitos.

Test de HPN: negativo

Determinación G-6- Fosfatodeshidrogenasa: <35 mU/1000 millones de hematíes, es decir, disminuido.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente que vive en la ciudad, pero procede de un pueblo cercano, donde tiene un huerto en el que cultiva verduras y hortalizas para su propio consumo, entre ellas, habas. A pesar de haber consumido habas previamente es la primera vez que debuta con un cuadro similar, aunque sí que recuerda algún episodio de orinas oscuras.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Déficit de glucosa 6fosfato deshidrogenasa.

Diagnóstico diferencial:

Fijándonos en la ictericia podemos pensar en: patología hepática (ya sea vírica, medicamentosa...), trastornos de la vesícula biliar y el páncreas (cáncer, litiasis...), síndrome de Gilbert. Ya teniendo los datos analíticos hemos de pensar en trastornos sanguíneos causantes de hemólisis.

Plan de acción y evolución

El paciente permaneció ingresado para ampliar estudio y llegar al diagnóstico definitivo, estando en todo momento hemodinámicamente estable con mejoría clínica y analítica progresiva, normalizando cifras de LDH y bilirrubina.

Se recomienda evitar el consumo de habas y ciertos medicamentos como antipalúdicos, aas, aines a dosis altas, sulfamidas y quinolonas, para evitar nuevas crisis hemolíticas agudas.

Conclusiones

La anemia hemolítica por déficit de G6PDH, ocurre raramente en población no afrodescendiente, o en poblaciones no tropicales, es fundamental el desencadenante exógeno para desarrollo de la enfermedad, así como ocurrió en nuestro caso (consumo de habas).

Las manifestaciones clínicas de anemia por déficit de G6PDH, son muy variables pudiendo ser asintomáticas hasta mortal en infantes.

Es importante que los médicos de familia tengamos conocimientos para poder al menos hacer un buen diagnóstico diferencial ya que somos los que en la mayoría de los casos brindaremos la primera atención médica ya sea en las consultas de AP como de urgencias.

Doctora, pero yo no sé leer ni escribir

Molina Manrique, Gloria | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Gámiz Martínez, Flor María | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Alcalde Molina, María Dolores | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Federico del Castillo. Jaén*

Motivo de consulta

Mujer de 63 años que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Alergia a naproxeno según refiere. Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia, síndrome ansioso-depresivo, pólipos colónicos.

Intervenciones quirúrgicas previas: prótesis total de rodilla derecha, túnel carpiano, cataratas.

Tratamiento habitual: diazepam 5 mg/24 h, Sertralina/24 h, Lormetazepam 2 mg/24 h, Simvastatina 40 mg/24 h, calcifediol, metformina 850 mg/12 h.

Antecedentes Familiares

No refiere.

Mujer de 63 años que presenta dolor abdominal en flanco izquierdo de larga data, asocia náuseas de forma ocasional, no vómitos. No refiere pérdida de peso. No disnea ni dolor torácico. Discreta pesadez postprandial, sin asociar pirosis ni regurgitación.

Exploración física

Aceptable estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo, normocoloración mucocutánea. Colaboradora.

Auscultación cardiorrespiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos.

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

Miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda ni edemas.

Pruebas complementarias

- Ecografía abdominal en Atención Primaria: hígado de tamaño y ecogenicidad normal, vía biliar intrahepática y extrahepática sin dilatación, vesícula biliar de tamaño normal sin lesiones en su interior, páncreas parcialmente visible (visualizamos sólo cola pancreática), riñones de tamaño y ecogenicidad normal, vejiga parcialmente replecionada sin lesiones significativas.
- Analítica sanguínea: Glucemia basal alterada (139 mg/dl), HbA1c 7'7%, PCR 7'1 mg/L; resto normal.
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 72 lpm, eje cardiaco normal, no alteraciones de la repolarización ni supra desnivelaciones del segmento ST.

Derivamos a Aparato digestivo para estudio y descartar organicidad.

- Colonoscopia: sin hallazgos.
- Tac abdominal y pélvico con contraste: lesión en cabeza pancreática de 10 cm de eje mayor con características de tumor seroso quístico (cistoadenoma seroso/adenoma microquístico)

Enfoque familiar y comunitario

Es la mayor de 5 hermanos. Etnia gitana. Casada, 4 hijas. Vive con su marido, con el que tiene buena relación; quien adopta el rol de cuidador principal. Además, vive con dos de sus hijas y tres nietos. Test de Apgar familiar: 16 (Disfunción leve). Enfoque psicológico: ante este evento impredecible se genera una situación de gran ansiedad en la paciente, y en el difícil control posterior de su patología diabética. Se agrava además este estrés por la situación que tiene en casa, ya que se encuentra preocupada por sus hijas también a quienes respectivos maridos han abandonado dejándolas, cuidando de sus nietos pequeños.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Cistoadenoma seroso pancreático.

Diagnóstico diferencial

Tumoración benigna Vs Tumoración maligna. Por las características radiológicas que presenta en la prueba de imagen, parece ser de etiología benigna.

Plan de acción y evolución

La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándose duodenopancreatectomía cefálica. Tras ello ha precisado ingreso por ictericia y dolor abdominal, diagnosticándose de colangitis aguda resolviéndose el cuadro con tratamiento médico.

En control posterior de su patología diabética, controles glucémicos elevados a pesar de cambio de tratamiento antidiabético iniciando metformina asociada a ISGLT-2 con buena tolerancia.

Aun así, persiste mal control glucémico y metabólico, con últimos valores de HbA1c de 10'4% y de LDL de 151, con glucemias basales alteradas en torno a 320 mg/dl.

Solicitamos péptido C, encontrando valores normales del mismo. Decidimos realizar abordaje con intensificación del tratamiento:

- Insistimos en dieta y ejercicio.
- Realizamos teleconsulta a Endocrinología, quienes aconsejan inicio de terapia con insulina lenta. Por los antecedentes de la paciente están contraindicados los análogos del GLP-1 (riesgo de pancreatitis).
- Citamos a la paciente de forma semanal para terapia educativa.

La paciente acude a consulta a demanda y programada tanto de Medicina de familia como de enfermería; aportando controles pre y post pandriales que realiza en domicilio con ayuda de su marido y de su hija mayor; la paciente no sabe leer ni escribir y nos refiere gran dificultad en esto. A nuestra consulta siempre acude acompañada por su marido.

Tras un período largo de citas periódicas, se obtienen resultados de HbA1c de 7'2%, LDL <100 mg/dl; y el estado de ánimo de nuestra paciente mejora de forma significativa.

Conclusiones

Gracias al papel del médico de familia podemos realizar un abordaje biopsicosocial y mantener un seguimiento estrecho de nuestros pacientes y del tratamiento de sus patologías de base; siendo de especial importancia la relación médico-paciente en el período de diagnóstico y prediagnóstico de nuestros pacientes para un mejor control del duelo que estos puedan presentar y el mejor control de la ansiedad por la incertidumbre de los resultados de las distintas pruebas complementarias. Además del apoyo familiar que presenten.

En este caso en concreto, además dadas las dificultades de comprensión lectora y numérica de nuestra paciente, era un reto en el manejo terapéutico de la misma, viéndose de forma importante implicada el resto de la familia.

Hay que destacar también, la facilidad y rápida actuación que tenemos hoy en día gracias a la teleconsulta con las distintas especialidades hospitalarias para el mejor manejo de las patologías de nuestros pacientes.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Adenoma pancreático, Dislipemia.

Doctora, qué herpes más feo me ha salido

López Estepa, María Isabel | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
 Ugarte Abollado, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Santa Rosa. Córdoba*

Motivo de consulta

Paciente varón de 32 años, sin enfermedades de interés, que acude a consulta en julio de 2022 por presentar lesiones vesículo-pustulosas a nivel de cuello y nariz, así como lesiones vesiculares y ulceradas con signos de sobreinfección (presencia de secreción serohemática y lesiones costrosas amarillentas) en región orofacial de aproximadamente unos 4 días de evolución. Además, comenta cuadro febril termometrado en domicilio de hasta 38.5°C en las últimas 24 horas, así como mialgias y odinofagia. Niega clínica a otro nivel. Según refiere, ha estado con aciclovir tópico por sospecha de herpes facial, pero ante la mala evolución del cuadro, decide acudir a consulta. No viaje a lugares endémicos, no pareja estable ni posible contacto con pacientes con infección por viruela del mono, pero si comenta relaciones sexuales de riesgo en los últimos meses.

Ante la sospecha clínica que tenemos en este momento: *monkeypox* (viruela símica o viruela del mono) aunque el paciente niegue contacto estrecho, se deriva a urgencias de nuestro hospital de referencia para recogida de muestras y realización de pruebas complementarias.

Exploración física

- Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Normohidratado y normocoloreado. Tensión arterial 136/76 mmHg, frecuencia cardíaca 72 lpm. Afebril.
- Piel y mucosas: lesión vesículo-pustulosa en nariz, así como otra lesión vesículo-pustulosa en región laterocervical derecha. Lesión vesicular y supuración serohemática con costras amarillentas en región perioral. Conglomerado adenopático a nivel laterocervical bilateral, así como en región submandibular, más acentuado en el lado derecho, así como inflamación labial.
- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No palpo masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativo, no signos de irritación peritoneal.
- Genitales: no presencia de lesiones dermatológicas en región genital.

Pruebas complementarias

Analítica:

- Hemograma: leucocitos 17.850 con neutrofilia, Hb 14.2 gr/dl.
- Bioquímica: glucosa 98mg/dl, Cr 0.97 mg/dl, enzimas hepáticas y de colestasis normales.
- PCR 85 mg/l.

Se procede a recogida de muestra mediante frotis de las lesiones a nivel facial, que presenta, para determinar si verdaderamente se trata de infección por *Monkeypox*.

Ante el cuadro clínico que presentaba el paciente con signos de sobreinfección se le prescribe tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg, 1 comprimido cada 8 horas, además de prednisona 30 mg en dosis decreciente por la inflamación que presentaba e ibuprofeno alternado con paracetamol. A los 2 días, tenemos el resultado de laboratorio siendo positivo para *Monkeypox* (MPX). Se le explica protocolo de actuación en este momento (aislamiento domiciliario, utilización de mascarilla, así como de higiene en domicilio...).

El paciente ha tenido una evolución clínica favorable sin necesidad de ingreso hospitalario ni de tratamiento con antivirales. A los pocos días, comenzó también con lesiones vesiculares en región genital, pero sin signos de sobreinfección. La fiebre fue remitiendo paulatinamente y las lesiones faciales fueron mejorando.



Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)
Monkeypox.

Diagnostico diferencial
Varicela. Impétigo.

Conclusión

La viruela del simio (también conocida como viruela del mono, *Monkeypox* o viruela símica) es una zoonosis causada por un *ortopoxvirus* estructuralmente relacionado con el virus de la viruela. En el pasado, la enfermedad en seres humanos se limitaba sobre todo a casos esporádicos y epidemias ocasionales, sobre todo en África central y occidental. Sin embargo, el pasado 15 de mayo en Reino Unido se notificaron 4 casos de *Monkeypox* confirmados por PCR en hombres que habían mantenido sexo con otros hombres y que habían sido atendidos por cuadros de erupción vesicular genitourinaria sin historia previa de viaje a otras zonas de riesgo. Dos de ellos tenían relación entre ellos, pero los otros dos no tenían ningún vínculo conocido.

A día de hoy, se han informado casos de viruela del simio en aproximadamente 70 países donde la enfermedad no es endémica. Se ha demostrado una transmisión interpersonal sostenida fuera de África. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que el brote de viruela del simio de 2022 es una emergencia de salud pública de preocupación internacional.

El virus se transmite entre personas por el contacto con fluidos corporales o materiales contaminados teniendo un periodo de incubación de 5 a 21 días. El periodo de contagio abarca desde la aparición de la fiebre y los síntomas hasta el desprendimiento de las costras.



El diagnóstico se basa en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a través del frotis del exudado de las lesiones vesiculares o de las costras. El tratamiento en general es sintomático y puede requerir en ocasiones el uso de agentes antivirales. Actualmente contamos con:

- Antiviral tecovirimat
- Los medicamentos antivirales cidofovir o brincidofovir (CMX001)
- Inmunoglobulina antiviral vacuna (IV)

Todos estos fármacos tienen actividad contra la viruela del simio *in vitro* y en modelos experimentales, pero se dispone de pocos datos que guíen la elección del tratamiento.

El tecovirimat se está utilizando en algunos sistemas de atención médica en los Estados Unidos en el brote de 2022.

Actualmente se está llevando a cabo la vacunación para su prevención.

Palabras clave

Monkeypox, vesícula.

Doctora, tengo algo en la mama y no recuerdo ningún golpe

Vázquez Cros, Alicia | *Médica Residente de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla*

Ávila Ossorio, Beatriz | *Médica Residente de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla*

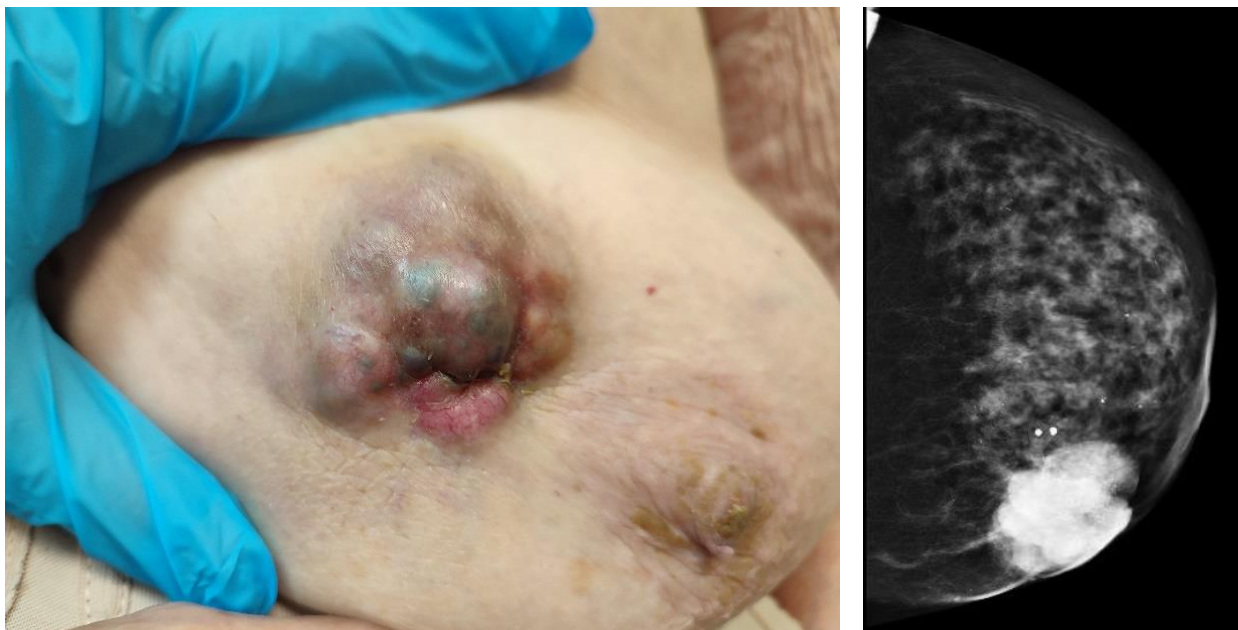
Manjón Collado, María Teresa | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ronda Histórica. Sevilla*

Motivo de consulta

Lesión excreciente en mama izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 80 años que consulta por lesión en mama izquierda de dos años de evolución.



A la exploración, presenta masa sólida excreciente de 5 cm de diámetro en cuadrante interno de mama izquierda, polilobulada, de aspecto tortuoso que ulcera la piel y el complejo areola-pezones.

Solicito mamografía preferente a través del proceso cáncer de mama que informan como categoría BIRADS-5, por lo que amplían estudio con:

- Ecografía axilar y mama bilateral: descarta adenopatía y afectación mama contralateral.
- BAG de mama izquierda: Carcinoma Infiltrante G1. BIRADS-6
- Estudio inmunohistoquímico: Receptores de estrógeno y progesterona: +80-90% respectivamente. Índice Ki-67: 15-20%. CK19 + focalmente.
- TAC toraco-abdominal, RMN craneal, gammagrafía ósea: descarta enfermedad metastásica.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido, actualmente ingresado por AVC hemorrágico con evolución clínica tórpida. Independiente para ABVD aunque con cierta limitación funcional por poliartritis.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma de mama localmente avanzado.

Diagnóstico diferencial:

Mastopatía fibroquística proliferativa, mastitis y absceso mamario agudo, papiloma intraductal.

Plan de acción y evolución

Se deriva a Unidad de mama, es valorada por Comité de tumores y proponen mastectomía pero la paciente rechaza intervención quirúrgica en el momento actual. Inician hormonoterapia neoadyuvante con Letrozol 2'5 mg/24 h y dan cita de revisión en 2 meses para valorar otras alternativas terapéuticas.

Conclusiones

El médico de familia desempeña un papel clave en la detección precoz del cáncer de mama. Para ello es fundamental realizar una buena exploración física, aunque a veces es visible a simple vista como en el caso descrito, y ante la mínima sospecha activar el proceso de cáncer de mama desde nuestras consultas de Atención Primaria, ya que cuanto antes se diagnostique más posibilidades de curación tendrán nuestras pacientes.

Doctora, vengo por la analítica de control

Moguer Galan, María Del Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS San Isidro (Los Palacios y Villafranca). Sevilla*
 Gamez Navarro, María | *Médica Residente de MFyC. CS San Isidro (Los Palacios y Villafranca). Sevilla*
 Mateos Gomez, Ana María | *Médica Especialista de MFyC. CS San Isidro (Los Palacios y Villafranca). Sevilla*

Motivo de consulta

Solicitud analítica de control.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 76 años sin AF de interés ni hábitos tóxicos, diagnosticada de HTA, hipotiroidismo, osteopenia, síndrome ansioso-depresivo de larga evolución. En tratamiento con enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg, esomeprazol 40 mg, lorazepam 1 mg, sertralina 100 mg, carbonato cálcico 2.5 mg.

Acude a consulta para solicitar analítica de control. En dicho análisis se objetiva hipercalcemia (10.9 mg/dl). Resto de parámetros normales.

La paciente niega síntomas típicos de hipercalcemia. Niega síndrome constitucional y dolores óseos. No otros síntomas por aparatos.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido. Independiente para todas las AIVD. Funciones superiores conservadas. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipercalcemia leve a estudio. Posibles etiologías:

1. Hiperparatiroidismo primario.
2. Neoplasia maligna primaria (pulmón, riñón, ovario, cabeza y cuello y esófago).
3. Insuficiencia renal.
4. Enfermedad maligna que daña hueso (mieloma, linfoma y metástasis).
5. Fármacos (diuréticos tiazídicos, suplementos de calcio).
6. Inmovilización, litio, hipertiroidismo, enfermedades granulomatosas...

Plan de acción y evolución

Basándonos en el algoritmo diagnóstico de la hipercalcemia, iniciamos nuestra actuación calculando el calcio corregido para confirmar la hipercalcemia. Tras confirmarla, retiramos los suplementos de calcio y la hidroclorotiazida de su tratamiento, por ser estos una posible causa: se suspende carbonato cálcico 2.5 mg y enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg, y se sustituye por enalapril 20 mg y amlodipino 5 mg.

Evolución

Posteriormente, realizamos analítica sanguínea para ver si se ha corregido la hipercalcemia. En nuevo análisis, observamos que las cifras de calcio se mantienen por encima de los límites normales (11 mg/dl). De nuevo, siguiendo protocolo diagnóstico de hipercalcemia, solicitamos analítica de control con determinación de hormona paratiroidea. Los resultados muestran elevación de la misma (127 mg/dl). A continuación, comprobamos calciuria para determinar si la paciente presenta un hiperparatiroidismo primario. En dicho análisis de orina, se objetiva una excreción de calcio en orina de 24 horas por encima de los valores de la normalidad (279.5 mg/24 h), con un cociente Aclaramiento de calcio y Aclaramiento de creatinina por encima de 0.02, por lo que confirmamos que estamos ante un caso de hiperparatiroidismo primario y derivamos a Endocrinología para valoración y tratamiento.

Conclusiones

La hipercalcemia se define como la existencia de unas cifras elevadas de calcio en sangre. El hiperparatiroidismo primario y las neoplasias malignas causan un 90% de las hipercalcemias; esto nos obliga a tener en cuenta todas las hipercalcemias, incluso las asintomáticas, y realizar un diagnóstico diferencial para conocer la causa que lo provoca.

Sin embargo, son muchas las posibles etiologías, entre ellas la medicamentosa (tiazidas, estrógenos, teofilina...) y la inmovilización. La causa más frecuente es el hiperparatiroidismo primario, pero en el medio hospitalario, las más frecuentes son las secundarias a neoplasias. Aun así, es necesario tener en cuenta la etiología medicamentosa y ha de ser la primera causa que tenemos que descartar. En nuestro caso, nuestra primera actuación fue retirar los fármacos que pudieran causarla. Tras su retirada, la hipercalcemia no se resolvió y se confirmó el hiperparatiroidismo primario. Es por eso que, desde Atención Primaria es fundamental conocer el algoritmo diagnóstico de la hipercalcemia, pues nos permitirá un correcto manejo de esta patología.

Palabras clave

Hypercalcemia, Hyperparathyroidism, Iatrogenic Disease.

Doctores, ¿cómo han dicho que se llama lo que tengo?

García Maldonado, Simón | *Médico Residente de MFyC. CS Aguadulce Norte. Almería*
Pacheco Calvente, Francisco Javier | *Médico Especialista de MFyC. CS Aguadulce Norte. Almería*

Motivo de consulta

Prurito.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 56 años sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos, enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas previas. Tampoco refiere tratamiento habitual.

La paciente acude a consulta de Atención Primaria por prurito intenso localizado en antebrazos de 2 semanas de evolución. No refiere prurito en otras localizaciones. Desde que apareció ha aumentado su intensidad a lo largo de los días hasta dificultarle el sueño nocturno, sin modificaciones a lo largo del día. Ha tomado antihistamínicos que tenía de su marido en casa sin mejoría. No se ha aplicado cremas porque no se visualizaba lesiones en la piel, pero “desesperada por el picor ha probado a aplicar frío con hielo en la zona encontrando un gran alivio”. No refiere tener ni haber tenido lesiones cutáneas en ninguna zona del cuerpo en las últimas semanas.

Al interrogarle sobre el uso medicamentos en las últimas semanas refiere que solamente ha tomado fluconazol por una tiña del pie izquierdo que le diagnosticó un médico particular hace 1 mes. En el momento actual asintomática al respecto. Dejó de tomar el fluconazol hace 2 semanas, antes de empezar con el prurito.

También refiere que se puso la vacuna de la hepatitis A hace 4 meses por un viaje que ha hecho a Kenia de 15 días de duración hace 3 meses.

Al preguntarle sobre otra clínica asociada solo refiere dolores a nivel cervical y lumbar intermitentes que presenta desde hace años. No refiere fiebre, pérdida de peso ni sudores nocturnos. No hay cambios de coloración en las heces ni en la orina. No presenta molestias oculares, rinorrea, mucosidad ni odinofagia. Niega disnea o dolor torácico. No presenta dolor abdominal, náuseas, vómitos ni alteración del hábito intestinal. Tampoco refiere molestias genitourinarias.

Exploración física

Consciente, orientada en tiempo y espacio, eupneica en reposo, no presenta palidez ni ictericia de piel ni mucosas. La paciente se rasca continuamente la zona externa de ambos antebrazos mientras se encuentra en consulta. No se visualizan ningún tipo de lesiones cutáneas en el área afectada ni otras regiones del cuerpo.

A la exploración del cuello no se palpa bocio ni adenopatías.

Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Abdomen sin lesiones cutáneas, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo.

Extremidades inferiores sin lesiones cutáneas, edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales conservados.

A nivel neurológico, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación, movilidad ocular extrínseca conservada, resto de pares craneales sin alteraciones. Movilidad y sensibilidad de las 4 extremidades conservadas. Prueba de Romberg y dedo-nariz sin hallazgos patológicos. No rigidez de nuca.

Pruebas complementarias

Bioquímica, incluyendo urea, creatinina, TSH, bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina, PCR e IgE, dentro de la normalidad. Hemograma, incluyendo hemoglobina, leucocitos, eosinófilos y plaquetas, dentro de la normalidad. Coagulación sin hallazgos de interés. Serología de VIH, VHB y VHC negativa. Sistemático de orina y urocultivo sin hallazgos de interés. No se visualizan parásitos en heces ni orina. En radiografía lateral y anteroposterior de columna cervical no se visualizan signos de fractura; sí se observa rectificación cervical, disminución del espacio intervertebral y osteofitos vertebrales marginales.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido. No tienen animales en casa. No refiere problemas familiares, sociales ni laborales en los últimos meses. No prurito ni otra sintomatología en otros miembros del hogar.

Juicio clínico (lista de problemas y diagnóstico diferencial)

- Trastornos dermatológicos.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad hepática o biliar.
- Enfermedad tiroidea y diabetes.
- Tumores hematológicos.
- Infecciones sistémicas como VIH, varicela-zóster o parasitosis.
- Reacciones a medicamentos.
- Trastornos neurológicos incluyendo prurito braquiorradial, neuralgia postherpética o esclerosis múltiple.
- Trastornos psiquiátricos como prurito psicógeno o infestación delirante.

Plan de acción y evolución

Tras realizar una búsqueda e investigación sobre posibles causas de prurito sin lesiones cutáneas, se deciden las pruebas complementarias que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial y se observa que la clínica de nuestra paciente puede corresponder con un prurito braquiorradial, entidad clínica que desconocíamos hasta ese momento. Ante los resultados de las pruebas complementarias y la sospecha de prurito braquiorradial se pauta 1 cápsula de gabapentina 100 mg cada 24 horas y 1 aplicación de capsaicina tópica en crema cada 8 horas en el área donde hay prurito. Asimismo, se explica a la paciente los conocimientos de los que se dispone actualmente sobre dicha enfermedad y se le proporciona una nueva cita en consulta a la semana para valorar la respuesta clínica al tratamiento.

Evolución

Tras una semana con el tratamiento la paciente refiere tener mucho menos prurito, aunque afirma tener leve sensación de irritación tras la aplicación de capsaicina tópica. Asimismo, informamos de que en caso de empeoramiento clínico o aparición de nueva sintomatología vuelva a consultarnos.

Conclusiones

El prurito braquiorradial es una entidad clínica poco conocida que se caracteriza clínicamente por prurito que afecta al área dorsolateral proximal del antebrazo. Puede extenderse al brazo, cuello o parte superior del tronco y ser uni o bilateral. La mejoría sintomática con la aplicación de hielo se conoce como signo de la bolsa de hielo y es un hallazgo que puede ayudar a su diagnóstico. Aunque su patogenia no es bien conocida se ha relacionado con pinzamientos de raíces nerviosas cervicales, detectándose anomalías cervicales en pruebas de imagen hasta en el 93% de los casos. Igualmente, se ha descrito la radiación solar como factor exacerbante. En ocasiones se relaciona con tumores espinales que suelen proporcionar déficits motores o neurológicos acompañantes. Para su tratamiento pueden ser útiles anticonvulsivos orales como la gabapentina o la pregabalina así como anestésicos tópicos como la ketamina, lidocaína o amitriptilina. También se pueden usar la capsaicina o el mentol tópico.

Palabras clave

Prurito, antebrazo, vértebras cervicales (DeCS).

Dolor torácico. ¿Secuelas del Covid-19?

Andrade Sagone, Jose Manuel | *Médico Residente de MFyC. CS Ogíjares. Granada*
Ferrer Frías, María del Mar | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ogíjares. Granada*
Mendoza Barrios, Andrea María | *Médica Especialista de Neumología. HU San Cecilio. Granada*

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivo de consulta

Mareo y dolor torácico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 30 años, que inicia con mareo y visión borrosa mientras estaba en una reunión de trabajo. Posteriormente comienza con dolor en costado izquierdo de forma brusca. Se toma dexketoprofeno 25 mg, con lo que solo alivia de forma parcial; por lo que contacta con urgencias. No pérdida de consciencia, no tos, no expectoración, no disnea.

Diagnosticado 8 días antes de COVID 19, presentando únicamente odinofagia y fiebre.

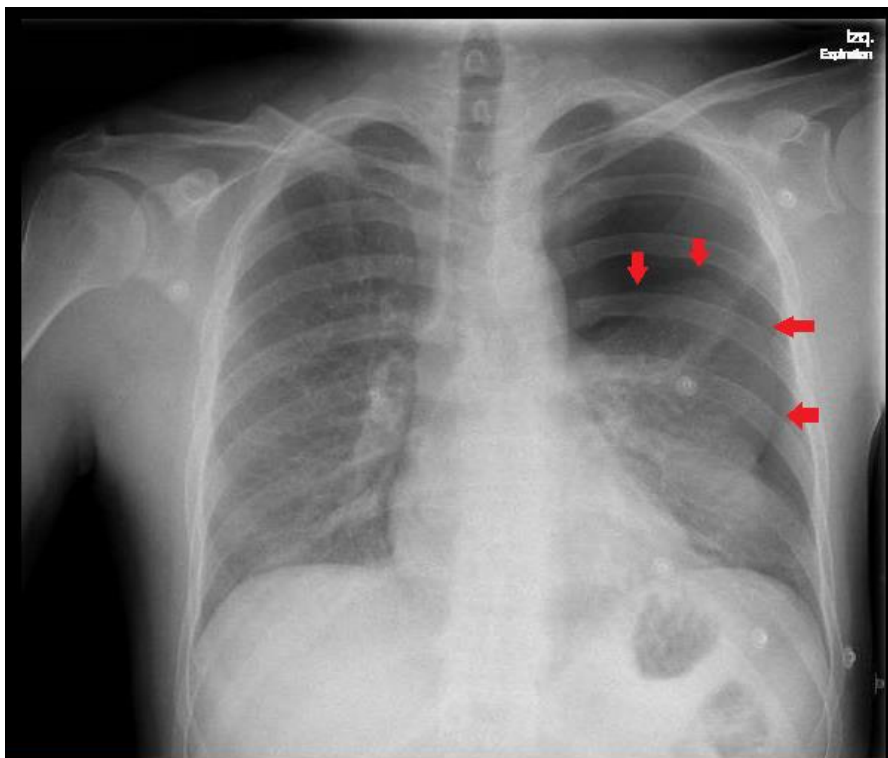
AP de asma bronquial estacional con deficiente control. En primavera utiliza furoato de fluticasona, levocabastina y loratadina. Conductas de riesgo: tabaquismo

Exploración física

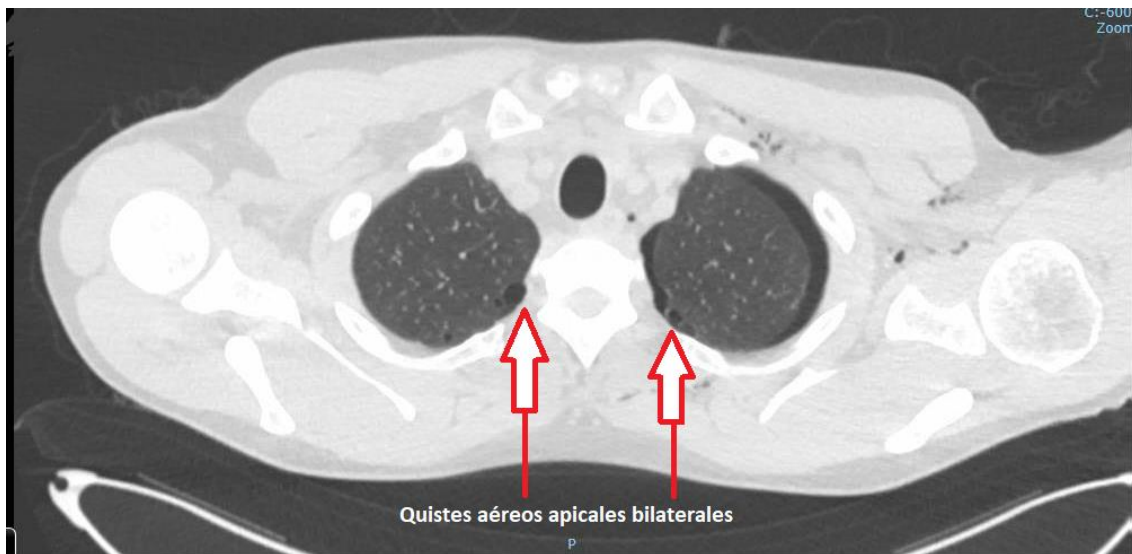
Signos vitales dentro de la normalidad. Consciente y orientado. Ventilación espontanea, sin disnea, con movilidad torácica normal. Disminución de murmullo vesicular en ápex izquierdo. No se aprecia ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca normal, rítmico.

Pruebas complementarias

RX tórax: neumotórax.



TAC tórax: leve neumotórax anterior en LSI con quistes aéreos apicales bilaterales, muy sugerente de Histiocitosis X.



Enfoque familiar y comunitario

El marero y el dolor torácico es una patología muy frecuente en la atención de urgencias tanto intra, como extra hospitalarias para el médico de familia. Desde el punto de vista de atención primaria, el espectro del dolor torácico ha presentado un repunte importante gracias al aumento en las patologías respiratorias secundarias a la infección por COVID 19; por lo que debemos realizar una minuciosa exploración para obtener una adecuada aproximación diagnóstica y una derivación oportuna ante posibles casos de neumotórax y enfermedades tromboembólicas, sin centrar nuestra atención únicamente en el antecedente de infección por COVID 19 y las posibles secuelas del ello.

Además, siendo el tabaquismo el principal factor modificable que predispone para el desarrollo de la Histiocitosis X, cabe resaltar la importancia de los programas de deshabituación tabáquica en las comunidades.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

1. Neumotórax izquierdo espontáneo, primer episodio; secundario a histiocitosis X
2. Infección reciente por COVID-19 (8 días antes)
3. Tabaquismo activo

Plan de acción y evolución

Durante evolución en planta de neumología persiste neumotórax apical izquierdo sin conseguir reexpansión a pesar de aspiración con drenaje pleural. Se intenta pinzar tubo de drenaje pleural, con desarrollo de enfisema subcutáneo. Por ello consultan con cirugía de tórax, que solicita realizar TAC. Ante resultados y la persistencia de fuga, se decide traslado a cirugía de tórax, quienes realizan videotoracoscopia izquierda y resección de bullas más pleurodesis.

Conclusiones

Se debe mantener un alto índice de sospecha de las diferentes patologías asociadas al dolor torácico, sin centrar únicamente nuestra atención en las complicaciones del COVID 19. Es fundamental el estudio adecuado del dolor torácico en un paciente joven con antecedente de tabaquismo.

Palabras clave

Dolor torácico, neumotórax, histiocitosis X.

Dolor torácico: utilidad de la ecografía en Atención Primaria

Cobo López, Elena | *Médica Residente de MFyC. HRU Málaga. Málaga*
 Milanés Rodríguez, Víctor | *Médico Residente de MFyC. HRU Málaga. Málaga*
 Montes Torres, Rafael | *Médico Especialista de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga*

Motivo de consulta

El paciente acude por dolor torácico y disnea de moderados esfuerzos de dos semanas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias):

Varón de 19 años. FRCV: fumador de 10 cig/día.

Antecedentes personales

No refiere antecedentes reseñables. Tratamiento habitual: ninguno.

Enfermedad actual: acude a consulta por dolor torácico precordial que se acentúa en decúbito supino de 2 semanas de evolución acompañado de disnea de moderados esfuerzos, sin fiebre ni otra sintomatología. El paciente había tomado analgesia a demanda al inicio del cuadro con empeoramiento de este desde hacía 2 días.

Exploración física

Buen estado general, consciente orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico en reposo, hemodinámicamente estable. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos con ligero roce pericárdico audible sin otros hallazgos. Auscultación pulmonar sin alteraciones. Resto de la exploración normal. Se realiza Electrocardiograma de urgencia en el Centro de Salud con resultado normal excepto taquicardia sinusal a 110 lpm.

Se decidió realizar ecocardiografía no reglada en Centro de Salud donde se evidenció derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico e ICT>0.5.

Enfoque familiar y comunitario

Antecedentes médicos familiares

No relevantes para el caso. Contexto familiar y social: desempleo y precariedad. Pobreza familiar. Abandono por parte del padre. El paciente trabaja de camarero a jornada completa y cuida de sus 3 hermanos. Por situación laboral el paciente demanda tratamiento. No quiere baja laboral ni acudir a Hospital

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico:

- Dolor torácico atípico sugestivo de pericarditis aguda/subaguda.
- Problemática social.

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica, TEP, neumotórax, ansiedad, patología osteomuscular.

Plan de acción y evolución

Ante la sospecha clínica se dialogó con el paciente de importancia y consecuencia de sus síntomas y fue derivado a Urgencias hospitalarias donde se amplió el estudio con Radiografía de tórax y analítica de sangre y nueva ecocardiografía.

Las pruebas complementarias realizadas objetivaron aumento de RFA (PCR y VSG), elevación troponinas y leucocitosis de 163000 con desviación izquierda. Resto de parámetros analíticos normales. EKG sin alteraciones respecto al previo. Asimismo, la ecocardiografía confirmó derrame pericárdico moderado y dilatación ventricular, y se ingresó al paciente a cargo de Cardiología para monitorización.

Tras 2 días de ingreso fue dado de alta con Juicio clínico de miopericarditis aguda y tratamiento correspondiente. Dadas las posibles secuelas se instó al paciente a una Incapacidad temporal obligatoria a pesar de situación socio-económica precaria dada la naturaleza de la enfermedad.

Conclusiones

La miopericarditis es un síndrome clínico provocado por la inflamación del pericardio que llega a suponer hasta un 5% de las consultas de urgencias por dolor torácico no isquémico. Su diagnóstico viene definido por la presencia de síntomas y hallazgos compatibles tanto en la exploración física como en las pruebas complementarias, esto es, EKG, AS (que incluya marcadores de inflamación y daño miocárdico), radiografía de tórax y ecocardiografía. Esta última es considerada de primera línea sobre todo de cara a descartar causas de inestabilidad hemodinámica.

La utilidad y la ventaja de disponer de ecógrafo en el Centro de Salud y saber cómo interpretar dicha prueba, ayuda a diagnosticar y sobre todo a descartar situaciones de gravedad clínica y actuar en consecuencia con una mayor información.

La pericarditis cuando va asociada a afectación miocárdica puede tener graves consecuencias clínicas y secuelas en población joven por lo que requiere reposo estricto y tratamiento con AINES/Colchicina con seguimiento posterior. Es una de las causas descritas de mioardiopatía dilatada permanente.

Autorización explícita del paciente a los autores para que su caso clínico sea publicado

Dr. Me duele el vientre al comer

Piedra Ruiz, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

Álvarez Limpo, Alicia | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Lucena I. Córdoba*

Motivo de consulta

Paciente de 47 años que consulta en Urgencias por molestias abdominales de predominio en epigastrio de una semana de evolución que se intensifica con la ingesta. No vómitos ni alteración del tránsito intestinal. No fiebre. Comenta coluria de 24-48 horas de evolución.

Enfoque familiar y comunitario

Divorciado, actualmente con pareja de hecho, dos hijos con pareja anterior con los que mantiene una buena relación. Buena vida social, trabajador almazara de aceite.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

Varón 47 años que acude por su pie, que lleva desde hace una semana con molestias gastrointestinales, sin presencia de nauseas o vómitos ni fiebre, niega regurgitaciones.

Antecedentes familiares

Padre y hermano con LOE cerebral. No cuadro diarreico. Sensación de pesadez y de distensión abdominal. Dolor epigástrico. Niega cuadro de gastroenteritis ni estreñimiento, pero si afirma de tener ocasionalmente digestiones pesadas.

Antecedentes personales: cefalea tensional, insomnio, ansiedad, lumbalgia crónica. No hábitos tóxicos. Mediación actual: omeprazol 20 mg 1c/ 24 h, buscapina 10 mg 1c/ 8 h, naproxeno 550 mg 1c/ 8 h.

Exploración física

B.E.G, consciente y orientado, colaborador, buena coloración de piel y mucosas, eupneico en reposo sin presentar cianosis ni tiraje. Abdomen: blando, depresible, abombado, doloroso a la palpación profunda sin palpar masas ni megalias con timpanismo con peristaltismo conservado, Murphy dudoso. No signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:

Se pide analítica con perfil dolor abdominal alto para posteriormente ampliar perfil colestásico: hb:15,4 g/dl. Leucocitos 7550. Glucosa 115 mg/dl. Creatinina 0.9 mg/dl. Bilirrubina total 3.9 mg/dl. Bilirrubina directa 2.58 mg/dl. Gamma glutamiltransferasa 506 U/L. AST 467 U/L. ALT 691 U/L. FA 185 U/L. Proteína C reactiva 19.10 mg/L.

Ecografía abdominal

Hígado de tamaño y ecogenicidad normal. Vesícula con numerosas litiasis en su interior, sin cambios inflamatorios en su pared. No aprecio dilatación de la vía biliar, aunque el colédoco no lo he podido valorar en su totalidad por interposición de gas intestinal. No se observa liquido libre. Diagnóstico: Colecistitis aguda litiásica.

Plan de acción y evolución

Se decide derivar al paciente al Servicio de Digestivo para estudio de extensión de colecistitis aguda litiásica. Por parte del Servicio de Digestivo se decide ampliar estudio con colangio RMN y mantener dieta absoluta junto analítica de control.

ColangioRMN: hígado de tamaño estructura normal sin lesiones. Vesícula de tamaño normal, de pared ligeramente engrosada y edematosa, con múltiples litiasis en su interior. Se observa contenido en colédoco distal desde la implantación del cístico (muy baja), que provoca una discreta ectasia de la vía proximal (colédoco de aproximadamente 6 mm) Páncreas, bazo y riñones sin alteraciones. Sin otros hallazgos de interés. Conclusión: Colecistitis aguda litiásica Discreta dilatación de vías biliares causada por contenido en colédoco distal, difícil de determinar si corresponde a barro otro tipo de lesión de crecimiento intraluminal. Recomiendo completar estudio con CPRE.



CPRE:

Realizamos colangiografía, objetivando una vía biliar de calibre normal, con un defecto de repleción a nivel distal de unos 6 mm de eje mayor. Cístico permeable.

Realizamos esfinterotomía sobre guía. Con balón se extraen dos moldes de barro biliar compactado con litiasis milimétricas. Se comprueba que no existen más material en colédoco, saliendo el balón insuflado a 2 cc sin dificultad. Colangiografía con oclusión distal sin otros defectos de repleción. Diagnóstico: Coledocolitiasis. Esfinterotomía biliar. Extracción completa de coledocolitiasis

Tratamiento:

Dieta líquida con buena tolerancia. Se inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 1 g/ 24 h dados los hallazgos de la colangioRMN, Se solicita CPRE junto a control analítico con marcadores e interconsulta con cirugía que recomienda CPRE.

- Dieta baja en grasas.
- Ejercicio físico diario.

El que venía realizando antes de su ingreso, al que añadirá:

- Si dolor: paracetamol 1 g cada 8 horas. Alternar con metamizol 575 mg cada 8 horas.
- Si vómitos: metoclopramida 1 comprimido cada 8 horas.

Valoración de colecistectomía en su hospital de origen.

El paciente actualmente presenta estabilidad clínica acompañado de dieta baja en grasas con controles analíticos semestrales dentro de la normalidad estando asintomático a día de hoy y no desea colecistectomía por el momento.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

- Colecistitis aguda litiásica.
- Cólico biliar complicado.

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis. Apendicitis. Pielonefritis. Absceso hepático. Hepatitis. Neoplasia hepática. Perihepatitis. Pleuritis. Colangitis.

Conclusiones

El dolor abdominal es frecuente y a menudo de poca importancia. Un dolor abdominal intenso de aparición súbita (dolor agudo), sin embargo, casi siempre indica un problema importante, superando en la mayoría de las series el 50% de asistencia en los Servicios de Urgencia, tanto extra como hospitalaria. El dolor puede ser el único signo que indique la necesidad de una intervención quirúrgica y requiere atención inmediata, siendo muy importante recoger una buena anamnesis durante la entrevista clínica para orientar la exploración y pruebas complementarias y así arrojar luz al caso, así como un buen tratamiento de la analgesia para el confort del paciente.

Palabras clave

Litiasis biliar. CPRE. Colecistitis. Hiperbilirrubinemia. Coluria.

Bibliografía

Mascort Roca J. Carrillo Muñoz R. Patología digestiva Martín Zurro A. Cano Pérez J.F. Gené Badia J. Atención Primaria, Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª edición. Barcelona. Elsevier; 2014.

Efectos secundarios de un “simple” TAC con contraste

Piquer De Aynat, Carmina | *Médica Residente de MFyC. UGC Garrucha (Consultorio Mojácar). Almería*
 Esteban López, María Del Mar | *Médica Especialista de MFyC. UGC Garrucha (Consultorio Mojácar). Almería*
 Giménez Morales, Desireé | *Médica Residente de MFyC. UGC Garrucha (Consultorio Mojácar). Almería*

Motivo de la consulta

Malestar general y focalidad neurológica en un paciente previamente independiente.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón, 66 años, acude a Urgencias hospitalarias por astenia, mareo inespecífico y dos síncope en las últimas 24 horas. Describe inestabilidad para la marcha, alteración de la percepción de la profundidad a la hora de coger objetos, disminución de la diuresis y dos síncope súbitos, sin pródromos previos. No ha presentado fiebre, diarrea, vómitos ni otra clínica infecciosa.

Como *antecedentes personales*: no presentaba alergias medicamentosas conocidas y tenía hipertensión arterial en tratamiento con Olmesartán. Había comenzado estudio en Digestivo por rectorragias desde hacía meses, habiéndose realizado una colonoscopia que informaba de neoformación en colon a nivel de ángulo hepático del que se tomó biopsia y se solicitaba un TAC abdomino-pélvico con contraste, el cual se había realizado en las 72 h previas a la consulta en urgencias.

A la Exploración física

- Constantes: TA 85/55 mmHg, FC 74lpm, SatO₂ aire ambiente a 98%.
- Regular estado general y regular hidratación.
- Auscultación cardiopulmonar normal.
- Abdomen globuloso, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias.
- No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.
- Exploración neurológica: Glasgow 15/15, orientado en las tres esferas, no focalidad en pares craneales. No pérdida de fuerza ni sensibilidad en ninguna de las extremidades. Romberg positivo (inestable en todas las direcciones). Marcha no valorable. No afasia ni disartria.

Se solicita: hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa, sistemático de orina con iones, electrocardiograma, y TAC craneal sin contraste. A destacar como resultados, en sangre: creatinina 3,81 mg/dl y urea 150 mg/dl, siendo las previas normales, y en orina: sodio 46 meq/L y Creatinina 126,3 meq/L. Se solicita ecografía abdominal para valoración renal, que se informa como normal.

Enfoque familiar y comunitario

Procedente de Inglaterra. Vive solo en zona rural. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Jubilado.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Entre los diagnósticos diferenciales que se barajaron fueron: Insuficiencia renal aguda (IRA) prerrenal o parenquimatosa, cáncer o metástasis renales/cerebrales, síncope de origen cardiogénico o síndrome constitucional.

Plan de acción y evolución

Se diagnostica al paciente de IRA parenquimatosa secundaria al contraste yodado usado en los días previos para la realización del TAC. Se deriva al Área de Observación de Urgencias y se comienza tratamiento de nefroprotección con N-Acetilcisteína y sueroterapia intensa intravenosa.

Evolución

Tras el tratamiento, comenzó con buenas diuresis (2000 ml/24 h), mejoró la tensión arterial 120/80 mmHg y mejoraron sus cifras de creatinina: 1,9 mg/dl. Se fue de alta de Urgencias y continuó estudio de masa en colón en Consultas de Diagnóstico Rápido de Digestivo.

Conclusiones

Nunca podemos debemos olvidar los posibles efectos secundarios de las pruebas complementarias que se realizan los pacientes de forma ambulatoria. Y por eso la importancia del médico de familia, de haber realizado de forma correcta la anamnesis y la exploración física, para que la indicación de toda prueba sea lo más eficiente posible y el beneficio supere el riesgo.

Ante cualquier clínica con focalidad neurológica, se debe descartar siempre organicidad.

Palabras clave

Neurológico, contraste, iatrogenia.

El increíble hulk

Bautista Simón, Ángeles | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Montes Vázquez, Marcela | *Médica Especialista de MFyC. CS La Chana. Granada*

Cuadrado Alburquerque, Celia Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Paciente varón de 51 años con erupción cutánea generalizada de 1 mes de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente sin alergias medicamentosas conocidas. Presenta lesiones eritematodescamativas de 1 mes de evolución en región facial que se extienden en sentido cefalocaudal, con intenso prurito. En tronco y espalda se objetivan áreas de piel sana respetadas y en las palmas de las manos aparece cierta queratodermia anaranjada. Está en tratamiento con prednisona 30 mg en pauta descendente, que al bajar a 10 mg provoca una recaída del cuadro.

Niega síndrome constitucional ni sudoración nocturna. Se palpan dos adenopatías cervicales.

En consulta de dermatología se toma biopsia punch para estudio histológico, que se informa como pitiriasis rubra pilaris. Se solicita ecografía cervical para filiar las adenopatías palpadas, con resultado normal.

Análítica con hemograma normal sin leucocitosis ni neutrofilia, PCR 19, bioquímica con perfil hepático y lipídico normal. Serologías de VHB, VHC, VIH y treponema pallidum negativas. IGRAs negativas.

Enfoque familiar y comunitario

Buen apoyo familiar y social.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se realiza revisión de posibles causas de Pitiriasis rubra pilaris: antecedentes de vacunación por covid-19 24 horas antes de la aparición del cuadro. Antecedentes de toma de IECAS 4 meses antes que también pueden ser el causante de la patología, por lo que se suspende Enalapril que tomaba y se cambia por Losartán.

Toxicodermia vs Pitiriasis rubra pilaris

Plan de acción y evolución

Acitretino 10 mg/día con las comidas, con control analítico (perfil hepático y lipídico) al mes. Si parámetros normales, subir dosis a 20 mg al día. En revisión al mes, el paciente no mejora del cuadro, con prurito, eritema y descamación generalizada, con hiperqueratosis palmoplantar severa. Dada la mala respuesta al tratamiento y la gran afectación de la calidad de vida, se presenta al comité de tratamientos biológicos y se propone el inicio con secukinumab 300 mg, indicado como segunda línea tras fracaso de acitretino. La posología indicada es una inyección cada semana durante 4 semanas y después 1 cada 4 semanas. El paciente mejora rápidamente del cuadro, con disminución del eritema, descamación y prurito tras dos inyecciones.

Conclusión

Ante procesos eritema descámaticos hemos de incluir la PRP dentro de los posibles diagnósticos diferenciales que incluye psoriasis, queratosis pilar, dermatitis atópica, ictiosis, eccemátides foliculares, liquen espinuloso, frinoderma, linfoma de células t, liquen plano pilar, así como otras causas de eritrodermia. Ante el diagnóstico diferencial con psoriasis, es de ayuda la ausencia del signo de Auspitz y del signo de la vela, además de la presencia de islas de piel no afectada. Es también muy útil en la consulta de AP el uso de la dermatoscopia para mejorar la precisión de la evaluación clínica. En la PRP se observan múltiples áreas amarillentas redondas u ovaladas con tapones queratósicos centrales y vasos periféricos lineales y puntiformes.

Además, se observan características muy distintivas en la PRP con respecto a las placas de psoriasis, que es el diagnóstico diferencial más común. A diferencia de la PRP, en estas placas se observan vasos puntiformes distribuidos uniformemente en un fondo rojo claro con escamas blancas difusas.

Una vez confirmado histológicamente el diagnóstico se deben investigar patologías relacionadas como enfermedades autoinmunes, y síndrome paraneoplásico.

En la literatura están descritas distintas complicaciones cutáneas raras producidas por la vacunación por covid-19, entre ellas la pitiriasis rubra pilaris, diagnóstico que se confirmó mediante el estudio histopatológico. La coincidencia temporal de la vacunación frente al covid-19 y la aparición de una afectación cutánea debe dirigir hacia aquella la causa desencadenante de ésta. Es importante recordar la labor de la Atención Primaria en el primer contacto con el paciente y la realización de una buena anamnesis para llegar a la causa de los síntomas.

Palabras clave

Covid19, vacuna, pitiriasis rubra pilaris

Bibliografía

Kumar S, Vinay K y Radotra BD, Dermoscopy of erythrodermic pityriasis rubra pilaris, Indian Dermatol Online J 2019; 10(4):500-1.

Lallas A, Apalla Z, Karteridou A y Lefaki I, Dermoscopy for discriminating between pityriasis rubra pilaris and psoriasis, J Dermatol Case Rep 2013; 1:20-2.

Arenas R, Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento, 7a ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 2019

Hunjan MK, Roberts C, Karim S, Hague J. Pityriasis Rubra Pilaris like eruption following administration of the BNT163b2 (Pfizer BioNTech) mRNA COVID-19 vaccine. Clin Exp Dermatol. 2022; 47(1):188-90. doi: 10.1111/ced.14878

El viaje no termina cuando la patera alcanza tierra

Orellana Lozano, Francisco Javier | *Médico Especialista de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*
Buendía Moreno, Triana Natividad | *Médica Residente de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*

Motivo de consulta

Paciente de 18a. acude por bultos en la cara submandibulares bilaterales, que parecen molestarle, de varios meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Migrante, refugiado de Senegal, barrera idiomática completa, acompañado por técnico de una ONG, que hace de traductor, sin AP de interés conocidos, nos relata que tras haber estado 4 meses en su primer contacto con España, a donde llegó en patera, está ahora con ellos. No ha tenido fiebre ni otros síntomas generales que le hayan hecho acudir al hospital a su llegada, ha permanecido asintomático salvo por las lesiones dérmicas que parece que le van creciendo y molestan.

Exploración

Lesiones irregulares lineales dérmicas quísticas submandibulares dolorosas y de consistencia elástica de unos 2*1 cm en la derecha y unos 3*1 cm en la izquierda.

Imágenes:



Le solicitamos el protocolo del migrante de pruebas complementarias.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente migrante refugiado, soltero, sin familia aquí, actualmente vive con otros migrantes en piso de acogida de la ONG.

Desconocemos los antecedentes familiares de posible interés en relación con el cuadro que presenta el paciente, pero sí le indicamos al técnico que lo acompaña que hagan observación de otros síntomas por el posible origen infeccioso y que acudan a consulta de nuevo, o a Urgencias Hospitalarias, sobre todo si presentase fiebre o síntomas respiratorios.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Xantomas

Diagnóstico diferencial

Queloides, escrófula

Plan de acción y evolución.

En el protocolo del migrante se encuentra analítica de sangre y orina normales y Mantoux positivo, ampliándose el estudio con baciloscopia y cultivo seriado del esputo que son negativos y radiografía del tórax que resulta asimismo normal.

Reinterrogado el paciente en consulta en una segunda entrevista para la recogida de las pruebas complementarias, con otro técnico que comprende mejor su idioma y con el que además parece tener mejor relación, cuenta que las lesiones dérmicas le aparecieron en las zonas de apoyo submandibulares donde tenía roce con la cara en la patera en la que vino a España, desde su llegada, que antes no las tenía. El técnico me confirma que él ha visto a otros compañeros de nuestro paciente anteriormente con "cicatrices" similares en zonas de apoyo de la patera.

Dado que han crecido con respecto a la exploración inicial y molestan se deriva a dermatología para su valoración y posible exéresis.

Seguimos pendientes de la evaluación por Dermatología para la confirmación diagnóstica.

Conclusiones

Es misión del médico de familia conseguir eliminar las barreras idiomáticas y las barreras culturales que puedan existir, para una buena valoración del paciente, para realizar una *Anamnesis* lo más exacta posible, creando un clima de confianza y mostrando empatía con los migrantes que habitualmente son población vulnerable.

Además se deben seguir los protocolos establecidos en población migrante, independientemente de que no presenten sintomatología en los primeros contactos con el sistema sanitario, para una correcta orientación diagnóstica y que no se nos escapen enfermedades potencialmente graves.

Palabras clave

Communication barriers, keloid, scrofula.

Encontrar la aguja en el pajar de la ansiedad

García Ors, Guillermo | *Médico Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*
 Huertas Barros, Miriam | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*
 López De Priego García, Virginia | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Atendemos telefónicamente a Marta, una mujer de 30 años que consulta por ansiedad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Primera consulta: telefónica

Es la primera vez que atendemos a Marta, no conocemos su historia sociosanitaria. Vemos que únicamente tiene *antecedentes personales* de trastorno de ansiedad generalizada.

Durante la conversación nos comenta que los episodios de ansiedad que sufre son similares a los que ha tenido en otros momentos de su vida. Aunque en esta ocasión el motivo es diferente. La primera vez se debió al nacimiento de su hijo, sin embargo ahora se debe a problemas laborales con su superiora. Describe los episodios de ansiedad como una sensación subjetiva de dificultad para respirar que se acompaña de opresión torácica. Son episodios autolimitados, sin claro desencadenante.

Revisando el historial médico de Marta vemos que en la última consulta que tuvo con su antiguo médico de familia, también telefónica, comentaba que tenía molestias abdominales en epigastrio. Le preguntamos por eso y nos explica que continúa con esas molestias pero que está segura de que es por el estrés y la ansiedad.

En esa misma consulta telefónica con el anterior médico, Marta también comentó que en la analítica de la empresa tenía anemia con “signos de inflamación”. Aprovechamos para ver la analítica de control que le pido el compañero. Destacan una PCR de 26.7 y una anemia microcítica con ferropenia.

Debido a la mala situación emocional de Marta, así como a su malestar físico, decidimos cursar la incapacidad temporal. La citamos en consulta programada 5 días más tarde para verla de forma presencial. Queremos hacer una nueva anamnesis con más tiempo, y completar la historia con una exploración física, así como, ver los resultados de una nueva analítica de sangre.

Segunda consulta: presencial

En la segunda consulta Marta continúa achacando su malestar físico y emocional a su situación laboral. A pesar de la baja laboral no ha mejorado, continúa con molestias torácicas tipo opresivas y dolor en epigastrio. En la anamnesis dirigida comenta que tiene molestias orofaríngeas con aftas; dispepsia, con dolor tipo cólico intermitente; y náuseas crónicas. No refiere tener vómitos, ni diarrea, ni cambios en el hábito intestinal, aunque sí sangre roja con las heces, que achaca a una fisura anal.

Exploración física

- BEG. COC. Normohidratada y perfundidad. Eupneica en reposo.
- ORL: faringe algo hiperémica, sin placas ni enantema, no edema de úvula.
- Axilas y zona supraclavicular sin adenopatías
- AC: rítmico sin soplos
- AP: mvc en todos los campos pulmonares, sin ruidos sobre añadidos.
- Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación profunda, sin signos de periodismo. Murphy, Blumberg, Psoas y Rovsing negativo.
- MMII: no edemas, ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias

Hemograma: Hb 11.8, VCM 75.9, plaquetas 445.000, leucocitos 9.360, neutrófilos 7.280 (77%), linfocitos 1.170 (12.50%). Bioquímica: Glu 74, HbA1c 5.5, crea 0.69, colesterol 169, GGT 16, GPT 12, CPK 36. Iones: Na 141, K 4.4, Ca 9.3. Perfil Ferrico: hierro 23, ferritina 19.1, transferrina 299, IST 6%. PCR 26.6. Coagulación: normal, excepto fibrinógeno 543.

Sistemático orina: normal. Serología de VHA, VHB VHC y VIH: normal.

Plan: nos aseguramos de que la analítica no se ha realizado coincidiendo con ningún proceso infeccioso/febril. Decidimos pautar tratamiento para la ansiedad con lorazepam, y adoptamos actitud expectante para ver evolución. Explicamos síntomas de alarma.

Tercera consulta: presencial

Marta acude 5 días más tarde por empeoramiento clínico. Describe dolor abdominal en epigastrio tipo cólico, con sensación de inflamación retroesternal. Además refiere cambios en el hábito intestinal, con astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada. Rehistoriandola de nuevo nos comenta que un tío materno tiene enfermedad de Crohn.

Enfoque familiar y comunitario

Marta vive junto a su marido y a su hija. Tiene buen apoyo socio familiar, buena relación con marido e hija. Nivel socio-cultural medio. No realiza ningún tipo de seguimiento por parte de salud mental.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Dolor abdominal con signos clínicos y analíticos de enfermedad inflamatoria intestinal.

Plan de acción y evolución

Los síntomas que describía Marta nos hacían sospechar que pudiese haber algún otro proceso intercurrente. Llevaba más de dos meses con episodios de dolor abdominal intermitente, que recientemente se había agravado. Además, las pruebas complementarias también nos indicaban un proceso inflamatorio desde hace meses. Todo esto, junto con los antecedentes familiares de enfermedad de Crohn, nos llevaron a solicitar un calprotectina en heces.

Unos días más tarde los resultados eran positivos para SOH +++/+++ (en ese momento no tenía sangrado macroscópico) y unos valores de calprotectina de 2.821. En este punto ante la sospecha tan alta de una enfermedad inflamatoria intestinal se decidió derivar a Marta al servicio de medicina digestiva para estudio endoscópico. Dos meses más tarde se le realizó una colonoscopia donde se vio que tenía múltiples úlceras en el íleon, el ciego y el colon ascendente, compatibles con Enfermedad de Crohn Ileocólica (EC). Diagnóstico que se confirmó con la anatomía patológica.

Comenzó tratamiento con budesonida y los síntomas abdominales comenzaron a resolverse. Lo que mejoró considerablemente tras el diagnóstico y el tratamiento de la EC fueron sus síntomas de ansiedad, sin necesidad de tener que tomar lorazepam.

Conclusiones

De la historia de Marta podemos sacar varias reflexiones. La primera de ellas es la vital importancia de hacer una buena anamnesis. Independientemente de la explicación que de el paciente de sus síntomas siempre debemos perseverar en realizar una buena historia clínica. En este caso en concreto fue la discordancia entre la sintomatología psiquiátrica y la digestiva la que nos hizo sospechar que pudiese haber algún otro proceso intercurrente.

Otro aspecto importante a resaltar de la anamnesis es la importancia de preguntar por los antecedentes personales. El hecho de que tuviese un familiar de segundo grado con una enfermedad inflamatoria intestinal contribuyó a reforzar nuestras sospechas diagnósticas.

Por último, fue la longitudinalidad y la accesibilidad, características de la medicina de familia y comunitaria, las que contribuyeron y facilitaron el seguimiento y posterior diagnóstico de la enfermedad de Marta.

Eosinofilia en atención primaria, ¿qué debo hacer?

Lorente Callejo, María | *Médica Residente de MFyC. CS Bollullos par del Condado. Huelva*

Toribio Vázquez, Julia | *Médica Residente de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva*

Morán Rocha, Teresa | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Bollullos par del Condado. Huelva*

Motivo de consulta

Astenia de un mes de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 27 años con antecedente de psoriasis en cuero cabelludo sin tratamiento en el momento de la anamnesis. Niega alergias a medicamentos ni hábitos tóxicos.

Acude a consulta por astenia de un mes de evolución sin otra sintomatología acompañante. No asociaba fiebre, síntomas respiratorios ni digestivos. Negaba melenas ni pérdida de peso. Indicaba haber presentado lesiones en pierna y antebrazo izquierdo valoradas por Dermatólogo privado con diagnóstico de psoriasis iniciando tratamiento tópico con estilar. Negaba viaje al extranjero ni uso de nuevos fármacos. Comentaba episodio de anemia por sangrado menstrual abundante el año anterior por el que precisó tratamiento con hierro con buena respuesta.

Consciente en las tres esferas, con buen estado general. Se apreciaba buena hidratación de piel y mucosas, manteniéndose afebril. TA 123/68 mmHg, peso 65'9 kg y talla 159 cm. A la auscultación cardíaca se objetivaban tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Eupneica en reposo con buen murmullo vesicular. Exploración abdominal anodina sin palpase masas o megalias, así como ausencia de adenopatías. Presentaba placa eritemato-descamativa en codo izquierdo sin otras lesiones dérmicas.

Se solicitó analítica con perfil de anemia, destacando leucocitosis con cifras de eosinófilos muy elevadas (9430 eosinófilos/mm³). Ante dichos hallazgos se cursó nuevo control analítico incluyendo parásitos en heces, estudio hepático y serología. Se confirmó leucocitosis y eosinofilia marcada tras comprobación por microscopio. El resto de la analítica no mostró hallazgos relevantes, salvo IgE 48'2 (perfil lipídico y hepático dentro de la normalidad; Giardia Lambia y Cristosporidium en heces negativo; serología VIH, VHB y VHC negativas).

Enfoque familiar y comunitario

Independiente para todas las actividades de la vida diaria. Trabajadora en una clínica dental. No refiere enfermedades familiares hereditarias.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Trastornos alérgicos, parásitos, fármacos, neoplasias hematológicas y de tejidos sólidos, causas endocrino-metabólicas, enfermedades inmunológicas no alérgicas.

Plan de acción y evolución

Debido a que se trataba de una eosinofilia grave en paciente con astenia se derivó a Medicina Interna donde solicitaron las siguientes pruebas complementarias hemograma con frotis de sangre periférica, estudio de parásitos, Rx de tórax y TAC de abdomen. En radiografía torácica apreciaron ensanchamiento mediastínico que fue confirmado por TAC toraco-abdominal. El informe indicaba la presencia de masa mediastínica anterior con múltiples adenopatías prevasculares, cadenas mamarias internas, hiliares pulmonares derechas y en menor medida axilares, a valorar proceso linfoproliferativo como primera sospecha diagnóstica.

Deciden derivación a Hematología para completar estudio.

Evolución

Durante el tiempo transcurrido entre la primera valoración en consulta de Atención Primaria hasta la fecha de consulta con Hematología, a los 3 meses aproximadamente, la paciente percibió la aparición de bultoma en región pectoral derecha correspondiente a la extensión de la masa mediastínica en estudio. Negaba síntomas B, aunque había perdido 5 kilos aproximadamente en los dos últimos meses.

Desde Hematología programaron BAG de la masa mediastínica que informó de la presencia de partes blandas con necrosis e intenso infiltrado linfocitario atípico (CD20 +, bcl2 +, CD10 -, MUM1 -), con presencia dispersa de células con núcleo grande y claro con nucleolo prominente, que expresan CD15 y CD30, acompañadas de numerosos eosinófilos obteniendo el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin tipo clásico.

Ampliaron estudio con ecocardiograma, sin hallazgos patológicos, y PET/TAC que indicó la presencia de masa hipermetabólica mediastínica y afectación linfática axilar bilateral sugestiva de malignidad en paciente en estudio por sospecha de síndrome linfoproliferativo. Así mismo se describía aumento generalizado de captación por parte de la médula ósea sin poder descartar totalmente malignidad. Ante dichos hallazgos informaron a la paciente de la necesidad de completar estudio con biopsia de médula ósea.

Solicitaron valoración por parte de Ginecología para completar proceso de criopreservación. La paciente fue sometida a ciclo de estimulación ovárica controlada comprobando tras finalización del primer ciclo la ausencia de respuesta ovárica, optando por suspender la punción. La paciente no deseaba demorar la quimioterapia, por lo que canceló nuevo ciclo y desestimó opción de administrar decapeptyl para inducir la ovulación.

Iniciaron ciclo de quimioterapia ABVD pendiente de resultados de biopsia de médula ósea para conocer estiaje (IIB provisional). En tratamiento actual con Alopurinol 300 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, ferbisol 1 comprimido/24 h, aciclovir 800 mg/24 h, septrim forte 1 comprimido/24 h (Lunes, miércoles y Viernes), ondansetron 8 mg/8 h si náuseas o vómitos.

Conclusiones

La eosinofilia es una alteración analítica que se encuentra con relativa frecuencia en la práctica clínica de la Atención Primaria. Se define como el aumento del número total de eosinófilos en sangre periférica por encima de 500 células/mm³. Ante sus múltiples etiologías el médico/a de familia debe ser capaz de discernir si se trata de un hallazgo benigno o bien sea consecuencia de patología maligna. Es por tanto de extrema importancia realizar una detallada historia clínica y una exploración física completa que permita realizar un diagnóstico diferencial adecuado con el fin de instaurar el tratamiento específico para cada una de las posibles causas.

Ante hallazgo de eosinofilia es necesario recoger en la historia clínica el consumo de fármacos, viajes recientes, antecedentes de atopia y síntomas generales. En cuanto a la exploración es importante tomar las constantes, realizar una completa inspección cutánea, auscultar y explorar el abdomen, así como buscar de forma activa adenopatías patológicas. Se recomienda solicitar analítica que incluya hemograma, perfil hepático, perfil renal, IgE, VIH, parásitos y coprocultivo así como pruebas de imagen en función de los síntomas (radiografía de tórax, ecografía abdomen, ecocardiograma, TAC)



Estoy perdiendo mucho peso...

Vidal I Grivé, Clara | *Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada*
 García Caballos, Marta | *Médica Especialista de MFyC. CS Cartuja. Granada*
 Crelgo Alonso, Laura | *Médica Especialista de MFyC. CS Cartuja. Granada*

Motivo de consulta

Mujer de 54 años acude a consulta por una bajada de peso involuntaria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Sin alergias medicamentosas conocidas ni tratamiento habitual.

Antecedentes personales

De carcinomas basocelulares en frente de repetición intervenidos en varias ocasiones. Microcalcificaciones en mama sin significado patológico con seguimiento mamográfico. Escasas consultas previas al centro de salud, dispone y hace uso de un seguro privado. Antecedentes familiares de tía materna con cáncer de mama.

En los últimos 2 meses ha observado una pérdida de peso involuntaria de unos 5kg. Asocia hiporexia y un aumento del reflejo gastro-cólico. Lo relaciona con estar muy estresada (antecedentes de pérdida de peso ante situaciones similares).

Peso actual de 52,5kg para una altura de 1,65m (IMC 19,28 kg/m²). La tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno están dentro de los valores de normalidad. La exploración cardiopulmonar, tiroidea y abdominal es anodina.

Aporta una analítica reciente de la empresa rigurosamente normal, con la función tiroidea incluida.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con una hija mayor de edad que viaja mucho por sus estudios y otra hija menor edad. Ambas sanas y sin problemática aparente. Casada, con buena relación con el marido, pero desde hace varios meses este vive fuera de Granada por motivos laborales. Sin otra familia directa en la ciudad.

Nula red social fuera del núcleo familiar. Trabajo de responsabilidad por turnos.

Perdió hace años las relaciones de amistad en la ciudad debido a los horarios y el ritmo de trabajo, que le imposibilitan la vida social. Se percibe atrapada entre la casa y el trabajo sin poder desarrollar ninguna actividad de ocio. Gran sobrecarga en el trabajo con algunas dificultades relacionales con los compañeros y mala tolerancia a la turnicidad.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial

- Hipertiroidismo: puede justificar la pérdida de peso, el aumento de ritmo gastrointestinal y cierto nerviosismo. Sin embargo, ante una analítica reciente con la función tiroidea normal, la sospecha actual es baja.
- Proceso neoplásico: explicaría una pérdida de peso con o sin anorexia involuntaria. Algunas neoplasias pueden aumentar el ritmo gastrointestinal. Sin embargo, no tiene otra sintomatología focal que nos oriente en este sentido y, además, aporta una analítica básica normal. No es la primera opción diagnóstica, pero se valorará hacer más pruebas para descartarla más adelante, según la evolución del caso.
- Síndrome ansioso depresivo reactivo: podría causar la pérdida de peso, posiblemente con un componente de hiporexia y la alteración del ritmo gastrointestinal. Dado el contexto actual laboral, social y familiar de la paciente esta opción sería altamente plausible, dado que ella misma identifica los cambios en su vida como fuente de estrés.

Plan de acción y evolución

Explicamos nuestra sospecha diagnóstica y exploramos posibilidades de cambio en su estilo de vida que puedan mejorar su situación. Ofrecemos consejo sobre dieta y ejercicio para poder subir de peso y ganar masa muscular. Además, se ofrecen estrategias de manejo del estrés con ejercicio o técnicas de relajación.

Asignamos fecha de revisión en dos semanas para reevaluar los síntomas y controlar el peso.

Evolución

En la primera visita de revisión el discurso sigue muy centrado en el estrés laboral y la falta de soporte familiar y social. No obstante, su preocupación principal es la pérdida de peso y de masa muscular. Refiere dificultades para encontrar tiempo para hacer ejercicio y se ha comprado un suplemento proteico. Ha aumentado un kilogramo respecto la visita anterior. Reiteramos nuestra sospecha diagnóstica y ofrecemos iniciar tratamiento farmacológico y psicoterápico, pero ella no lo ve necesario por el momento.

Al cabo de un mes vuelve a la consulta en dos ocasiones con clínica de abulia, inquietud, insomnio, discurso repetitivo centrado en las dificultades en el trabajo y su situación familiar. Llama la atención una marcada labilidad emocional con llanto fácil en consulta. Dice que no logra disfrutar de nada, ni siquiera de “lo bueno que me pasa” y estar totalmente sobrepasada por las circunstancias. En este caso ya acepta la posibilidad de iniciar tratamiento. Se remite al psicólogo del equipo de salud mental, ubicado en nuestro centro de salud, y se inicia tratamiento farmacológico con un antidepresivo y una benzodiazepina de corta duración como inductor de sueño. Acordamos también que se beneficie de una baja laboral y que comience a trabajar con su familia para exponerles sus necesidades.

Pasado otro mes desde el inicio del tratamiento farmacológico y psicoterápico, se cita para revisar la respuesta al mismo. Refiere seguir con crisis de ansiedad, aunque son más ocasionales y de menor intensidad respecto al inicio del proceso. El discurso es más sereno, aunque sigue centrado en la problemática laboral, de la que no logra desconectar del todo.

En las visitas de seguimiento de las siguientes semanas la mejoría del ánimo es notoria. Además, el marido consigue volver a trabajar en la misma ciudad y comienza a acudir a las visitas acompañada por él.

Conclusiones

Para la resolución de este caso fue necesaria la predisposición de la paciente de comunicar sus preocupaciones personales, ya que sin ellas nos habrían faltado datos clínicos. Es imprescindible una buena relación médico-paciente y tener en consulta un ambiente propicio para que los pacientes se sientan escuchados y tengan consciencia de la influencia de su vida social, familiar y laboral en la salud y el bienestar. Además, es importante resaltar que nuestra labor solo se basó en acompañar y ofrecer algunas herramientas terapéuticas a la paciente, para que consiguiera salir hacia adelante ella misma.

Un factor indispensable fue el tratamiento psicoterápico acompañante, brindado en el mismo centro de salud. La oportunidad de compartir centro con el psicólogo nos permitió trabajar conjuntamente para optimizar el tratamiento.

Asimismo, consideramos interesante resaltar la importancia de ahondar en el contexto del paciente ante sospecha de signos psicósomáticos, que pueden pasar desapercibidos como síntomas exclusivamente físicos. Dado que su contexto familiar, social y laboral nos puede ayudar a dirigir nuestros esfuerzos al origen del problema.

Eutanasia: barreras en Atención Primaria. A propósito de un caso

Cobo Valenzuela, Nuria | *Médica Especialista de MFyC. CS Bulevar. Jaén*
Rosario Castillo, Ámida | *Médica Residente de MFyC. CS Bulevar. Jaén*
Pérez Membrive, Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS Bulevar. Jaén*

Motivo de consulta.

El paciente solicita la prestación de ayuda a morir a su médico de atención primaria desde su domicilio por un proceso oncológico en fase de cuidados paliativos.

Está en seguimiento domiciliario conjunto por el equipo de paliativos, la enfermera gestora de casos, trabajadora social y su médico y enfermera de atención primaria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 69 años. Linfoma No Hodgking T de 6 meses de evolución.

Enfoque familiar y comunitario.

El paciente vive con su esposa, la cual al principio muestra rechazo a la decisión de su marido, aunque al final acaba aceptándola.

El paciente cuenta con el apoyo emocional y de cuidados de sus tres hijos durante todo el proceso (su madre acaba delegando en ellos estas funciones) y son los que se encargan de estar en contacto directo con el enfermero y el médico responsable.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Linfoma No Hodgking T gástrico en progresión en tratamiento sintomático paliativo.

Plan de acción y evolución.

Su médico y enfermera de atención primaria se declaran objetores de conciencia por lo que entran a formar parte del proceso otro equipo de esta misma UGC. Mientras el proceso avanza en sus plazos legales al paciente y a su familia se les informa y ofrece un tratamiento sintomático y un abordaje integral para el alivio del sufrimiento, incluso la sedación si es preciso.

El paciente fue ingresado en la unidad de cuidados paliativos por vómitos retencionistas y estreñimiento. Tras ocho días de ingreso el paciente manifiesta su deseo de permanecer en el hospital con sedoanalgesia hasta su fallecimiento sin renunciar al proceso, días más tarde fallece en planta.

Conclusiones

La implantación de esta ley es todavía relativamente novedosa y los casos son muy escasos, por lo cual, a pesar de que se han credo protocolos de actuación tanto por parte del ministerio de sanidad como por las consejerías de salud de cada comunidad autónoma aún existen muchas complicaciones formales a la hora de llevar a cabo el proceso.

En primer lugar, existen una gran cantidad de profesionales que se van a acoger a su derecho de objeción de conciencia, tanto de enfermería como de medicina, por lo cual no se conoce con exactitud con cuantos profesionales se dispondría en cada unidad de gestión clínica y/o distrito sanitario de atención primaria. Incluso se podría dar el caso de que en un momento dado no se dispusiera de ninguno, por lo cual sería interesante disponer de al menos una estimación previa.

Un caso de este tipo supone una sobrecarga ingente de trabajo para el equipo de médico y enfermero que acompañan al paciente y a su familia en todo el proceso que la mayor parte de las veces recae sobre atención primaria. Estudios muestran que los médicos y enfermeros de atención primaria se enfrentan a dificultades tanto en el orden práctico como en el emocional ante la solicitud de prestación de ayuda para morir que puede tener diferentes lecturas para cada individuo, el punto más común sería el sufrimiento. La labor del equipo debe ir encaminada más que a entender las razones o emitir juicios de valor a acompañar de forma precoz y acertada a el paciente y su recorrido desde el deseo expreso de morir hasta la muerte.

Es fundamental realizar un estudio exhaustivo previo del protocolo de actuación y organizar desde el principio un calendario de visitas programadas modificando las agendas para poder realizarlo dedicando el tiempo necesario a las múltiples visitas al domicilio del paciente o incluso a la planta del hospital hasta el final del proceso, además de rellenar una gran cantidad de documentación. Este equipo también tiene que encargarse de ponerse en contacto con el medico consultor (sería adecuado que cada hospital contara con una estimación previa del grupo de facultativos a los que se podría acudir cuando apareciese un caso), con la unidad de atención a la ciudadanía, con la comisión de garantía, con el servicio de farmacia hospitalaria (para que se prepare la medicación cuando sea preciso)

Por todo lo anterior, habría que fomentar desde los Distritos de atención primaria una adecuada formación de los profesionales en esta materia.

Además, cuando aparezca un caso habría que estar preparados para afrontarlo adecuadamente en plazos y forma, para lo cual es indispensable el apoyo por parte de los otros integrantes de la UGC a la complicada labor del equipo que va a llevar a cabo el proceso para que esto no suponga un perjuicio para los profesionales que decidan hacerse responsables del paciente.

Explorando desde la cabeza a los pies

Rodríguez Jiménez, Belén | *Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada*
 Ferrero Mañas, Aurora | *Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada*
 Crelgo Alonso, Laura | *Médica Especialista de MFyC. CS Cartuja. Granada*

Motivo de consulta

Este caso tiene lugar en el ámbito de la consulta de atención primaria y atención domiciliaria. Nuestro paciente es un varón de 75 años de edad con dolor en ambos miembros inferiores con antecedente de diabetes mellitus tipo II entre otros.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

El paciente acude a consulta aquejando dolor en ambos pies que ha ido aumentando progresivamente en los últimos meses. No ha realizado sobre esfuerzo previo ni ha sufrido traumatismo o torcedura. Tampoco ha sufrido aumento ni inflamación de ninguna articulación específica. Por este motivo presenta gran dificultad para la deambulaci3n precisando un andador con el que difcilmente se desplaza de la cama al sill3n.

Antecedentes personales:

- Diabetes Mellitus tipo 2 desde 1999 con afectaci3n de 3rgano diana micro-macroangiopatía: retinopatía diabética y nefropatía diabética (Insuficiencia renal cr3nica Estadio 3b)
- Hipertensi3n arterial.
- Hipercolesterolemia.
- IAMSEST Killip I en 2019 por enfermedad coronaria de un vaso secundario tratado medicamente.
- Insuficiencia cardíaca con FEVI conservada NYHA II.
- Hiperuricemia. Crisis de gota.

Tratamiento farmacol3gico habitual: amsulosina 400 mcg/24 h, valsartán 320 mg/24 h, manidipino 20 mg/12 h, doxazosina 8 mg/12 h, nitroglicerina 400 mcg aerosol sublingual, aas 100 mg/24 h, dapagliflozina 10 mg/24 h, linagliptina 5 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, calcifediol 266 mcg/28 días, calcio carbonato 1.25 gr/24 h, furosemida 40 mg/8 h, pantoprazol 20 mg/24 h, lormetazepam 2 mg/24 h, metamizol 575 mg/8 h, paracetamol 1 g/8 h.

Exploraci3n física:

- Tensiones arteriales en rango (en diferentes visitas domiciliarias) 130-140/82-90 mmHg.
- Auscultaci3n cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Crepitantes finos audibles en ambas bases pulmonares.
- Abdomen: blando, globuloso, depresible. No se palpan masas ni megalias. No dolor a la palpaci3n ni signos de irritaci3n peritoneal.
- Neurol3gica: PINLA, MOEC. Pares craneales y fuerza normales.
- Miembros inferiores: dolor a la palpaci3n generalizada desde pies hasta tercio medio de ambas piernas. Difícil palpaci3n de ambos pulsos pedios debido a edemas moderados, presentes y simétricos. Buen relleno capilar. Sin alteraciones de la temperatura local. Déficit sensibilidad vibratoria y termo-algésica el pulpejo de todos los dedos de ambos pies.

Pruebas complementarias

- Análisis: a destacar HbA1c 6.7mg/dl, Ac úrico 7,3mg/dl, vreatinina 1.63 mg/dl, Hb 10.9 g/dl, VCM 86,4. Resto de parámetros sin hallazgos reseñables.
- Radiografía de ambos pies: hallux valgus bilateral y mínimos signos de artrosis en articulaciones interfalángicas.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente con buen apoyo social, casado y con 3 hijos. Convive con su mujer, cuidadora principal. Domicilio adaptado sin dificultades ni obstáculos para la movilización.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Patologías posibles causantes de polineuropatías distales simétricas en miembros inferiores:

- Metabólicas: diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, hipotiroidismo.
- Tóxicas: alcohol.
- Hereditarias: enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, Amiloidosis familiar, enfermedad de Fabry.
- Nutricionales: déficit vitamínico (B12, B6, E), déficit de tiamina, déficit de cobre, bypass gástrico, síndromes malabsortivos.
- Farmacológicas: amiodarona, quimioterápicos, hidralazina, isoniazida, colchicina..
- Autoinmunes: artritis reumatoide, lupus, Síndrome de Sjögren, amiloidosis secundaria, sarcoidosis, vasculitis.
- Infecciosas: VIH, hepatitis B, hepatitis C.
- Neoplásicas: mieloma múltiple.

Plan de acción y evolución

En un primer momento atendemos al paciente en la consulta a la que acude por su propio pie con ayuda de andador. Solicitamos radiografías de ambos pies en carga, indicamos medidas de reposo medicación analgésica habitual y aumentamos la dosis de furosemida a tres comprimidos diarios con intención de disminuir los edemas en ambas piernas. A la espera de los resultados valoramos al paciente en dos ocasiones más precisando de ajustes de medicación analgésica, escalando el tratamiento hasta Tramadol 50 mg/12 horas alternado con Paracetamol 1 gr.

Contactamos telefónicamente para los resultados de las radiografías y su mujer nos indica que desde hace unos días que el paciente no puede andar por el dolor y que este es continuo incluso estando en reposo, llegándose a caer hasta en dos ocasiones en el domicilio. Revisamos su historia de salud y comprobamos que el paciente no había tenido una valoración del pie diabético en los últimos años por lo que en esta ocasión acudimos a valorar al paciente con el instrumental necesario, monofilamento y diapason, para explorar la sensibilidad en miembros inferiores.

Al explorar el al paciente presentaba una alteración en la sensibilidad táctil, termo-algésica y vibratoria en todos los pulpejos de los dedos de ambos pies. Ante la alta probabilidad de una polineuropatía diabética como causa de los síntomas que presentaba nuestro paciente añadimos al tratamiento analgésico Pregabalina 75 mg/12 h con respuesta parcial del dolor.

Posteriormente el paciente sufrió un ingreso hospitalario por un cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada secundaria a una fibrilación auricular no conocida previamente permaneciendo encamado en el Hospital un total de 10 días.

Tras el alta acudimos nuevamente a valorar al paciente en el domicilio y observamos que presenta una úlcera necrótica a nivel calcáneo de pie derecho, probablemente producida por presión tras encamamiento prolongado. Actualmente está recibiendo curas secas con Betadine® por parte de nuestro equipo de enfermería y pendiente de valoración por Neurología y Cirugía vascular para realización de seguimiento conjunto de neuropatía diabética periférica.

Conclusiones

La neuropatía diabética es una patología altamente prevalente en nuestra consulta de atención primaria. El diagnóstico tardío de esta enfermedad puede llevar a consecuencias y secuelas irreversibles. Dado que la única manera de evitar la aparición de estas es llevar a cabo medidas preventivas, es de gran importancia no solo controlar las cifras de glucemia sino realizar controles del pie diabético de nuestros pacientes. Hasta el 50% de las amputaciones por este motivo se podrían evitar mediante el diagnóstico precoz y su tratamiento.

Palabras clave

Neuropatías Diabéticas, Pie Diabético, Complicaciones de la Diabetes.



Globo vesical... ¿o no? Importancia de una buena anamnesis y exploración

Benítez Martos, Ángel | *Médico Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Cózar García, María Inmaculada | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Herrera Quiles, Gema | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Motivo de consulta

Paciente mujer de 76 años que acude a SUAP por dolor abdominal de casi una semana de evolución con ausencia de emisión de orina desde el día anterior por la mañana.

Enfoque individual

La paciente refiere molestias en hipogastrio de 6 días de evolución (dolor tipo punzante, sensación opresiva en hipogastrio, prurito miccional en los días previos, emisión de orina más oscura de lo habitual...), que se han ido identificando con el paso de los días. En anuria desde hace 30h aproximadamente.

En la exploración abdominal se palpa bultoma que asciende unos 10 cm sobre la línea del pubis, doloroso a la palpación (descrito como opresión intensa), de consistencia dura, que no cambia de tamaño con las maniobras de Valsalva. Sin otros hallazgos a este nivel.

Se presupone que el hallazgo se trata de un globo vesical y se procede al sondaje de la paciente por parte de enfermería, momento en el que se identifica una litiasis de 10 x 5mm aproximadamente en uretra distal. Se extrae la litiasis y se realiza el sondaje, extrayéndose 400 ml de orina clara aproximadamente.

Al preguntarle a la paciente si se encuentra mejor, refiere mejoría moderada de los síntomas, pero que continúa con la sensación opresiva en el abdomen. Se reexplora a la paciente, identificando que el supuesto "globo vesical" no ha disminuido de tamaño en absoluto. En la siguiente hora se mantiene sondaje, sin obtener prácticamente nada de orina.

Se vuelve a interrogar a la paciente haciendo hincapié en cuánto tiempo hace que nota ese bultoma. La paciente confiesa que lo nota desde hace tiempo, pero que no le ha dado importancia porque "su marido tiene uno parecido que se hace grande cuando tose y el médico le ha dicho que no tiene importancia".

Esto hace cambiar nuestro planteamiento y se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia para valorar la necesidad de prueba de imagen, puesto que, en el momento actual, nuestra principal sospecha es la presencia de una masa abdominal.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 76 con historial personal de HTA, artrosis lumbar, diabetes, infecciones del tracto urinario de repetición, hipercolesterolemia, facoesclerosis incipiente y fractura rótula derecha hace 8 años. Refiere buena calidad de vida y ser muy activa e independiente en todas las actividades de su día a día. Vive con su marido y sus dos hijas, con buena relación familiar

Historial familiar: madre (fallecida hace 26 años) diabética, padre (fallecido hace 18 años) afecto de HTA e hipercolesterolemia. No tiene hermanos, pero 2 primos por parte de su familia materna también son diabéticos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En un primer momento, dada la clínica referida por la paciente y el corto periodo de tiempo en su aparición, sospechamos una obstrucción uretral por litiasis con desarrollo de un supuesto "globo vesical". La clínica también es compatible con una ITU, pero el desarrollo del "globo" nos hace pensar en que algo debe haber obstruido la vía de forma aguda. En un primer momento se toma como más improbable la obstrucción por una masa, debido a que la paciente refirió en un primer momento que sólo tiene síntomas desde hace una semana.

Tras realizar el sondaje y apreciar que el bultoma abdominal no disminuye de tamaño, cambiamos de sospecha diagnóstica y pasamos a pensar que el bultoma se debe en realidad a una masa abdominal, que ha estado creciendo durante años, y que ha coincidido con la aparición de una litiasis de gran tamaño que ha obstruido la uretra y ha causado las molestias agudas que contaba la paciente.

Plan de acción y evolución

Se deriva a la paciente al servicio de urgencias de su hospital de referencia para valorar la necesidad de realizar pruebas de imagen que nos permitan filiar el bultoma.

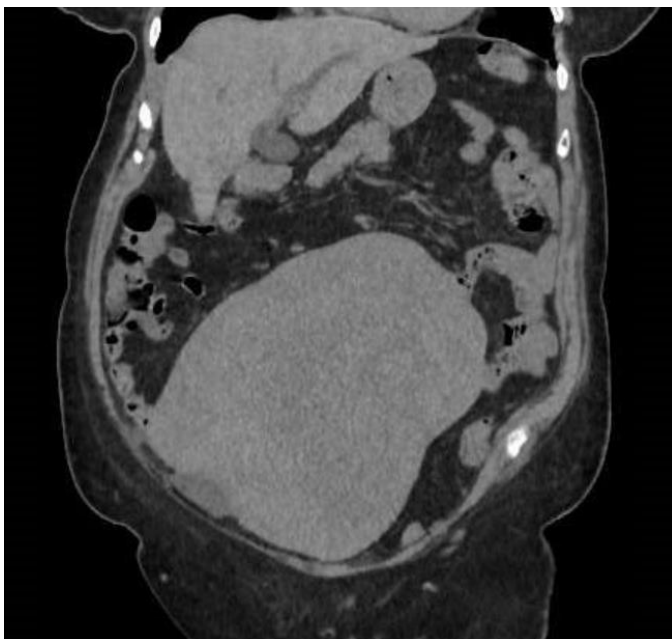
En el servicio de urgencias se reexplora a la paciente y se solicitan pruebas de imagen (radiografía abdominal, ecografía y posteriormente TC con contraste de abdomen), identificándose una masa sólida que se extiende por mesogastrio, con un tamaño de 18,2cm x 14,6cm x 20 cm.

Actualmente en seguimiento por ginecología y pendiente de realizar RM para determinar las características de la masa.

Conclusiones

La aplicabilidad del caso para la Medicina de Atención Familiar y Comunitaria reside en la necesidad y el deber de, pese a las limitaciones técnicas que podemos tener en nuestra especialidad, realizar unas exhaustivas anamnesis, exploración y reexploración de los pacientes. Si no se hubiese reexplorado a la paciente tras el sondaje vesical, puede que el diagnóstico correcto se hubiese retrasado durante meses (o incluso años debido a la poca clínica que generaba la masa). Debido a la agresividad o gravedad de determinados cuadros, los retrasos en el diagnóstico pueden tener un gran impacto en la calidad o años de vida de los pacientes, de ahí la importancia de realizar nuestro trabajo con minuciosidad.

También remarcar la necesidad de contar siempre con todos los diagnósticos diferenciales posibles para hacer una correcta orientación según la clínica e indagar durante la anamnesis para obtener toda la información posible del proceso al que estamos haciendo frente.



Gonalgia, no todo es lo que parece

Ayora Rodríguez, María Teresa | *Médica Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

Lorente Callejo, María | *Médica Residente de MFyC. CS Bollullos par del Condado. Huelva*

Yagüe López, María Victoria | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS El Torrejón. Huelva*

Motivo de consulta

Gonalgia limitante.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 88 años, alergia medicamentosa a Metamizol. Sin FRCV. Intervenida en 2020 de neoplasia de colon ascendente estenosante compatible con adenocarcinoma con infiltración de tejido adiposo y metástasis en ganglios linfáticos, en seguimiento por Cirugía y Oncología.

Acude por gonalgia izquierda de 2 meses de evolución sin traumatismo previo. A la exploración marcada limitación para la deambulación. Genu varo. No peloteo, aumento de temperatura y rubor. Signo de cepillo positivo. Bostezos negativos. Lachman negativo.

Se solicita analítica completa con perfil reumatoideo y RFA, dado los antecedentes de la paciente y estudio radiológico de rodilla en carga.

En la analítica encontramos hemograma sin alteración, bioquímica general anodina, excepto Fosfatasa Alcalina en 808 U/l y Vitamina D 14 ng/mL.

En el estudio de imagen se observa un aumento de volumen en tercio proximal y medio de la tibia izquierda con esclerosis y engrosamiento cortical.

Enfoque comunitario: viuda hace tres años, vive sola. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Gonartropatía pagética.

El *diagnóstico diferencial* principal en función de la más etiología prevalente en función de la edad avanzada de la paciente, sería: artrosis femorotibial o rotuliana, artritis por depósito de microcristales, osteonecrosis de cóndilo femoral, fracturas por sobrecarga, artritis infecciosas o artritis reumáticas. Sin embargo, dado los hallazgos en la radiografía solicitada, podríamos pensar en: metástasis óseas osteoblásticas (sobre todo de neoplasias de próstata y mama), procesos oncohematológicos (mieloma, linfomas, mastocitosis sistémicas, mielofibrosis), tumores óseos primarios, hemangiomas vertebrales, osteomielitis crónica, lesiones por radioterapia, displasias óseas (osteopetrosis, picnodisostosis, displasia progresiva diafisaria, osteítis condensante del iliaco, osteodistrofia renal...

En relación con las alteraciones analíticas, debemos descartar: osteomalacia, patología hepatobiliar, hiperfosfatemia familiar benigna, hiperparatiroidismo primario...

Plan de acción y evolución

Dada la sospecha de enfermedad de Paget, se decide inicio con ácido alendrónico, calcio y vitamina D. Así como derivación a las consultas de Reumatología para seguimiento y evolución.

Evolución

Tras el inicio del tratamiento instaurado en atención primaria, la paciente presenta mejoría sintomática. Revisando la historia en Reumatología, se observa que en un TAC de control pélvico solicitado por Oncología, se observa con ventana ósea lesión esclerótica en hemipelvis derecha, en probable relación con Paget.

Esto, unido a la lesión de reciente diagnóstico en tibia, se diagnostica de Enfermedad de Paget Poliostótica (tibia y pelvis) con datos de actividad intensa. En revisiones sucesivas, se normalizó la cifra de Fosfatasa Alcalina, manteniéndose la paciente asintomática.

Conclusiones La enfermedad de Paget ósea es un trastorno focal de causa desconocida caracterizado por una anomalía en la remodelación ósea, inicialmente por una excesiva reabsorción de hueso y posteriormente por una excesiva formación que termina en un patrón "en mosaico", asociado con un aumento de la vascularización local e incremento del tejido fibroso en la médula ósea adyacente. En función del número de huesos afectados, puede ser monostótica o, más frecuentemente, poliostótica, como en el caso de esta paciente.

Las artropatías son complicaciones relativamente frecuentes en la Enfermedad de Paget, siendo la cadera la articulación más afectada, seguida de rodillas y columna vertebral. Por lo que debemos incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de las gonartropatías, siendo el principal diagnóstico en caso de pacientes ancianos con elevación de fosfatasa alcalina.

La mayoría de los pacientes no requiere tratamiento por ser una enfermedad localizada y asintomática, en caso de precisar por clínica de dolor óseo persistente, compresión nerviosa, fracturas repetidas... el tratamiento de elección serían los bifosfonatos; pudiendo necesitar tratamiento quirúrgico si la sintomatología y el estudio radiográfico lo justificara después de haber fracasado el tratamiento conservador.

Palabras claves

Artralgia, Osteítis Deformante, Osteoartritis de la Rodilla.

Bibliografía

Guía Fisterra: enfermedad ósea de Paget (<https://www.fisterra-com.bvsspa.idm.oclc.org/guias-clinicas/paget-oseo/#sec5>).

Castellano Cuesta JA, Del Pino Montes J, Fernandez-LLanio Comella N, Barbeito Gadea JE, García Pérez A, Medrano Le Quément C. Enfermedad ósea de Paget. En: Belmonte MA, Castellano JA, Román JA, Rosas JC, editores. Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR. Valencia: sociedad Valenciana de Reumtología; 2013. p. 867-890

Corral Gudino L. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Paget. Medicine. 2016;12(16):920-4.

Martínez E. Dolor en extremidad inferior (cadera, rodilla y tobillo). semFYC. Guía actuación en atención primaria. Volumen II, 4ª ed. p. 974-82.

Guillain-barré, abordaje inicial

Fernández Burgos, Selene | *Médica Residente de MFyC. CS Valverde del camino. Huelva*
 Celotti Orozco, Marco | *Médico Residente de MFyC. CS Valverde del camino. Huelva*
 García Fraile, Mónica Rocío | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Valverde del camino. Huelva*

Motivo de consulta

Parestesia generalizada progresiva y pérdida de la capacidad de mantenerse en bipedestación de una semana de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Niega antecedentes personales y familiares de interés. Hábitos tóxicos: fumador de 6 cigarrillos los fines de semana, consumidor de alcohol los fines de semana, consumidor de MDMA hasta hace un año. Niega tratamiento habitual actualmente.

Anamnesis

Varón de 26 años que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace una semana debilidad generalizada y progresiva. En un primer momento lo asoció a un cuadro de hipotensión.

En el momento actual presenta debilidad que le impide la bipedestación, levantar las manos más allá de la flexión de los bíceps, simétricamente, ni flexo-extender los pies. No ha presentado parestesias a ningún nivel, ni dolor, ni alteración subjetiva de la sensibilidad, tampoco ha presentado fiebre, ni diarrea. Solo destaca significativa ansiedad, hipertensión arterial y cefalea en algunos momentos.

Exploración

Buen estado general, consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, afebril, normocoloreado, bien hidratado y perfundido, se encuentra en decúbito incorporado a 30°.

Auscultación cardiaca rítmica a buena frecuencia sin soplos ni extra-tonos.

Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Exploración neurológica con pupilas isocóricas normo-reactivas, movimientos oculares normales, pares craneales simétricos y conservados, solo se objetiva movilidad contra gravedad en ambos bíceps, no realiza el resto de los movimientos. Mantiene sensibilidad fina y dolorosa. No puede incorporarse ni mantener la sedestación, tos eficaz repetidamente sin movimiento de secreciones. Contrae los cuádriceps 4/5 y nada los bíceps femorales, simétricamente. Flexión de ambos pies 4/5, extensión de ambos pies 4/5. Babinski negativo bilateral, Bruzinski y Kerning negativos. Reflejos osteotendinosos no presentes a ningún nivel, en miembros superiores e inferiores. No rigidez de nuca, no signos meníngeos.

Pruebas complementarias

A su llegada presenta saturación de O₂ 99%, TA 147/102 mmHg. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 84 latidos por minuto, PR 154, no se aprecian alteraciones agudas de la repolarización.

En la analítica se observa como alteraciones una glucemia de 112, creatinina 0.68, GOT 57.9 y GPT 139.5, resto normal incluyendo gasometría venosa y coagulación. Test de tóxicos en orina negativos.

TC craneal: no se observan LOEs, no signos de sangrado agudo intra o extra-axial ni de evento isquémico agudo/territorial en evolución o establecido. Sistema ventricular y espacios aracnoideos de tamaño, morfología y disposición normales para la edad del paciente. No desviación de línea media, con ventana ósea no se observan hallazgos a destacar.

Radiografía de cuello anteroposterior y laterales sin hallazgos significativos.

Enfoque familiar y comunitario

Previamente IABVD, buen control esfinteriano, caminaba sin ayuda, no fallos de memoria, correctamente vacunado.

Actualmente reside con su hermano y su madre. Trabaja en hostelería durante la temporada de verano (junio-noviembre), resto del año no trabajo.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnósticos diferenciales

Rabdomiolisis, miopatía inflamatoria, encefalitis, polirradiculopatía. Síndrome de Guillain – Barré.

Plan de acción y evolución

Dada la sospecha clínica se inicia tratamiento con inmunoglobulina intravenosa 25g/24 h durante 5 días.

Evolución

Durante su estancia hospitalaria y tras el inicio del tratamiento con inmunoglobulina presenta desaturación que precisa Ventimask al 50%, flacidez generalizada y apenas puede levantar la cabeza. Se indica punción lumbar, resonancia magnética y electroneurograma.

A las 12 h del ingreso, el paciente continua con deterioro clínico desde el punto de vista cardiorrespiratorio, presenta taquicardia sinusal a 130lpm, disnea y taquipnea a 30rpm saturando al 80% que precisa reservorio al 50% para mantener saturación normal. A la auscultación presenta disminución del murmullo vesicular, ruido de secreciones y crepitantes basales no presentes al ingreso. Presenta déficit motor a nivel de cintura escapular y pelviana e incapacidad de mantener la cabeza erguida. Dado el empeoramiento se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos ante la sospecha de afectación diafragmática previa intubación y sedoanalgesia por desaturación al 88% a pesar del reservorio y uso de la musculatura abdominal en contexto de pico febril >38º.

Ha precisado sondaje vesical por retención aguda de orina.

Durante su estancia en UCI se realiza plasmaféresis con buena evolución siendo dado de alta las tres semanas.

Se realiza electromiograma con signos de polirradiculopatía sensitivo – motora mixta, de predominio desmielinizante e intensidad severa compatible con la sospecha clínica de síndrome de Guillain – Berré.

Al alta se pauta tratamiento con heparina subcutánea hasta mayor movilidad, analgesia en caso de dolor y abundante hidratación.

Además, requiere valoración y seguimiento por parte de rehabilitación y salud mental debido al cuadro ansiosodepresivo que ha presentado.

Conclusiones

El caso puede no tener interés desde el punto de vista de atención primaria, pero es importante que de cara al alta sea su médico de referencia el que conozca todo el tratamiento al que ha sido sometido y aborde al paciente cuando haya sido dado de alta en el hospital, de cara a valorar su recuperación y posibles secuelas que requieran derivación para valoración y criterio a otras especialidades.

es importante la realización de una buena anamnesis y solicitud de pruebas complementarias en función del diagnóstico diferencial.

Hiperglucemia corticoidea: cómo actuar para evitar futuras complicaciones

Cuadrado Albuquerque, Celia Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

De Nicolás Jiménez, Jorge Manuel | *Médico Especialista de MFyC. CS La Chana. Granada*

Bautista Simón, Ángeles | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Paciente de 76 años que consulta por hiperglucemia en relación con tratamiento corticoideo.

Enfoque individual (anamnesis y exploración y pruebas complementarias)

La paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas.

Entre sus *antecedentes familiares* se encuentran una madre con carcinoma hepático, un padre con leucemia y un hermano con cáncer de pulmón.

Entre sus *antecedentes personales* presenta artrosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus y una carcinomatosis ovárica peritoneal en tratamiento paliativo.

Entre su tratamiento habitual se encuentra:

- Ondansetrón 8mg a demanda.
- Lormetazepam 2 mg 1 comprimido cada 24 horas.
- Omeprazol 20 mg 1 comprimido cada 24 horas.
- Paracetamol 1 g 1 comprimido cada 12 horas.
- Fentanilo 12 mcg 1 parche cada 72 horas.
- Sitagliptina/metformina 50 mg/1000 mg 1 comprimido cada 24 horas.

La paciente fue ingresada en el servicio de Medicina Interna en el contexto de una neutropenia febril con una infección respiratoria hipoxemiante e hiperreactividad bronquial secundaria. Una vez resuelto el cuadro, fue dada de alta con oxigenoterapia, inhaladores (b2agonistas+corticoides) y tratamiento corticoideo sistémico en pauta descendente: dexametasona 4 mg/24 h bajando la mitad de dosis cada 5 días hasta final de tratamiento con 1 mg diario.

En la revisión de atención primaria 48 horas tras el alta hospitalaria, el marido nos refirió que la paciente presentaba hiperglucemias con valores en torno a 400 mg/dl en ayunas, mantenidas a lo largo de todo el día con clínica cardinal.

Enfoque familiar comunitario

La paciente es dependiente para sus actividades de la vida diaria, siendo su marido su principal cuidador.

Juicio clínico (lista de problemas y diagnóstico diferencial)

La paciente presentaba una descompensación de su diabetes inducida por la terapia corticoidea.

Plan de acción y evolución

Se decidió iniciar tratamiento con insulina para normalizar las cifras de glucemia y los síntomas de la paciente, mientras se mantuviera el tratamiento corticoideo. Para ello, se pautó insulina de acción prolongada (glargina) en dosis única con dosis inicial en función del peso de la paciente (18UI), ajustando la dosis en función de las glucemias basales y preprandiales de la cena. En nuestra paciente, debido a la situación paliativa y fragilidad, decidimos suprimir la terapia oral y fijar objetivos de glucemia menos agresivos, evitando complicaciones agudas. La paciente evolucionó favorablemente manteniendo actualmente 6UI y glucemias basales de 150 mg/dl.

Conclusiones

La hiperglucemia inducida por corticoides en las personas con diabetes es un cuadro frecuente actualmente debido tanto a la prevalencia de DM2 como al uso frecuente de terapia corticoidea sistémica en las infecciones respiratorias con hiperreactividad bronquial asociada. La terapia farmacológica en estos casos se basa en el tratamiento con insulina de acción prolongada. Las recomendaciones actuales sobre el objetivo de control de la glucemia en paciente frágil con DM2 y situación paliativa se basan principalmente en evitar las complicaciones agudas. En el ámbito de la atención primaria debemos considerar este cuadro, infravalorado en la práctica médica habitual, para el abordaje precoz del mismo.

Palabras clave

Hyperglucemia, diabetes mellitus, insulin.

Bibliografía

Navarro Pérez J. Insulinización. Situaciones especiales. CIBERESP. 2017;08:24–6.

Saigi Ullastre I, Perez Perez A. Hiperglucemia inducida por glucocorticoides. Semin la Fund Esp Reumatol. 2011;12(3):83–90.

Saig I, Prez A. Management of glucocorticoid induced hyperglycemia. Rev Clin Esp. 2010;210(8):397–403.

Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2, 2022.

Hipoacusia en adolescente

García Molina, María | *Médica Residente de MFyC. CS Bulevar. Jaén*
 Medina De La Casa, Rafael | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Bulevar. Jaén*
 Castillo Higuera, Sara | *Médica Residente de MFyC. CS Bulevar. Jaén*

Motivo de consulta

Trastorno del comportamiento.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares

Abuelo y tío paterno con trastorno bipolar. Padre episodio depresivo mayor.

Antecedentes personales

No de interés.

Enfermedad actual

Paciente de 17 años acude a consulta acompañado por su madre por fracaso escolar e irritabilidad y tendencia al aislamiento en domicilio desde hace aproximadamente un año. Comenta la madre que presta poca atención y responde muy irritable.

Exploración

Buen estado general. Consciente, orientado, aunque algo menos colaborador. Abordable. Curso escaso, coherente. No alteraciones sensorio-perceptivas. No llanto. Apatía y anergia. Hipersomnia. No ideas autolíticas. Resto de exploración sin hallazgos reseñables.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente acudió a consulta acompañado por su madre, la cual tendió a banalizar los síntomas presentados. Esto retrasó el diagnóstico que provocó cierto aislamiento social en el paciente. Se podrían, quizás, haber generado menos problemas psicosociales con un tratamiento más temprano, y, sobre todo, evitado el rechazo a la utilización de audífonos en esta edad tan complicada.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva de etiología desconocida.

Diagnóstico diferencial

Afecciones neurológicas o del desarrollo, trastornos emocionales y del comportamiento, TDAH, factores psicosociales o ambientales y ciertos problemas médicos (discapacidad visual o auditiva).

Plan de acción y evolución

Entrevista individual con el paciente haciendo hincapié en distintos aspectos de la esfera biopsicosocial. A priori no se aprecian problemas en el entorno familiar, colegio y/o amigos. Se realiza también test DSM-IV-TR que realizan tanto los padres como la tutora en el instituto para descartar que se trate de un TDAH.

Descubrimos durante las distintas entrevistas que el paciente no parece escuchar bien algunas de las preguntas que le realizamos sobre todo cuando se escuchan voces fuera en la sala de espera, por lo que redirigimos la entrevista. Ante la sospecha de problemas auditivos realizamos otoscopia con resultado normal, y las pruebas de Weber y Rinne en las que sospechamos de una hipoacusia neurosensorial bilateral. Derivamos a otorrinolaringología quienes realizan audiometría. Se confirma el diagnóstico, por lo que es derivado a neurología para estudio de etiología. Se realiza RNM craneal donde se observan lesión focal talámica inespecífica y conductos auditivos internos sin alteraciones.

Conclusiones

Los médicos de atención primaria son el primer eslabón para detectar este tipo de problemas. Es recomendable una evaluación del riesgo auditivo en todas las visitas de mantenimiento de la salud y exámenes auditivos periódicos para todos los niños entre 4 y 21 años. Es tan fácil como preguntar: ¿Tienes problemas para seguir la conversación cuando dos o más personas están hablando al mismo tiempo? O ¿Otros se quejan de que subes demasiado el volumen de la televisión?

No debemos olvidar la importancia de la entrevista clínica en el manejo de estos pacientes para establecer una relación de confianza.

Palabras clave

Hipoacusia neurosensorial, trastorno del comportamiento.

Ictus de repetición en paciente joven

Milanés Rodríguez, Víctor | *Médico Residente de MFyC. UGC Palma-Palmilla. Málaga*
 Rodríguez Gallego, Yolanda | *Médica Especialista de MFyC. UGC Palma-Palmilla. Málaga*
 Cobos López, Elena | *Médica Residente de MFyC. UGC Palma-Palmilla. Málaga*

Motivo de consulta

Varón de 22 años que acude a consulta no demorable de Centro de Salud por episodios breves y autolimitados de trastorno sensitivo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes

No alergias medicamentosas conocidas. Alergia a ácaros. No hábitos tóxicos. Asma leve controlado. Cefaleas catalogadas de migrañosas. No antecedentes familiares de interés. Tratamiento activo: pulmicort, Ventolin. No otros antecedentes de interés.

Anamnesis

Refiere presentar desde hace 3 horas episodios paroxísticos autolimitados de cosquilleo en hemilengua izquierda, presentando por unos segundos dificultad para articular el lenguaje “como cuando le ponen anestesia en el dentista”, que cede rápidamente. El paciente cuenta que esta sintomatología recurre desde hace ya 4 semanas. Aunque en principio no le dio ninguna importancia ya que estos episodios cedían espontáneamente, por este mismo motivo finalmente acudió a Urgencias Hospitalarias hace 2 semanas, descartándose en ese momento patología neurovascular aguda mediante realización de TC craneal sin contraste.

Se continúa entrevistando al paciente y este añade que la semana pasada notó el mismo hormigueo en la pierna izquierda, seguido de pérdida súbita de fuerza en la pierna izquierda por lo que cayó al suelo, recuperándose rápidamente. El paciente identificó este episodio como un mareo debido a las altas temperaturas y la sintomatología cedió con el reposo.

Añade que tiene migraña casi a diario desde hace años, pero no sabe precisar la coincidencia en el tiempo con estos episodios sensitivo-motores descritos.

Exploración

BEG, consciente y orientado en espacio y tiempo; colaborador, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico en reposo, hemodinámicamente estable. Lenguaje normal, no focalidad de pares craneales, campimetría por confrontación normal. Balance motor y sensitivo normales. REM normales simétricos. Cerebelo y marcha normales. FO: normal.

Pruebas complementarias

ECG ritmo sinusal a 70 lpm, sin hallazgos patológicos, PA 129/85. Se cumplimenta derivación a urgencias hospitalarias para valoración, indicando necesidad de determinación analítica de marcadores de autoinmunidad por sospecha de síndrome antifosfolípido.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 22 años, actualmente vive en piso de alquiler. Cursando estudios superiores. Nivel sociocultural medio. Adecuado soporte familiar. Correcta red de apoyo social. Correctos hábitos higiénico-dietéticos, no sedentario

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

AIT, síndrome antifosfolípido, otras trombofilias secundarias.

Plan de actuación y evolución

En urgencias se solicita nueva analítica con hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad; y nueva TC craneal, en el que no se visualizan lesiones isquémicas. Se realiza interconsulta con Neurología, que valora al paciente y tramita ingreso a su cargo. Durante el ingreso se realiza una RM craneal con contraste intravenoso, demostrando múltiples lesiones isquémicas agudas de afectación cortical en hemisferio derecho en secuencias T2/FLAIR relacionadas con bajo gasto, junto a nueva analítica con proteinograma y autoinmunidad incluidos. Ante estos hallazgos radiológicos, durante el ingreso se realizaron progresivamente nuevas pruebas complementarias para filiar el posible origen de las lesiones isquémicas, no encontrándose hallazgos significativos en Angio-TC de troncos supraaórticos, ecocardiograma transtorácico y ecografía Doppler renal. En este tiempo, los resultados analíticos solicitados al ingreso llegan, objetivándose anticuerpos anticardiolipina + y anticoagulante lúpico +. Tras interconsulta con Medicina Interna, se cita en consultas externas de este servicio para seguimiento. Se da el alta al paciente en tratamiento con Adiro 100 mg, Sintrom con controles INR 2-3, ácido fólico 5 mg, rosuvastatina 20/ezetimiba 10 mg y omeprazol 20 mg.

Conclusiones

La semiología neurológica acompañante a un ictus puede ser diversa, transitoria y en ocasiones pasar desapercibida si no se entrevista de forma dirigida al paciente. Además, sintomatología poco llamativa como son las parestesias a veces terminan siendo atribuidas a otras causas más probables en cuanto quedan descartados otros diagnósticos urgentes como la isquemia cerebral aguda. Además, estos procesos son más prevalentes en pacientes añosos con algún factor de riesgo cardiovascular, por lo que no suele ser un diagnóstico típico de personas jóvenes. No por ello, ante pacientes jóvenes que describen episodios recurrentes e intermitentes de sintomatología sensitivomotora, no deberíamos conformarnos con descartar lo urgente, sino intentar indagar e integrar conocimientos de posibles diagnósticos diferenciales para lo que le ocurre.

Palabras clave

AIT, síndrome antifosfolípido, trombofilia

Importancia de la historia clínica para el diagnóstico de etiologías poco frecuentes en algunas enfermedades

Cobo López, Elena | *Médica Residente de MFyC. HRU Málaga. Málaga*
 López Muñoz, Soraya | *Médica Residente de MFyC. HRU Málaga. Málaga*
 Montes Torres, Rafael | *Médico Especialista de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga*

Motivo de consulta

Acorchamiento de ambas piernas y dedos de ambas manos junto con disestesia de 7 años de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente de 75 años, jubilado, independiente para actividades básicas de la vida diaria. FRCV: HTA y DL

Antecedentes médicos personales

EPOC leve, angina estable, HBP y glaucoma crónico. Hábitos tóxicos: exfumador de 10 cigarrillos diarios. Tratamiento habitual: AAS 100 mg, enalapril/hidroclorotiazida, simvastatina, tamsulosina y bisoprolol de mantenimiento.

Enfermedad actual

El paciente acude a consulta a recoger resultados de analítica de sangre de control. Aprovechando la visita se confirma la deshabitación tabáquica y control de resto de FRCV adecuado. En este contexto el paciente comenta acorchamiento de ambas piernas y pies, y dedos de ambas manos desde hace años. No le había dado importancia, pero en estos meses la clínica había empeorado progresivamente.

Exploración física

Buen estado general, consciente orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneica en reposo, hemodinámicamente estable. ACP: normal. NRL: hipoarreflexia generalizada. Hipoestesia táctil-dolorosa en ambos MMII de predominio distal en calcetín. Fuerza 5/5 conservada en todos los grupos musculares. Pulsos conservados. Sin cambios tróficos ni otros hallazgos. Resto de la exploración sin hallazgos patológicos

Enfoque familiar y comunitario

Antecedentes médicos familiares

No relevantes para este caso. Contexto familiar y social:

- Fallecimiento de la mujer hace 6 meses a causa de Ictus hemorrágico masivo. Duelo en fase de depresión-aceptación (el paciente llora en consulta al mentar a su mujer).
- Situación de desamparo familiar a pesar de tener 2 hijos.
- Dificultad para cumplimiento terapéutico por olvidos puesto que su mujer era quien se encargaba de su medicación.
- En la entrevista clínica el paciente refiere exposición laboral a poliuretano expandido y poliéster así como a hidrocarburos aromáticos y alquitrán por haber trabajado durante años en una fábrica automovilística y en una fundición sin el equipo de protección correspondiente.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

- Déficits sensitivos distales en probable relación con neuropatía periférica de causa tóxica.
- Proceso adaptativo en relación con duelo por fallecimiento de cónyuge.
- Problemática social de desamparo.

Diagnóstico diferencial

Patología radicular, Neuropatía de causa carencial, autoinmune.

Plan de acción y evolución

Se decide derivar al paciente a consulta de Neurología de forma preferente. Desde dicha consulta se solicita RMN, electromiograma, electroneurograma y analítica de sangre de perfil neurológico (antiGD1a, antiGD1b, antiGM2, antiDM3, antiGQ1b, antiMAG...).

Se opta por suplementar con ácido fólico y vitamina B12 en espera de la consulta de NRL.

Se le comunica al paciente la importancia de profundizar sobre los síntomas que padece por el posible impacto a nivel de funcionalidad y autonomía. Apoyo psicológico y seguimiento estrecho.

Las pruebas complementarias revelaron: ENG-EMG: polineuropatía sensitivo-motora, de predominio sensitivo y axonal, bilateral y simétrica, a nivel de extremidades superiores e inferiores. Todos los parámetros evaluados en la analítica de sangre resultaron ser normales.

Conclusiones

Este caso clínico de enfermedad por exposición a tóxicos resalta la relevancia de realizar una buena *Anamnesis* e indagar acerca del entorno que rodea al paciente. Asimismo, pone de manifiesto la importancia de la prevención laboral con equipos de protección adecuados. Estos se han empezado a establecer como obligatorios hace poco tiempo por lo que aún podremos percibir las consecuencias orgánicas de no haberse empleado durante un largo periodo de tiempo. Es un hecho a tener en cuenta de cara a poder diagnosticar patología de causa tóxica en dichos pacientes.

Palabras clave

Neuropatía, exposición laboral.

Autorización explícita del paciente a los autores para que su caso clínico sea publicado.

Infección diseminada en inmunodeprimido

Linares Canalejo, Anaís | *Médica Residente de MFyC. CS Valverde del camino. Huelva*
Macías Beltrán, Inmaculada | *Médica Especialista de MFyC. CS Valverde del camino. Huelva*
Santos Estudillo, Marcos Isidro | *Médico Especialista de MFyC. CS La Orden. Huelva*

Ámbito del caso

Atención Primaria. Servicio de Urgencias

Enfoque individual

Hombre de 48 años, argelino, sin alergia a medicamentos. Ingreso por Edema Agudo de Pulmón e Hipertensión maligna. Fistula arteriovenosa trombosada. Hemodialisis con trasplante renal. Infección por citomegavirus postraplante. Estenosis del tronco celiaco. Carcinoma basocelular.

Tratamiento: enalapril 10 mg, espironolactona 25 mg, eritropoyetina 4000 sub/semana, micofenolato 360 mg, tacrolimus 4,5 mg/24 h y prednisona 5 mg/24 h.

Paciente que acude en varias ocasiones a urgencias del CS por lesiones vesiculoampollosas generalizadas pruriginosas en cara, cuello, tórax y extremidades de 15 días. Realizó tratamiento con loratadina, atarax/permetrina y corticoides 50 mg/24 h por sospecha de penfigo. Se realiza teleconsulta a Rederma. Tras una semana, acude de nuevo a su Médico quien tras empeoramiento y aparición de dolor ocular + progresión a nivel facial, sospecha de enfermedad diseminada y deriva a urgencias Hospitalaria.

Tras valoración en urgencias, se decide ingreso en Planta de M.interna. Buen estado general, consciente. Cardiorrespiratorio normal. Lesiones papulovesículas coalescente en fase costrosa en cara, borde ocular derecho y cuero cabelludo. En torax, vesículas aisladas sobreinfectadas en diferentes estadios que no siguen metámeras.



Pruebas complementarias

Hemograma con las 3 series normales. Bioquímica y coagulación normal. PCR 8,4. Covid: negativa

Ante la mala evolución y ser un paciente inmunodeprimido, se decide ingreso en planta:

- Endoscopia: lesiones aftosas en cavidad oral.
- Oftalmología: hiperemia conjuntival derecha con erosión corneal dendritiformes compatibles con herpes ocular. Macula y papila normal.
- Dermatología: lesiones vesiculoampollosas a descartar proceso infeccioso vs inmunológica. Se realiza biopsia de lesiones con PCR positiva a herpes simple y varicela zoster.

Evolución

Favorable en planta. Tras 10 días de tratamiento con aciclovir IV + curas con gasas impregnadas de sulfato de zinc, alta a domicilio. Cita de revisión.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Infección diseminada por herpes zoster en paciente inmunodeprimido.

Diagnóstico diferencial:

Pénfigo, Varicela y Sarcoma de Kaposi.

Conclusiones:

El virus herpes simple, es una infección frecuente que aparece en un 90% de la población general y un 10%-15% pueden complicarse sufriendo infecciones recurrentes o estadios severos. En pacientes inmunodeprimidos presentan una rápida progresión o puede cursar con formas extensas, de características atípicas. Por este motivo de debe tener en cuenta ante lesiones dérmicas que no mejoren con los tratamientos habituales y en algunos de los casos se deberá valorar mediante biopsia.

Palabras clave

Herpesviridae infections; immunocompromised host y degloving injuries.

Bibliografía

Martínez SP. Pacientes inmunodeprimidos: definición y precauciones especiales. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2019;26(10):548–62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207219301446>

Insuficiencia cardíaca y taquimiopatías

Guerrero Duro, Ramón Daniel | *Médico Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Fernández Alba, Rocío | *Médica Residente de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*
 Lucena León, María Isabel | *Médica Especialista de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Motivo de consulta

Mal estado general.

Anamnesis

Mujer de 32 años con antecedente reciente de tromboflebitis vulvar resuelta y embarazo hace 1 mes que acude a servicio de urgencias porque lleva tres semanas con mucha tos con expectoración blanquecina junto a náuseas y vómitos que relaciona con la persistencia de la tos. También indica fiebre de forma intermitente a lo largo de estas tres semanas.

Refiere disnea de 4 semanas de evolución con mínimos esfuerzos (dice que desde que cesárea nota dicha disnea) que ha ido evolucionando hasta hacerse de reposo. También ortopnea y DPN. Dolor torácico de características opresivas sobre todo cuando está acostada.

Indica cefalea holocraneal de características opresivas. No sonofobia no fotofobia, no alteraciones visuales y sin clínica neurológica.

No presenta dolor abdominal ni alteraciones en las deposiciones.

No clínica urinaria.

Exploración física

La paciente llega con buen estado general, normocoloreada, consciente y orientada con leve trabajo respiratorio en reposo aunque mantiene saturación del 99%.

Exploración neurológica: sin hallazgos patológicos. ACR: MVC sin ruidos patológicos. Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Abdomen sin patología. Sólo leve dolor a la palpación en epigastrio. MMII sin edemas.

Pruebas complementarias

- Radiografía de tórax: se aprecia cierta cardiomegalia.
- Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normales. Sólo destaca un Dímero D en 2030 que puede relacionarse con el antecedente de trombosis vulvar o de lo contrario, ser indicativo de TEP ante la clínica que presenta la paciente. RFA normales y TnT en 14.2. Pro-BNP elevado.
- ECG: destaca una taquicardia sinusal a 130 lpm con extrasístoles supraventriculares, eje derecho, QRS estrecho y sin alteraciones en la repolarización. Onda P coincidente con onda T y que no conduce.
- Ante estos hallazgos se decide realizar AngioTAC con resultado de ausencia de TEP pero cardiomegalia severa con derrame pleural y pericárdico.
- ETT: IT e IM, FEVI 29% con VI dilatado.
- RMN cardíaca: disfunción severa de VI.

Finalmente se decide ingreso a cargo de servicio de Cardiología.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

IC por miocardiopatía dilatada postparto vs Taquimiopatía.

Plan de acción y evolución

En primer lugar, se pauta tratamiento betabloqueante por la taquicardia sinusal y tratamiento diurético por derrame pleural y pericárdico. A pesar del tratamiento con betabloqueantes, continúan rachas de dobletes y tripletes de taquicardia supraventricular. Ante esta situación se decide iniciar amiodarona pero desarrolla un síndrome de QT largo debido a dicho fármaco por lo que se sustituye por sacubutrilo. Con dicho tratamiento se produjo mejoría clínica ya que desapareció la disnea y mejoró la tolerancia al ejercicio, aunque perduraba TV de origen auricular.

Ante la persistencia de la taquicardia, finalmente, se decidió realizar ablación. Sin embargo, tras la ablación se produce bloqueo AV y requiere implantación de DAI. Tras ello, cesa taquicardia y se estabiliza al paciente por lo que se decide su alta y seguimiento por parte del servicio de Cardiología.

Conclusiones

Paciente con IC debido a miocardiopatía dilatada por taquimiopatía que había pasado desapercibida hasta que se descompensó tras embarazo y se agravó aún más ante un cuadro infeccioso por el cuál acudió a servicio de urgencias.

Las taquimiopatías se tratan de miocardiopatías inducidas por arritmias, sobre todo por taquicardia prolongada.

La taquicardia crónica finalmente produce cambios estructurales cardíacos significativos, incluida la dilatación del VI y cambios morfológicos celulares. Da lugar a FEVI disminuida, presiones de llenado elevadas, disminución del GC y aumento de la resistencia vascular sistémica. En general dan lugar a IC. Normalmente tras la resolución de la taquicardia, en la mayoría de los casos, dichos cambios cesan. En ocasiones también pueden dar lugar a anomalías electrofisiológicas que desembocan en arritmias.

La presentación clínica más frecuentemente es la IC ya que la clínica debido a la taquicardia puede ser de grado leve y no dar síntomas floridos por los que se consultan. Además de la clínica y las pruebas de imagen, en el ecg las frecuencias suelen ser superiores a 100 lpm siendo las más graves cuando se superan los 120 lpm.

En esta paciente, debido al antecedente de embarazo, se dudaba de la etiología de la IC (miocardiopatía dilatada postparto vs taquimiopatía). Sin embargo, la taquicardia refractaria a tratamiento, decantó el diagnóstico definitivamente hacia taquimiopatía.

La ictericia más joven de la urgencia

Losada Luis, Felisa | *Médica Residente de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla*
 Pérez Jigato, María Rocío | *Médica Especialista de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla*
 Morilla Roldán, Cristina | *Médica Residente de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla*

Motivo de consulta

Paciente mujer de 19 años que acude a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio y ambos hipocondrios junto a ictericia de piel y mucosas y coluria de tres días de evolución. Asocia náuseas sin vómitos. No alteración del hábito deposicional, última deposición ayer sin productos patológicos. No fiebre. No odinofagia ni otra sintomatología infecciosa por órganos y aparatos. Consumo de Naproxeno 500 mg la semana anterior por cuadro de cefalea, que refiere se resolvió a los pocos días.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis:

Antecedentes personales:

- RAM: amoxicilina-Clavulánico (episodio sincopal)
- Vacunación correcta
- Hábitos tóxicos y epidemiológicos: no fumadora. No hábito enólico. No consumo de otros tóxicos. Mantiene relaciones sexuales sin protección con pareja actual (1 año). No viajes recientes. No contacto con animales.
- No enfermedades previas de interés
- No intervenciones quirúrgicas previas
- Tratamiento habitual: etinilestratiol 35 mcg/ acetato ciproterona 2 mg (desde hace 7 años).

Exploración

Buen estado general. Consciente, colaboradora y orientada en tiempo y espacio. Estable hemodinámicamente con TA 130/90 y FC: 100 lpm. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Afebril. Ictericia franca de piel y mucosas. No datos de encefalopatía.

- Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado bilateral sin ruidos patológicos audibles.
- Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, epigastrio e hipocondrio derecho con Murphy positivo. No se palpan masas ni megalias. Puño-percusión renal bilateral negativa
- Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias

- Analítica sanguínea urgente. Hemograma: leucocitos 19.570 con linfocitos 12.190, serie roja normal, plaquetas 74.000. Coagulación: normal, INR 0.99. Bioquímica general: glucosa 91, urea 24, creatinina 0.74, Na+ 137, K+ 4, bilirrubina total 5, bilirrubina directa 4.87, LDH 581, AST 76, ALT 96, alfa-amilasa 29. PCR 16.8.
- Frotis de sangre periférica: trombocitopenia confirmada. Monocitosis y linfocitos estimulados que sugiere proceso reactivo. Sistemático de orina: bilirrubina +++, urobilinógeno +, bacterias abundantes, nitritos negativo, leucos + 30, eritrocitos negativo. Exudado nasofaríngeo Coronavirus SARS - COV - 2 (COVID- 19), Ag: negativo.
- Ecografía abdomen y pelvis: esplenomegalia homogénea (unos 15 x 8,7 cms.) el hígado muestra alteración en su ecogenicidad con marcada hiperecogenicidad de los conductos biliares que no llegan a estar dilatados. La vesícula biliar presenta un engrosamiento difuso de su pared sin imagen de litiasis en su interior. Se observan algunas adenopatías inespecíficas en hilio hepático. El colédoco es de calibre normal. Páncreas sin hallazgos reseñables. No se observa ascitis. Riñones sin hallazgos. Vejiga urinaria poco replecionada sin alteraciones groseras. Los hallazgos no son específicos, sugieren como primera posibilidad procesos infecciosos como las hepatitis y la mononucleosis aguda. A valorar completar con RM según sospecha clínica.

- Analítica reglada. ANOES: Ac antinucleares: positivo. Ac (IgG) antinucleares (titulación): negativo. Ac anti ADN doble cadena: negativo. AclgG anti AND doble cadena cuantificación: 13 (dudoso). Ac IgG anti centrómero, anti histonas, anti nucleosoma, anti PCNA: negativos. Ac antinucleares (Enas): antiSSA, Anti SSB, AntiSM, AntiRNP, AntiSL70, AntiJo (cribado): positivos. AcigG anti RNP, Anti SM, Anti SSA/RO-52, anti SSA/Ro-60, anti SSB/LA, anti Jo-1 y anti SCL70 negativos. AC antinucleares (nucleolo): anti PM-SC: negativos. Ac anticitoplasmáticos: IgG mitocondriales titulación: negativo. Ac antimitocondriales M2: negativo. AC antiribosomales negativo. Ac Anti LKM negativo. Ac anti musculo liso POSITIVO. Ac anti actina-F negativo.
- Serología: CMV, VIH, VHC negativo, VHS, Sarampión, IgG: positivo. AcVHA +, Ac VHA (IgM). -AcVHE (IgM) +. Vacunación VHB (AgHBs y antiHBc -, antiHBs 2), varicela-zóster IgG e IgM positivos. Parotiditis IgG + e IgM indeterminado. Parvovirus IgM - e IgG indeterminado.
- Inmuniagnostico infeccioso: Coxiella burnetii, Ac(IgM) en fase II Negativo -. Leptospira spp., Ac(IgG) Negativo -. Leptospira spp., Ac(IgM) Negativo -. Rickettsia conorii, Ac(IgG). -. Treponema pallidum, Ac Negativo
- Hemocultivo 2/12/21: negativo
- Colangiorm y rm abdomen c/c iv 3/12/21: ligera hepatomegalia de morfología, contornos e intensidad de señal normales. No se han apreciado imágenes que sugieran lesiones ocupantes en hígado. Esplenomegalia de 14,5 cms. Permeabilidad portal.

Vías biliares intrahepáticas de morfología, calibre y distribución normales. Hepatocolédoco de diámetro normal, permeable y sin lesiones endoluminales. No se observa coledocolitiasis. Vesícula biliar de aspecto normal. No líquido libre abdomen superior.

Páncreas de tamaño normal. No se objetivan cambios en su intensidad de señal. Sus contornos están adecuadamente definidos. La grasa peripancreática muestra una intensidad de señal normal.

Conducto de Wirsung de calibre normal. No se observa ascitis.

Conclusión. Hepatoesplenomegalia, sin otros hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente es la menor de dos hermanos y convivía con sus padres en el domicilio familiar. Presentaba un buen apoyo familiar y social.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Hepatitis aguda icterica con discreta insuficiencia hepática aguda (MELD 8) resuelta, probablemente secundario a VEB, sin poder descartarse otras etiologías asociadas (Autoinmunidad +, IgM VHE +).
- Exantema viral resuelto vs Toxicodermia

En el diagnostico diferencial hay que tener en cuenta todas las enfermedades que alteran la bilirrubina según su patrón, como colestasis por ejemplo. También enfermedades infecciosas y autoinmunes. Todas ellas están recogidas a lo largo del caso clínico, pues fueron estudiadas durante su ingreso hospitalario.

Plan de actuación y evolución

La paciente ingresó en planta de Digestivo por sospecha de hepatitis aguda secundaria a VEB. Durante el ingreso presentó discretos datos de insuficiencia hepática (alteración de coagulación y trombopenia, sin encefalopatía) que se resolvieron espontáneamente sin necesidad de tratamiento adicional.

A las 48 horas del ingreso presentó rash mucocutáneo con afectación palmo-plantar por lo que se realizó interconsulta a dermatología y se pensó en su posible etiología la infección viral aunque sin poder descartar toxicodermia por dexketoprofeno. Presentó buena respuesta a corticoides tópicos y antihistamínicos, estando asintomática al alta.

Durante su ingreso, ha presentado una evolución lenta aunque favorable, con mejoría clínica y analítica tras tratamiento sintomático pautado.

Dado los hallazgos de las serologías e inmunodiagnóstico infeccioso, se comenta caso con especialistas de Enf. Infecciosas que recomiendan, para confirmar dichos hallazgos, la repetición de una nueva analítica que se realizó tras el paso de un mes con negatividad para anticuerpos de VHE.

Continua en seguimiento en las CCEE de Digestivo con controles analíticos. Actualmente continúa presentando cifras de transaminasas normales.

Conclusiones

El virus de Epstein Bar puede producir infecciones asintomáticas y pasar totalmente desapercibidas por el paciente y siendo un hallazgo accidental en una analítica rutinaria, o bien expresarse con una clínica muy florida.

El caso clínico de la paciente expuesto, es un claro ejemplo de cómo una paciente sin factores de riesgo, sin hábitos tóxicos y sin ningún antecedente de interés relevante presentó un cuadro importante por el que tuvo que requerir ingreso hospitalario.

Finalmente, la evolución fue totalmente favorable y tras 18 días de ingreso pudo recibir el alta.

Palabras clave

Ictericia, Virus Epstein-Bar, Esplenomegalia, Hiperbilirrubinemia

La importancia de la cita presencial

Rodríguez Mengual, Amparo | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
Martín Guerra, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
Gascón Veguin, Santiago | *Médico Especialista de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*

Motivo de consulta

Dolor lumbar

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 83 años AP: HTA, DM2, osteoporosis post-menopausia con fractura L1, consulta con cita telefónica por dolor lumbar similar al previo suyo, la paciente se encuentra fuera de Córdoba y no puede acudir presencial, dolor lumbar intenso que limita sus actividades diarias.

Iniciamos tratamiento analgésico con paracetamol 1 g y metamizol 575 mg. Llamamos unos días después y nos comenta su hija que no consigue controlar el dolor, añadimos tramadol al tratamiento e insistimos, en cuanto pueda, acudir de manera presencial. Unos días después, acude su hija porque refiere continuar con dolor a pesar de tratamiento, no se puede mover de la cama e incluso refiere episodios de HTA que ha tenido que ser tratada en urgencias. Cambiamos de escalón analgésico e iniciamos oxicodona 5 mg/naloxona 2,5 mg, pactamos acudir a consulta según llegue a Córdoba.

La semana siguiente acude la paciente presencial, nada más entrar en la consulta se visualiza un regular estado general, tinción algo ictericia de piel y mucosas y disnea en reposo.

A la exploración Sat O₂ 90-91% con algunos crepitantes dispersos en la auscultación, dolor a la palpación de L1 a L4. Solicitamos RX de tórax, EKG y analítica urgente. En analítica no valores alterados, En Rx de tórax se observan infiltrados difusos bilaterales y derrame pleural derecho.

Enfoque familiar y comunitario

Infiltrados difusos bilaterales sospecha de metástasis pulmonares a estudio.

Plan de acción y evolución

Dada la exploración física y los resultados de la radiografía, ante la alta sospecha de metástasis pulmonares, derivamos al servicio de urgencias para estudio. Fue ingresa en neumología donde tras realizar TAC tórax-abdomen se diagnostica de múltiples nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis, masa de aspecto neoplásico en LSI. Dado el mal pronóstico de la paciente se acordó con esta y familia no realizar pruebas invasivas y mantener actitud paliativa. Falleció una semana después.

Conclusiones

Como conclusión recalcar la importancia de ver al paciente en consulta, mirarle la cara, el aspecto, que nos aporta muchísima información. La consulta telefónica debe servir como apoyo a la consulta nunca para sustituir a la consulta presencial, recordar a los pacientes la importancia de explorarlos en consulta para poder llegar a un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

La importancia de los síntomas clave en Atención Primaria

Mota Gavilán, Isabel | *Médica Residente de MFyC. CS Moguer. Huelva*
 Moraira González, Patricia | *Médica Residente de MFyC. CS La Orden. Huelva*
 Morán Marín, Silvia | *Médica Residente de MFyC. CS La Orden. Huelva*

Ámbito del caso

Multidisciplinar. Atención primaria, medicina interna, ORL y hematología.

Motivo de consulta

Prurito generalizado y bultomas en cuello.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 69 años con AP: HTA, IRC, cáncer de Vejiga, HBP, DM, que acude a consulta por prurito generalizado de tres meses de evolución, con aparición posterior de bultomas en cuello. Refiere pérdida de peso.

Exploración

BEG, BHYP, COC. Constantes normales. Erupción cutánea a nivel de miembros superiores y zona abdominal

Exploración cuello: adenopatía de consistencia elástica no adheridas a planos profundos. No dolorosa a la palpación. Resto territorio ganglionar normal. Se localizan sobre musculo ECM.

Pruebas complementarias

Se solicita desde atención primaria analítica y ecografía de partes blandas.

- Analítica: hg: normal + Coagulación: normal+ Bq: Glu: 237. Urea: 62, Cr: 1,8. Resto normal
- Ecografía partes blandas: adenopatías redondeadas sin hilio graso central siendo la mayor en cadena laterocervical derecha de 16 mm e izquierda de 32 mm.

Tras resultados de ecografía se decide derivar de forma preferente a medicina interna.

En medicina interna se solicita analítica y TAC. Analítica destacan LDH y VSG elevados. TAC: adenopatías retroperitoneales múltiples patológicas. Moderada esplenomegalia.

Se aborda junto con ORL para cervicotomía derecha + biopsia conglomerado adenopático. Confirmándose por anatomía patológica infiltración por Linfoma de Hodgking clásico variante Esclerosis Nodular, las técnicas de IHQ muestran positividad CD15, CD30.

Se solicita PET-TAC para estadiaje: afectación linfática supra e infra diafragmática, esplénica y ósea. Estadio Ann-Arbor IV.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 69 años, casado y con una hija. Buen apoyo familiar y social. Pertenece a un nivel sociocultural medio-alto.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome linfoproliferativo

Diagnóstico diferencial

Leucemia; Linfoma Hodgking vs no Hodgking.

Plan de acción y evolución

El paciente inicia tratamiento con quimioterapia y seguimiento por Hematología, con evolución favorable.

Conclusiones

Este caso realza la importancia de realizar una anamnesis completa y una buena exploración física, de la cual se consigue información que de otra forma no podríamos obtener. Además, es fundamental realizar un buen DD, el cual nos ayuda a dirigir las pruebas complementarias que vamos a solicitar. Asimismo, cabe destacar el trabajo multidisciplinar entre el medico AP, medicina interna y hematología. En atención primaria es primordial sospechar dichas patologías, ya que los medico de AP son el primer eslabón para detectar y derivar a los pacientes.

Palabras claves

Adenopatía; Prurito; Linfoma Hodking.

La importancia de una buena historia clínica

Sousa Payán, Luis | *Médico Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*
Bernabeu Fuentes, Álvaro | *Médico Residente de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*
Muñoz García, María Del Mar | *Médica Especialista de MFyC. CS Los Bermejales. Sevilla*

Motivo de consulta

Diarrea

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Se trata de una mujer de 22 años de edad, no fumadora, bebedora ocasional, que no presenta factores de riesgo cardiovascular ni *antecedentes personales* de interés y no sigue ningún tratamiento actualmente. Antecedentes familiares: prima con Enfermedad de Crohn.

Consulta en Atención Primaria por presentar diarrea acuosa de 25 días de evolución con una media de 6-7 deposiciones al día y presencia de sangrado desde hace 20 días. Se acompaña de tenesmo rectal, picos febriles de hasta 39°C, dolor abdominal y afectación general en forma de astenia intensa y pérdida de peso a pesar de buen apetito. Además, ha presentado náuseas sin vómitos asociados a la toma de loperamida.

La paciente no ha realizado ningún viaje al extranjero, ni hay otros casos en los convivientes.

Previamente, la paciente había consultado en 3 ocasiones en los servicios de urgencias de Atención Primaria y Hospitalaria por el mismo episodio, en las que se realizó toma de constantes y exploración, así como indicación de tratamiento sintomático que no había logrado mejoría.

Exploración

En el momento de la consulta, la paciente presenta regular estado general, estando consciente, orientada y siendo colaboradora. Se encuentra normotérmica (36.1°C) hipotensa (TAS/TAD 95/55 mmHg) y una saturación de oxígeno de 99% respirando aire ambiente. La auscultación cardíaca es con tonos rítmicos a 70 lpm. La auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. La exploración abdominal muestra un abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, con ruidos aéreos conservados y sin datos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias

Se solicita una analítica con hemograma completo, coagulación, bioquímica general con perfiles renal y hepático, PCR, hormonas tiroideas y anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa. Además se solicita cultivo de heces (bacteriano y parasitario), calprotectina en heces y Ag de *Helicobacter pylori*.

Entre los resultados de las pruebas diagnósticas destaca una anemia de Hb 9.9 g/dL, VSG de 30 mm/h, PCR 94.5 mg/L y calprotectina en heces >2000 µg/g con el resto del estudio con valores en rango y cultivos de heces negativos.

Enfoque familiar y comunitario

Estudiante desplazada, vive en un piso compartido y los fines de semana los pasa con sus padres en ciudad natal. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diarrea de características orgánicas en estudio. Probable Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Plan de acción y evolución

Se vuelve a citar a la paciente con los resultados a los 3 días. Refiere aumento de la astenia.

Derivación a Servicios de Urgencias Hospitalarias con Historia de Consulta y resultado de pruebas complementarias para valorar ingreso.

En Urgencias se solicita otra analítica completa, estudio de heces y de orina con resultados similares a los anteriores salvo empeoramiento de un punto de la anemia (Hb 8.9 g/dl). Se decide ingreso con solicitud de TC abdomen, colonoscopia y toma de biopsia.

Durante el ingreso la paciente precisó una transfusión de dos concentrados de hematíes debido a anemización hasta 7.6 g/dl de Hb. Se mantuvo en dieta absoluta con suero fisiológico y glucosado y corticoides.

La TC mostró hallazgos compatibles con colitis inflamatoria o infecciosa y esplenomegalia de posible origen reactivo.

En la colonoscopia se explora únicamente hasta ángulo hepático, sin completar la exploración por la presencia de mucosa muy friable a dicho nivel. Destaca desde recto una mucosa muy eritematosa, con múltiples aftas puntiformes, con pérdida de la vascularización y morfología habitual de colon; esta afectación es continua y presenta mayor gravedad a partir de sigma, donde se identifican úlceras fibrinadas más extensas y muy friables a la toma de biopsias, con tubulización del colon; todo ello sugestivo de Pancolitis Ulcerosa con actividad moderada-severa en la actualidad; se toman biopsias escalonadas de ángulo hepático, colon transverso y sigma.

Se procede al alta hospitalaria con tratamiento de Mesalazina oral y en espuma además de recomendaciones higiénico-dietéticas.

Las biopsias muestran Colitis Ulcerosa con intensos signos de actividad.

Posteriormente al alta la paciente muestra mejoría en su sintomatología y analíticamente, con persistencia de la diarrea aunque de menor intensidad.

Se mantiene seguimiento por parte de Atención Primaria a la espera de cita de revisión en Digestivo.

Conclusiones

La Colitis Ulcerosa forma parte del conjunto de afectaciones que componen la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, siendo la más prevalente en nuestro medio, con un pico de máxima incidencia en la población joven (15-35 años).

Debe formar parte del diagnóstico diferencial de una diarrea de perfil orgánico, sobre todo en pacientes jóvenes con una diarrea de larga evolución. El diagnóstico precoz de la misma permite la instauración de tratamiento dirigido antes y disminuir la gravedad y número de brotes.

Se elige este título del caso debido a que la paciente consulta en 3 ocasiones a diferentes facultativos con los mismos síntomas sin que se inicie estudio de las posibles causas, probablemente debido a la frecuencia de presentación de diarrea como motivo de consulta que hace que se suele atribuir su origen a otras patologías más comunes como gastroenteritis bacteriana o vírica. No obstante, se debe indagar en la anamnesis en todos los casos para descartar los signos de alarma que sugieren organicidad. Si cumple esos signos de alarma está indicado el estudio de esa diarrea, ya sea aguda o crónica.

Palabras clave

Colitis Ulcerosa, Gastroenteritis, Diarrea.

La importancia del adecuado control de riesgo cardiovascular

Reyes Alvarez, Marta | *Médica Residente de MFyC. CS San Antonio, Motril. Granada*
 Montero López, Jose Manuel | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS San Antonio, Motril. Granada*
 Luque De Haro, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Motril Este. Granada*

Motivo de consulta

Mareo y visión doble.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Presentamos el caso de un varón de 44 años diagnosticado de Hipertensión Arterial (HTA) de seis años de evolución con mal control tensional, a pesar de tratamiento farmacológico y adecuado seguimiento ambulatorio por su Médico de Atención Primaria. Además, el paciente era fumador activo de 20 cigarrillos/día (ICAT 20 paquetes/año).

Acudió al servicio de Urgencias por diplopía binocular vertical y cierta sensación de visión borrosa de aproximadamente cinco horas de evolución, asociando sensación de mareo inespecífico con inestabilidad de la marcha de inicio brusco. No presentó pérdida de fuerza ni sensibilidad en extremidades, negaba desviación de comisura bucal así como ausencia de cefalea, dolor torácico, disnea u cualquier otra clínica asociada.

En la exploración física, presentaba aceptable estado general con un buen nivel de consciencia, destacando cifras tensionales elevadas de 162/77 mmHg y la presencia de un soplo sistólico de intensidad IV/VI más acentuado en foco aórtico sin otros soplos vasculares. Neurológicamente, llamaba la atención la limitación en la mirada vertical, conservando la movilidad horizontal en ambos sentidos. No presentaba alteraciones pupilares ni paresias de pares craneales, con un lenguaje y habla conservados así como balance muscular y marcha normales, con ausencia de disimetrías. Pulsos periféricos conservados y resto de la exploración física normal.

A su llegada a Urgencias se solicitaron diversas pruebas complementarias básicas, entre ellas analítica general, radiografía de tórax y electrocardiograma, cuyos resultados fueron normales. Ante la presencia de focalidad neurológica y con la sospecha de probable Ictus vértebro-basilar, se solicitó TC de cráneo y AngioTC de troncos supraaórticos que se amplió a tórax y abdomen visualizándose aneurisma sacular de la pared posterolateral del segmento C1 de la carótida izquierda y signos de Coartación de Aorta que afectaba a la aorta descendente. Se realizó ecocardiograma transtorácico evidenciándose válvula aórtica bicúspide y aneurisma en aorta ascendente (Figura 1).

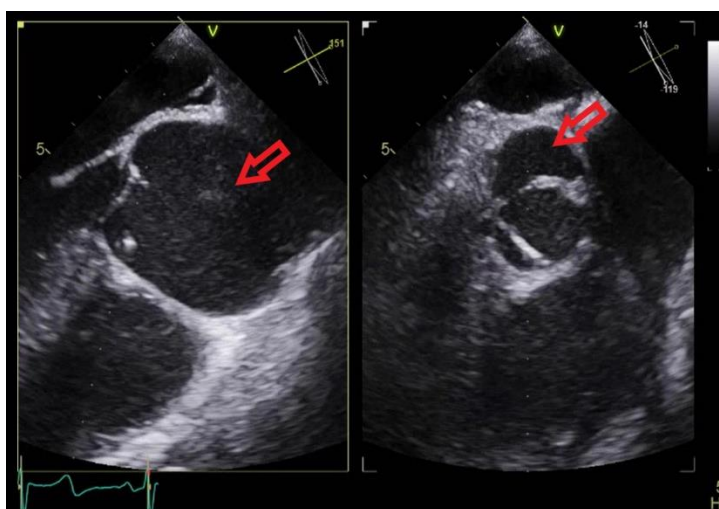


Figura 1. 1ª Flecha: aneurisma en aorta ascendente. 2ª Flecha: válvula aórtica bicúspide.

Enfoque familiar y comunitario

Nuestro paciente, presentaba una situación familiar y laboral complicada, acababa de ser despedido de su antiguo trabajo por lo que se encontraba en una situación estresante, buscando trabajos de corta duración que le permitieran dar de comer a su familia (su esposa y su hijo pequeño) ya que era el único sustento económico familiar. De esta forma, se había olvidado de sí mismo, se encontraba muy preocupado por los factores externos que constituían su entorno social y familiar, y no presentaba adecuado control tensional ni habiendo contemplado el abandono tabáquico.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Isquemia cerebral transitoria del territorio vertebrobasilar secundario a aneurisma cerebral en carótida interna en relación con probable Coartación de Aorta torácica en el contexto de Hipertensión Arterial secundaria en paciente fumador.

Plan de acción y evolución

Se trasladó con transporte de críticos a Neurología para ingreso hospitalario, administrándole previamente AAS 300 mg y Atorvastatina 80 mg. Durante el ingreso, se realizó aortoplastia con stent recubierto para paliar la coartación de aorta (Figura 2) y de forma diferida, embolización de aneurisma cerebral carotídeo.

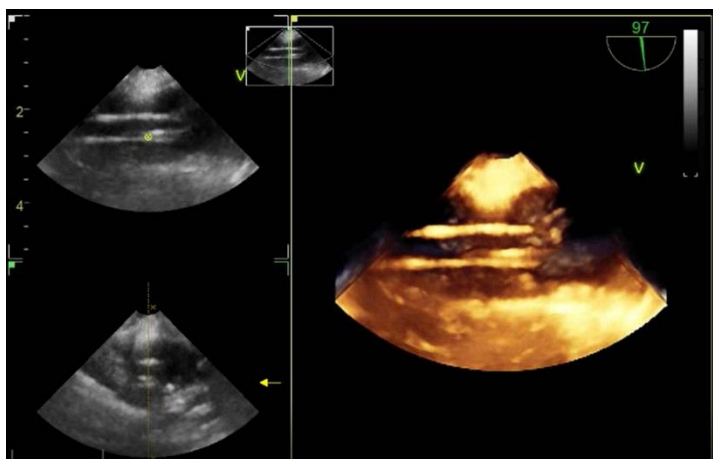


Figura 2. Aortoplastia con stent recubierto.

Conclusiones

En el caso de nuestro paciente, resultaba imprescindible descartar causas secundarias de hipertensión arterial ya que presentaba cifras elevadas con mal control ambulatorio a los 30 años de edad, siendo la estrategia de tratamiento más efectiva la que se centra en el mecanismo específico subyacente a la hipertensión. Una vez confirmado el diagnóstico de Coartación de Aorta, siendo esta la sexta cardiopatía congénita más frecuente, se debe descartar patología valvular asociada encontrando en la ecocardiografía la asociación tan característica con válvula aórtica bicúspide y como consecuencia de la misma, presentaba un aneurisma en aorta ascendente.

En cualquier caso, la hipertensión arterial en el paciente joven es una patología que debemos de tomar en serio por la gran parte de casos que pueden pasar desapercibidos e infradiagnosticados ocasionando un pronóstico infausto para nuestros pacientes por lo que debemos sospechar la existencia de patología subyacente para poder garantizar la mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes y aumento de la supervivencia en los mismos.

Bibliografía

Agarwala B, Bacha E, Cao Q. Clinical manifestations and diagnosis of coarctation of the aorta. UpToDate [Internet].2020 [Consultado 3 Feb 2020].

Textor S. Evaluation of secondary hypertension. UpToDate[Internet].2020[Consultado 3 Feb 2020].

Alkashkari W, Albugami S, Hijazi Z. Management of coarctation of the aorta in adult patient: state of art. PubMed [Internet].2019[Consultado 20 Feb 2020].

Clinical update Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Stefano F. Rimoldi^{1,2}, Urs Scherrer^{1,2}, and Franz H. Messerli³ European Heart Journal (2014): 35, 1245–1254.

Santamaria R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. NefroPlus (2015): 7(1):1-106-.

La importancia del control de FRCV en Atención Primaria y un buen cumplimiento terapéutico

López Martínez, Soraya | *Médica Residente de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga*
 Cobo López, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga*
 Montes Torres, Rafael | *Médico Especialista de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga*

Motivo de consulta

Claudicación intermitente.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Alergia a sulfamidas (clínica de angioedema). Vive en Málaga solo. Independiente para ABVD. Deambula sin apoyo. Trabajaba como conductor hábitos tóxicos: fumador con IAT >45 paq-año. Consumo de alcohol de alto riesgo (4 UBE/día). FRCV: HTA, DM, no DL.

Antecedentes personales

Depresión. Intervenciones quirúrgicas: no. Tratamiento habitual (contrastado): enalapril/hidroclorotiazida 20/12.5, amlodipino 5 m, lorazepam 1 mg, sitagliptina 50/metformina 1 g c/12 h, venlafaxina 150 mg.

Enfermedad Actual

Varón de 59 años que acude a consulta por claudicación intermitente a los 100 metros desde hace 2 -3 meses de manera bilateral. No edematización de miembros. No clínica anginosa. Muestra registro de PA domiciliaria, con últimas en torno a 130/85. No controla glucemias. No desayuna. Al medio día suele comer carne en estofado, con salsa. Cena bocadillo, pizza. No bebidas azucaradas.

Exploración física

Exploración neurológica. Sin focalidad neurológica de pares craneales ni vías sensitivomotoras. >ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. ABD. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativo. PPR bilateral negativo. >MMII. MID: pulsos distales disminuidos. Además, presenta ausencia de vello en la parte distal de la pierna, piel brillante, atrofia muscular sin signos de necrosis. También se evidencia hiperemia reactiva y uñas engrosadas. MII: pulso presente, no cambio de coloración, ausencia de vello.

Pruebas complementarias

Análisis sanguíneo: glucosa 150, glicada 11. Talla 1,76, peso 85 kg.

Enfoque familiar y comunitario

Vive solo. Trabaja como camionero y tras la muerte de su mujer a los 45 años empezó a tener animo depresivo. Comenta en repetidas ocasiones que no tiene ganas de vivir. En los últimos años ha comenzado a beber más cantidad de alcohol, llegando a beber 1 botella de whisky al día. Ha intentado desintoxicación sin éxito. No suele acudir a citas con MAP pese a tener dolor por miedo a padecer alguna enfermedad.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Claudicación intermitente, probable enfermedad arterial periférica diabetes mellitus con mal control metabólico dislipemia mixta tabaquismo activo.

Diagnostico diferencial

Insuficiencia venosa crónica, dolor muscular, neuropatía periférica.

Plan de actuación y evolución

Se deriva a consulta de EAP donde le repiten la exploración física realizada en consulta de atención primaria junto con otros datos importante para el diagnóstico de EAP.

ITB derecho de 0.6 e ITB izquierdo de 0,9.

Eco-Doppler: cambios hemodinámicos significativos en arteria femoral superficial secundaria a oclusión segmentaria con recanalización a la arteria poplítea por vasos colaterales, espectro del flujo monofásico en vasos tibiales.

Iniciar-atorvastatina 40/ ezetimibe 10- empagliglozina 10 mg c/24 h. Se solicita análisis sanguíneo para valorar control metabólico en 3 meses Se deriva a consulta de EAP

Dado que el paciente es algo reacio a la medicación, se prioriza tratamiento con mayor impacto. El planteamiento es ir introduciendo resto de medicación de manera escalonada. No se solicita angioTAC de momento para no sobrecargar al paciente. No fumar, reducir al mínimo el consumo de alcohol. Recomendaciones dietéticas

Tras ser conocido el caso por parte de medicina interna y e incluirlo en lista de pacientes con posible enfermedad arterial periférica se seguirá estrechamente en consulta de atención primaria para comprobar cumplimiento y progresión de enfermedad. En próxima consulta se solicitará angioTAC.

Enfermería lo citará en consulta para hacerle controles glucémicos y comprobar dieta y cumplimiento de medicación.

Conclusión

Es importante un buen control de FRCV y adherencia terapéutica para evitar progresión y complicaciones derivadas de enfermedad de base. En atención primaria es importante una buena relación-medico paciente para crear una relación de confianza y con ellos conseguiremos una buena adherencia terapéutica y mejoras en hábitos de vida.

Palabras clave

Claudicación, diabetes, ITB

Autorización explícita del paciente a los autores para que su caso clínico sea publicado.

La importancia en detectar los síntomas de alarma en la exploración física

Aranda Domínguez, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Sector Sur. Córdoba*
 Bartolomé Menéndez, Inmaculada | *Médica Especialista de MFyC. CS Sector Sur. Córdoba*
 Morales Delgado, Nazaret | *Médica Residente de MFyC. CS Poniente. Córdoba*

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivo de consulta

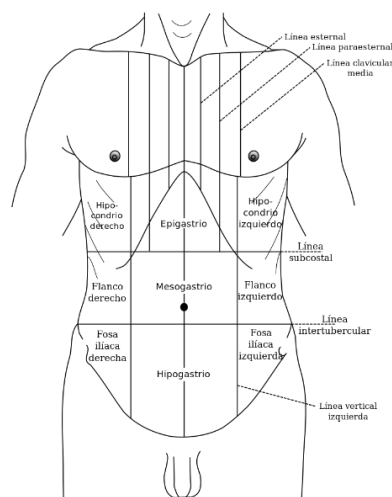
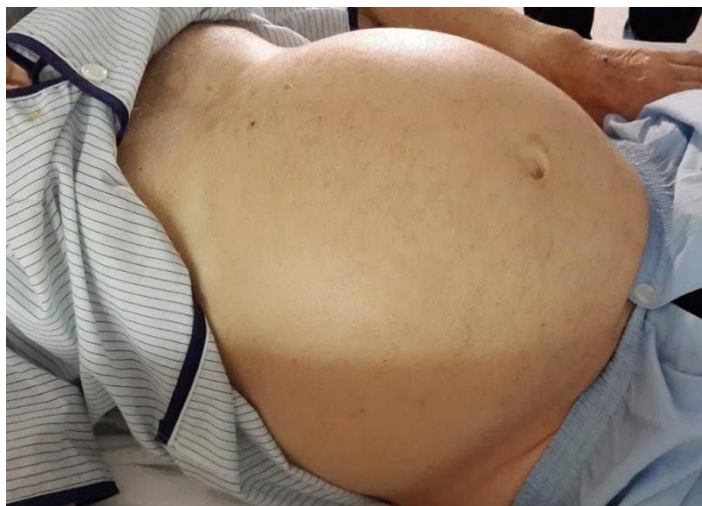
Molestias abdominales.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón 83 años, antecedentes personales de dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética, IAM inferior en 1994, SCA en 2003 que precisó revascularización con implantación de 2 stents, acude a consulta por molestias abdominales difusas y sensación de aumento de perímetro abdominal progresiva, acompañado de diarrea y vómitos en varias ocasiones de forma aislada sin productos patológicos. Además, presenta síndrome constitucional con astenia y anorexia, pérdida ponderal de peso no cuantificada. No fiebre. No disnea. No exteorizaciones hemorrágicas. No ictericia ni coluria.

Exploración física

Aceptable estado general, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Afebril. Auscultación dentro de la normalidad. Abdomen: ascitis no a tensión, doloroso a la palpación de forma generalizada, más intenso en hipocondrio derecho, abundantes ruidos hidroaéreos.



Dada la exploración patológica se decide derivar al paciente a urgencias hospitalarias.

A su llegada se realizó analítica con resultados dentro de la normalidad y TAC abdomen y pelvis donde se observaban múltiples LOES hepáticas compatibles con metástasis. En los segmentos 5 y 6 se aprecian lesiones confluentes que infiltran a la vesícula la cual está poco distendida y por lo que pueden estar en relación con un carcinoma primario de vesícula.

La rama derecha de la porta presenta trombosis tumoral. La porta izquierda y la porta principal están permeables, no hay dilatación de la vía biliar. Adenopatías metastásicas de 20 mm en hilio hepático y retroperitoneales periaórticos de hasta 13 mm. Múltiples nódulos en la grasa del omento mayor compatibles con implantes peritoneales. Escasa cantidad de líquido en pelvis.

Se reevaluó al paciente tras el resultado de las pruebas complementarias, dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente se decidió derivar al servicio de Oncología para valoración del caso.

Enfoque familiar y comunitario

Tras el resultado de las pruebas complementarias se diagnosticó al paciente de neoplasia vesícula biliar estadio IV (carcinomatosis peritoneal, metástasis hepáticas)

Diagnóstico diferencial

Colelitiasis, carcinoma hepático.

Evolución

En el servicio de Oncología se valoró riesgos beneficios desestimando continuar con estudio del paciente ya que no modificaba la estrategia dado que desestimaron tratamiento oncológico sistémico específico. Se derivó al servicio de Cuidados Paliativos.

Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos y por Atención Primaria.

Conclusiones

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.

Palabras clave

Neoplasia vesícula, carcinomatosis peritoneal, metástasis.

Las apariencias engañan

Bautista Simon, Ángeles | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*
 Hermoso Sabio, Antonio | *Médico Especialista de MFyC. CS La Chana. Granada*
 Cuadrado Alburquerque, Celia Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Paciente mujer de 49 años con Esclerosis Múltiple que presenta episodios de hipotonía, decaimiento y pérdida de fuerza, de varios meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Antecedentes

No reacciones adversas a medicamentos. Paciente con diagnóstico de Esclerosis Múltiple forma secundaria progresiva, con actividad incapacitante, diagnosticada a los 17 años, en seguimiento por Neurología. En última RMN de 2018, extensa afectación desmielinizante supratentorial y en cordón medular, con aparición de nuevas lesiones subcortical insular derecha (3mm) y subcortical temporal izquierda (5mm). Ha recibido tratamiento con interferón beta, mitoxantrona, ciclofosfamida y fingolimod, y actualmente con ocrelizumab. Vejiga espástica con ITUs de repetición, en seguimiento por Urología. Asma bronquial alérgico. Trastorno maníaco-depresivo, con ingreso en Salud Mental en 2017 y sin seguimiento actual. Tratamiento actual: salmeterol/fluticasona 1 inh/12 h, levocetiricina 5 mg, mirtazapina 15 mg, silodosina 8 mg, lormetazepam 2 mg, espesante.

Exploración:

Buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica en reposo, hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar normal. Destaca cierta debilidad muscular con

Pruebas complementarias

TA: 125/70 FC: 80 lpm. Saturación O₂: 98%. Se solicita estudio con bioquímica sérica en la que se objetiva hipercalcemia de 11.7 mg/dl, con aumento de PTH de 238.5 pg/ml. Con estos hallazgos se realiza interconsulta con Neurología que solicita RMN craneal sin nuevas lesiones que puedan justificar un nuevo brote de Esclerosis Múltiple. Desde Neurología se deriva al Servicio de Endocrinología para el de la hipercalcemia que realiza ecografía de riñón y vías urinarias sin presencia de cálculos renales ni adenomas. Además, se realiza Gammagrafía de paratiroides y SPECT/TAC con imagen sugerente de adenoma de paratiroides a nivel retrotiroideo derecho.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente se encuentra institucionalizada con dependencia para todas las ABVD, con desplazamiento en silla de ruedas (incapaz para la bipedestación) y doble incontinencia. Situación familiar compleja, con padre mayor, madre fallecida y hermano sin relación con la familia.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Hiperparatiroidismo primario. Nuevo brote de Esclerosis Múltiple.

Plan de acción y evolución

Tras confirmar el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario, se descarta el tratamiento quirúrgico por la complejidad de la paciente. Se valora en comité la alternativa farmacológica con Cinalcalcet a dosis bajas y control analítico por parte de su médico de familia en 4 semanas, con buena evolución.

Conclusión

En los pacientes con enfermedades crónicas es importante tener en mente que no toda la sintomatología que aparece se debe a ella y hay que investigar correctamente el origen. Como en el caso que nos ocupa, la esclerosis múltiple puede enmascarar la sintomatología neuromuscular del hiperparatiroidismo primario, que finalmente se confirmó con la bioquímica y las pruebas de imagen.

Palabras clave

Hipercalcemia, esclerosis múltiple, adenoma paratiroideo.

Las hipercalcemias también importan

Agüera Díaz, Eduardo | Médico Residente de MFyC. CS Molino de la Vega. Huelva

Motivo de consulta

Analítica de control de la diabetes mellitus tipo 2.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Paciente de 66 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no fumadora ni bebedora con los siguientes *Antecedentes personales*:

- Hipertensión arterial. o Diabetes mellitus tipo 2. o Dislipemia.
- Hipertiroidismo.
- Hiperuricemia.
- *Antecedentes personales* de tuberculosis.
- Miocardiopatía hipertensiva con HVI moderada concéntrica, FEVI preservada, disfunción diastólica.
- Estenosis aórtica moderada.
- Insuficiencia mitral leve.

Su **tratamiento habitual** es el siguiente:

- Olmesartan 40 mg / amlodipino 10 mg, 1 comprimido cada 24 horas.
- Pravastatina sódica 40 mg / fenofibrato 160 mg, 1 capsula cada 24 horas.
- Nebivolol 5 mg, 1 comprimido cada 24 horas.
- Alopurinol 100 mg, 1 comprimido cada 24 horas. O metformina 850 mg, 1 comprimido cada 12 horas. O empagliflozina 10 mg, 1 comprimido cada 24 horas. O omeprazol 20 mg, 1 comprimido cada 24 horas.

Enfoque familiar y comunitario

En enero de 2022 se realiza una analítica de rutina de la diabetes y entre otros valores alterados destacamos una hipercalcemia de 11.4 mg/dl y PTH normal con los niveles de vitamina D algo bajos. Por ello, se decide repetir la analítica pasadas unas dos semanas y la hipercalcemia persiste. Se hace una teleconsulta a Medicina Interna para seguir con el estudio, además de modificar el tratamiento suspendiendo la hidroclorotiazida como sospecha de ser la causante de la hipercalcemia. Por lo tanto, el Médico de familia hace todo lo que está en su mano para profundizar y corregir las alteraciones analíticas.

Plan de acción y evolución

En Medicina interna, le realizan un TAC en el que se objetiva lo siguiente:

Nódulo subsólido en lóbulo inferior izquierdo sospechoso de adenocarcinoma pulmonar. Probable esteatosis. Nódulos uterinos bilaterales, probablemente miomatosos pero se aconseja correlacionar exploración ginecológica.

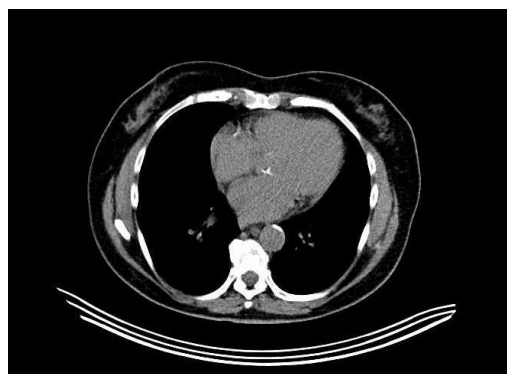


Ilustración 1: TAC con nódulo pulmonar solitario en LII

Por ello, se deriva a Neumología y Ginecología para estudio, además de realizar un PET cuyos resultados son los siguientes:

Imagen nodular en LII de baja tasa de proliferación celular. Formaciones ganglionares paraesofágicas distales metabólicamente positivas. Significativo aumento de captación en tercio distal de esófago y unión gastroesofágica. Foco hipermetabólico en hipogastrio paramedial izquierdo (parece corresponderse con planos uterinos). Formaciones ganglionares abdominopélvicas de baja tasa de proliferación celular.



Ilustración 2: Biopsia de pulmón izquierdo con aguja gruesa guiada por TC.

En la muestra AP, se concluye que se trata de un adenocarcinoma pulmonar in situ en LII con adenopatías periesofágicas sospechosas de malignidad. Se deriva al hospital Virgen Macarena para valoración de cirugía por su parte. Finalmente es aceptado e intervenida del tumor y adenopatías con éxito, realizándose una lobectomía con linfadenectomía terapéutica.

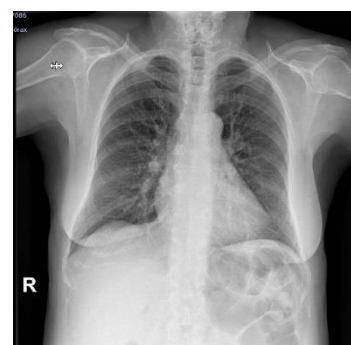
Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Adenocarcinoma pulmonar in situ en LII con adenopatías periesofágicas en el contexto de una hipercalcemia asintomática.

Diagnóstico diferencial:

Las causas de hipercalcemia que más se pueden relacionar con la paciente y, por tanto, las que entran dentro del diagnóstico diferencial son las siguientes:

1. *Asociadas a PTH*: PTH es normal (hiperparatiroidismo primario, MEN, hipercalcemia hipercalciuria familiar).
2. *Malignas*: valores más bajos a lo esperable en estos casos (PTHrP, metástasis óseas, paraproteinemias con mayor fijación de calcio y calcio iónico normal).
3. *Aporte externo de vitamina D*: no toma y hay hipovitaminosis.
4. *Enfermedades granulomatosas*: sarcoidosis, linfoma, Wegener.
5. *Medicamentos*: tiazidas (que tomaba habitualmente y por ello se retiró, continuando con la hipercalcemia); no toma litio, teriparatida, abaloparatida, teofilina, vitamina A.
6. *Patología endocrina*: hipertiroidismo (TSH normal), insuficiencia suprarrenal, acromegalia, feocromocitoma.
7. *Inmovilización*: no es el caso.



Conclusiones

El papel del MFyC en el seguimiento crónico de enfermedades y sobre todo pacientes crónicos como la de nuestro caso es fundamental. Aunque la diabetes mellitus tipo 2 o la hipertensión arterial son enfermedades muy prevalentes en la actualidad y se han convertido casi en una pandemia en la sociedad en la que vivimos, no podemos pasar por alto alteraciones analíticas a priori leves por la sintomatología que causan. Pueden estar dándonos pistas sobre una enfermedad tan grave como un adenocarcinoma de pulmón, el cual, puede estar en estadios finales o metastásicos cuando provoque un síndrome constitucional o síntomas sistémicos. Por ello, volvemos a recalcar la figura clave del MFyC.

Palabras clave

Hipercalcemia; tiazidas; adenocarcinoma

Bibliografía:

González J, Hernández JL. Hipercalcemia. *Medicine*, 10 (2008), pp. 1029-36

Elejalde JL. Urgencias metabólicas en el paciente oncológico. *An Sist Sanit Navar*, 27 Supl 3 (2004), pp. 53-62.

Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. *N Engl J Med*. 352 (2005), pp. 373-9.

Lesiones cutáneas en el anciano hipertenso: la importancia de los fármacos

Luque De Haro, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Motril Este. Granada*

Serrano León, María Teresa | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Motril Este. Granada*

Martínez De Victoria Carazo, Javier | *Médico Residente de MFyC. HU San Cecilio. Granada*

Motivo de consulta

Lesiones cutáneas en miembros inferiores.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 89 años derivada a Urgencias desde su residencia por lesiones cutáneas. Como antecedentes personales, destacan hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad de Alzheimer. Como tratamiento habitual tomaba memantina, simvastatina, quetiapina, risperidona, omeprazol y nebivolol/hidroclorotiazida. Refiere progresiva edematización de miembros inferiores y cifras tensionales elevadas, razón por la que acudieron a su médico de familia, pautándose furosemida a dosis de 20 mg al día. A los pocos días, aparición de lesiones ampollas en miembros inferiores hasta inglés, tronco y región axilar, asociándolo la familia a la introducción del fármaco. No asociaba prurito ni otra sintomatología.

A la exploración física, TA 126/92 mm de Hg, FC 97 lpm, saturación parcial de oxígeno 98%, destaca la aparición de lesiones ampollas con contenido serohemorrágico en su interior, algunas en resolución de aspecto erosivo, sobre una base purpúrica. Respecto a su localización, se apreciaban a nivel de espalda, región axilar, miembros inferiores de forma bilateral hasta región inguinal, así como, algunas en región glútea. Persistía edema con fóvea leve hasta región pretibial en ambos miembros inferiores. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos audibles, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos audibles.

Como pruebas complementarias se le realizó un análisis de sangre, donde destaca una glucosa de 138 mg/dl, sodio de 137 mEq/l, potasio 5,3 mEq/l, proteína C reactiva 26,8 mg/dl, sin otros datos de interés. Asimismo, un sistemático de orina sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

Se trataba de una paciente institucionalizada. La anamnesis tuvo que realizarse a los familiares dada la nula colaboración de la paciente.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Penfigoide ampolloso en probable relación con furosemida.

Plan de acción y evolución

En un análisis de sangre realizado a los pocos días en su centro de salud, se solicitaron factor reumatoide, IgE y proteinograma, siendo los niveles de IgE de 1.560 UI/ml, el factor reumatoide < 10 UI/ml y proteinograma sin alteraciones.

Se pautó al alta del servicio de Urgencias prednisona de 30 mg al día en pauta descendente durante 30 días hasta dosis de mantenimiento con 5 mg al día, así como, una cita en cuarto de curas de Dermatología para practicar una biopsia incisional. El resultado de esta fue compatible con una dermatitis ampollosa con formación de ampolla subepidérmica, asociando infiltrado inflamatorio crónico perivascular. En la inmunofluorescencia directa reveló una positividad lineal en membrana basal para C3 e IgG, concordante con el diagnóstico de sospecha de penfigoide ampolloso.

Conclusiones

El penfigoide ampolloso es la dermatosis ampollosa de tipo autoinmune más frecuente, afectando de forma predominante a las personas ancianas. Existe un aumento de la incidencia en los últimos años atribuyéndose

principalmente al aumento de la esperanza de vida, pero también a los casos inducidos por fármacos y al aumento de la comorbilidad, principalmente aquellas de origen neurológico y cardiovascular.

Clínicamente se caracteriza por una fase prodrómica en la que puede aparecer una lesión cutánea no ampollosa, asociada de forma frecuente a prurito. La localización presente en nuestra paciente es la típica, centrándose en miembros inferiores, ingles y región axilar. Las lesiones son ampollas tensas de contenido seroso o serohemático. Para su diagnóstico es necesaria la obtención de una biopsia de la lesión y de piel sana circundante para inmunofluorescencia directa. Aunque la causa más frecuente es la autoinmune, debemos tener en cuenta la introducción de fármacos como posible factor etiológico.

Existen más de 50 tipos de fármacos asociados con el penfigoide ampollosa asociado a fármacos, destacando entre ellos los diuréticos como la furosemida y las tiazidas, ampliamente utilizados en pacientes con riesgo cardiovascular e hipertensión arterial.

Con respecto al pronóstico, se han descrito factores asociados al aumento de la mortalidad por penfigoide ampollosa, de los cuales destacamos las enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer. El porcentaje de mortalidad puede remontarse hasta el 23%.

El caso clínico que presentamos destaca la importancia de tener en mente los diferentes efectos adversos que la terapia antihipertensiva puede tener en nuestros pacientes, destacando de forma especial la patología dermatológica. En la tabla 1 se resume, de forma general, los efectos adversos dermatológicos de los principales grupos de antihipertensivos que se manejan en la práctica clínica habitual.

Algunas de estas reacciones adversas pueden, incluso, poner en riesgo la vida del paciente como es el caso de las reacciones de tipo anafiláctica, el síndrome de Steven-Johnson, la necrosis epidérmica tóxica o el propio penfigoide ampollosa.

El tratamiento va encaminado a evitar la aparición de nuevas lesiones y permitir la curación de las lesiones ya presentes. En nuestra paciente, la terapia con dosis aproximada de 0,5 mg/kg/día fueron suficientes para una mejoría de la extensión como del número de lesiones, sin objetivar en el seguimiento posterior, nuevos brotes o refractariedad al mismo.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	Reacciones de hipersensibilidad (rash). Angioedema. Diaforesis. Prurito, urticaria, alopecia. Eritema multiforme. Síndrome de Steven-Johnson, dermatitis exfoliativa. Necrosis epidérmica tóxica. Penfigoide , penfigoide . Eritrodermia. Fotosensibilidad.
Tiazidas (hidroclorotiazida)	Fotosensibilidad. Sialoadenitis. Urticaria. Lupus inducido por fármacos. Reactivación del lupus. Anafilaxia. Necrosis epidérmica tóxica. Penfigoide . Tofos.
Betabloqueantes (nebivolol)	Prurito, erupción cutánea, eritema multiforme. Psoriasis agravada. Urticaria.
Tiazida-like (indapamida)	Reacciones de hipersensibilidad. Erupciones maculo-papulares. Púrpura. Angioedema. Urticaria. Necrosis epidérmica tóxica. Síndrome de Steven-Johnson. Fotosensibilidad. Lupus inducido por fármacos.
Antagonistas del calcio (amlodipino)	Alopecia. Púrpura. Hiperhidrosis. Prurito. Exantema. Urticaria. Angioedema. Síndrome de Steven-Johnson, necrosis epidérmica tóxica. Fotosensibilidad.
Alfa-bloqueantes (doxazosina)	Prurito. Erupción cutánea. Púrpura, alopecia, urticaria.
Antagonistas de receptor mineralcorticoide (espironolactona)	Eritema, exantema, urticaria, prurito. Alopecia, hipertriosis. Penfigoide .
Antagonistas del receptor de angiotensina II (valsartán)	Angioedema. Prurito, urticaria.

Tabla 1. Efectos adversos dermatológicos de los principales representantes terapéuticos en hipertensión arterial esencial. Se citan por orden de frecuencia de muy frecuentes hasta raros o muy raros según la ficha técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹.

Livedo reticularis como alerta cutánea de carcinoma renal. A propósito de un caso

Calzada Algrávez, Joanna Lucía | *Médica Residente de MFyC. CS Las Fuentezuelas. Jaén*

Quesada Lara, María Victoria | *Médica Especialista de MFyC. CS Las Fuentezuelas. Jaén*

Motivo de consulta

Lumbalgia y livedo reticularis.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas, de complexión delgada, que presenta dolor en zona lumbar con irradiación a región inguinal bilateral, muslos y rodillas, de un mes de evolución. Refiere haber tomado analgésicos y relajantes musculares con mejoría parcial de los síntomas. Acude a consulta por empeoramiento del dolor y por aparición súbita de livedo reticulares bilateral.

Antecedentes personales

Asma bronquial, tabaquismo positivo 7 paq/año. Mamoplastia de aumento con implantes mamarios. Contusión en región sacro coccígea en 2021.

Exploración

Regular estado general, con aspecto descuidado, facies de dolor, intranquila, con evidente pérdida de peso. Lasègue positivo bilateral, reflejos osteotendinosos presentes, simétricos. Livedo reticularis bilateral.

Constantes: TA 110/70 mmHg, FC 70 lpm, FR 14 rpm, SatO₂ 98%, T^a 36.5º, glucemia capilar 89 mg/dl, peso 167 cm, talla 65kg

Analítica: hemograma normal. Bioquímica sin alteraciones. Fibrinógeno 436 g/l, dímero D 590 ng/ml. Proteinograma normal. Sistemático de orina proteínas +++, leucos 0-1, células epiteliales planas moderadas. Anticoagulante lúpico negativo. Anticuerpos autoinmunes IgG antinucleares, IgG anticardiolipina, IgM anticardiolipina, IgG antipéptido cíclico citrulinado, FR IgG antibeta2 glicoproteína I, IgM antibeta2 glicoproteína I, IgG ANCA, negativos. HLA-B27 y HLA-B51 negativos. Marcadores tumorales alfa feto proteína, ACE, Ca 125, Ca 15,3, Ca 19,9, negativos. Serología infecciosa VIH negativo, virus de la hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBe, anti-HBc) negativo, anticuerpos anti-virus de la hepatitis C negativos.

Estudios de imagen complementarios.

- Rx de tórax PA y lateral: normal.
- TAC columna lumbosacra: correcta alineación de las vértebras lumbares sin signos de listesis ni lisis. Cuerpos vertebrales de altura y morfología normal sin signos de fractura. Sacro de morfología normal, sin signos de fractura.
- RM lumbar: discopatía degenerativa L5-S1.
- Eco Doppler vascular bilateral normal.
- Electromiografía: no se observan alteraciones significativas en la conducción sensitivo motora de nervios explorados en MMSS y MMII.
- TAC toraco-abdomen-pelvis: micromódulo pulmonar aislado. Nódulo hipodenso en segmento V hepático. Quiste renal simple derecho Bosniak II en cara medial de polo superior de 1.6cm con finos septos. Quiste renal complejo izquierdo Bosniak IV de 4,2 x 3.1cm en cortical excrecente y con afectación del seno renal con múltiples septos.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, vive con su pareja y dos hijos. Tienen buena relación entre sus miembros con red de apoyo adecuada y buena comunicación. Ocupación dependiente.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Quiste renal complejo izquierdo Bosniak IV, quiste renal simple derecho Bosniak II, livedo reticularis, lumbalgia.

Plan de acción y evolución

Ha sido valorada por los servicios de traumatología, reumatología, enfermedades infecciosas, neurofisiología, rehabilitación física, cirugía vascular, unidad de dolor y urología. La paciente se encuentra bajo pauta de analgesia con difícil control del dolor, persiste livedo reticularis bilateral y, a día de hoy, ha perdido 12 kilos de peso. Pendiente de realización de nefrectomía izquierda.

Conclusiones

Si bien la livedo reticularis no es una de las manifestaciones cutáneas que orientan al diagnóstico temprano de una neoplasia subyacente, en este caso fue la manifestación vascular de la piel más obvia asociada a un proceso de obstrucción vascular relacionado con un quiste renal complejo de características malignas.

Queremos transmitir la importancia que tiene el rol del médico de atención primaria en la sospecha y detección de signos y síntomas dermatológicos como alerta precoz de enfermedades malignas. Al ser la piel un órgano accesible a la inspección visual y a la palpación, se debe dominar la semiología y exploración dermatológica, solo así se podrán realizar las intervenciones y derivaciones oportunas para la atención adecuada del paciente.

Palabras clave

Lumbalgia, livedo reticularis, carcinoma renal.



Lumbalgia con sorpresa

Povedano Hoyas, Macarena | *Médica Residente de MFyC. H Riotinto. Huelva*
 Cruz Molina, Carmen Laura | *Médica Residente de MFyC. H Riotinto. Huelva*
 Trujillo Díaz, Noelia María | *Médica Especialista de MFyC. H Riotinto. Huelva*

Motivo de consulta

Debilidad y parestesias en miembros inferiores.

Anamnesis

Mujer de 55 años sin antecedentes de interés que acude por debilidad distal y parestesias en miembros inferiores de 3 días de evolución. También refiere lumbalgia de largo tiempo de evolución, pero no lo relaciona con la clínica actual. Niega fiebre, infecciones de vías altas recientemente ni otra sintomatología asociada. Pérdida de peso de 9 kg en el último mes.

Exploración

Buen estado general; consciente, orientada y colaboradora; bien hidratada y perfundida. Normocoloreada, eupneica, afebril. Frecuencia cardiaca 79 latidos por minuto. Tensión arterial 146/99 mmHg. Saturación de oxígeno 99%. Temperatura axilar 36.2°C.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular.

Abdomen levemente distendido, blando, depresible, sin masas ni megalias. No doloroso a la palpación.

Debilidad distal de miembros inferiores con fuerza 2-3/5 a nivel distal, simétrico. Sensibilidad conservada. Reflejos osteotendinosos conservados, Babinsky negativo. Marcha inestable.

Pupilas isocóricas normoreactivas, movimientos oculares conservados. Pares craneales conservados. Sin disidiadococinesias. Sin otros datos de focalidad neurológica. Romberg negativo.

Edema maleolar sin fóvea bilateral.

Pruebas complementarias

Hemograma y bioquímica con valores normales. Creatina quinasa normal. Sin elevación de reactantes de fase aguda. Hormonas tiroideas en rango.

TAC de cráneo en el que se visualizan dos lesiones ocupantes de espacio frontales compatibles con meningiomas. Ante este hallazgo incidental, se procede a ingreso en planta de Medicina Interna para estudio de extensión, con hallazgo de tumor neuroendocrino con metástasis en cérvix, vertebrales, pulmonares, suprarrenales, peritoneales...

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tumor neuroendocrino estadio IV. Paraplejía secundaria a metástasis vertebrales.

Plan de acción y evolución

Quimioterapia paliativa y soporte.

Conclusiones

Destacar la importancia de la anamnesis y la exploración exhaustiva en pacientes jóvenes sin antecedentes de interés con clínica neurológica de aparición brusca. Del mismo modo, es importante el enfoque bio-psico-social de este tipo de pacientes, ya que hay que saber cómo dar la información de los hallazgos en pruebas complementarias, sospechas diagnósticas y pronóstico. El soporte emocional a la paciente y la familia es fundamental, tanto durante la estancia hospitalaria como posteriormente en su domicilio.

Mamá, me pica el cuerpo: una varicela diferente

Rodríguez García, Rubén | *Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
 Domínguez Bejarano, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
 Álvarez Pérez, Eva | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Ámbito del caso

Atención Primaria + Servicio de Urgencias. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta

Lesiones en zona facial y extremidades asociado a febrícula.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Niño de 3 años que acude a Atención Primaria, acompañado por su madre, porque desde ayer refiere lesiones dérmicas en región periocular derecha de carácter eczematoso, con intenso prurito y signos de sobreinfección, sospechando brote de dermatitis atópica con sobreinfección bacteriana. Reconsulta a los cuatro días por aparición de febrícula de hasta 37.8º y cambios en la morfología de las lesiones que presentan aspecto vesículocostroso e impetiginización en zona periocular y además han progresado a pesar del tratamiento prescrito, ocupando la totalidad de la zona facial y ambas extremidades. Niega otra sintomatología al interrogar por aparatos y sistemas.

Antecedentes personales

- No alergias a medicamentos.
- Alergia a cacahuete, leche de vaca y huevo.
- Broncoespasmo de repetición sin tratamiento de mantenimiento.
- Dermatitis atópica en seguimiento por su Pediatra.

A la exploración presenta aceptable estado general, normohidratado y normoperfundido. TEP estable. Glasgow 14.

Limitación de apertura ocular por lesiones costrosas amarillentas a nivel palpebral. Lesiones vesículocostrosas amarillentas generalizadas por toda la región facial con exudado seroso. En región supraciliar derecha presenta piel ulcerada, eritematosa y con exudado seroso. Lesiones pápulo-costrosas en ambas regiones retroauriculares. En flexuras de codo y muñecas lesiones eczematosas de dermatitis atópica sin aspecto de sobreinfección. Xerosis cutánea generalizada.



ORL: faringe sin placas ni exudados ni aftas. Otoscopia bilateral normal. No se palpan adenopatías cervicales, submandibulares ni occipitales.

ACP: rítmico a buena frecuencia cardiaca, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Auscultación simétrica. Eupneico en reposo y a la exploración sin signos de dificultad respiratoria.

ABD: blando y depresible, sin masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No petequias ni signos meníngeos.

Enfoque familiar y comunitario

Embarazo controlado y sin incidencias. Madre y hermana de 6 años con dermatitis atópica. Padres separados con custodia compartida. Correctamente vacunado según calendario. Acude al colegio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de erupción variceliforme de Kaposi.

El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con otras tres entidades: infecciones bacterianas primarias de la piel (impétigo), varicela y empeoramiento o recrudescencia de la dermatopatía de base.

Plan de acción y evolución

Se deriva al paciente a Urgencias Hospitalarias debido al empeoramiento del cuadro clínico y la mala evolución con el tratamiento oral previo.

Evolución

A su llegada a Urgencias se extrae analítica con reactantes de fase aguda sin alteraciones significativas y se decide ingreso en planta de Enfermedades Infecciosas. Durante el ingreso se inicia tratamiento empírico con cefazolina y aciclovir intravenoso asociado a dexclorfenhidramina y se extraen hemocultivo y cultivo de lesiones y PCR de VHS. Los hemocultivos son negativos pero se detecta ADN de virus del herpes simple tipo I en el exudado vesicular. Tras una semana de tratamiento intravenoso se objetiva mejoría de las lesiones, por lo que se procede al alta domiciliaria con antivirales y antibioterapia oral y seguimiento en consultas de Atención Primaria.



Conclusiones

La erupción variceliforme de Kaposi (EVK) es una infección cutánea viral diseminada potencialmente grave y mortal que se presenta en pacientes con enfermedad cutánea crónica previa, siendo la dermatitis atópica la afección predisponente más frecuente. Está causada con mayor frecuencia por el virus del herpes simple tipo 1, aunque también es ocasionado por el virus Coxsackie A-16. El diagnóstico es clínico, pero debe sustentarse con pruebas de laboratorio. No podemos confundirlo con la varicela, puesto que el manejo y las complicaciones son muy diferentes. Es fundamental que diagnostiquemos esta entidad con la mayor celeridad posible, puesto que el tratamiento antiviral con aciclovir previene la progresión de las lesiones, acelera la recuperación del paciente y evita las complicaciones (queratoconjuntivitis, meningitis o encefalitis), como en nuestro caso clínico.

Palabras clave

Erupción variceliforme de Kaposi, dermatitis atópica, aciclovir.

Masa abdominal en mujer joven: las posibilidades de la ecografía en atención primaria

Cuadrado Alburquerque, Celia Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*
De Nicolás Jiménez, Jorge Manuel | *Médico Especialista de MFyC. CS La Chana. Granada*
Bautista Simón, Ángeles | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Paciente mujer de 44 años que acude a la consulta de Atención Primaria presentando abdominalgia y masa en hipogastrio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

La paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas.

Entre sus antecedentes familiares se encuentran una tía materna con cáncer de mamá y otra tía materna con cáncer de colon.

Entre los *antecedentes personales* presenta asma y una cesárea previa realizada por imposibilidad a la inducción del parto.

Su tratamiento habitual consiste en inhaladores para las épocas de alergia.

La paciente, mujer de 44 años, acudió a consulta presentando abdominalgia de dos meses de evolución y sensación de masa en hipogastrio con aumento de tamaño en las últimas dos semanas. Había presentado hipermenorrea en sus últimos ciclos. También refería sensación de distensión abdominal y polaquiuria. En consulta se realizó una tira reactiva de orina con resultado normal del análisis de la misma y una ecografía de abdomen donde se apreció una masa heterogénea redondeada de 10x10 centímetros con áreas anecoicas en su interior que no captaba flujo vascular con Doppler y parecía dependiente de útero. No se apreció líquido libre en Douglas ni otros hallazgos significativos.



Imagen ecográfica de masa uterina

Ante el hallazgo de sospecha de tumoración uterina, se derivó de forma preferente a la paciente al Hospital Materno Infantil de Granada para valoración por el servicio de ginecología.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente acudió sola a consulta con nerviosismo y ansiedad, siendo acompañada posteriormente al hospital Materno Infantil por su marido.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Tumor uterino, tumor ovárico u otras masas abdominales.

Plan de acción y evolución

En el hospital Materno Infantil, tras la evaluación ecográfica inicial y diagnóstico de mioma uterino de crecimiento rápido, se realiza resonancia magnética pélvica donde se observaron hallazgos compatibles con un tumor mesenquimal de músculo liso de potencial maligno incierto, sin poder descartar otras posibilidades diagnósticas. La paciente ingresó para cirugía programada de histerectomía total más salpinguectomía bilateral por vía laparoscópica. El resultado de la anatomía patológica fue de leiomioma uterino.

Tras dicha intervención, la paciente evolucionó favorablemente encontrándose asintomática en la actualidad.

Conclusiones

El dolor abdominal es un motivo muy frecuente de consulta en atención primaria. En el caso de nuestra paciente se asociaba la presencia de una masa hipogástrica palpable. La ecografía abdominal en atención primaria permite la evaluación inicial de este tipo de procesos, facilitando un abordaje precoz de las patologías diagnosticadas. La presencia de un tumor uterino nos permitió encuadrar la patología como de origen ginecológico y realizar un manejo acertado en beneficio de la paciente. La detección de una masa uterina compatible con mioma rápidamente progresivo obliga a descartar la etiología maligna del proceso.

Actualmente la ecografía se considera una herramienta de gran utilidad como técnica diagnóstica no invasiva en atención primaria, debido a sus características de fácil accesibilidad y gran rentabilidad.

Palabras clave

Abdominal pain, ultrasonography, primary care.

Mujer con carcinoma de vulva: atención multidisciplinar cuando la paciente niega el pronóstico y la familia no ejerce los cuidados necesarios

Darwish Mateos, Sara | *Médica Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
 Rodríguez Castilla, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
 Pérez Milena, Alejandro | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS El Valle. Jaén*

Motivo de consulta

Ansiedad y dolor irruptivo en mujer con cáncer de vulva en situación de cuidados paliativos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 76 años diagnosticada de carcinoma epidermoide de vulva situado en labio mayor derecho (pT1aN0) que precisó vulvectomía en el año 2020 junto a quimio y radioterapia. En septiembre de 2021 precisó nueva intervención por recidiva del tumor vulvar, pese a lo cual persiste una lesión de un diámetro superior a 4 cm en el labio. Tras reunión del comité de tumores, se desestima nueva intervención ni tratamiento radioterápico, pasando a situación de cuidados paliativos. Desde ese momento, precisa múltiples valoraciones en domicilio por médico/enfermero de familia y cuidados paliativos, así como consultas a urgencias del hospital.

Menarquia con 15 años y menopausia con 51 años, con FO 6-0-6-6. Antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, histerectomía subtotal y anexectomía izquierda en 1997 por miomas uterinos, intervenida por litiasis renal intervenida, artroplastia de rodilla izquierda por gonartrosis avanzada. Deambula con bastón, con buena calidad de vida e independencia para actividades básicas (índice de Barthel 80).

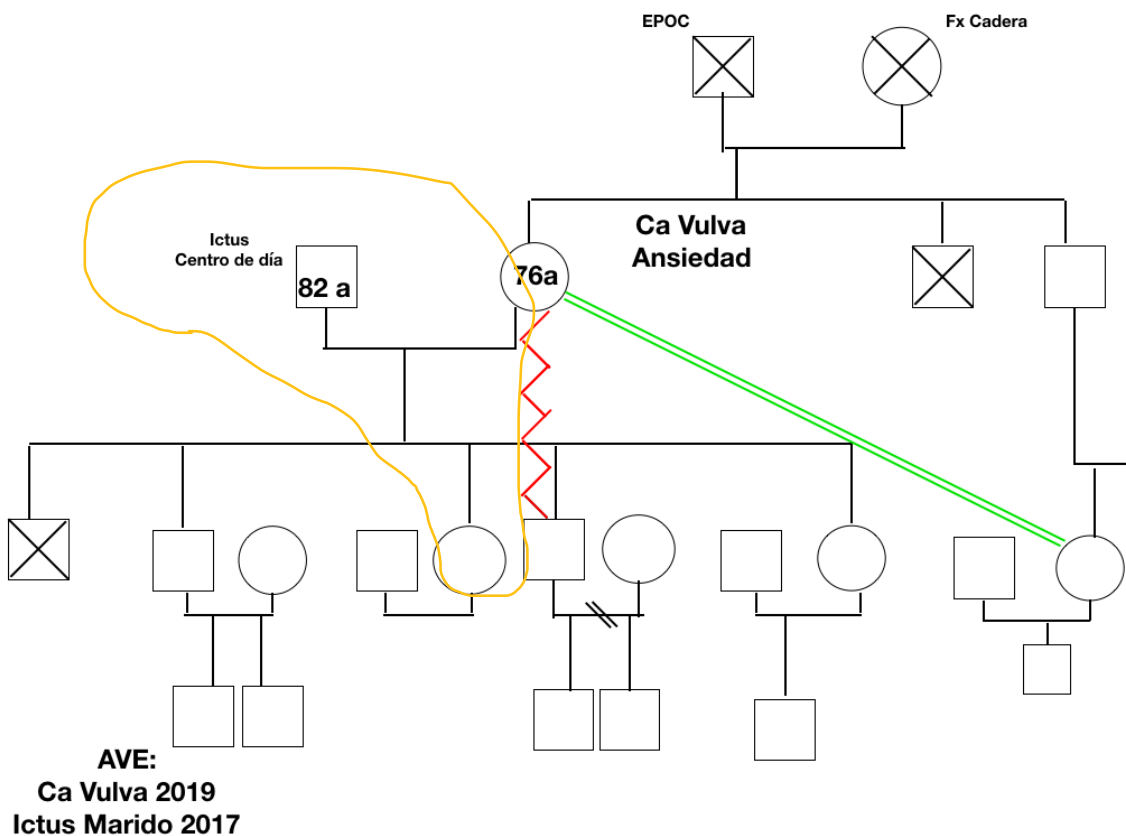
Cuando se entrevista la paciente muestra labilidad emocional tendiendo a irritarse cuando se valoran actitudes terapéuticas diferentes a las que ella intenta imponer, sobre todo en lo que al manejo del dolor se refiere. Insiste en que deben operarla de nuevo y se queja de falta de atención médica. Muestra ansiedad y sufre insomnio, con episodios de dolor irruptivo (9/10 escala EVA) de 15-30 minutos de duración, varias veces al día, junto a un dolor continuo localizado en zona genital (4-5/10 escala EVA). Manifiesta en algunas ocasiones ideación autolítica no estructurada. En la exploración física se aprecia una úlcera dolorosa y muy pruriginosa en labio derecho, con leucorrea y falta de higiene. El tratamiento actual incluye analgesia de primer escalón (metamizol y paracetamol) y tercer escalón (alternando fentanilo trazodona y cloruro mórfico, y fentanilo sublingual como analgesia de rescate), más otra medicación coadyuvante (gabapentina, escitalopram y lorazepam), con escasa adherencia al tratamiento y excesivo uso de ansiolíticos y fentanilo sublingual. Acude en diferentes ocasiones a urgencias del hospital, en la última presentó una retención urinaria aguda secundaria a la compresión uretral provocado por la recidiva tumoral, precisando la colocación de un catéter suprapúbico con frecuentes obstrucciones que precisan lavado y/o cambio de la sonda.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familia nuclear con parientes cercanos, en fase IV del ciclo vital familiar (contracción). En casa vive con su marido, del que ha sido cuidadora principal desde que sufrió un ictus y que actualmente acude a centro de día por las mañanas. Desde que fue intervenida es cuidada, principalmente por un hijo que trabaja en restauración, aunque por las mañanas no puede estar en casa, por lo que se siente sola y poco atendida mientras que el cuidador expresa sobrecarga intensa (cuestionario Zarit 58 puntos). Las otras hijas acuden de forma intermitente al domicilio, se apoya en una sobrina con quien habla por teléfono. No tiene más apoyo social. Se objetiva una "ley del silencio" donde no se habla del problema real que padece la paciente sino de los síntomas acompañantes, sin asumir los cuidados paliativos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma de vulva (233.32). Cuidados paliativos (V66.7). Dolor crónico oncológico (199.1) Ansiedad (F49.1). Inadaptación social (V62.4). Actividades relacionadas con higiene personal y mantenimiento doméstico (E013).



Plan de acción y evolución

Se establece un plan de seguimiento programado a domicilio y mediante consulta telefónica por parte de la unidad de atención familiar y en coordinación con cuidados paliativos, enfermera gestora de casos y trabajadora social. Se procede a identificar al cuidador principal (hijo que vive en el domicilio) con ayuda para ejercer sus funciones y reparto de tareas entre todos los hijos. Se indica uso de pastillero para control de la toma de medicación, potenciando el uso de un solo estupefaciente (fentanilo transcutáneo) para disminuir el uso de fentanilo sublingual, y del ISRS frente a las benzodicepinas. Se dan consejos sobre higiene para la zona vulvar y el adecuado uso de la sonda suprapubica, así como la aplicación de una pomada en la ulceración con lidocaína y metronidazol. La pauta de tratamiento queda escrita en su domicilio para que todos los cuidadores sepan cómo actuar y para evitar polimedización innecesaria en la paciente. Se ofrece búsqueda de centro sociosanitario para ella y su marido, dada las dificultades en el cuidado por los familiares,

Evolución

Se han realizado consultas programada con una periodicidad semanal aproximadamente, en las que se comprobó el incumplimiento del régimen terapéutico por parte de la paciente, así como un mal control de dolor con valores en la escala EVA superiores a 7. Gran dificultad para diferenciar el dolor de la ansiedad, posiblemente por permanecer en la fase de negación de la enfermedad y no tener un adecuado soporte familiar. De forma progresiva e ha conseguido aumentar la adherencia al tratamiento mediante entrevistas motivacionales en su domicilio, ayuda emocional al cuidador y apoyo emocional a la paciente con una escucha activa.

Conclusiones

Pese a estar informados desde oncología y ginecología del mal pronóstico de su problema, tanto la enferma como la familia se encuentran en fase de negación de la enfermedad, lo que genera una incomunicación en el seno del hogar e incrementa la ansiedad y el dolor de la paciente. A ello se une la mala cumplimentación del tratamiento farmacológico con uso de medicación altamente adictiva como fentanilo SL y lorazepam. La atención se orienta al cuidado de toda la familia, con la paciente como principal protagonista, con una atención programada y multidisciplinar que permita aceptar la enfermedad y los cuidados paliativos, mejore la comunicación y los cuidados paliativos y asegure una continuidad proactiva de la atención sanitaria.

Neumonía o tuberculosis

Butaybi Mohamed, Yunaida | *Médica Residente de MFyC. CS Cabrerizas. Melilla*
 Benáin Ávila, Jorge Antonio | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Cabrerizas. Melilla*
 Mohamed Aisa, Lilyam | *Médica Residente de MFyC. CS Cabrerizas. Melilla*

Motivo de consulta

Tos, fiebre y anorexia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 19 años que acude a consulta por tos, congestión y fiebre de 39°C como máximo de una semana de evolución, acompañado de pérdida de peso no cuantificada en el último mes.

Sin *Antecedentes personales* de interés.

En la auscultación respiratoria se observa crepitantes en región apical derecha, sin encontrar otros hallazgos patológicos en la exploración (salvo la fiebre). Se practicó una radiografía de tórax, donde aparece una condensación apical derecha con atelectasia asociada (imagen 1). Se sospechó una neumonía asociada a la comunidad (NAC), pautándose tratamiento antibiótico y analgésico.

Al cabo de una semana, acude de nuevo a consulta por persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento y aparición de dolor costal en hemitórax derecho. Se modificó el tratamiento antibiótico por sospecha de resistencias. Una semana más tarde, acudió de nuevo a consulta por continuar con los síntomas.

Debido a la evolución tórpida del cuadro, se plantearon otros diagnósticos, como una posible tuberculosis (TBC) y se indagó sobre el ambiente epidemiológico. Al realizar de nuevo la anamnesis, conocimos que su hermano mayor tuvo un Mantoux > 5mm hace 8 años, descartándose TBC activa en ese momento y recibiendo tratamiento quimiproláctico. Además, la abuela materna recibió tratamiento hace dos años por una TBC bacilífera con remisión de la enfermedad, pero no se realizó el estudio de contactos correctamente. Ante esta situación epidemiológica, se solicitó un mantoux, con resultado >5 mm y una baciloscopia, con resultado positivo. En la tinción de Ziehl-Neelsen apareció más de 9 BAAR/10 campos, aislándose en el cultivo M. Tuberculosis Complex Multisensible. Se pautó tratamiento tuberculostático.



Imagen 1. Radiografía con condensación apical derecha

Enfoque familiar y comunitario

Soltero, sin pareja ni hijos. Vive en ambiente urbano, con sus padres y dos hermanos. Tuvo contacto estrecho con abuela diagnosticada de TBC bacilífera sin ser declarado como contacto. Actualmente desempleado. Bajos recursos económicos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tuberculosis primaria

El *diagnóstico diferencial* incluiría una neumonía asociada a la comunidad, neumonía criptogénica, tromboembolismo pulmonar, vasculitis.

Plan de acción y evolución.

En conjunto con Neumología, realizamos un seguimiento para el control de los síntomas y vigilancia de los efectos secundarios del tratamiento en consultas sucesivas.

El paciente presentó leve mejoría con el tratamiento antituberculoso, no obstante, no acudió para realizarse las pruebas indicadas para asegurarnos la curación de la enfermedad.

Al cabo del año del diagnóstico, acudió de nuevo a consulta por malestar general, hemoptisis y fiebre. Se realizó una radiografía de tórax, en la que apareció un tracto fibroso en campo superior-medio derecho e inicio de una condensación neumónica en el lóbulo inferior izquierdo. (imagen 2).



Imagen 2.

Neumología y continuó el seguimiento por nuestra parte.

En el estudio de contactos, se detectó que dos de sus hermanos también estaban contagiados.

Conclusiones

La tuberculosis se considera la enfermedad infectocontagiosa más antigua y distribuida en el mundo, muy relacionada con la pobreza, el crecimiento de la población y las condiciones socio-sanitarias de la comunidad. Esta causada por el bacilo de Koch, el reservorio es el hombre, se transmite fundamentalmente por el aire y hay dos formas de presentación; infección tuberculosa latente y la tuberculosis activa.

Estar infectado supone haber estado en contacto en algún momento con un sujeto bacilífero. Sólo un 10% tienen riesgo de desarrollar la enfermedad.

Se inició con moxifloxacino, con control radiológico a los 10 días y baciloscopia para descartar recaída de TBC bacilífera.

El resultado de la baciloscopia fue positivo, con el riesgo epidemiológico que supone. Se confirmó que el paciente tuvo una mala adherencia al tratamiento y por consiguiente una mala evolución de la enfermedad, reiniciándose el tratamiento.

En esta ocasión realizó el tratamiento de forma correcta, resultando la baciloscopia negativa al finalizarlo, con mejoría radiológica de las lesiones y aparición de un tracto fibroso residual en el lóbulo superior derecho (Imagen 3). Recibió el alta por



Imagen 3

El médico de familia desempeña un papel fundamental para diagnosticar, tratar y realizar el seguimiento de un paciente con tuberculosis. El contacto estrecho y longitudinal que mantiene el médico con la familia hace posible detectar posibles casos, así como asegurar una buena adherencia al tratamiento, pues de lo contrario dicho paciente supondrá un riesgo socio sanitario para la comunidad.

Hemos de diferenciar la NAC y la infección respiratoria causada por la TBC. En un principio, la radiografía realizada a nuestro paciente era sugerente de NAC, pero la clínica larvada, la localización de la condensación y el ambiente epidemiológico apoyaba la TBC.

Por todo ello, se ha de tener en cuenta aspectos diferenciales como el tiempo de enfermedad, siendo más recóndito en la TBC, así como una respuesta satisfactoria a antibióticos en los primeros tres días en la NAC.

A veces, nos podemos apoyar en las pruebas radiológicas para distinguirlas, pero si la TBC se encuentra en etapas precoces no se apreciará la cavitación que suele distinguirla de la NAC. Una vez realizado el diagnóstico, tenemos que tener en cuenta que son tratamientos de larga duración, habitualmente en pacientes jóvenes y sin patologías crónicas, por ello es un reto concienciarles de la importancia de realizar el tratamiento de forma adecuada, asegurarnos de la curación de la enfermedad y prevenir la transmisibilidad de la misma.

Es importante recoger el resultado al final del tratamiento de acuerdo con las categorías establecidas por los organismos internacionales, y que figuran en el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Palabras clave

Neumonía, tuberculosis, tos.

Neuralgia del trigémino... ¿idiopática?

Rincon Galvan, María Dolores | *Médica Residente de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

Castelló Losada, María José | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Gran Capitán. Granada*

Motivo de consulta.

Dolor facial.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente varón de 60 años, sin *antecedentes personales* de interés salvo hipertensión arterial, que consulta por dolor iniciado en oído derecho, irradiado hacia maxilar inferior y superior, de carácter pulsátil, no continuo y no presentaba puntos "gatillo". No había otros síntomas asociados. Posteriormente, el dolor se volvió más lancinante, paroxístico e intenso, que empeoraba coincidente con importante estrés laboral, según refería el paciente. La exploración física, incluyendo otoscopia, exploración oral y neurológica fue completamente normal, por lo que ante una sospecha de neuralgia de la segunda y tercera rama del trigémino se inició tratamiento con carbamacepina a dosis crecientes. El paciente suspendió el tratamiento a los pocos días por intolerancia, ya que no había hecho la escalada de dosis correctamente, por lo que se sustituyó con analgesia básica. A las pocas semanas, el paciente estaba asintomático.

A los tres años nos vuelve a consultar porque estando en la calle unos días antes sufrió un dolor agudo e intenso en región preauricular derecha y síncope posterior. Valorado en urgencias ese día, siendo la exploración y las pruebas complementarias (analítica, ECG) completamente normales. El paciente había mejorado con analgesia, aunque persistían molestias en mandíbula y leve adormecimiento de labio inferior derecho que no existían previamente. Tanto la exploración física general como la neurológica fueron completamente normales, por lo que se volvió a intentar tratamiento con carbamacepina.

A la semana acude nuevamente a consulta refiriendo mareo con sensación de inestabilidad y "hormigueo" en labio inferior derecho y mitad derecha de la lengua. Se vuelve a explorar al paciente, sin volver a encontrar ningún hallazgo significativo física o neurológicamente.

El paciente se realiza una RMN sin contraste privada solicitada por nosotros, donde se observó una gran lesión supra e infratentorial (temporal y ángulo pontocerebeloso derecho) que producía una notable compresión de las estructuras adyacentes, entre ellas los pares craneales V, VI, VII y VIII, siendo la sospecha inicial un meningioma.

Enfoque familiar y comunitario.

Paciente casado, con 3 hijos y un nieto. Dependiente en comercio, con mucho estrés laboral. Se trata de un paciente de carácter nervioso, muy preocupado.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Dado que el paciente no presentaba síntomas sospechosos y la exploración neurológica fue estrictamente normal, el principal diagnóstico fue neuralgia del trigémino (NT) de causa idiopática. Posteriormente se determinó que la neuralgia era secundaria a un tumor.

El *diagnóstico diferencial* que nos debemos plantear ante una NT es múltiple y variado. Lo más frecuente es que nos encontremos ante una NT de causa idiopática. No obstante, debemos tener en cuenta una multitud de causas secundarias a procesos neurológicos y oromaxilofaciales (Tabla).

El paciente no presentaba síntomas que nos hiciera sospechar una NT secundaria (bilateral, edad más precoz, síntomas neurológicos asociados...), aunque la única manera de descartarlo es mediante una prueba de imagen.

Tabla. Causas secundarias de NT	
Vasculares	Compresión del nervio por bucle arterial o venoso (más frecuente), malformaciones arteriovenosas
Tumorales	Carcinoma nasofaríngeo, neurinoma del acústico, colesteatoma, meningioma, neurofibroma...
Esclerosis múltiple	
Herpes Zoster	Neuropatía por VHZ agudo o posherpética
Dentarios	Extracción de cordales, quistes paradentales, inflamación de nervio a partir de una caries...
Traumatismos craneoencefálicos	
Otras	Amiloidosis, alcohol, diabetes, enfermedad mixta del tejido conectivo...

Plan de acción y evolución

Contactamos con neurocirugía telefónicamente de manera urgente para completar estudio. Ellos también describen que la exploración neurológica fue normal.

Se realizó nueva RMN, esta vez con contraste, objetivándose una lesión heterogénea de 73x48x50 mm, de localización extraaxial que se extiende por fosa posterior y fosa media derechas, que comprime y desplaza al lóbulo temporal derecho y tronco del encéfalo. También producía compresión del acueducto de Silvio, con incipiente hidrocefalia supratentorial, mínimamente hipertensiva, así como afectación extracraneal en el espacio masticador a través del agujero oval. Todo ello sugerente de Schwannoma trigeminal como primera posibilidad diagnóstica (Imagen 1 y 2).



Imagen 1

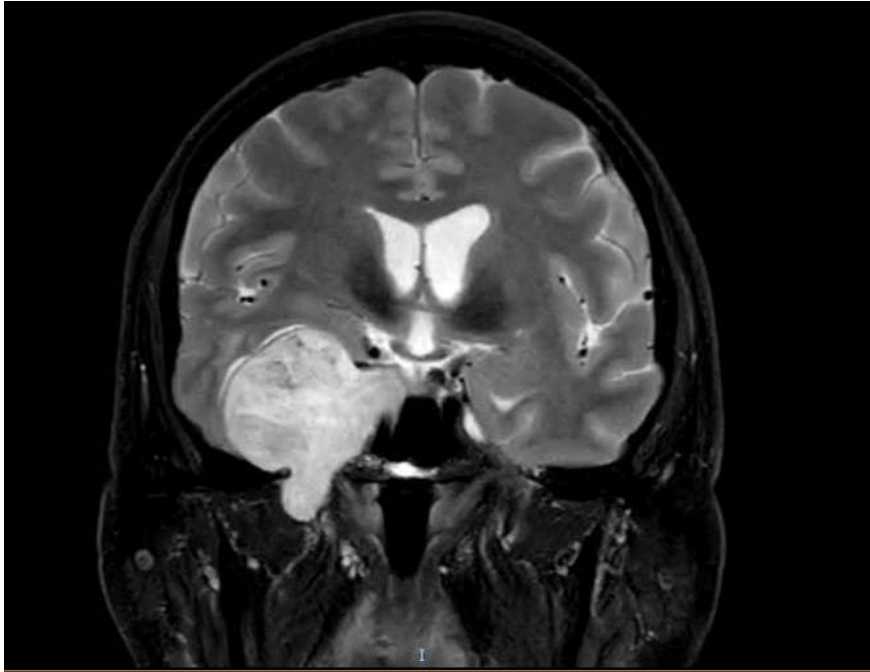


Imagen 2

Evolución.

Sorprendentemente, el paciente se encuentra clínicamente asintomático, sin apenas dolor, aunque con ánimo triste.

A fecha de la realización de este caso, el paciente todavía estaba pendiente de realizar cirugía. Según los compañeros neurocirujanos, la intervención se plantea en dos tiempos dado el gran tamaño de la lesión, probablemente sin poder conseguir resección completa. Sería una operación de gran riesgo ya que la arteria cerebral media se haya en la parte alta del tumor, lo que podría aumentar el riesgo de hemorragia e isquemia.

Conclusiones.

En todos los casos de NT, aunque la sospecha sea de origen idiopático, debemos realizar prueba de imagen para descartar organicidad. Los tumores que afectan al trigémino pueden provocar neuralgias de carácter atípico, dando lugar a un retraso en el diagnóstico etiológico, como ocurrió en el caso de nuestro paciente.

Palabras clave

Neuralgia del trigémino, causas secundarias, tumor cerebral

Bibliografía

Vázquez André ML, Pérez Trullén JM. Neuralgia del trigémino. Med Integr. 2000; 35(9):393–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-neuralgia-del-trigemino-11675>

Ho C, Khan S, Whealy M. Trigeminal neuralgia. UpToDate, 2022. https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/trigeminal-neuralgia?search=neuralgia%20del%20trigemino&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Peñarrocha Diago M, Mora Escribano E, Bagán JV., Peñarrocha Diago M. Neuropatías trigeminales tumorales: presentación de 7 casos.. Med. oral patol. oral cir.bucal. 2006; 11(2): 106-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000200002&lng=es.

No todo es menopausia

García Ramos, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Pino Montano B. Sevilla*
 Navarro Gómez-Camínero, Manuel | *Médico Especialista de MFyC. CS Pino Montano B. Sevilla*
 Hidalgo López, Rocío | *Médica Especialista de MFyC. CS Alcalá del Río. Sevilla*

Motivo de consulta

Menorragia y molestias en hipogastrio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis:

Paciente de 49 años que acude a consulta en primera instancia por cambios en la coloración del flujo a tono anaranjado y molestias en hipogastrio, se deriva para valoración por Urgencias de Ginecología. A los 4 meses, la paciente reconsulta en Atención Primaria por sintomatología de distensión abdominal y aumento de tamaño del abdomen, así como, metrorragia y flujo amarillento. Se decide nueva derivación a Urgencias Ginecológicas para valoración.

Exploración física:

En la primera consulta: abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda ni signos de peritonismo. En la segunda consulta: abdomen distendido con aumento de tamaño, doloroso a la palpación en hipogastrio, así como, masa de 5-6cm de diámetro de característica firme e indurada, no móvil.

Pruebas complementarias:

En Urgencias Ginecológicas se realiza en primera consulta:

- Especulocopia: GEN, VE, CBE. No sangrado activo ni restos hemáticos. Flujo normal.
- ECO TV (urg): Útero en AV con endometrio lineal. No imágenes sugerentes de patología anexial. No líquido libre en Douglas.
- Tira de orina: leucocitos++

En esta primera ocasión, se da diagnóstico de ITU y se decide alta con recomendaciones. En la segunda consulta:

- Especuloscopia: GEN, VE, CBE. No sangrado activo ni restos hemáticos. Flujo amarillento
- Tacto bimanual: no dolor a la movilización cervical. No abombamiento en fondo saco Douglas.
- ECO TV (Urg): Útero en AV con endometrio secretor. Ovario derecho normal. En región anexial izquierda se visualiza masa heterogénea de unos 10* 8 cm, multilocular sólida, de contorno irregular y paredes irregulares. Doppler score 2 (limitado por ecoógrafo de Urgencias). No líquido libre en Douglas.

Tras los resultados de las pruebas complementarias, impresiona de tumoración ovárica de características malignas, por lo que la paciente fue citada en consultas de Oncología ginecológica.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una paciente de 49 años, casada, con hijos y activa laboralmente. Esta paciente, así como todos aquellos que se encuentren en una situación similar, es importante, en este proceso de incertidumbre acompañar al paciente para que no se sienta desamparado ante los acontecimientos venideros que cambiarán su vida y la de su familia. Por ello, es importante mostrarse abordable y disponible para los pacientes en situaciones como esta, ya que es importante tanto la realización de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico certero de la patología y su posterior tratamiento, como el acompañamiento y el apoyo psicológico y social.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Neoplasia maligna de ovario. Ca ovario alto grado estadio IIIC (afectación peritoneal extensa).

Plan de actuación y evolución

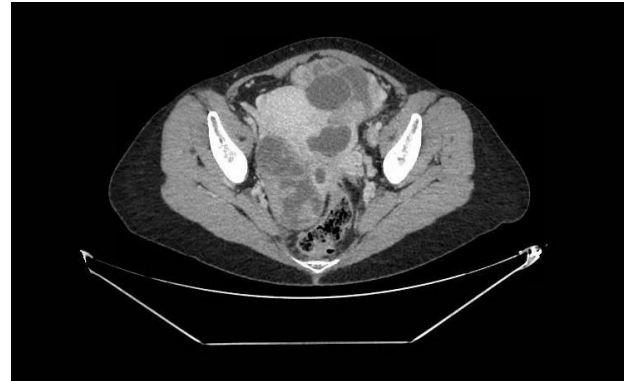
Analítica con MMTT:

- MMTT:
 - Antígeno carcinoembrionario 1.50 ng/mL (0.10 -5.00)
 - CA 125 * 385.0 U/mL (5.0 -35.0)
 - CA 15.3 * 67.7 U/mL (2.0 -37.0)
 - CA 19.9 10.9 U/mL (2.0 -37.0)
- ROMA (Algoritmo de riesgo de malignidad ovárica) * 91.20% *Premenopausia*: <11.4 Valor normal < 11,4%
- Proteína HE-4 * 353.0 pmol/L (0.0 -100.0)

TC abdomen y pelvis:

En pelvis se observan 2 grandes masas multiloculadas con septos gruesos que captan contraste. Una parece depender del anejo izquierdo y mide aproximadamente en 11,5 x 13 x 10,5 cm. Existe otra masa dependiente del anejo derecho de aproximadamente 9 x 4 x 5 o x 6 cms. Son sugestivas de neoplasia ovárica, como diagnóstico más probable adenocarcinoma seroso.

En el resto del estudio abdominal no identificamos imágenes sugestivas de implantes peritoneales ni ascitis. No se identifican lesiones ocupantes de espacio en hígado ni bazo.



Intervención programada: laparotomía exploradora + BIO + cirugía consecuyente: en la que se objetivaron implantes de carcinomatosis peritoneal.

Finalmente, valorada por Oncología Médica y se inició tratamiento con QT (paclitaxel y carboplatino). Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por Oncología Médica con respuesta parcial al tratamiento.

Conclusiones

La realización de una buena anamnesis y exploración física es fundamental para poder llegar a un diagnóstico clínico de los pacientes y poder posteriormente indicar pruebas complementarias eficientes que nos ayuden a averiguar el posible diagnóstico etiológico.

En este caso, la paciente no le había dado demasiada importancia a los síntomas que estaba presentando como la menorragia o las molestias hipogástricas, ya que, lo asoció a la perimenopausia. Por todo ello, creo que es importante mantener informadas a las pacientes sobre los posibles cambios que puede experimentar su cuerpo durante este periodo y cuáles son signos o síntomas de alarma por los que se deben consultar.

Los síntomas más comunes son el aumento de tamaño abdominal (61%), hinchazón (57%), fatiga (47%), dolor abdominal (36%), indigestión (31%), polaquiuria (27%) y dolor pélvico (26%). Curiosamente los síntomas ginecológicos son los menos comunes.

Aún con todos estos datos, es importante prestar atención a los posibles signos o síntomas de alarma que presentan los pacientes, así como, las reiteradas consultas a urgencias. Siendo siempre para nosotros una prioridad y poder actuar en consecuencia para paliar lo máximo posible las complicaciones.

Bibliografía

Cáncer de ovario. SEOM. Dr. Josep M^a. del Campo.

No todo son CRU: un caso de enfermedad de Berger

Madrid Martos, Manuel | *Médico Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga*

González Vico, Clara | *Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga*

Ruiz Medina, Ana Isabel | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Campillos. Málaga*

Motivo de consulta

Paciente que acude al servicio de urgencias hospitalarias por episodio de dolor abdominal tipo cólico de 10 horas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 25 años que presenta dolor abdominal en hipocondrio izquierdo que se irradia a fosa renal izquierda, poliuria y hematuria macroscópica, sin otra sintomatología acompañante, desde hace 10 horas.

El paciente refiere que acude 4 veces a la semana al gimnasio, no toma productos de herboristería, pero si suplementos proteicos (aunque los suspendió dos semanas antes de este episodio). Además, se encuentra en tratamiento con Amoxicilina/clavulánico y AINES por una infección odontogénica.

Previamente ha sufridos múltiples episodios de dolor abdominal de las mismas características y hematuria macroscópica, asociado a veces a lumbalgia, desde hace 2 años y que fueron tratadas en urgencias con fluidoterapia y analgesia.

Antecedentes personales:

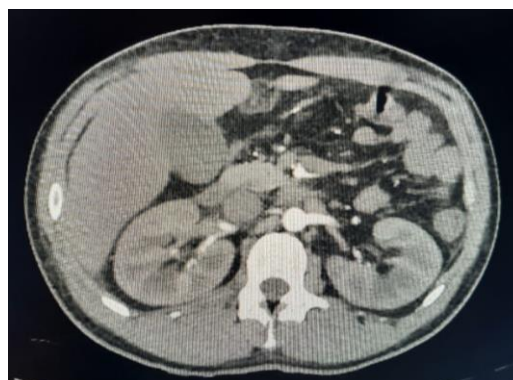
- No reacciones alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: bebedor ocasional, no fumador ni consumidor de drogas de abuso.
- Patologías previas: hipotiroidismo subclínico, rinitis crónica y cefalea tensional.
- Intervenciones quirúrgicas: turbinoplastia.
- Tratamiento actual: Eutirox 50 mcg, naproxeno 550 mg, amoxicilina 875 mg/clavulánico 125 mg y AINES de manera ocasional.

Exploración física:

Paciente con buen estado general, de complexión atlética, bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable y afebril. Eupneico en reposo. ACR: Rítmico, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado y ventilando en ambos campos pulmonares. Abdomen blando y depresible. Dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Ruidos conservados. Puño percusión renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: hemograma, gasometría y coagulación dentro de la normalidad. Bioquímica básica: glucosa 113 mg/dl, creatinina 2,22 mg/dl, filtrado glomerular (FG) 36 ml/min, bilirrubina total 0,32 mg/dl, lactato deshidrogenasa 284 U/L, alanina transaminasa 47 U/L, triacilglicerol lipasa 32 U/L. PCR: 46,2 mg/l. Sodio plasmático 144 mEq/l. Sodio urinario 69 mEq/l. Creatinina en orina 26 mg/dl. Excreción fraccionada de sodio >1,31.
- Analítica de orina: orina con <5 hematíes/campo y <5 leucocitos/campo, resto normal.



- Ecografía de abdomen (Imagen 1): ambos riñones con tamaño normal y grosor de parénquimas normales. Hiperecogenicidad cortical con pirámides marcadas de forma bilateral, hallazgos que sugieren posible nefropatía médica inespecífica. Leve derrame pleural derecho. Resto de la exploración sin alteraciones.
- Radiografía de tórax: índice cardio-torácico <50%. Pinzamiento de seno costofrénico derecho. Sin imágenes de condensación.
- Uro-TAC (Imagen 2): ambos riñones se encuentran ligeramente aumentados de tamaño de forma difusa con bandas alternantes hiperdensas paralelas al eje de los túbulos y conductos colectores con aspecto de “nefrograma estriado” de forma bilateral y difusa. Se encuentra un pequeño derrame pleural bilateral de predominio derecho líquido con focos de atelectasia en el parénquima pulmonar subyacente al derrame pleural.

Enfoque familiar y comunitario.

Soltero, sin pareja ni hijos. Estudiante de ciclo superior de “Técnico en Animación de Actividades Físicas y Deportivas”. Vive en el domicilio de origen de una familia nuclear formada por sus padres y su hermana. Se interpreta que se trata de una familia funcional, aunque no se mide tal aspecto usando escala. Posee una red social de apoyo extrafamiliar funcional basada en su grupo de amigos. Antecedentes familiares de patología cardíaca isquémica con resultado de muerte (tío materno). No presencia de familiares con patología oncológica.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnostico diferencial

Glomerulonefritis primaria (nefropatía diabética, nefropatía por IgA, glomerulonefritis postinfecciosa...) o familiar (síndrome de Alport). Cólico reno-ureteral. Lumbalgia crónica.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Insuficiencia Renal Aguda (IRA) de causa Renal. Nefropatía a filiar.

Plan de acción y evolución

Tras la suspensión de sustancias nefrotóxicas (AINEs, batidos hiperproteicos...) y la sueroterapia en el servicio de urgencias, el paciente presentó mejoría clínica y de los valores analítico por lo que se dio de alta y se derivó al servicio de Nefrología. Tras ser valorado en las consultas externas, se le realizó una biopsia renal confirmando el diagnóstico de Nefropatía con depósito de IgA con leve expansión mesangial.

Al ser un paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular, sin secuelas tras el episodio de IRA (normalización de función renal), ni proteinuria asociada, se encuentra actualmente sin tratamiento farmacológico. Se recomendó controlar la tensión arterial, la abstención alcohólica, abandono de AINES y de los complementos proteicos. Además, del seguimiento por el servicio de nefrología y atención primaria.

Conclusiones

La nefropatía por IgA (enfermedad de Berger) es la patología glomerular primaria más frecuente en todo el mundo, afecta sobre todo a los varones entre 20-30 años y consiste en el depósito predominante de IgA a nivel mesangial. Se presenta como hematuria macroscópica, habitualmente tras un episodio reciente de infección respiratoria o digestiva, que en nuestro paciente no pudo ser demostrada, aunque sí se sospecha que pudo estar desencadenada por el derrame pleural encontrado. No existe un tratamiento específico para esta patología sino una serie de medidas generales (control de la TA, control de ingesta proteica si FG < 60, control del síndrome metabólico, evitar AINES). Por este motivo, aunque los batidos proteicos no tuvieron relación con el origen de la patología sí se suspendieron para mejorar la evolución. Con el objetivo de enlentecer el deterioro renal pueden ser útiles en algunos casos IECAS/ ARA II, corticoides e inmunosupresores que no fueron necesarios para nuestro paciente.

Este caso muestra la importancia de solicitar estudios complementarios en aquellos casos de dolor en fosa renal o lumbar de repetición antes de ser catalogados como cólico renoureteral o lumbalgia, como había pasado en visitas anteriores con nuestro paciente. Y a pesar de que la asistencia se realizó en un ambiente hospitalario, se muestra como las pruebas que cuestionaron el diagnóstico de presunción (analítica básica y ecografía abdominal) están a nuestro alcance como médicos de Atención Primaria.

Paciente con anuria por fibrosis retroperitoneal

Escobar Badía, Ángela María | *Médica Residente de MFyC. DS Costa del Sol. Málaga*

Cuenca Del Moral, Rebeca | *Médica Especialista de MFyC. DS San Miguel, Torremolinos. Málaga*

Byrne España, Paloma | *Médica Residente de MFyC. DS Costa del Sol. Málaga*

Motivo de consulta

Paciente de 59 años que acude por anuria de 4 días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Hipertensión arterial. Fumador 40 paquetes/año. Bebedor de 3-4 Unidades de alcohol diarias. Tratamiento telmisartán HCTZ 80/12.5.

Acude por anuria de 4 días de evolución. No disuria no polaquiuria no tenesmo ni hematuria. No presenta fiebre ni dolor abdominal. Molestias en flanco derecho de varios meses de predominio nocturno que no interfiere en actividades de vida diaria. Pérdida de peso no cuantificada en los últimos 6 meses que asocia a estrés laboral. No disnea ni ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No dolor torácico.

Exploración física

TA 140/70, FC 76 lpm, Sat O₂ 97%.

Buen estado general. Eupneico no tiraje. Afebril. Tonos rítmicos regulares sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen blando depresible no doloroso no se palpan megalias ni masas, no globo vesical ruidos hidroaéreos presentes. Puño percusión renal negativa bilateral.

Se remite a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias:

- Analítica: Hb 10.4 g/dl, resto de hemograma normal. Creatinina 13.3 mg/dl, urea 234 mg/dl, potasio 5.7 mEq/L y PCR 83 mg/dl.
- Ecografía abdominal: ambos riñones discretamente aumentados de tamaño, de aspecto globuloso/edematoso con discreto aumento de su ecogenicidad de forma bilateral y simétrica. Ectasia pielocalicial grado I-II/IV de forma bilateral.

Ingresa en Medicina Interna para estudio como sospecha de Linfoma.

- Analítica: estudio hematológico normal.
- Tac abdomen y pelvis: manguito de partes blandas periaórtico de contornos lobulado que engloba aorta infrarrenal hasta bifurcación de íliaca. Hallazgo de fibrosis retro peritoneal vs proceso linfoproliferativo. Asocia uropatía obstructiva bilateral con dilatación II/IV de ambos sistemas ureteropielocaliciales. Dada la ausencia de adenopatías se plantea fibrosis retroperitoneal como primera opción.
- PET TAC: lesión retroperitoneal sugerente de fibrosis como primera opción diagnóstica.

Durante ingreso se procede a colocación de doble J persistiendo uropatía obstructiva por lo que se procede a colocación de nefrostomías. Normaliza función renal por lo que se procede al alta con diagnóstico de insuficiencia renal aguda severa obstructiva resuelta y fibrosis retroperitoneal. Tratamiento: prednisona 1 mg/kg/día, alendronico semanal, calcio /vitamina D y omeprazol.

Enfoque familiar y comunitario

Procedente de Italia. Reside en España desde hace 20 años. Ciclo vital en contracción completa. Vive con su mujer y no tienen hijos. Ambos regentan un restaurante italiano. La imposibilidad de trabajar supone inicialmente el cierre del negocio con la consecuente afectación de los ingresos monetarios.

Esto conlleva una situación de angustia en el paciente y en su mujer. No tienen red social ni familiar de apoyo. No existe barrera idiomática ya que hablan y entienden español.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Anuria (diagnóstico diferencial con causas obstructivas: litiasis, neoplasias y estenosis uretral).
- Insuficiencia renal aguda (diagnóstico diferencial con causas prerrenales: hemorragia aguda, pérdidas gastrointestinales, líquidos tercer espacio, quemaduras, pérdidas urinarias, sepsis, ...; causas parenquimatosas: necrosis tubular aguda, tóxicos exógenos y endógenos, nefritis intersticial inmunoalérgica, glomerulopatía o causa vascular; causas obstructivas descritas).
- Fibrosis retroperitoneal (diagnóstico diferencial con principalmente procesos tumorales tipo linfoma, con sarcomas o infecciones como tuberculosis o actinomicosis).

Plan de acción y evolución

Al alta hospitalaria se realiza conciliación de tratamiento y valoración de adherencia. La mujer del paciente expresa su disconformidad con la toma de corticoide oral y malestar con la prescripción de “tantos medicamentos”. Detectamos falta de comprensión de la información recibida al alta por lo que explicamos el proceso adecuando el lenguaje, los riesgos y beneficios de no tomar la medicación prescrita y desmontamos mitos y modificamos creencias erróneas sobre el tratamiento corticoide oral favoreciendo la adherencia al tratamiento.

Se realiza una intervención básica sobre el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.

Revisamos bibliografía sobre la fibrosis retroperitoneal ya que desconocemos dicha patología.

Al alta el paciente sólo mantiene revisiones por urología que recambia la nefrostomía cada 3 meses y realiza TAC de control en 2 ocasiones sin modificar el tratamiento prescrito al alta.

Ante la no mejoría de la fibrosis en último TAC de control y mantenimiento de mismo tratamiento, con la revisión bibliográfica realizada por nuestra parte derivamos a Medicina Interna puesto que existen alternativas terapéuticas de prescripción hospitalaria como inmunosupresores o Tamoxifeno. Tras valoración y nuevas pruebas complementarias inicia tratamiento con Metotrexate.

El paciente abandona el hábito tabáquico permaneciendo en fase de mantenimiento. Ha reducido el alcohol a una unidad diaria.

Conclusiones

La fibrosis retroperitoneal es una patología poco frecuente generalmente idiopática. Se trata de un proceso fibrótico que involucra a retroperitoneo rodeando la aorta por debajo de las arterias renales. No existen estudios de tratamiento controlados tan sólo estudios de serie de casos. Es una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal de origen posrenal.

Es crucial el papel de Atención Primaria en el alta hospitalaria del paciente para realizar conciliación y valorar adherencia al tratamiento implementando estrategias para favorecerlo. Así como aprovechar cualquier oportunidad en consulta para realizar intervención sobre hábitos tóxicos.

En este caso se destaca la importancia del seguimiento en Atención Primaria de todas las patologías incluso aquellas en seguimiento hospitalario ya que hemos aportado una nueva posibilidad terapéutica a una enfermedad poco conocida.

Este caso clínico se ha elaborado con el consentimiento del paciente.

Paciente pluripatológica y pludermatológica

Cruz Terron, Helena | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*

Relaño Mesa, Ana | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*

Aguado Taberné, Cristina | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Aeropuerto. Córdoba*

Motivo de consulta

Mujer 85 años por lesiones cutáneas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, gonartrosis bilateral, divertículos, incontinencia vesical. Intervenido en 2004, 2014, 2018 de 3 carcinomas basocelulares en la cara, con múltiples lesiones actínicas en la cara y cuero cabelludo, lentigos solares múltiples en la cara y en las manos.

La paciente acude por lesión tipo foliculitis en el párpado inferior izquierdo, que impresiona de queratosis actínica irritada y mejora con mupirocina tópica. A los 3 días, consulta de nuevo por lesión en cara lateral de la pierna izquierda. En la exploración se evidencia lesión de tipo macular, algo descamativa de unos 3 cm. Se realiza interconsulta con dermatología, a través de teledermatología, calificándola como eccema subagudo e indican clobetasol. A los 10 días, acude de nuevo a consulta por presentar lesiones generalizadas en tronco, cara y miembros inferiores de tipo descamativas, no pruriginosas que la paciente relaciona con un cambio de tratamiento para la frecuencia cardíaca (atenolol).



Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido. Buen apoyo social y familiar. Acude a la consulta en ocasiones acompañada por su hija.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Psoriasis

Diagnóstico diferencial

Dermatitis seborreica, liquen simple, micosis, eritrasma, pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide, lues posriasifore, tiña del cuerpo.

Plan de acción y evolución

Ante la aparición de las nuevas lesiones se realiza derivación a dermatología, diagnosticándola de psoriasis moderada con BSA 15%, PASI 12.8, y dada la intensidad de las lesiones solicitan analítica para valorar tratamiento biológico. Se descarta el mismo por Filtrado Glomerular (FG) 40 y la polimedicación. Inician tratamiento con fototrepia y calipotriol/betametasona con mejoría clara de las lesiones.

Evolución

Al mes presenta lesiones eritematosas en tronco que califican de fototoxia/lupus y realizan biopsia con resultado de hiperplasia pseudoepiteliomatosa/pseudocarcionamata. La paciente sigue presentando sus queratosis actínicas, lentigos seniles y se ha evidenciado una nueva lesión compatible con un carcinoma basocelular en la cara, en una zona ya intervenida. Las lesiones tratadas previamente han evolucionado de manera favorable.



Conclusiones

Un mismo paciente puede presentar diferentes patologías dermatológicas que en ocasiones, pueden ser formas poco frecuentes, como es la psoriasis del anciano, cuyo curso y tratamiento difiere de la psoriasis del adulto y se requiere la estrecha colaboración entre atención primaria y dermatología en consultas telemáticas y presenciales.

Pezón supernumerario... ¿o algo más?

Cabello Padilla, Víctor | *Médico Residente de MFyC. CS Carranque. Málaga*

Navarro Robles, Ana | *Médica Residente de MFyC. CS Carranque. Málaga*

Navarro Jiménez, José Manuel | *Médico Especialista de MFyC. CS Carranque. Málaga*

Motivo de consulta

Aparición de lesión en región anterior de tórax, submamaria derecha.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 32 años sin alergias medicamentosas conocidas, que presenta, como antecedentes

- Obesidad mórbida.
- Dismenorrea.
- Asma.
- Dermatitis atópica.
- Cesárea en octubre de 2016 por no progresión del parto.
- Fumadora de unos 7 cigarrillos al día desde los 18 años. IA 4.5 paq/año.
- Tratamiento habitual presenta budesonida/formoterol y terbutalina.

A nivel social, la paciente vive con su familia (marido e hija) y tiene trabajo discontinuo. No obstante, se encuentra en riesgo de exclusión social dado que ella es la única fuente de ingreso en su domicilio. Por este motivo, se le llega a proponer a través de Trabajador Social la colocación de Implante Anticonceptivo, que se retiró por mala tolerancia. Ha faltado muchas veces a las citas y revisiones por sus patologías.

En 2017, la paciente acude a consulta por presentar una lesión submamaria derecha en línea media mamaria. La paciente ya presentaba esta lesión desde al menos 2009, cuando la percibió tras pasar un proceso de escabiosis. Por este motivo fue valorada por un dermatólogo en 2010, el cual le dio el diagnóstico de pezón supernumerario. Al no encontrar registros en Historia Clínica, se vuelve a derivar a Dermatología. La paciente no acudió a la cita, perdiendo la cita.

Es derivada de nuevo en 2018 a Cirugía General por presencia de molestias y aumento de tamaño de la lesión. Es remitida a Unidad de Cirugía Mamaría (UCM), faltando a la cita en dos ocasiones. Siendo remitida de nuevo y valorada en octubre de 2020. En esta última ocasión fue derivada de manera preferente a la UCM pues la paciente, además de la patología descrita, presentaba un nódulo retroareolar en mama izquierda. Se realizó ecografía mamaria que detecta nódulo sospechoso sin correlato en la mamografía, por lo que se realizaron biopsias de sendas lesiones, indicando la anatomía patológica del nódulo retroareolar que se trataba de un fibroadenoma y la de la lesión submamaria un dermatofibrosarcoma.

Tras esto fue derivada a Dermatología para exéresis de la lesión inicial en abril de 2021. Se presenta en el Comité Oncológico, derivándose a Oncología Médica para valoración, y realizando una cirugía de Mohs por parte de Dermatología que realizó la exéresis de la lesión y margen de seguridad. Los resultados de la inmunohistoquímica son los siguientes: positividad difusa para CD34 y negatividad para Factor XIII, S-100 CK, AE1/AE3.

En junio de 2021 se realiza un TC toraco-abdomino-pélvico que no muestra evidencia de enfermedad a distancia. Sin embargo, la paciente no acude a su cita de revisión en septiembre de 2021 por encontrarse embarazada desde finales de mayo de ese año, habiendo sido ingresada incluso por hiperémesis gravídica en el primer trimestre, acrecentada por una infección concomitante de Covid-19. Actualmente asintomática y en seguimiento por Dermatología y Oncología Médica.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Dermatofibrosarcoma protuberans clásico en localización torácica estadio IA.

Plan de acción y evolución

Dada la situación de riesgo de exclusión social y la escasa adherencia terapéutica que presenta la paciente, ha sido difícil poder contactar con la misma para que continúe el seguimiento por parte de Oncología. En febrero de 2022 fue ingresada para finalización electiva del parto por presentar embarazo en vías de prolongación. Actualmente la paciente refiere presentar una discreta astenia, sin otros síntomas acompañantes. Se encuentra pendiente de nueva cita con Oncología Médica para continuar su seguimiento.

Conclusión

El dermatofibrosarcoma protuberans se caracteriza por presentar agresividad a nivel local, con una baja capacidad de diseminarse a distancia (<5%).

El diagnóstico diferencial de esta entidad no incluye inicialmente al pezón supernumerario, encontrándose sin embargo otras entidades tumorales de la piel (melanoma, tumor desmoide, lipoma, sarcoma de Kaposi, etc), así como no tumorales, como la sarcoidosis o la morfea (forma local de esclerodermia).

Sin embargo, no debemos olvidar que no tratamos con patologías, sino con pacientes. En esta ocasión, el caso partía de una lesión que había surgido en la línea mamilar derecha, inferior al pezón de la paciente. A pesar de que la paciente no refería tener dicha lesión con anterioridad es importante recordar que, en el caso del pezón supernumerario, los pacientes no siempre identifican la lesión desde el nacimiento, a pesar de que, por definición, debe estar ahí desde el mismo. Por lo tanto, este caso presentaba la dificultad añadida de la localización de la lesión, orientándonos hacia una patología más banal, no siendo necesaria habitualmente su exéresis si no produce molestias estéticas. No obstante, debemos prestar especial atención a todo paciente que presente una lesión compatible con un pezón supernumerario, pero que no lo haya identificado desde una edad temprana, dado que puede tratarse de otras patologías, como es este caso.

Bibliografía

Harigopal M, Singh K. Breast development and morphology [Internet]. Www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org. 2022 [cited 25 September 2022]. Available from: [https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/breast-development-and-](https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/breast-development-and-morphology?search=polythelia&source=search_result&selectedTitle=3~7&usage_type=default&display_rank=3#H17)

[morphology?search=polythelia&source=search_result&selectedTitle=3~7&usage_type=default&display_rank=3#H17](https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/breast-development-and-morphology?search=polythelia&source=search_result&selectedTitle=3~7&usage_type=default&display_rank=3#H17)
Mendenhall W, Scarborough M, Flowers F. Dermatofibrosarcoma protuberans: epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and staging [Internet]. Www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org. 2022 [cited 25 September 2022]. Available from: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/dermatofibrosarcoma-protuberans-epidemiology-pathogenesis-clinical-presentation-diagnosis-and-staging?search=dermatofibrosarcoma&source=search_result&selectedTitle=1~25&usage_type=default&display_rank=1

Proceso diagnóstico del dolor abdominal en un paciente oncológico desde atención primaria

Cruz Vela, Pilar | *Médica Especialista de MFyC. CS Cartuja. Granada*
Iguñiz De La Fuente, Maitane | *Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada*
Jarabo Tévar, Beatriz | *Médica Residente de MFyC. CS Cartuja. Granada*

Motivo de consulta

Dolor abdominal en paciente oncológico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de un varón de 71 años oriundo de Marruecos con importante barrera idiomática por lo que la anamnesis se realiza a través de una amiga de la familia que hace de traductora.

Como antecedentes del paciente cabe destacar tumor de sigma pT3N0 m0 resecado hacía 3 meses con anatomía patológica de adenocarcinoma bien diferenciado, con pruebas de extensión negativas que no precisó quimioterapia ni radioterapia.

Acude a consulta de atención primaria acompañado de su hija por dolor abdominal en región de hipogastrio y hábito intestinal estreñido, con última deposición de heces formes hacía 3 días sin productos patológicos. Niega episodios de fiebre, náuseas, vómitos o clínica miccional.

A la exploración abdominal en ese momento presenta abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Cicatriz de buen aspecto. Testes en bolsa no dolorosos a la palpación y simétricos. No se palpan hernias, masas ni megalias.

Por todo ello, en ese momento pautamos analgesia con paracetamol y metamizol, y sobres de lactulosa para favorecer el tránsito intestinal.

Pasados dos meses, consulta de nuevo por dolor abdominal a pesar de tratamiento pautado. Además, el paciente asocia pérdida de peso ponderal de un 10%, anorexia por falta de apetito y astenia intensa. No ha presentado episodios de fiebre, ni sudoración nocturna. Se reevalúa al paciente con exploración similar a la de hace dos meses, localizando el dolor en esta ocasión sobre la cicatriz quirúrgica.

Se decide entonces realización de una analítica sanguínea y derivación a cirugía general, dado que, según comprobamos en su historia clínica, el paciente no había acudido a las revisiones que tenía en el hospital.

Al mes siguiente, es evaluado por cirugía general, que sospecha de dolor neuropático en región de cicatriz quirúrgica por lo que derivan a la unidad del dolor para ajuste de tratamiento analgésico y solicita TC preferente para descartar progresión tumoral.

Tras la evaluación por cirugía general, el paciente acude de nuevo acompañado de su familia a la consulta de atención primaria, donde nos refieren que han entendido que el paciente se encuentra en situación terminal, dado el gran empeoramiento de su estado general en los últimos meses, y que este se debe a su patología oncológica; por lo que solicitan cuidados paliativos y no realizarse más pruebas complementarias. Revisamos de nuevo la historia clínica y explicamos a la familia que sin las pruebas de imagen no podemos afirmar si hay una progresión tumoral o si existe otra causa de ese dolor. Acordamos con ellos esperar a las pruebas de imagen para poder valorar un tratamiento específico.

Al cabo de unos días, el paciente accede a realizarse TC abdominal, que es informado de pseudoaneurisma micótico de aorta infrarrenal con trombosis de la AMI asociada que constituyen el origen más probable del pseudoaneurisma infeccioso actual.



Figura 4: pseudoaneurisma micótico de aorta infrarrenal visualizado en TC abdominal

Enfoque familiar y comunitario

En este caso, se trata de una familia de origen marroquí con importante barrera idiomática donde solo una amiga de la familia comprende y hace de traductora para ellos. Las dificultades en la comunicación con los servicios de salud conllevan a una complicada continuidad asistencial y a una falta de comprensión, en algunas ocasiones, del proceso diagnóstico y de los objetivos terapéuticos, en detrimento de la propia salud del paciente.

En la familia del paciente existen varios cuidadores, fundamentalmente la esposa y la hija del mismo, que conviven con él; aunque en ocasiones intervienen otros familiares que acuden desde otras ciudades. Desde atención primaria detectamos también dificultades en la coordinación entre los cuidadores, ya que no todos son conocedores de toda la información con respecto al proceso de la enfermedad del paciente.

Finalmente, como último problema, detectamos una barrera cultural con respecto a las diversas maneras de entender la enfermedad. Esto afectaría a la calidad asistencial, ya que podría no demandarse asistencia sanitaria en situaciones en las que la consideraríamos necesaria.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Dada la clínica presentada por el paciente, sus antecedentes y realizada la exploración física, nos podíamos plantear el siguiente diagnóstico diferencial:

- Recidiva de tumor de sigma.
- Dolor neuropático en región de cicatriz quirúrgica.
- Infección abdominal subaguda.
- Efectos secundarios de algún fármaco.
- Otras patologías abdominales: en este caso pseudoaneurisma micótico con trombosis de la arteria mesentérica inferior.

Plan de acción y evolución

Tras realizarse el diagnóstico de pseudoaneurisma micótico de aorta infrarrenal, el paciente ingresa en el servicio de Cirugía Vascular, donde recibe antibioterapia y se plantea cirugía. Se explica a la familia el riesgo que presenta el paciente y, con su consentimiento, se realiza la intervención quirúrgica. Esta consiste en la colocación de endoprótesis hasta la bifurcación ilíaca bilateral. Después de la cirugía no se aprecian signos de complicación inmediata (extravasación de contraste, endofugas...) y el paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones

En este caso se destaca la importancia de la atención primaria en el proceso diagnóstico, especialmente en pacientes con barrera idiomática y cultural, con dificultades en el acceso al sistema sanitario.

Palabras clave

Dolor abdominal, aneurisma micótico, diagnóstico.

Proctitis, ¿qué hacemos ahora?

Byrne España, Paloma | *Médica Residente de MFyC. CS San Miguel. Málaga*
 Escobar Badía, Ángela | *Médica Residente de MFyC. CS San Miguel. Málaga*
 Contreras Roca, Belén | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Miguel. Málaga*

Motivo de consulta

Dolor perianal de una semana de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis:

Varón de 42 años sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Antecedentes patológicos de linfoma de Hodgkin (diagnosticado y tratado en 2011), VIH (en seguimiento por medicina interna desde 2016), sífilis latente precoz (2018), proctitis por Linfogranuloma Venéreo (2021), proctitis asintomática por *Neisseria Gonorrhoeae* (2021) y uretritis gonocócica (2022).

Fumador de un paquete/día. HSH (hombres que tienen sexo con hombres) con prácticas sexuales de riesgo (> 10 parejas sexuales/año, acude a lugares específicos para practicar sexo en grupo y antecedente reciente de ITS en el último mes). VIH en tratamiento con TAR, sin efectos adversos.

Acude al médico de familia por dolor perianal de una semana de evolución que asocia tenesmo y secreción mucosa rectal. Además, refiere episodio febril autolimitado con molestias faríngeas. El día anterior había acudido a enfermedades infecciosas donde se procedió a la toma de exudado rectal para despistaje de ITS y se inicia el tratamiento con doxicilina.

Exploración:

La exploración física es normal sin adenopatías ni lesión en cavidad oral. En la región glútea interna próxima al ano presenta una lesión única ulcerada indurada no dolorosa al tacto, sugestiva de chancro.

Pruebas complementarias:

Desde atención primaria se procede a tomar nuevas muestras de exudado rectal para realizar una PCR de la viruela del mono y se solicita una serología LUES.

El exudado rectal es negativo para el cultivo y PCR de *Neisseria Gonorrhoeae*, negativo para la PCR de *Chlamydia Trachomatis*. LUES negativa. La PCR es positiva a la viruela del mono.

Enfoque familiar y comunitario

Soltero independiente para ABVD. Trabajador en activo. Nivel sociocultural medio-alto. Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El juicio clínico es proctitis infecciosa (PI) por viruela del mono (MPX), siendo un caso confirmado al cumplir el criterio de laboratorio de detección de genoma de virus MPX mediante PCR específica o genérica para *Orthopoxvirus*.

El diagnóstico diferencial incluye otras ITS causantes de PI: *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia Trachomatis*, Linfogranuloma Venéreo, *Treponema Pallidum* y VHS.

La causa más frecuente de proctitis son las enfermedades inflamatorias intestinales, sin embargo, la orientación diagnóstica inicial es proctitis de etiología infecciosa dada su alta prevalencia en pacientes HSH y VIH. Además, la incidencia de PI está en aumento por el incremento de la práctica sexual anal no protegida. En consecuencia, es fundamental comenzar realizando un diagnóstico diferencial con infecciones de localización ano-genital para no realizar un tratamiento inapropiado que aumenta el riesgo de transmisión.

Plan de acción y evolución

Aislamiento domiciliario con tratamiento sintomático. No fue necesario asociar un tratamiento antibiótico tópico u oral para evitar la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas que es la principal complicación de MPX dado que el paciente solo presentaba proctitis y una única lesión anal. Evoluciona favorablemente como la mayoría de los casos de MPX que presentan una sintomatología leve y autolimitada que dura entre 2-4 semanas. Se aconseja actividades de prevención de nuevas ITS como el uso de preservativo, recomendado por la OMS, durante 12 semanas tras finalizar el aislamiento.

Conclusiones

La importancia del caso clínico radica en conocer la enfermedad MPX para diagnosticar, aislar y rastrear los posibles casos para reducir el impacto del brote ya declarado por la OMS de emergencia de salud pública y de importancia internacional. Sobre todo, por el contexto geográfico en el que nos encontramos al liderar España los casos de MPX de Europa, situándose Andalucía en tercer lugar a nivel autonómico.¹

Aprender a manejar la incertidumbre de tener en la consulta un paciente con el perfil más afectado por MPX, que según los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), son hombres en un 98% con una edad media de 37 años, de ellos un 96,2% HSH; que, sin embargo, tiene una presentación atípica de lesión única y proctitis.¹

El paciente nunca llegó a manifestar la clínica típica de MPX: exantema anogenital (62,9%), la más frecuente por ser la zona principal de inoculación dado el patrón de transmisión, el contacto físico muy estrecho en contexto de relación sexual; exantema en otras localizaciones (55,7%), linfadenopatías (52,8%) o exantema oro-bucal (18,5%).¹

En el razonamiento clínico fue esencial la comunicación médico-paciente que prima en la consulta de familia dado que conocíamos las prácticas sexuales del paciente, de hecho, el propio paciente sospechaba tener MPX. Tras su diagnóstico, se abordó el problema biopsicosocial que conlleva el aislamiento y la estigmatización asociada a la infección. Este caso se ha elaborado con el consentimiento del paciente.

Con el avance del brote se están identificando cada vez más hallazgos clínicos atípicos probablemente infradiagnosticados que incluyen: el dolor rectal, el edema de pene, una única lesión y lesiones polimórficas². Además, tras observar una tasa tan alta de coinfección con otras ITS se plantea la hipótesis de que tener una ITS facilita la infección por MPX. Por ello, ante el screening positivo de ITS no se debe excluir el despistaje de MPX³.

Se debe priorizar la investigación de MPX para incluir estas nuevas formas de presentación atípica para actualizar la información de salud pública con el fin de detener su propagación.

Palabras clave

Proctitis, viruela de los simios, enfermedades de transmisión sexual.

Bibliografía:

Ministerio de Salud. Informe de situación: alerta sobre infección de viruela del mono en España y otros países no endémicos [Internet]. Gobierno de España; 2022 [citado 18 septiembre 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Informe_de_situacion_MPX_20220916.pdf

Patel A, Bilinska J, Tam J C H, Da Silva Fontoura D, Mason C Y, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. BMJ [Internet]. 2022 [citado 15 septiembre 2022];378. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35902115/>

Català A, Clavo-Escribano P, Riera-Monroig J, Martín-Ezquerria G, Fernandez-Gonzalez P, Revelles-Peñas L, et al. Monkeypox outbreak in Spain: clinical and epidemiological findings in a prospective cross-sectional study of 185 cases. Br J Dermatol [Internet]. 2022 [citado 18 septiembre 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35917191/>

Protección solar ante todo

Arjona Carpio, Belén | *Médica Residente de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*
 Suárez Sánchez, José Manuel | *Médico Especialista de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*
 Prieto Romero, Noelia | *Médica Residente de MFyC. CS San José, Linares. Jaén*

Ámbito del caso

Centro de Salud.

Motivo de consulta

Lesión nodular en tórax.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

NO AMC. No AF ni AP de cáncer de piel. FRCV: HTA, DLP.

Enfermedades: obesidad. RGE.

Tratamiento: enalapril/HCT 20/12.5 mg1c/día, simvastatina 20 mg 1c/día, omeprazol 20 mg 1c/día. NO IQ IABVD.

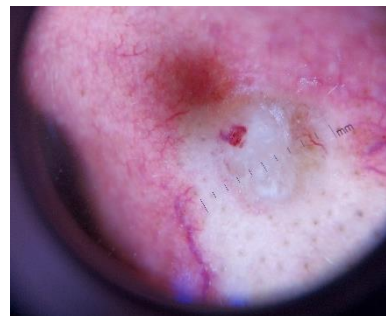
EA: paciente varón de 65 años presenta lesión dermatológica localizada en tórax anterior (zona escote) de un año de evolución. No prurito. No pigmentación. Indica crecimiento de la misma desde hace 3 meses y en alguna ocasión sangrado autolimitado. Trabaja como agricultor. No fotoprotección diaria ni uso de sombrero.

Exploración:

Consciente y orientado, BEG, normohidratado, normoperfundido, eupceico. Constantes: TA 150/90 mmHg, FC 85 lpm, SAT2 97%. Dermis: presenta Fototipo I/II. Pápula rosada de brillo perlado con bordes sobreelevados localizada en tórax anterior de 9x9 mm de diámetro.

Pruebas complementarias:

Dermatoscopia: estructura blanca brillante de 9x9 mm con múltiples vasos arboriformes (telangiectasias). Impresiona de ulceración periférica a nódulo. Ausencia de retículo pigmentado y velo azul-blanquecino. Anatomía patológica: confirma diagnóstico de sospecha, carcinoma basocelular nodular con bordes libres.



Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma basocelular nodular. DD: queratosis actínica, melanoma, carcinoma epidermoide, queratoacantoma.

Plan de acción y evolución

Se realizó exéresis quirúrgica con resección de márgenes. Tras resultado de anatomía patológica no requirió otros tratamientos adyuvantes, actualmente en seguimiento por Dermatología.

Conclusiones

El Carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente en el ser humano, constituye aproximadamente el 60% de todos los cánceres de piel. La exposición solar es su principal factor etiológico. Destacar la importancia de la prevención primaria (evitar exposición en horas de mayor radiación UV, uso de fotoprotector solar, gafas, sombrero...) por parte de Atención Primaria, así como la detección precoz de estas lesiones usando Tele dermatología y/o derivación preferente.

Palabras clave

Basal cell carcinoma, dermoscopy, ultraviolet radiation.

¡Qué bicho más oportunista!

Guerra Falcón, Jonay | *Médico Residente de MFyC. CS Gibraleón. Huelva*
 Guerra Torre, Adolfo | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Gibraleón. Huelva*
 Montealegre Caro, Amalia | *Médica Residente de MFyC. CS Cartaya. Huelva*

Motivo de consulta

Cefalea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Varón de 37 años, con diagnóstico de VIH + en 2013 (con carga viral plasmática 3.700.000 copias/ml y linfocitos TCD4+ 266/ μ l en marzo de 2020), actualmente sin seguimiento ni tratamiento antirretroviral por voluntad propia del paciente. Presentó Lúes genital y ocular, ya tratados (en 2008 y en 2016 respectivamente). En 2019 en el servicio de Digestivo se estudió por síndrome diarreico crónico, con ileoscopia normal y anatomía patológica con moderado infiltrado inflamatorio crónico. Además, se encuentra en seguimiento por Oftalmología por desprendimiento de retina de ojo izquierdo total recidivado.

Enfermedad actual: acude por cefalea de localización fronto-occipital, con carácter pulsátil y de intensidad moderada de una semana de evolución. En los últimos días ha presentado varios episodios de síncope con caída acompañante, asociándose también en el último de ellos incontinencia de ambos esfínteres y flexión de extremidades. No se ha termometrado la temperatura en domicilio. No otros síntomas de interés por otros aparatos.

Exploración

Regular estado general. Constantes vitales: TA: 120/82 mmHg. FC: 59 lpm. SatO₂: 99% (a/a). T^a: 37.4°C. ACR: rítmico a buena frecuencia sin soplos audibles. BMV sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin gestos de dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias palpables. NRL: desorientado en las 3 esferas. Poco colaborador. Letárgico. Glasgow 11/15. OD reactivo a la luz, OI no valorable por prótesis ocular izquierda. MOEC. PPCC. Fuerza y sensibilidad conservadas. Moviliza las 4 extremidades. Rigidez de nuca. No petequias asociadas. ORL: Mucosa bucal normal. Otoscopia y rinoscopia anodinas. No adenopatías. OFT: fondo de ojo normal.

Pruebas complementarias

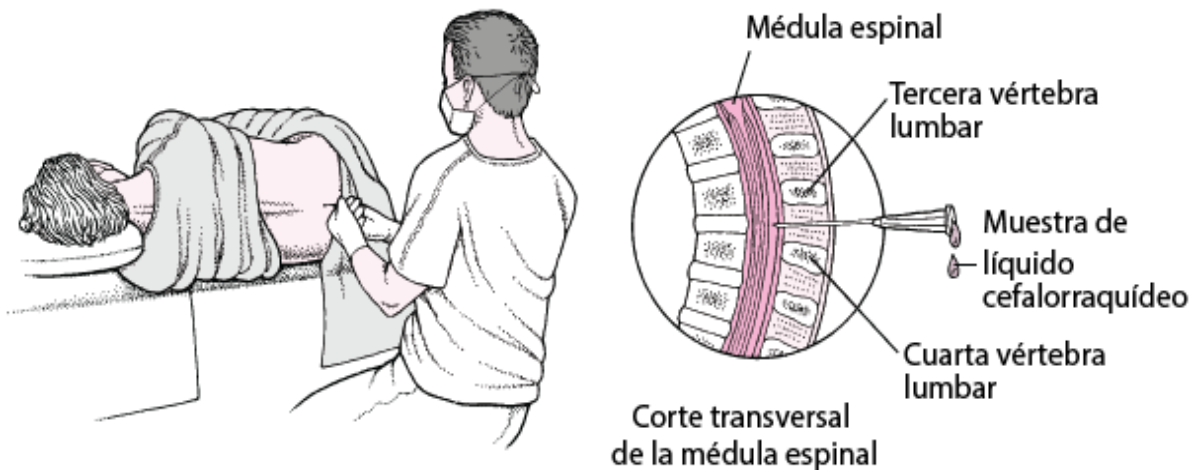
Analítica: hemograma: leucocitos 10150 (75% neutrófilos y 20% linfocitos), Hb 11.2, Hto 35.4, VCM 88.5, plaquetas 427000. Coagulación: TP 1.11, TTPa 0.98.

Bioquímica: Glu 94, urea 26.3, Cr 0.71, bilirrubina total 0.45, LDH 192, ALT 10.5, AST 30, lipasa 87.3, amilasa 154, Na 137, K 4.64, PCR 21. Orina elemental: normal. GSV: pH 7.46, CO₂ 41.9, HCO₃ 30, Hb 11.8, K 4.5, Na 141, Ca 1.23, Cl 102, Lac 1.5.

ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, con eje fisiológico a 60°. PR normal y constante. QRS estrecho. BIRD. No alteraciones agudas en la repolarización. Rx Tórax: ICT normal. Hilios normales. No infiltrados ni consolidaciones alveolares. No pinzamiento de senos costofrénicos. TAC cráneo: no focos hemorrágicos intra ni extraaxiales. No lesiones ocupantes de espacio. Adecuada diferenciación cortico-subcortical. No desviación de la línea media. Sistema ventricular y surcos de la convexidad sin alteraciones.

Punción lumbar (en condiciones de asepsia y extracción de 3 muestras):

- PCR bacteriana de LCR: DNA de *Cryptococcus neoformans* detectado.
- PCR vírica de LCR: negativo.
- Tinción de tinta china: se objetivan levaduras compatibles con *Cryptococcus neoformans*.
- *Bioquímica de LCR: hematíes 2000, leucocitos 180, PMN 6%, monocitos 95%, xantocromía negativo, Glu 19, PT 104, ADA 12.8.



Enfoque familiar y comunitario

Trabaja de cuidador. Vive con su hermano. No tiene pareja estable. Mantiene prácticas sexuales de riesgo para ITS.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Meningitis por *Criptococo* en paciente con VIH avanzado.

El diagnóstico diferencial se hará principalmente con:

1. Meningitis bacteriana: se presenta como un cuadro de instauración aguda o hiperaguda, de entre unas horas y pocos días de evolución, consistente en una combinación variable de los cuatro síntomas cardinales: fiebre, rigidez de nuca, cefalea y alteración del nivel de consciencia.
2. Meningitis linfocitaria o aséptica: la mayor parte son de etiología vírica, destacando los enterovirus como agente etiológico principal y continuando en orden descendente de frecuencia con el virus herpes simple tipo 2 (VHS-2), el virus varicela- zóster (VVZ) y virus herpes simple tipo 1 (VHS-1). El cuadro clínico es muy similar a la meningitis bacteriana, pero reviste menos gravedad y menor afectación del estado general. como vírica.

Además, cobra especialmente en el diagnóstico diferencial fijarse en las características del LCR puesto que de ello dependerá pensar en la etiología más probable del cuadro de meningitis presentado por el paciente.

	Presión	Aspecto	Células	Proteínas	Glucosa
LCR normal	8-20 cmH ₂ O	Claro	<5/mm ³	15-45 mg%	65-80% de la glucemia
M. bacteriana	alta	turbio	1000-20000 pmn	100-1000	muy baja
M. vírica	normal/alta	claro	<300 mn	40-100	normal
M. tuberculosa	alta	opalescente	50-300 mn	60-700	baja
M. fúngica	alta	opalescente	50-500 mn	100-700	baja
M. carcinomatosa	alta	claro/turbio	20-300 mn y tumorales	60-200	baja

LCR: líquido cefalorraquídeo. M: meningitis. mn: mononucleares. pmn: polimorfonucleares

Plan de acción y evolución

Se inició tratamiento específico con Anfotericina B liposomal 4 mg/kg/día + Flucitosina 100 mg/kg/día, así como bolo de esteroides con dexametasona 4 mg c/8 h por compromiso del nivel de conciencia.

Antes de su ingreso en Enfermedades Infecciosas, presentó episodio de deterioro del nivel de conciencia acompañado de rigidez tónica en extensión de miembros superiores y pronación de manos, objetivándose pupilas anisocóricas, con midriasis franca arreactiva en ojo izquierdo. Se inició tratamiento con Levetiracetam 1 gr IV y Diazepam 3 mg IV. Además, precisó de punción lumbar urgente, con previa sedación con Midazolam 8 mg IV, midiéndose una PIC inicial mayor de 56 mmHg. Se evacuaron unos 30 mL de LCR de aspecto claro y transparente, quedándose con una PIC posterior de 10 mmHg aproximadamente.

Conclusiones

La meningitis criptocócica es la infección fúngica del SNC más frecuente en nuestro medio, presentándose casi con exclusividad en pacientes con inmunodepresión celular (típicamente, VIH con linfocitos CD4 < 100 céls./ μ l). Clínicamente suele cursar como un cuadro de meningitis crónica de varios días o semanas de evolución, aunque en pacientes muy inmunodeprimidos puede presentarse de forma aguda. Puede cursar con la formación de abscesos o *criptocomas*. El diagnóstico de certeza se establece con la visualización directa del hongo en LCR (tinción con tinta china), cultivo o mediante la demostración del antígeno criptocócico en LCR. El tratamiento se basa en anfotericina B liposomal (3-5 mg/kg/ día) en combinación con 5-flucitosina (25 mg/kg/6h) durante 2 semanas, seguidas de fluconazol (400-800 mg/día) durante 10 semanas. En pacientes con evidencia de hipertensión intracraneal (HTIC) es importante un manejo enérgico con la realización de punción lumbar de repetición o incluso colocación de una derivación de LCR, que ha demostrado disminuir la morbimortalidad. Además, la profilaxis secundaria con fluconazol (200-400 mg/día) debe prolongarse durante 6-12 meses o de forma indefinida, dependiendo de la condición de inmunosupresión subyacente.

Palabras clave

Cefalea, VIH, Meningitis

¿Qué está causando la rectorragia?

Martín Guerra, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
Gascón Vegin, Santiago | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Aeropuerto. Córdoba*
Rodríguez Mengual, Amparo | *Médica Residente de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*

Motivo de consulta

Varón de 75 años, que acude al servicio de urgencias por rectorragia de 24 horas de evolución acompañado de dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

El paciente presenta antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con dabigatrán 110 mg/12 h (previamente acenocumarol), IRC de etiología no filiada, con niveles de creatinina plasmática en torno a 2,5 mg/dl en las últimas analíticas.

Como antecedentes reseñables presenta 2 ingresos en 2015-2016 por hemorragia digestiva alta, ante esto y la inestabilidad en sus niveles de INR decidimos en consulta de atención primaria sustituir su anticoagulante habitual (acenocumarol) por dabigatrán a dosis de 110 mg dos veces al día ya que el paciente tenía valores de aclaramiento de creatinina (ClCr) estimados de 43 ml/min y niveles de creatinina plasmática de 1,80 mg/dl.

A su llegada al servicio de urgencias se encuentra estable hemodinámicamente TA 130/86 FC 95LPM a la exploración destacaba palidez de piel y mucosas resto normal. En analítica destacaban hemoglobina 10,1 g/dl, (INR) 1,3, con resto de parámetros normales, por lo que se decidió pasar al área de observación para control de hemoglobina y realización de colonoscopia y endoscopia. En la siguiente hora presentó un deterioro agudo con hipotensión (TA 80/40), anemización (HB 8,1) y un nuevo episodio de rectorragia.

Plan de actuación y evolución

Ante el empeoramiento progresivo, se administrarle fluidoterapia, dos concentrados de hematíes e idarucizumab 5g intravenoso en diez minutos (sospechando en la posibilidad de que la causa de la rectorragia fuera el anticoagulante), se realizaron, además, una gastroscopia y una colonoscopia, observando un punto de sangrado activo en bulbo duodenal que se esclerosó.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Posteriormente no volvió a presentar datos de HD y se diagnosticó como rectorragia secundaria a tratamiento con anticoagulante oral (Dabigatrán).

Tendríamos que hacer el diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia como hemorroides, fistulas anales, fisuras anales, enfermedades inflamatorias intestinales, diverticulosis, pólipos o cáncer colorrectal.

Conclusiones

Episodios hemorrágicos como el descrito en este caso son frecuentes en pacientes en tratamientos con los NACO. Los fármacos eliminados por vía renal como dabigatrán tienen riesgo de acumularse y aumentar su concentración en plasma produciendo efectos adversos. Por lo que se recomienda el ajuste de dosis y seguimiento de la función renal. En nuestro caso dicho ajuste queda reflejado al pautarle dabigatrán 110 mg dos veces al día. Hay seguimiento de la función renal en los meses posteriores, observando un aumento progresivo de creatinina llegando a un nivel de 1,9 mg/dl y una disminución ClCr estimado 35 ml/min. No obstante, en ficha técnica se contraindica su prescripción cuando el grado de insuficiencia renal pasa a ser grave (ClCr <30 ml/min). La posología y seguimiento se ajusta a lo recomendado.

El paciente tenía pautado acenocumarol pero se decide cambiar a dabigatrán después de varios episodios de sangrado. Está dentro de los criterios de inclusión por FA, pero la existencia de IRC y las últimas analíticas nos indican una disminución de la función renal con posibles complicaciones debido a la acumulación de dabigatrán. El paciente tiene riesgo de desarrollar un episodio hemorrágico debido a su edad, función renal y episodios anteriores de HDA. Este suceso se notificó al centro de farmacovigilancia correspondiente.

Se debe estar alerta de los riesgos y beneficios de los NACO ya que, en pacientes ancianos con función renal alterada, riesgo o antecedentes de sangrado, el cambio de antagonistas de vitamina k por los nuevos anticoagulantes orales no está exento de riesgos.

Los NACO amplían el arsenal terapéutico anticoagulante. Sus perfiles de seguridad, eficacia e interacciones asociados a que sus dosis son estables y no requieren controles hacen que sean alternativas interesantes, pero hay que utilizarlos con precaución debido a la limitada experiencia clínica. Se necesitan más estudios en pacientes con la función renal comprometida e inestable que pueda hacer necesario algún tipo de monitorización.

Volviendo a nuestro caso, Se reinició el dabigatrán al sexto día teniendo en cuenta los riesgo y beneficios. Se decidió mantener el mismo anticoagulante por la posibilidad de usar el antídoto si fuera necesario. Tras seis meses de seguimiento no ha presentado resangrado ni eventos tromboembólicos.

Rabdomiólisis inducida por esfuerzo súbito

Melguizo Jiménez, Miguel | *Médico Especialista de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
 García De Haro, María | *Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
 Martín Galán, Abelardo | *Médico Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Motivo de consulta

Mialgias focalizadas en miembros superiores y cansancio extremo de inicio súbito tras acudir a una única sesión de gimnasio para realizar un programa de entrenamiento personalizado.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón caucásico de 22 años, sin antecedentes personales significativos, hábitos tóxicos ni tratamiento habitual. Acude a la consulta de atención primaria con astenia, mialgias, orina oscura e impotencia funcional para la movilización de miembros superiores. Tras un año sin actividad física, es retomada en un gimnasio dos días previos a la consulta.

Exploración

- Presión arterial: 125/80
- Frecuencia cardíaca: 64 lpm
- Saturación de oxígeno: 99%
- IMC: 24
- Temperatura: 36'2 °C
- Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos de interés.
- Sin hematomas ni lesiones cutáneas.

Pruebas complementarias

Ante la sospecha de proceso inducido por esfuerzo físico se solicita una analítica sanguínea destacando: creatina quinasa (CPK) 133.930 IU/L, aspartato transaminasa (GOT) 1.785 IU/L, alanina transaminasa (GPT) 564 IU/L, creatinina 0'97 mg/dl. Hemograma, bioquímica y TSH normales. Tira reactiva de orina: hematuria +++.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 22 años. Vive con sus padres con buen soporte familiar. Nivel educativo medio-alto. Titulado superior en Actividad Física y Deporte. Trabajo discontinuo como socorrista y entrenador personal.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas

- Triada clínica: astenia extrema, mialgia/debilidad muscular y orina oscura.
- Antecedente personal: ejercicio físico intenso días antes.
- CPK: 133.930 UI/L
- GOT: 1.785 IU/L
- GPT: 564 IU/L
- Hematuria +++

Diagnóstico diferencial

- Traumatismo
- Infección
- Hábitos tóxicos: alcohol

- Síndrome compartimental
- Hepatopatías
- Nefropatías
- Golpe de calor
- Miopatías metabólicas

Plan de acción y evolución

Tras el primer análisis se solicitó estudio serológico de VIH y hepatitis A, B y C. Asimismo nuevos controles de transaminasas, CPK y sedimento urinario.

Evolución

En sucesivos análisis se objetivó serologías y sedimento negativos; hemograma, coagulación, creatinina y bioquímica en rango de normalidad con una progresiva normalización de los niveles de CPK, GOT y GPT (ANEXO 1):

- 2 días después: CPK (66.925 IU/L), GOT (1.466 IU/L), GPT (670 IU/L)
- Tras 9 días: CPK (619 IU/L), GOT (43 IU/L), GPT (122 IU/L)

Desde el punto de vista clínico desaparición de las orinas colúricas y mejoría de las mialgias hasta su desaparición a los 7 días.

Conclusión

Con la implantación y proliferación de CrossFit y otros programas de entrenamiento de alta intensidad, son múltiples los casos clínicos de rabdomiólisis inducida por esfuerzo publicados.^{1,2} Algunos de sus factores de riesgo son el ejercicio de alta intensidad, repetitivo, prolongado y/o de reciente inicio; varones jóvenes, deshidratación, temperaturas extremas, alcohol, virus o miopatías entre otros.¹ Se estima una incidencia de 29'9/100.000 persona/año² -siendo compleja su determinación, ya que cuando cursa asintóticamente o leve puede pasar desapercibida-.

Debe sospecharse rabdomiólisis por sobreesfuerzo ante la triada de: debilidad/dolor muscular, astenia y coloración oscura de la orina (50%). No obstante, más del 50% no presentan síntomas específicos.³ Dichos síntomas suelen debutar en las 24-48 horas tras el evento detonante.^{1,2,4} Entidades como: hipotermia, miositis inflamatoria, hipertermia maligna, síndrome neuroléptico maligno, sepsis, miopatías hereditarias, síndrome de Guillain-Barré o situaciones de hiperosmolaridad; pueden ser incluidas en el *diagnóstico diferencial*.³

Una elevación sérica de la CPK mayor a cinco veces el límite superior de la normalidad (> 1.000 IU/L) es indicativa de rabdomiólisis. A las 2-12 horas comienza su aumento, alcanzándose el máximo entre el primer y quinto día.^{1, 2, 4} La persistencia del incremento sérico de CPK puede ser sospechosa de síndrome compartimental.³ Tanto la GPT como la GOT también pueden elevarse.

El principal objetivo del tratamiento es prevenir el fallo renal agudo. Durante su manejo, deben monitorizarse las cifras de CPK, funciones respiratoria, cardíaca y renal; perfusión y adecuación hidroelectrolítica -para la identificación temprana de posibles complicaciones (síndrome compartimental, coagulación intravascular diseminada, alteraciones electrolíticas/arritmias o fallo renal agudo)-. Debe iniciarse precozmente fluidoterapia intravenosa con suero salino a dosis que generen un gasto urinario de 200-300 mL/h. Si la CPK es >30.000 IU/L -en ausencia de oliguria, anuria o fallo renal- puede considerarse la alcalinización de la orina. Si se evidencia insuficiencia renal o fracaso del manejo se valorará hemodiálisis.³

Una vez diagnosticada y establecido el manejo inicial, deben descartarse causas subyacentes tales como: consumo de tóxicos (alcohol y/u otras drogas), síndrome compartimental, hipotiroidismo, estatus epiléptico, inflamación/infección...; pero fundamentalmente un posible golpe de calor o miopatías metabólicas (ante recurrencia, CPK elevada >50x normalidad o >8 semanas post-esfuerzo, historia familiar o un esfuerzo previamente bien tolerado).⁵ Según Fernandes y Davenport⁵, el riesgo de recurrencia se estima inferior al 1-2% en ausencia de causa hereditaria, recomendando evitar el esfuerzo físico el primer mes tras la remisión clínica y analítica. Posteriormente, la incorporación debe ser leve y progresiva.

En el caso presentado, en ausencia de antecedentes de interés y tras descartar causas secundarias a consumo de tóxicos, procesos infecciosos, traumatismos o exposición prolongada al sol; se sospechó un proceso inducido por un sobreesfuerzo físico excesivo.

Pese a que el paciente era un profesional titulado de Actividad Física y Deporte, nunca deben descartarse la aparición de rabdomiólisis cuando el ejercicio es brusco, intenso y prolongado en ausencia de preparación física previa.

Siempre es imprescindible descartar patología hepática y renal concomitante, así como vigilar evolutivamente en los siguientes días al paciente, tanto clínica como analíticamente.

Autorización: el paciente autoriza la publicación del caso en los términos de la redacción del mismo. Se registra en la historia clínica.

Anexo 1. Evolución analítica

		04/08/2022	28/07/2022	26/07/2022
BIOQUÍMICA General (sangre)				
Glucosa	Q	63	63	82
Urea	Q	34		
Creatinina	Q	1.18	0.97	0.97
Acido úrico	Q			
Bilirrubina total	Q	0.72	0.72	0.62
Aspartato transaminasa (GOT)	Q	43	1466	1785
Alanina transaminasa (GPT)	Q	122	670	564
Gamma glutamiltransferasa (GGT)	Q	21	20	19
Creatina quinasa (CPK)	Q	619	66925	133930
Sodio	Q		141	137
Potasio	Q		3.74	4.34
BIOQUÍMICA General (Metabolismo óseo)				
Calcio	Q		9.6	9.6

Bibliografía

- ¹ Betancort Richey YR, Navas Cámara FJ. Rabdomiólisis Inducida por el Ejercicio y Tratamiento. Revisión Bibliográfica Narrativa [trabajo fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42431/TFG-O-1881.pdf;jsessionid=8B1BB8D1C3C5E750D2B33AFE9152CF0E?sequence=1>
- ² Adhikari P, Hari A, Morel L, Bueno Y. Exertional Rhabdomyolysis After CrossFit Exercise. Cureus. 11 ene 2021; 13 (1): e12630. doi: 10.7759/cureus.12630. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7872485/#:~:text=Exertional%20rhabdomyolysis%20occurs%20due%20to,cells%20to%20maintain%20cellular%20integrity.>
- ³ Stanley M, Chippa V, Aeddula NR, et al. Rhabdomyolysis. [Actualizado 1 abr 2022]. En: statPearls [Internet]. Treasure Island (FL): statPearls Publishing; ene 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448168/>
- ⁴ Manspeaker S, Henderson K, Riddle D. Treatment of exertional rhabdomyolysis in athletes: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. Jun 2016; 14 (6): 117-47. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-001879. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27532656/>
- ⁵ Fernandes PM, Davenport RJ. How to do it: investigate exertional rhabdomyolysis (or not). Pract Neurol. 2019 Feb;19(1):43-48. doi: 10.1136/practneurol-2018-002008. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30305378/>

Sd. Vertiginoso: giro de objetos y algo más...

Menéndez Pabón, Javier | *Médico Residente de MFyC. CS Cartaya. Huelva*
Orta Toscano, Manuel Alejandro | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Cartaya. Huelva*

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta

Mujer de 45 años que acude a consulta de urgencias hospitalarias por sensación de giro de objetos de largo tiempo de evolución que ha empeorado en los últimos 4 días asociando cefalea de predominio nuchal y sensación nauseosa.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente refiere llevar con esta sintomatología desde hace meses, se ha intentado tratamiento con Sulpirida + Serc + Diazepam sin conseguir mejoría clínica. Revisando el historial de la paciente esto lleva así desde hace 2 años aproximadamente con episodios intermitentes de empeoramiento.

Estado general alterado por sensación de giro de objetos. Consciente, orientada y colaboradora.

A la exploración neurológica facial centrado sin asimetrías, PINLA, MOEs conservados, nistagmo horizontal que se extingue con la fijación de la mirada. Roomberg + con pulsión posterior. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. Signos meníngeos negativos. Glasgow 15/15. Resto de la exploración sin alteraciones significativas. Otoscopia sin alteraciones con cono luminoso presente. ACP: BMV sin agregados patológicos. RSCS rítmicos sin auscultarse soplos. Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación. RHA conservados sin signos de peritonismo.

Dada la cronicidad del cuadro junto a la refractariedad a tratamiento médico y por presentar signo de alarma (cefalea) se decide realizar analítica sanguínea con hemograma y bioquímica y TC-Cráneo urgente sin contraste.

La analítica no presentó alteraciones reseñables, todo dentro de la normalidad.

TC cráneo: se aprecia pequeña área hipodensa, mal definida, en cerebelo derecho que se extiende hacia el mesencéfalo ipsilateral, obliterando ligeramente el cuarto ventrículo, que sugiere como primera posibilidad evento isquémico en territorio tributario de la arteria cerebelosa superior. Recomendamos estudio de RM. No se aprecian ventriculomegalia ni hidrocefalia. No se aprecia sangrado intra ni extraaxial. Línea media centrada. No otros hallazgos.

Se comenta caso con neurología de guardia y se decide ingreso de la paciente a cargo de Medicina Interna con tratamiento antiagregante para profundizar estudios.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer joven, sin patología previa que ve su día a día limitado por cuadro vertiginoso de largo tiempo de evolución refractario parcialmente a tratamiento médico.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lesión tumoral de bajo grado en pedúnculo cerebeloso derecho.

Diagnóstico diferencial: ACV cerebeloso, Sd. Meniere, neurinoma del acústico, encefalitis

Plan de acción y evolución

Durante el ingreso en planta de Medicina Interna la paciente se mantiene estable clínicamente, persistiendo sensación de inestabilidad leve junto a giro de objetos. Se realiza RMN-Cráneo: siguiendo el protocolo habitual, mediante secuencias T1 3D sin y con contraste iv; FSE DP, FSE T2, FLAIR, difusión y mapa ADC en el plano axial;

y FSE T2 en el plano coronal. En fosa posterior, se observa en pedúnculo cerebeloso derecho una lesión de unos 11 x 15mm (T-AP) que se muestra hipointensa en T1 e hiperintensa en T2/FLAIR, que no restringe la difusión y no presenta realce. Asocia discreto edema perilesional y ejerce efecto masa significativo abombando la pared del IV ventrículo (alcanza la línea media). Estos hallazgos sugieren como primera posibilidad origen tumoral (de bajo grado), siendo poco probable un origen infeccioso (no restringe la difusión) y descartando casi por completo un origen isquémico (por su comportamiento en difusión y el tiempo de evolución de la clínica).

En la región supratentorial, el sistema ventricular presenta morfología, tamaño y posición normales. Núcleos de la base, tálamos, cápsulas internas y externas, y los hemisferios cerebrales sin hallazgos relevantes. Resumen: lesión en pedúnculo cerebeloso derecho (11 x 15mm) con edema perilesional y efecto masa, de probable origen tumoral (probablemente neoplasia de bajo grado), siendo poco probable el origen infeccioso o isquémico.

Se inicia tratamiento con corticoides IV con ligera mejoría sintomática. Se realiza estudio de extensión siendo negativo y se deriva al alta a consultas externas de Neurocirugía.

En CCEE de Neurocirugía se plantea a la paciente actitud conservadora con vigilancia estrecha o resección quirúrgica. Finalmente, la paciente opta por vigilancia de la lesión y continúa seguimiento con el servicio de Neurocirugía.

Conclusiones

Aunque la mayoría de los cuadros vertiginosos tienen un origen benigno, hay que tener presentes aquellos signos de alarma que nos puedan hacer sospechar que hay algo más grave detrás.

Palabras clave

Vértigo, Neoplasia, Cefalea.

Bibliografía:

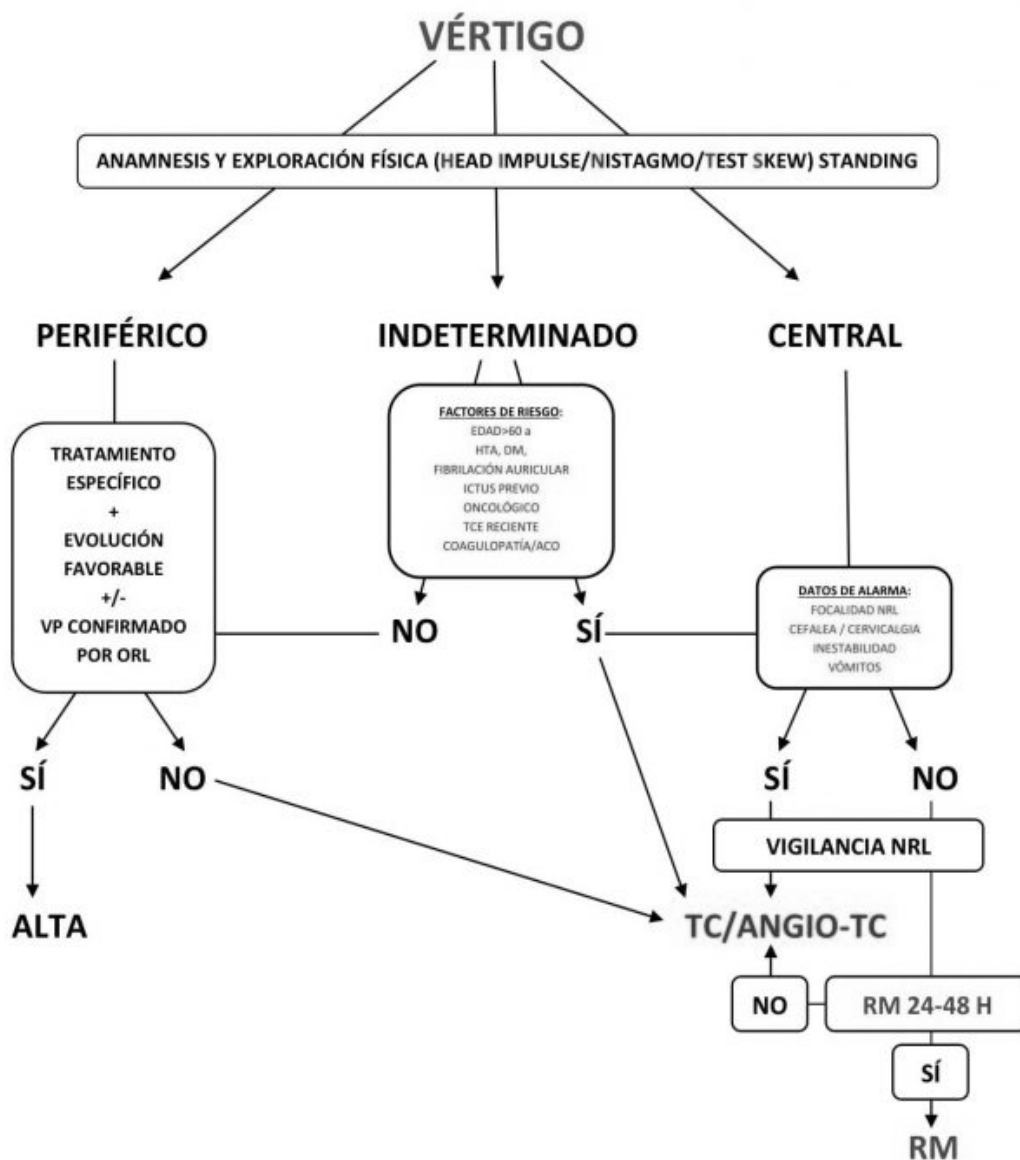
SERAU. Algoritmo de imagen ante VÉRTIGO en urgencias [Internet]. [citado 08 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://serau.org/2019/09/algoritmo-de-imagen-ante-vertigo-en-urgencias/>
 Evaluation of the patient with vertigo - UpToDate [Internet]. [citado 08 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo?search=vertigo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 Manual-de-urgencias-3ed-Bibiano.pdf [Internet]. [citado 08 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.urgenciasyemergen.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/10/Manual-de-urgencias-3ed-Bibiano.pdf

Figuras:

Tabla 2. Características diferenciales de los vértigos periféricos y centrales^{15,19,12}.

	Periférico	Central
Inicio	Brusco (BPPV y EM) Gradual (NV)	Gradual
Duración	De segundos a horas (BPPV y EM) Hasta varios días (NV)	De segundos a días
Síntomas vegetativos	Intensos y muy frecuentes	Más leves y menos habituales
Síntomas auditivos	Habituales en EM No en BPPV ni NV	Raros
Síntomas neurológicos	Raros	Habituales

BPPV: vértigo posicional benigno paroxístico
 EM: enfermedad de Menière
 NV: neuritis vestibular



10.1. Manifestaciones clínicas que sugieren ocupante cerebelosa

SIGNOS Y SINTOMAS	PRECISION DIAGNOSTICA
Cefalea	Los tumores cerebrales presentan cefalea en 48% de los casos, empeoran al reclinarsse hacia delante en 32% de los casos, nauseas y vómitos acompañantes en 40% y 77% son de característica tensional.
Convulsiones	Prevalencia en pacientes con tumor cerebral: 49 a 85%
Signos de foco motor ni sensitivo	No cuantificable
Trastornos de la marcha	No cuantificable

Signos de alarma ante una lumbalgia aguda

Medina Arévalo, Begoña | *Médica Residente de MFyC. CS San Antonio, Motril. Granada*
 Luque De Haro, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Motril Este. Granada*
 Carro Sánchez, Daniel | *Médico Residente de MFyC. CS Motril Este. Granada*

Motivo de consulta

Parálisis de miembros inferiores.

Descripción del caso

Paciente varón de 49 años, con los *antecedentes personales* de Colitis Ulcerosa y VIH en seguimiento por Medicina Interna, acude al Servicio de Urgencias (tras varias consultas reiteradas por dolor lumbar en la última semana, con irradiación a miembro inferior izquierdo y mal control del dolor con analgésicos), por caída accidental en vía pública, tras la cual ha perdido por completo fuerza y sensibilidad de ambos miembros inferiores.

Ante la sospecha de una Mielitis Aguda Transversa, se deriva al Hospital de Referencia para valoración por Neurología y realización de RMN de columna completa de forma urgente. Tras su realización se contacta con Neurología para traslado a Neurocirugía, que realizan liberación de compromiso medular dorsal de forma urgente.

Exploración y pruebas complementarias:

A la llegada, se mantiene hemodinámicamente estable, con TA 140/70 mmHg FC 100 lpm, saturación de O₂ 97% basal.

Presenta tonos cardíacos rítmicos, sin soplos audibles.

Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible, molestia a la palpación profunda de epigastrio, sin defensa ni peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes.

Neurológico con pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados.

Facial centrado y resto de pares craneales sin alteraciones.

Fuerza y sensibilidad de miembros superiores presente.

Parálisis bilateral de ambos miembros inferiores, con anestesia total y, ausencia de reflejos rotulianos, aquíleos, cremastéricos y abdominales.

- Rx de Columna Dorsolumbar y Lumbosacra sin lesiones óseas agudas.
- TC de Columna Dorsal: muy dudosa fractura lateral de T10 sin invasión de canal medular.
- RM Columna completa:
 - Raquis cervical:
 - Protusiones discales de predominio central en C3-C4 y C7-D1, que importan el canal medular, sin evidencia de compromiso radicular.
 - Estenosis de canal en grado moderado en ambos niveles.
 - Raquis dorsal:
 - Alteración de señal en médula ósea que afecta al margen posterior izquierdo de D10 con extensión a pedículo y elemento posterior, sin clara expansión ósea ni masas de partes blandas asociadas.

Ocupación del canal medular epidural posterior, por lesión que realza con el CIV de manera heterogénea y que se extiende desde D5 a D12. Se acompaña de compresión medular como signos de mielopatía desde D6 a D10 posiblemente de origen compresivo.

– >Raquis lumbar:

Sin alteraciones destacables.

Conclusión: las lesiones descritas en D10 y la epidural (desde D5 a D10) sospechosas de corresponder a un origen neoplásico como primera posibilidad, sin poder descartar otras posibilidades. Probable mielopatía compresiva asociada.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Mielopatía compresiva probablemente de origen tumoral.

Diagnóstico diferencial:

- Hernia/protrusión discal lumbar.
- Mielitis Aguda Transversa.
- Alteración vascular hemorrágica o isquémica a nivel medular. -Compresión medular de origen neoplásico.

Plan de acción y evolución

Pendiente de evolución y de realización de pruebas diagnósticas complementarias para filiar el diagnóstico.

Comentario final:

La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y en el Servicio de Urgencias. Por ello, como médicos de familia, es imprescindible que identifiquemos signos y síntomas de alarma, que enmascaren procesos de mayor gravedad. Una correcta anamnesis y exploración física son la base de una buena orientación diagnóstica

Síndrome de Charles Bonnet, el gran desconocido

Castillo Higuera, Sara | *Médica Residente de MFyC. CS Bulevar. Jaén*
Aguilera Tejero, Ramiro | *Médico Especialista de MFyC. CS Bulevar. Jaén*
García Molina, María | *Médica Residente de MFyC. CS Bulevar. Jaén*

Motivo de consulta

Alucinaciones visuales de 48 h de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Mujer de 87 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia mixta, uveítis anterior bilateral, glaucoma neovascular bilateral con posterior atrofia de ambos nervios ópticos que le produce déficit visual muy severo, insuficiencia renal crónica.

En tratamiento con: metformina 850 mg cada 12 horas, sitagliptina 50 mg cada 24 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas, losartán 100 mg/hidroclorotiazida 25 mg cada 24 horas, amlodipino 10 mg cada 24 horas, omeprazol 20 mg cada 24 horas, simvastatina 20 mg cada 24 horas, brinzolamida 10 mg/timolol 5 mg colirio cada 24 horas.

Anamnesis

Acude acompañada de su hija, refiere que desde hace unos días ve “niños de colores verde y rojo que bailan a su alrededor”, de unos minutos de duración que aparecen y desaparecen de forma brusca. Asegura que “son niños que no conoce”, niega alucinaciones auditivas acompañantes, expresa “yo no estoy loca, sé que lo que veo no es real”. Esta en tratamiento con cefuroxima desde hace 4 días por infección urinaria con mejoría clínica. Afebril en domicilio.

Exploración:

Constantes: PA 152/72, FC 100 lpm, satO₂ 98%, temperatura 36,1°C, glucemia capilar 100 mg/dl. Auscultación: rítmica sin claros soplos ni extratonos, MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Exploración neurológica

Pupilas isocóricas, arreactivas a la luz, movimientos extraoculares no valorables, resto de pares craneales sin hallazgos, fuerza y sensibilidad conservada en los cuatro miembros. Marcha inestable en contexto de pérdida de visión, camina con ayuda del familiar.

Pruebas complementarias:

ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje normal, sin signos de bloqueos ni de hipertrofias, no alteraciones en la repolarización.

Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones a destacar salvo creatinina 1.55 (basal de la paciente), proteína C reactiva 23 y sistemático de orina leucocitos ++. Se realiza TAC craneal urgente sin apreciarse lesión intracraneal estructural, hemorrágica o isquémica aguda establecida.

Enfoque familiar y comunitario

Dependiente para ABVD, con ayuda a domicilio. Cuidadora principal, su hija. Desde hace años no sale a la calle. Viuda desde hace 18 años.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnostico diferencial

Trastorno psiquiátrico, demencia por cuerpos de Lewy, síndrome Charles Bonnet, efecto secundario a medicación, deterioro cognitivo leve, síndrome confusional agudo.

Juicio clínico

Síndrome Charles Bonnet.

Plan de acción y evolución

Se inicia quetiapina 25 mg nocturno, tras una semana de tratamiento, se reevalúa la paciente, no ha vuelto a presentar nuevos episodios, se mantiene tratamiento durante 3 meses, pero ante la desaparición del cuadro se decide retirada. Actualmente, en ceguera total y sin nuevos episodios similares.

Conclusiones

Tanta importancia tiene atender al paciente como a los familiares, ya que, en este caso, la hija se encontraba bastante asustada, por lo que es importante explicar de una forma clara y sencilla la sospecha diagnóstica, informar de que se trata de un proceso benigno y las pruebas complementarias a realizar para descartar otras causas posibles que expliquen los síntomas, ya que no todas precisan valoración psiquiátrica ni se asocian a patología estructural cerebral.

El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por alucinaciones visuales en pacientes con discapacidad visual, estos no suelen padecer ningún antecedente de enfermedad psiquiátrica y son conscientes de que sus alucinaciones no son reales. La fisiopatología no está bien establecida, aunque se piensa que la pérdida de células nerviosas retinianas produce una disminución del estímulo de la corteza visual, esto genera cambios histológicos, bioquímicos y anatómicos en las sinapsis que se vuelven hiperexcitables. Estas alucinaciones suelen ser imágenes de objetos y/o personas en distintas situaciones, repetitivas y de aparición brusca. Se piensa que una vez alcanzada la ceguera absoluta, desaparecen.

Muchos no consultan por temor a ser diagnosticados de alguna enfermedad psiquiátrica. En general, los tratamientos suelen ser ineficaces, se ha probado con antipsicóticos atípicos y antiepilépticos.

Dado que muchos profesionales no están familiarizados con este síndrome, se encuentra infradiagnosticado y no se suele incluir en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave

Ceguera, glaucoma, alucinaciones.

Síndrome de Hoffman: debilidad muscular e hipotiroidismo

Montaño Azor, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Almodovar del Río. Córdoba*
 Serrano Varo, Pilar | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Almodovar del Río. Córdoba*
 |..

Motivo de consulta

Varón de 45 años que acude a consulta por presentar dolor en miembros inferiores acompañado de debilidad muscular de meses de evolución que le impide trabajar, parestesia en manos, calambres musculares y astenia intensa. Además, presenta dificultad para articular el lenguaje y voz ronca.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que acude acompañado de su esposa. Antecedentes familiares: padre con hipotiroidismo.

Antecedentes personales

No alergias a medicamentos, epilepsia en tratamiento con fenobarbital y levetiracetam, hipertensión en tratamiento con ramipril e hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina.

Exploración física

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo. CyC: no bocio ni adenopatías. ACR: tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, timpánico a la percusión. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos.

Exploración neurológica

Glasgow 15/15, pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad disminuida tanto en miembros superiores como inferiores, no desviación de la comisura, pero mantiene disartria. MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos femorales bilaterales presentes.

Pruebas complementarias

Se solicita analítica de sangre, Radiografía de tórax, ECG.

- Analítica: hemograma normal, enzimas hepáticas elevadas (GGT 145, ALT 92, AST 114) Cr 1,75, CK >7000, TSH 95.02 y tiroxina 0,35.
- Radiografía de tórax: no imágenes de condensación ni derrame.
- ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, QRS estrecho, PR normal, QT normal sin alteraciones de repolarización.

Enfoque familiar y comunitario

Casado, con 3 hijos. Albañil. Buena vida social y familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfermedad de Hoffman (pseudohipertrofia muscular asociada a hipotiroidismo).

Diagnóstico diferencial:

- Distrofia muscular congénita (Duchenne).
- Miopatía congénita.
- Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono (tresaurismos).
- Miastenia Gravis.
- Miopatía tóxica o secundaria a fármacos.
- Miopatía inflamatoria (dermatomiositis, polimiositis, miopatía con cuerpos de inclusión).

Plan de acción y evolución

Se deriva al paciente al servicio de Medicina Interna para estudio por sospecha de miopatía por hipotiroidismo. Medicina interna le pidió: eco Doppler, Tac craneal, EEG, analítica con anticuerpos anti-tiroglobulina y anticuerpos antiperoxidasa.

- Anticuerpos anti tiroglobulina negativos y anticuerpos antiperoxidasa 575 UI/ml.
- Tac Craneal, EEG y eco Doppler: sin hallazgos específicos.

Tratamiento:

- Levotiroxina 25 mg durante 15 días un comprimido por la mañana luego se sube a Levotiroxina 50 mg 1 comprimido.
- Deflazacort 30 mg durante 10 días un comprimido por la mañana y después continuar con medio comprimido hasta revisión.
- Omeprazol 20 mg un comprimido al día.

Tras meses de tratamiento el paciente presenta mejoría clínica de los síntomas y normalización de la función tiroidea y de la CPK.

Conclusiones

El síndrome de Hoffmann o miopatía hipotiroidea hipertrófica se define como la combinación de hipotiroidismo con rigidez muscular, calambres e hipertrofia muscular. Es una miopatía poco frecuente que aparece en pacientes con hipotiroidismo grave y de larga evolución.

El hipotiroidismo primario es el déficit hormonal más frecuente en la práctica clínica, que afecta entre un 4 a un 6% de la población. Es más prevalente en el sexo femenino y aumenta con la edad. Entre las manifestaciones clínicas que lo caracterizan están: aumento de la presión arterial, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de colesterol y triglicéridos, estreñimiento y pelo: piel seca, alopecia, afinamiento del cabello, mixedema, ictericia. Calambres, mialgias, debilidad muscular, ataxia. Aumento de peso y enlentecimiento del metabolismo. Además, alteración del sistema nervioso central (depresión, hipersomnia, pérdida de memoria, fatiga, dificultad para la concentración, intolerancia al frío, bradipsiquia).

El diagnóstico debe basarse en la historia clínica y la exploración física. El estudio electromiográfico ayuda a la distinción entre proceso neurógeno y miopático. La biopsia muscular y otras determinaciones analíticas revelan signos característicos que ayudan al diagnóstico etiológico definitivo.

En la miopatía hipotiroidea, el tratamiento con levotiroxina permite la resolución favorable de las alteraciones bioquímicas y clínicas. Los niveles de CPK se normalizan en pocas semanas, incluso antes de que la TSH alcance niveles normales. Los síntomas musculares, se recuperan más lentamente, a lo largo de meses e incluso años en los casos más graves.

Ante la presencia de síntomas musculares o un aumento elevado de los niveles de CPK es obligatorio descartar disfunción tiroidea. Ya que la afectación muscular es la manifestación más frecuente en el hipotiroidismo.

Palabras clave

Síndrome de Hoffman, miopatía hipertrófica, hipotiroidismo.

Bibliografía

Kuo HT, Jeng CY. Overt hypothyroidism with rhabdomyolysis and myopathy: a case report. Chin Med J (Engl). 2010; 123:633-7.

Rodríguez Garrocho A, Jover Saenz A, Barcenilla Gaité F, Porcel Pérez JM. Síndrome de Hoffman como presentación de una miopatía hipotiroidea. Med Clin (Barc). 2010; 135:92-3.

Síndrome de Stauffer: a propósito de un caso

Aguilera Luna, Antonia | *Médica Especialista de MFyC. CS Camas. Sevilla*

Torres Maestre, María Del Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS Camas. Sevilla*

Carmona Ruiz, Violeta | *Médica Residente de MFyC. CS Victoria. Málaga*

Motivo de consulta

Cólico biliar

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 70 años con hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia e ictus isquémico hemisférico izquierdo de perfil lacunar en 2013 y disartria como *antecedentes personales* de interés.

Acude a urgencias de su centro de salud por epigastralgia con irradiación a hipocondrio derecho y espalda, náuseas sin vómitos. No fiebre ni alteraciones deposicionales. No síndrome miccional ni antecedentes traumático.

Bajo el diagnóstico de cólico biliar, es derivada al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de referencia para descartar colestasis.

En las consultas del SUH la paciente se encuentra ya asintomática, con una exploración física rigurosamente normal. Ante la estabilidad clínica con mejoría del dolor y hemodinámica de la paciente y dado que tiene un control analítico reciente con perfil biliar en rango, se decide alta con observación y analgesia.

A los tres días, la paciente acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) para aportarle el informe de urgencias y contarle su evolución. La paciente no ha vuelto a presentar crisis de dolor y se encuentra actualmente asintomática. En el mismo acto médico se le realiza una ecografía abdominal (más adelante) y en base a los resultados se decide traslado al SUH, donde se le realiza analítica.

Exploración física

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica sin trabajo respiratorio. Afebril. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación y sin datos de peritonismo, masas ni megalias. No ascitis.

Pruebas complementarias

- Ecografía clínica de abdomen: litiasis múltiples en vesícula biliar, dos lesiones hepáticas hiperecogénicas con bordes mal definidos de 36.5cmx34.5cm la de mayor tamaño. Además, se objetiva una lesión heterogénea de 10 cm aproximadamente, aparentemente dependiente de riñón derecho.
- Analítica de sangre urgente: hemograma: normal. Bioquímica (muestra hemolizada): bilirrubina total 0.34 mg/dl, gamma-glutamil transferasa (GGT) 775 UI/L, aspartato aminotransferasa (AST) 129 UI/L y alanina aminotransferasa (ALT) 470 UI/L. Resto de parámetros normales.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido y tiene dos hijos (21 y 27 años, ya emancipados). Ama de casa. Nivel sociocultural medio con buen apoyo sociofamiliar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lesiones ocupantes de espacio a estudio con aumento analítico enzimas hepáticas

Plan de acción y evolución

Se decide ingreso en Medicina Interna para filiar lesiones.

Evolución

Se realiza durante el ingreso tomografía axial computerizada de tórax, abdomen y pelvis, con el hallazgo de voluminosa tumoración en polo superior renal derecho de las características referidas, sugestiva de neoplasia de células renales. Se identifican otras dos lesiones de aspecto neoplásico de menor tamaño pero similares características en polo inferior del riñón derecho y tercio medio del riñón izquierdo. Nódulos pulmonares sugestivos de metástasis en este contexto clínico, no disponiendo de estudios previos para comparar. Lesiones focales hepáticas múltiples que impresionan de hemangiomas. No se evidencian signos de malignidad con ventana ósea.

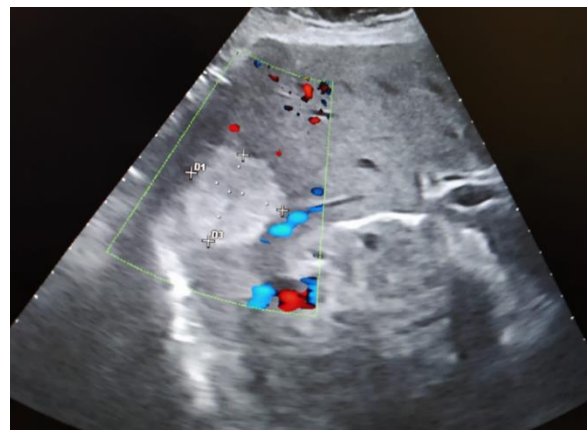
Se decide el alta con revisión en consultas externas de urología con diagnóstico de neoplasia renal bilateral a filiar con metástasis pulmonares y Síndrome de Stauffer.

En las consultas de urología se realiza biopsia renal, que pone de manifiesto un Carcinoma de Células Claras metastásico. Se inicia entonces tratamiento con Axitinib y Pembrolizumab, con buena evolución hasta el momento actual.

Conclusiones

El Síndrome de Stauffer es una afectación paraneoplásica atípica, especialmente en tumores renales, consistente en la elevación de enzimas hepáticas sin afectación metastásica o infiltrativa del hígado.

El uso de la ecografía en Atención Primaria facilita y agiliza el diagnóstico, permitiendo realizar una derivación dirigida y pertinente a Atención Especializada en caso necesario.



Sobrevivir a la UCI, la importancia del seguimiento en atención primaria

Quero Fernández, Nicolás José | *Médico Residente de MFyC. CS Roquetas Norte. Almería*
 García Cruz, Esteban | *Médico Residente de MFyC. CS Roquetas Norte. Almería*
 Cara Navarro, Adela Belen | *Médica Residente de MFyC. CS Roquetas Norte. Almería*

Motivo de consulta

Seguimiento tras estancia prolongada en UCI

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 31 años con antecedentes de HTA, sobrepeso, SAOS e hipotiroidismo; que presenta cólicos renales de repetición y tras acudir a consulta urología se le realiza un URO TAC diagnosticándose de gran litiasis coraliforme renal derecha. Se propone intervención quirúrgica para nefrostomía. Durante la inducción anestésica sin incidencias tras IOT la paciente presenta un episodio de desaturación mantenido en tiempo a pesar de medidas de reclutamiento, motivo por el que acaba ingresada en UCI durante larga estancia (65 días) con progresiva mejoría con aumento de PEEP y FIO₂.

Se realiza Ecocardiograma descartando disfunción ventricular derecha y fibrobroncoscopia con obstrucción de bronquio principal LII por tapón de moco que se extrae. Se realizan biopsias que descartan malignidad y se toman muestras para cultivo que demuestra infección por *S. aureus* oxacilin sensible recidivante a pesar de antibioterapia.

La paciente evoluciona favorablemente en UCI, pudiendo retirarse el tubo de IOT a los 15 días, y tolerando dieta oral. Finalmente pasa planta donde su situación respiratoria es óptima con SatO₂ de 99% basal y realizando fisioterapia diaria por cuadro de debilidad adquirida en UCI.

Finalmente es dada de alta con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda tras inducción anestésica en quirófano y neumonía multilobar bilateral con atelectasias recidivantes en LII (*imagen 1 y 2*). Se cita con Rehabilitación y Neumología prescripción de andador y pendiente de polisomnografía respiratoria

Seguimiento: durante el seguimiento por atención primaria se realizaron 3 visitas domiciliarias tanto medico como enfermería y se han realizado 4 consultas de seguimiento médico telefónico más.

Durante la primera visita se objetivan úlceras por presión en región occipital (*imagen 3*) que requirieron desbridamiento antibiótico y curas diarias por enfermería. Además, tanto la paciente como su cuidadora principal (su madre) nos expresan que esta presenta estrés postraumático debido a su estancia en UCI, llegando a manifestarse en forma de temblor de MMSS y dificultad para expresarse, refiriendo una gran conmoción ante la presencia de varios fallecimientos en dicha unidad. Motivo por el que se contacta con salud mental para apoyo con psicoterapia, psicólogo clínico y psiquiatría.

La pérdida ponderal, así como la imposibilidad para ponerse en bipedestación marcan la afectación psico-motora.

Presentaba constantes con debilidad generalizada y TA descompensada de 160/95, FC 105 me Talla 157 y peso de 70 kg con pérdida de unos 20 kg aprox.

Así mismo se objetiva una perdida ponderal de unos 20kg aproximadamente, junto con impotencia para la deambulacion o bipedestación, en tratamiento por rehabilitación y fisioterapia en el gimnasio de fisioterapia del centro.

Durante las sucesivas visitas se aprecia mejoría y curación de ulcera tras curas, así como mejora de la fuerza y motilidad, pudiendo actualmente deambular con ayuda de andar con apoyo. Mejoría de estado emocional y estrés postraumático que continua en seguimiento por salud mental.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Insuficiencia respiratoria aguda tras inducción anestésica en quirófano, neumonía multilobar bilateral con atelectasias recidivantes en LII, Ulceras por presión en región occipital, síndrome post terapia intensiva, debilidad adquirida en UCI, estrés postraumático.

Conclusión:

Debemos resaltar la importancia que tiene el seguimiento por Atención Primaria del paciente tras una estancia en UCI, debido a que estos pueden llegar a desarrollar un síndrome post terapia intensiva (SPTI) o (PICS) por sus siglas en inglés. Este se define como un conjunto de síntomas tanto físicos, cognitivos y mentales provocados por estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos y que comprometen el pronóstico del paciente.

Dentro de los síntomas que puede presentar este síndrome tendríamos tanto la DAUCI, rigidez articular, atrapamiento neuropático, pérdida de peso, PNP, problemas cognitivos y psiquiátricos (1, 2).

Entre los trastornos psíquicos tendríamos los síndromes de ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático (SEPT) siendo los más frecuentes. En concreto el SEPT llega a tener una prevalencia del 22% (oscila entre el 8 y el 51%) siendo importante este síndrome debido a su tendencia a cronificar. El diagnóstico y tratamiento precoz del SEPT podría reducir la evolución a la cronicidad (1).

Por otro lado, la Debilidad muscular adquirida en la UCI (ICUAW, por sus siglas en inglés), es una afectación neuromuscular, bilateral y simétrica. Es la manifestación visible de una polineuromiopatía que combina: polineuropatía y la miopatía. Sus consecuencias son una disminución de la fuerza y masa muscular, y sus secuelas pueden prolongarse en el tiempo hasta años.

Se trata de un proceso fisiopatológico con etiología multifactorial. Esta entidad no está asociada solo a la inmovilización prolongada, siendo sus principales factores de riesgo la inflamación sistémica, la sepsis y el fallo multiorgánico.

Su incidencia puede variar entre el 25-100% y La movilización precoz, de inicio incluso entre las 24-48 h del ingreso en la UCI, se considera la mejor estrategia para reducir su aparición (3, 4).

En lo referente al seguimiento, la mayoría de estudios indican la necesidad de un seguimiento de los pacientes de UCI al alta, si bien algunos postulan que no todos los pacientes se beneficiarían de esto. Estudios como el de *M. Busico et al* vieron el beneficio y la detección precoz del SPTI al seguir a pacientes que cumplían una serie de ítems como que presenten un APACHE II > 14, paciente frágil al ingreso, tiempo prolongado de ventilación mecánica... entre otros. En concreto estos pacientes fueron seguidos al mes del alta, y posteriormente si presentaban alguna complicación, se les revisó por el médico especialista competente en un plazo de menos de 6 meses, de lo contrario se les revisó al año. No obstante, otros protocolos como algunos implantados en UK proponen el seguimiento del paciente entre 1 y 3 meses (5)

Como conclusión, es difícil saber que pacientes se beneficiarían del seguimiento tras el alta de UCI, pero son necesarios la existencia y aplicación de unos protocolos estandarizados para la detección precoz de secuelas y del SPTI.

Palabras clave

Pressure ulcer, intensive care unit acquired weakness, Severe respiratory insufficiency.

Bibliografía

- M. Busico, A. das Neves, F. Carini, M. Pedace, D. Villalba, C. Foster, J. García Urrutia, M. Garbarini, S. Jereb, V. Sacha y E. Estensoro. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2019;43(4):243-254.
- Jackson, James C. et al. Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: Results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. *Critical Care Medicine*. 40 (4): 1088-1097. ISSN 0090-3493. doi:10.1097/CCM.0b013e3182373115. Consultado el 1 de septiembre de 2022.
- J.D. Martí Romeu. Debilidad muscular adquirida en la unidad de cuidados intensivos: ¿un problema con una única solución? *Enferm Intensiva*. 2016;27(2):41-43.
- Ramos Rodríguez JM. Icu Acquired Weakness And Early Mobilization. Hospital del SAS de Jerez; 2021 [consultado el 15 sept 2022]. Disponible en: <https://rodin.uca.es/handle/10498/25660>
- Colbenson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. *Breathe* 2019; 15: 98–101.

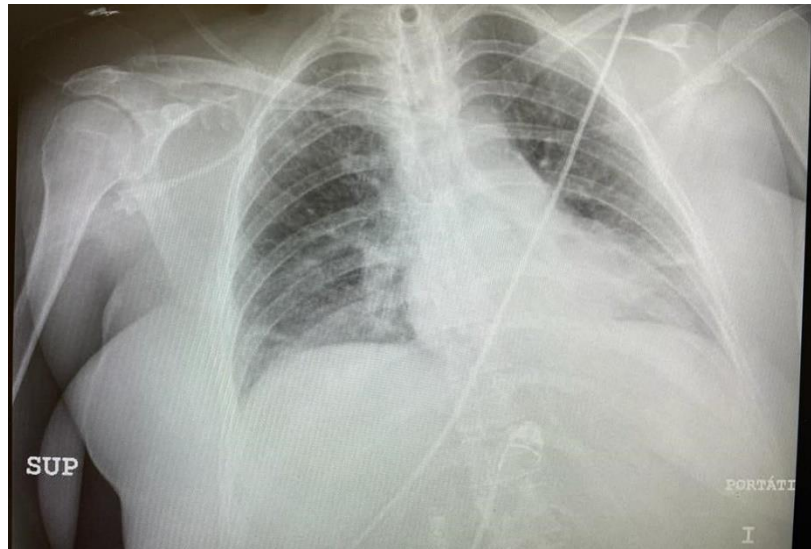


Imagen 1. Radiografía de Tórax atelectasias recidivantes en LII.

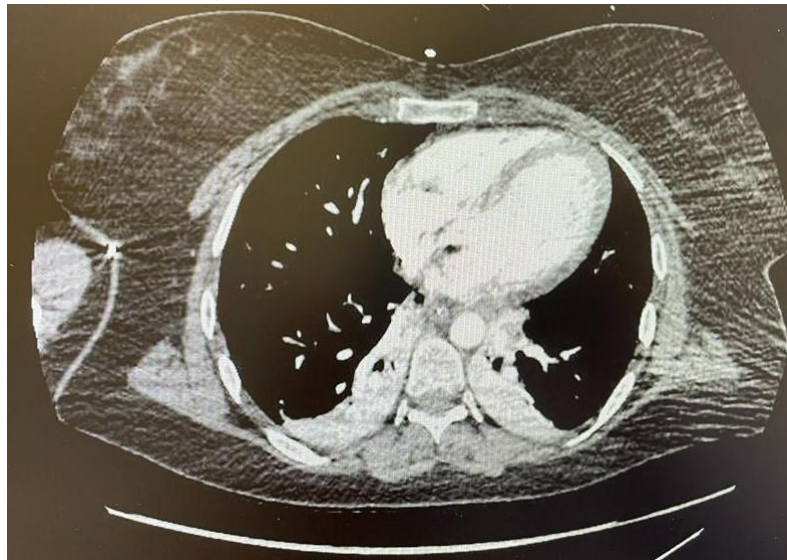


Imagen 2: TC de Tórax: atelectasias recidivantes en LII.



Imagen 3: Ulcera por presión en región occipital.

Sopechar, indagar y encontrar

García Becerro De Bengoa, María | *Médica Residente de MFyC. DS Sevilla. Sevilla*
 Losada Luis, Felisa | *Médica Residente de MFyC. DS Sevilla. Sevilla*
 Alvarado Tato, Antonio José | *Médico Especialista de MFyC. CS Pino Montano B. Sevilla*

Motivo de consulta

Pérdida de equilibrio e hipertensión arterial.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis:

Paciente de 76 años edad con antecedente de ulcus duodenal, sin tratamiento médico, que acude a urgencias hospitalarias por descompensación de HTA desde hace 2 semanas (máx. 170/95), coincidiendo con cefalea y ligeros mareos sin giros de objetos. Entrevistando a su hijo, nos comenta que le nota bradipsíquico y con cierta inestabilidad en la marcha. No otra sintomatología.

Decido preguntar por antecedentes traumáticos y nos comenta que hace 1 mes tuvo una caída tras golpearse con un árbol, con traumatismo craneoencefálico y pequeña herida incisa por lo que no consultó.

Exploración

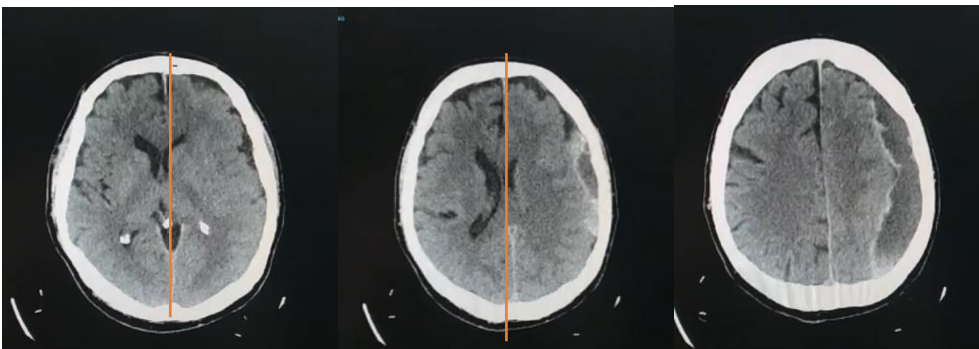
TA:158/85, satO₂:97%, Fc:73 lpm.

Exploración neurológica sin alteraciones, a destacar lentitud en la marcha con dificultad en tándem, sin aumento de base de sustentación.

Pruebas complementarias

Normalidad en analítica de sangre y orina.

TAC craneal: colección extraaxial hipodensa con nivel líquido-líquido, imágenes lineales hiperdensas en su interior localizada a nivel frontoparietal izquierdo con grosor máx. de 23mm provocando efecto masa de los surcos y desplazamiento de la línea media de 6 mm que comprime el ventrículo lateral izquierdo, presentando herniación subfalcina. Estos hallazgos son sugestivos de hematoma subdural subagudo/crónico postraumático. No líneas de fractura.



Enfoque familiar y comunitario

IAVD, realiza actividad física diaria trabajando en el campo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

HTA en paciente con hematoma subdural subagudo/crónico postraumático.

Plan de acción y evolución

Se decide traslado al hospital de referencia para intervención quirúrgica con craniotomía e introducción de catéter de drenaje.

Control de tensión arterial. Control evolutivo por imagen por parte del servicio de neurocirugía.

Conclusiones

He querido exponer este caso para hacer inciso en la importancia de una buena anamnesis del paciente en el servicio de urgencias, así como en las consultas de Atención Primaria.

En este caso en concreto, me llamó la atención la ausencia de tratamiento y consultas por parte del paciente a cualquier servicio sanitario y la dificultad para realizar su actividad física habitual.

A pesar de la falta de tiempo con el que contamos para atender a los enfermos, hay que tener en cuenta la situación basal del paciente, así como la entrevista a los familiares, los cuales nos pueden dar mucha información relevante para resolver el caso.

Palabras clave

Anamnesis, hipertensión, hematoma subdural.

Tejiendo la red de cuidados

González López, Isabel | *Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Batlle I Viñas, Joaquim | *Médico Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Raya Rejón, Almudena | *Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Ámbito del caso

Atención Primaria

Motivo de consulta

Deterioro rápidamente progresivo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

HTA, Fibrilación Auricular anticoagulada. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg/Hidroclorotiazida 12.5 mg, amlodipino 5 mg, digoxina 0.25 mg, sintrom 4 mg.

Anamnesis

Mujer de 83 años, soltera, sin hijos, autónoma e independiente para todas las actividades de la vida diaria. Acude a nuestra consulta porque los últimos meses experimenta caídas frecuentes, alteración en la marcha y dificultad para tragar.

Enfoque familiar y comunitario

Tiene tres hermanos, dos de ellos ya fallecidos y una hermana mayor.

Hace 2 años vive en casa de su hermana, donde ejerce el papel de cuidadora principal, desde que ésta sufrió un ictus. Los últimos meses, antes de la muerte de su hermana, solicita ayuda porque se ve incapaz de darle el soporte que necesita, pero es desde que ésta fallece cuando comienza a notar un empeoramiento global más importante.

Previamente ella vivía sola en una casa con dos plantas, sin ascensor, cuyo dormitorio se sitúa en el segundo piso. Cuando vuelve a su domicilio, se da cuenta de sus limitaciones y ante esta situación su cuñada de 78 años se traslada a vivir con ella para ejercer el papel de cuidadora.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Los siguientes meses la paciente experimenta un deterioro rápidamente progresivo en sus funciones, va perdiendo movilidad, presenta dificultad para articular palabras, junto con disfagia para líquidos y posteriormente para sólidos.

Derivamos a Neurología. Se realiza un primer diagnóstico de Parkinson, pero tras la realización de múltiples pruebas y la tórpida evolución del cuadro, finalmente se diagnostica de Esclerosis Lateral Amiotrófica.

Plan de acción y evolución

Durante el proceso prima la coordinación del equipo de atención primaria, resaltando el papel de la trabajadora social en la solicitud de los recursos: la ayuda a domicilio, una silla de ruedas y posteriormente tramitando la ley de dependencia.

Se realiza un seguimiento estrecho, donde llevamos a cabo visitas a domicilio, junto con la presencia de la trabajadora social y enfermería, para valorar su situación.

Igualmente importante es la coordinación a nivel hospitalario. Se contacta con Cuidados Paliativos, que acompañan a la paciente y a su cuñada en el proceso, se informa sobre el curso de la enfermedad facilitando la planificación anticipada de decisiones y se dejan reflejados sus deseos en la Historia Clínica, aunque no llegó a formularse el documento de Voluntades Anticipadas.

Evolución

En un principio, según avanza el deterioro físico y va perdiendo autonomía, la paciente rechaza y se resiste a los cuidados que su cuñada le ofrece. Pasa por un duelo complicado, pues experimenta la pérdida de la independencia con la que se ha desarrollado toda su vida, tiene que abandonar el papel de cuidadora, para dejarse cuidar. Con el tiempo la paciente se va resignando, entiende poco a poco la naturaleza de su enfermedad y colabora en sus cuidados.

Transcurre un año y medio, donde hemos visto como la enfermedad ha evolucionado a pasos agigantados. Pudo pasar la mayor parte de sus últimos días en su domicilio, acompañada de su cuñada. Finalmente falleció por un episodio de disnea aguda donde se acordó la sedación paliativa en urgencias.

Conclusiones

Nos encontramos con una red familiar escasa que supone una dificultad para el cuidado de las personas en situación terminal. Es muy importante movilizar toda la red de recursos que disponemos desde el centro de salud partiendo de la situación social de cada paciente.

¿Son suficientes las medidas que aportamos? La paciente recibe el servicio de ayuda a domicilio por parte del ayuntamiento de Granada, por el cuál una persona especializada en el ámbito de los cuidados acude unas 7 horas a la semana, lo que corresponde a apenas unas horas al día. La cuidadora asignada acudía en horario de medio día, por lo que el resto del tiempo era la cuñada la que se encargaba de las tareas principales de desplazamientos cama-sofá y aseo. Cuando se obtiene el diagnóstico de Enfermedad Lateral Amiotrófica se solicita la evaluación de dependencia con trámite urgente pero a pesar de ello la paciente fallece sin que esta ayuda llegue a resolverse.

Remarcar la importancia del acompañamiento, tanto de la paciente como de su red familiar. Darse cuenta de cómo una inversión en la dirección de los cuidados puede suponer un sufrimiento para todas las partes involucradas en el proceso. Cada persona experimenta de una forma distinta el final de la vida y debemos estar accesibles desde los centros de salud para resolver las dudas y miedos, tanto del paciente como de los que les acompañan en el proceso.

Evitar el pacto de silencio y aportar toda la información que disponemos sobre el curso de la enfermedad puede ayudar en el desarrollo del duelo y la aceptación del deterioro.

Palabras clave

Deterioro Clínico, Redes Comunitarias, Sistemas de Apoyo Psicosocial.

Úlcera parece, pioderma gangrenoso no es

Herrera Bethencourt, Andrea | *Médica Residente de MFyC. CS Isla Chica. Huelva*

Hitos González, Cristina | *Médica Residente de MFyC. CS Isla Chica. Huelva*

Domínguez Quintero, Benjamín | *Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Isla Chica. Huelva*

Motivo de consulta

Úlceras en miembros inferiores de meses de evolución postraumatismo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, que presenta úlceras en ambos miembros inferiores postraumáticas de varios meses de evolución, intensamente dolorosas y que limitan su actividad funcional.

Antecedentes familiares:

Padre diabético.

Antecedentes personales

Obesidad, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en 2010, HTA mal controlada conocida desde hace más de 20 años en su país de origen, pero tratada desde hace 10, hipotiroidismo, litiasis renales expulsivas, SAHS moderado en tratamiento con CPAP nocturna domiciliaria.

En tratamiento con lercanidipino 20 mg/24 h; olmesartán 40 mg-hidroclorotiazida 12,5 mg /24 h; sulodexida 30 mg cada 12 h; metformina 850 mg cada 8 h; dulaglutida (trulicity) 1,5 mg semanal; insulina glargina (abasaglar) 30 UI/24 h; atorvasstatina 40 mg/24 h; levotiroxina 100 mg cada 24 h; metrotexate 17,5 mg semanales; ácido fólico 10 mg/24 h; sevredol 10 mg antes/después de las curas.

Exploración

Pulsos femorales, poplíteos y tibiales posteriores palpables bilaterales.

MID: úlcera extensa de fondo fibrinoso abigarrado con bordes violáceos que abarca cara lateral y posterior de tercio distal de la pierna y otra en la cara anterior de tercio distal.

MII: úlcera en cara interna distal de pierna (supramaleolar interna) y otra en zona supramaleolar externa.

Se realizó toma de TA dos veces e índice tobillo-brazo, que debido al gran dolor de la paciente no se pudo finalizar.

Pruebas complementarias

Analítica: hemograma Hb 9.8, Hto 33% m leucos 12.250 (neutrófilos 8100) plaquetas 52500. VSG 62 coagulación normal. Bioquímica GUIC normal, GGT 93, GOT y GPT normales, FA 110, TSH normal. ANA negativo, ACL y antibeta 2 GP negativo, ANCA negativo, FR negativo, Ig normales complemento normal, proteinograma con perfil inflamatorio moderado, PCR 23.46, ferritina normal. Orina leucocitos + HLA B05 negativo.

ECO-DOPPLER arterial-venosa:

- Arterial: permeabilidad de todos los sectores explorados: AFC, AFP, AFS, poplíteo y tibiales.
- Venoso: SVP como SVS de ambos MMII permeables, compresible, sin signos de trombosis ni de insuficiencia valvular.

Cultivo úlcera: e. Coli resistente a amoxicilina /clavulánico, quinolonas, sensible a cefalosporinas.

Biopsia úlcera: en uno de los bordes se aprecian alteraciones inflamatorias que pueden corresponder a fondo

de úlcera y que se extienden a toda la dermis y afecta a vasos dando imágenes de vasculitis. En la dermis adyacente hay proliferación de capilares con endotelios prominentes y vasos de pequeño calibre con proliferación fibrointimal. Todas estas alteraciones parecen ser atribuibles a vasculopatía hipertensiva.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente es natural de Bolivia y lleva en España desde 2001. Cuidadora de personas mayores. Soltera, con pareja que vive en el extranjero y madre de 2 hijos. Cumple el rol de cuidadora principal primaria sin ayuda externa.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial

Úlcera secundaria a vasculopatía hipertensiva (úlceras de Martorell) vs Pioderma gangrenoso.

Plan de acción y evolución

La paciente ha sido valorada por diferentes especialistas entre los que se encuentran (Infeccioso, Dermatología y Cirugía Vasculosa) catalogando inicialmente las úlceras de probable origen vascular, aunque se descarta tras prueba de imagen que no evidencia arteriopatía periférica significativa. Posteriormente se achaca a posibles úlceras de Martorell (úlceras hipertensivas); aunque en contra de esto va la extensión de las lesiones y la mala evolución tras control de la tensión arterial. Posteriormente valorada en Infecciosas con alta sospecha de Pioderma Gangrenoso, por lo que se derivó a Dermatología donde se le realiza una segunda biopsia cuyo resultado fue negativo, descartando dicho diagnóstico, llegando a la conclusión de que la etiología de las lesiones sean la HTA mal controlada de años de evolución.

Actualmente la paciente, tras ser valorada en múltiples ocasiones por diferentes especialidades, acudir al centro de salud para la realización de curas semanalmente, potenciar el tratamiento con nuevos fármacos como inmunosupresores y corticoides, no ha obtenido una mejoría clínica considerable, por lo que su MAP decide iniciar tratamiento farmacológico con opiáceos por debido al complejo manejo del dolor y la repercusión sobre sus actividades básicas de la vida diaria.

Conclusiones

Destacar la importancia de la prevención primaria de la TA en la consulta de Atención Primaria, para mejorar la calidad de vida del paciente no sólo a nivel de evitar la aparición de eventos cardiovasculares sino también disminuir la probabilidad de desarrollar otras manifestaciones menos frecuentes como las úlceras de Martorell.

Además, recordar el valor del abordaje multidisciplinar del paciente para optimizar un diagnóstico rápido y efectivo, tanto de las diferentes especialidades como de Enfermería, aportando un enfoque amplio a los pacientes que valoramos los médicos de familia.

Por último, sabemos que el manejo inicial del dolor es fundamental en muchos casos para evitar su cronificación y aunque no podamos curar definitivamente una enfermedad, no hay que olvidar que el paciente es el protagonista y hay que darle apoyo antes, durante y después del tratamiento.

Palabras clave

Úlcera, pioderma gangrenoso, hipertensión

Una amigdalitis muy especial

Rodríguez García, Rubén | *Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
 Domínguez Bejarano, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
 Álvarez Pérez, Eva | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Ámbito del caso

Atención Primaria + Servicio de Urgencias. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta

Odinofagia y fiebre de cuatro días de evolución.

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

Anamnesis

Paciente adolescente de 17 años que consulta, acompañada por su madre, por odinofagia intensa, fiebre de hasta 39º y artromialgias generalizadas desde hace cuatro días. En las últimas 24 horas asocia náuseas y tres vómitos de contenido alimenticio, sin diarrea. Niega tos, rinorrea u otra sintomatología de vías respiratorias altas. No refiere otros síntomas al interrogatorio por aparatos y sistemas. Acudió a clínica privada hace tres días y prescribieron Cefuroxima 500 mg cada 12 horas sin objetivar mejoría clínica.

Antecedentes personales

Sin interés.

A la exploración presenta regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Ligera palidez mucocutánea con relleno capilar < 3 segundos. Signo del pliegue negativo. Eupneica en reposo, con TA 115/70 mmHg a 75 lpm. Tº 38.9 en consulta. Orofaringe hiperémica con placa úlcero-necrótica grisácea unilateral en amígdala derecha que desprende mal olor. Úvula normocentrada. Adenopatía submandibular y laterocervical derecha dolorosas. Otoscopia normal.

Exploración neurológica sin hallazgos. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos ni extratonos. MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII sin signos de edema ni TVP.



Figura 1. Placa úlcero-necrótica amigdalar unilateral

Enfoque familiar y comunitario

Hija única. Familia nuclear con buen soporte sociofamiliar. Estudiante de Bachillerato. Reciente viaje de fin de curso en las últimas semanas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Faringoamigdalitis aguda (FAA). Posible angina de Plaut Vincent.

Dentro del *diagnóstico diferencial* habría que considerar aquellas FAA de origen no infeccioso frente a aquellas cuya etiología es infecciosa. Dentro de la FAA infecciosa es preciso diferenciar aquellas que están causadas por virus (rinovirus, adenovirus, coronavirus, enterovirus, herpes simple, Epstein-Barr, CMV o VIH), bacterias (*Streptococcus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, anaerobios) o bien hongos como Cándida.

Plan de acción y evolución

Se deriva a la paciente a Urgencias Hospitalarias para valoración debido al regular estado general, la imposibilidad de ingesta oral y la mala evolución con el tratamiento oral previo.

Evolución

En Urgencias de su Hospital de Referencia es valorada por Otorrinolaringología y ante la sospecha de angina de Vincent se extraen analítica con reactantes de fase aguda y frotis faríngeo. Se ingresa en Observación para inicio de antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Paracetamol intravenoso.

Los resultados analíticos son normales salvo 22.380 leucocitos con 19.120 neutrófilos y una PCR en 313. En el frotis faríngeo se identificó flora polimicrobiana con bacilos fusiformes sin espiroquetas.

Al día siguiente la paciente refiere mejoría del estado general, se mantiene afebril y tolera vía oral sin dolor. Se procede al alta con el siguiente tratamiento:

- Cefixima 400 mg 1 comprimido cada 24 horas durante 7 días.
- Clindamicina 300 mg 2 comprimidos cada 8 horas por 7 días.
- Deflazacort 30 mg 2 comprimidos durante 3 días.
- Paracetamol 1 g alternando con Metamizol cada 4 horas si dolor.
- Omeprazol 20 mg 1 cápsula en ayuno durante 14 días.
- Reposo domiciliario durante los próximos 7 días.

Acude a consulta de revisión a la semana con su Médico de Familia donde se corrobora que el cuadro se ha autolimitado.

Conclusiones

La angina de Vincent (Plaut-Vincent) es una amigdalitis ulceronecrótica unilateral ocasionada por la asociación simbiótica de bacterias anaerobias (*Bacteroides* y *fusobacterium necrophorum*) y espiroquetas (*Borrelia* y *Treponema*). Se produce frecuentemente en pacientes jóvenes, con mala higiene bucal o inmunodeprimidos.

El diagnóstico es eminentemente clínico y se fundamenta en la aparición de una placa úlcero-necrótica dolorosa unilateral recubierta de una membrana grisácea que sangra con facilidad, origina aliento fétido y suele acompañarse de fiebre o febrícula, adenopatías y afectación del estado general. El aspecto de las lesiones puede variar y plantear dificultades para el diagnóstico diferencial de la enfermedad.

El tratamiento antibiótico recomendado incluye penicilina, amoxicilina-clavulánico, ampicilina-sulbactam, clindamicina o betalactámicos más metronidazol durante 7-10 días.

Las complicaciones no son frecuentes, pero se debe tener en cuenta la sepsis grave y la tromboflebitis de la vena yugular (síndrome de Lemierre) con riesgo de émbolos sépticos, especialmente pulmonares.

Como Médicos de Familia debemos sospechar esta entidad ante pacientes que presenten la semiología ya descrita y no atribuir el diagnóstico exclusivamente a una infección estreptocócica, ya que el diagnóstico diferencial es mucho más amplio.

Adicionalmente no debemos olvidar los signos de alarma de las faringoamigdalitis que pueden indicar complicaciones: odinofagia intensa, disfagia, babeo excesivo, trismus y tortícolis.

Palabras clave

Angina de Vincent, gingivitis ulcerosa necrotizante, tonsilitis unilateral.

Una causa poco frecuente de hematuria

Cornejo Benitez, Almudena | *Médica Residente de MFyC. CS Moguer. Huelva*

Crespo Amores, Julia | *Médica Residente de MFyC. CS Moguer. Huelva*

Domínguez Zorrero, Isabel | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Moguer. Huelva*

Motivo de consulta

Dolor dorsolumbar y hematuria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 30 años, sin alergias medicamentosas conocidas y exadicto a DVP.

Antecedentes personales

Apendicectomía, trastorno de personalidad y trastorno psicótico secundario a consumo de tóxicos (heroína y cocaína). Realiza tratamiento habitual con metadona, quetiapina, fluoxetina, frankimazin, rivotril, omeprazol y plantaben.

Acude a urgencias hospitalarias por referir hace 24 horas, contusión en región dorsal izquierda por parte de un conocido con barra de madera, refiriendo dolor dorsolumbar que empeora con los movimientos del tronco y con la respiración profunda. Asocia hematuria. Niega disuria ni polaquiuria. Afebril desde inicio del cuadro.

Exploración física

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Hemodinámicamente estable, con TA 122/67, FC 72 lmp y SatO₂ 97%. Afebril. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y polo renal ipsilateral. No se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa.

Miembros inferiores sin hallazgos. Se aprecian hematoma y excoriaciones en región dorsal izquierda, con dolor a la palpación en últimos arcos costales posterolaterales. No crepitación.

Pruebas complementarias

Ante la sintomatología del paciente, se solicitan desde Urgencias.

Analítica completa: hemograma con leucocitos 12320, hemoglobina 10, VCM 96.8, HCM 31.8, neutrófilos 8570, plaquetas 132000. Coagulación normal. Bioquímica sin alteraciones salvo CK 225 y PCR 50.5. Orina con proteínas 200, leucocitos 25, hematíes 300 y sedimento con hematuria intensa.

Radiografías de tórax, parrilla costal izquierda y columna dorsolumbar, sin alteraciones.

Se decide ampliar estudio con ecografía renal, pero finalmente el radiólogo propone la realización de TAC de abdomen con contraste intravenoso. Como resultados, bazo con bandas hipodensas parcheadas sugestivas de laceraciones, con mayor afectación del polo inferior y dos zonas de realce que impresionan de pseudoaneurismas.; abundante líquido peritoneal peri y subhepático, periesplénico, en ambas gotieras y en pelvis, sugestivo de hemoperitoneo; se aprecian dos pequeñas laceraciones en la cortical del riñón izquierdo y un pequeño hematoma perirrenal posterior, sin signos de sangrado activo; no otras alteraciones.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Nos encontramos ante un caso de traumatismo renal y esplénico. Sin embargo, dada la sintomatología del paciente, pueden valorarse patologías como fractura de arcos costales por el dolor dorsal asociado al traumatismo y, en cuanto a la hematuria, esta podría deberse de forma concomitante a nefropatías médicas, infecciones urinarias, neoplasias, nefrolitiasis o determinados fármacos.

Plan de acción y evolución

Ante los hallazgos del TAC de abdomen, se rellena Parte al Juzgado y se realiza interconsulta a Cirugía General, acordándose ingreso del paciente en el área de observación para analgesia intravenosa y control analítico por la mañana. En éste destacan Hb 8.9 (anemización de 1 punto) y plaquetas en 115000.

También se realiza interconsulta a Urología para valoración de laceraciones de riñón izquierdo y hematoma perirrenal, decidiendo no precisar actuación por su parte.

Finalmente el paciente ingresa en planta de Cirugía General, donde además se solicita valoración por Radiología Intervencionista que, tras estudiar las imágenes, refiere que no impresionan de pseudoaneurismas esplénicos y orienta hacia un manejo conservador dada la estabilidad clínica del enfermo.

Al quinto día de ingreso se realiza TAC abdominal de control, observándose hematomas en bazo con signos de sangrado activo arterial y pseudoaneurismas esplénicos, requiriendo esplenectomía urgente. Tras dos días de estancia en UCI postesplenectomía, sin incidencias y con buena evolución, se traslada de nuevo a planta de Cirugía. Se informa a Medicina Preventiva para la administración de vacunas.

Posteriormente, su estancia en planta se desarrolla sin cambios, permaneciendo en todo momento afebril y hemodinámicamente estable, con dolor abdominal controlado con analgesia, deambulando y tolerando dieta. Se decide alta a domicilio tras 14 días de ingreso con indicaciones sobre dieta, esfuerzo físico, curas locales de la herida quirúrgica, analgesia y heparinización.

Conclusiones

Aunque la etiología traumática no es una causa frecuente de hematuria en nuestro medio, siempre que nos encontremos con dicho antecedente en un paciente que consulta por hematuria, deben saltar nuestras alarmas y ampliar el estudio con pruebas de imagen, ya que pueden poner de manifiesto lesiones renales y de órganos vecinos que podrían llegar a comprometer la vida del enfermo.

Una coleditiasis complicada

Tena Santana, Gonzalo | *Médico Residente de MFyC. AGS Norte de Huelva. Huelva*
 Bermejo Vélez, María | *Médica Especialista de MFyC. CS Valverde del camino. Huelva*
 Martínez García, Francisco | *Médico Residente de MFyC. AGS Norte de Almería. Huelva*

Motivo de consulta

Dolor abdominal, vómitos y fiebre de 48 horas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 72 años de edad sin alergias a medicamentos conocidas. Presenta antecedentes personales de coleditiasis no complicada, quiste renal simple derecho, asma extrínseco con buen control, gastritis crónica atrófica, dispepsia, depresión y lumbodiscartrosis con hernia discal a nivel de L3-L4. No se ha sometido a procesos intervencionistas previos. Como factores de riesgo cardiovascular padece de hipertensión arterial esencial y dislipemia. Realiza tratamiento habitual con desvenlafaxina 50 mg, zolpidem 5 mg, omeprazol 40 mg, pravastatina sódica 20 mg y cinitrapida 1 mg. Consumo de paracetamol 650 mg y metamizol 575 mg ocasionalmente si dolor. Niega consumo de tabaco o alcohol.

Enfoque familiar y comunitario

Es remitida a servicio de Urgencias Hospitalarias desde su Centro de Salud por cuadro de dolor abdominal generalizado con defensa a la palpación y signos de Murphy y Rovsing positivos, aunque Blumberg negativo. Ante la sospecha de cólico biliar complicado basado en la exploración y sus antecedentes, al no presentar alivio del dolor con analgésicos de primer escalón y antiinflamatorios administrados junto con la existencia de defensa abdominal y fiebre, se decide derivación hospitalaria para estudio con pruebas complementarias.

Juicio Clínico Inicial:

Cólico biliar complicado.

Plan de acción y evolución

A su llegada a Urgencias Hospitalarias se encuentra con regular estado general y palidez mucocutánea. Reactiva con puntuación de Escala de Glasgow 15/15. Taquicárdica y eupneica en reposo, febril a 38,7°C de temperatura corporal. Resto de constantes vitales adecuadas.

Pasa en camilla a consulta, muy afectada por el dolor refiriendo EVA 9/10, con difícil exploración y adoptando posturas antiálgicas, por lo que se administra tramadol y ondansetrón intravenoso aliviando parcialmente el dolor. Reexplorando a la paciente, la auscultación cardiopulmonar refleja tonos rítmicos puros con frecuencia cardiaca aumentada y murmullo vesicular conservado con algunos sibilantes aislados sin disnea ni tiraje respiratorio. La exploración abdominal resulta compatible con la descripción realizada en urgencias de su Centro de Salud.

Se solicita analítica con resultado de leucocitosis con neutrofilia, sin anemia, proteína C reactiva en valores de 170 mg/L, y movilización de transaminasas hepáticas. El estudio de sistemático de orina y la gasometría resultan normales. Tras consultar con cirujano de guardia se solicita ecografía abdominal ante la sospecha clínica y analítica de colecistitis aguda. No obstante, ésta se informa como coledistolitiasis sin signos de complicación con líquido libre, recomendándose ampliar estudio con TC o RM (*Imagen 1*).

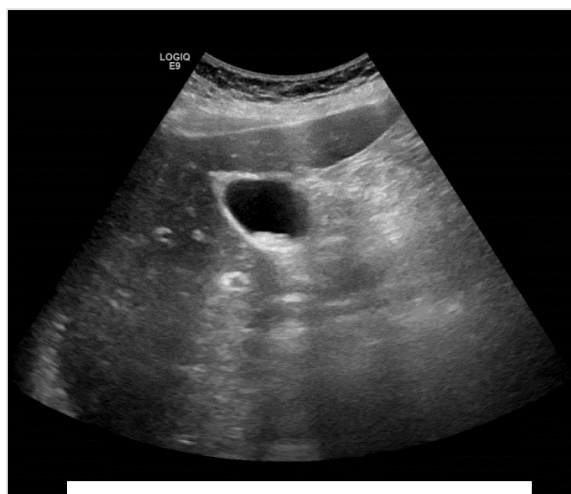


Imagen 1 – ecografía abdominal con hallazgo de coledistolitiasis no complicada



Imagen 2 – TAC con visualización de lesiones hipodensas con contenido aéreo a nivel de válvula cecal.

Se realiza valoración conjunta a pie de cama con Servicio de Cirugía General de la paciente, apreciando defensa abdominal en aumento y escasa duración de analgésico administrada. Persiste astenia y sensación nauseosa, fiebre de hasta 38'5°C en área de observación a pesar de antitérmicos.

Se solicita TAC abdominal de extensión en que se recalca el cuadro de coleditiasis no complicada y a nivel caudal de válvula cecal se aprecia magma infeccioso de origen apendicular con plastrón asociado a asas de sigma y presencia de tres colecciones hipodensas irregulares con contenido aéreo, una de ellas adherida a pared posterior de vejiga y otra a nivel parauterino izquierdo (*Imagen 2*). Es por ello por lo que se decide ingreso en Cirugía General para tratamiento y valoración conjunta con Ginecología.

Plan de acción y evolución

Durante su ingreso se decide iniciar tratamiento con antibioterapia intravenosa previo a realización de cirugía y aunque presenta mejor control analgésico y buen estado de hidratación, impresiona la postración y astenia de la paciente, identificándose en TAC de control empeoramiento del cuadro por complicación necrótica del plastrón apendicular, siendo el apéndice cecal lisado por el proceso inflamatorio agresivo local/regional. A la par, aumento generalizado trabecular de la densidad grasa de pared abdominal en contexto séptico. (*Imagen 3*).

Es por ello que se decide intensificar antibioterapia y realizar drenaje percutáneo ecoguiado de absceso de cavidad peritoneal en colaboración con Servicio de Radiología, obteniendo abundante material purulento.

Tras mejoría de la paciente, objetivar disminución del tamaño de las lesiones y sin compromiso ahora del tracto digestivo bajo, se procede a cirugía para extirpación de lesión complicada.

Conclusiones

La valoración y diagnóstico del abdomen agudo supone un reto diagnóstico en Atención Primaria al contar con menos pruebas complementarias que a nivel hospitalario, por lo que aquellos cuadros que presenten signos de alarma se pueden beneficiar, potencialmente, de estudios ampliados, por lo que es indicación de derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario, donde la realización de analítica con bioquímica y marcadores inflamatorios así como pruebas de imagen

pueden resultar reveladores como el caso complejo y atípico que se presenta en esta comunicación. Respecto a la paciente, tras una semana de ingreso y revisión posterior, se resolvió el problema agudo sin necesidad de extirpar otras vísceras abdominales, quedando pendiente de revisión con TAC de control en un mes.

Palabras clave

Abdominal Pain, Acute Abdomen, Acute cholecystitis

Bibliografía:

- Eriksson S, Granström L. Randomized Controlled Trial of Appendectomy versus Antibiotic Treatment Therapy for Acute Appendicitis. *Br J Surg.* 1995;82:166-9.
- Sahm M, Pross M, Otto R, Koch A, Gastinger I, Lippert H. Clinical Health Service Research on the Surgical Therapy of Acute Appendicitis: Comparison of Outcomes Based on Three German Multicenter Quality Assurance Studies Over 21 years. *ANN Surg.* 2015;262:338-46.
- Daskalakis K, Juhlin C, Pahlman L. The Use of Pre- or Postoperative Antibiotics in Surgery for Appendicitis: a Systematic Review, *Scandinavian Journal of Surgery.* 2014;1003(1):14-20.

Una otitis media aguda con desenlace fatal

Toribio Vázquez, Julia | *Médica Residente de MFyC. CS Huelva Centro. Huelva*

Alcázar Zafra, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Cartaya. Huelva*

García León, Miguel | *Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva Centro. Huelva*

Motivo de consulta

Cuadro confusional y cefalea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 59 años de edad, raza caucásica, marinero de profesión con antecedentes personales de HTA, dislipemia, obesidad, fumador y bebedor habitual, que acude a su médico de familia por síndrome confusional agudo de dos días de evolución junto a cefalea, que su pareja achacó a consumo de alcohol en un primer momento, pero dado su empeoramiento progresivo pese a la abstinencia alcohólica, decidió consultar.

El paciente comentó además que se encontraba en tratamiento desde hacía una semana con antibiótico ótico por sospecha de una otitis externa aguda derecha con regular evolución persistiendo el dolor y apareciendo supuración.

A su llegada el paciente se encontraba con aceptable estado general, normoperfundido, normohidratado y coloreado, orientado en tiempo y espacio, aunque con tendencia a la bradipsiquia y a la bradilalia, sin apreciar otras alteraciones en la exploración neurológica. La auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes al igual que la exploración abdominal. Miembros inferiores sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda. Otoscopia derecha con restos de secreciones y perforación timpánica compatibles con otitis media aguda. Cabeza y cuello sin aparente rigidez de nuca.

Cifras tensionales altas (190/100), glucemia capilar 150, frecuencia cardíaca 80 lpm y saturación de oxígeno 99%.

Dada la mala evolución de su otitis y los nuevos síntomas añadidos su médico decide derivarlo a urgencias hospitalarias para ampliar estudio y descartar complicaciones agudas de la otitis media.

Durante el traslado a urgencias el paciente sufrió en empeoramiento de su estado general por lo que cuando llegó al hospital el paciente fue ingresado en observación para iniciar las medidas terapéuticas necesarias.

En la analítica se apreciaba leucocitosis con desviación a la izquierda junto a elevación de proteína C reactiva y procalcitonina, resto sin alteraciones, incluyendo perfil hepatobiliar, gasometría y coagulación. Tóxicos en orina y sangre negativos.

Radiografía de tórax y electrocardiograma dentro de la normalidad.

Se realizó TC craneal con y sin contraste apreciando otomastoiditis derecha sin signos de extensión intracraneal.

Durante su estancia en observación el paciente se fue deteriorando con las horas, empeorando su estado de consciencia, presentándose desorientado, poco reactivo, incapaz de obedecer órdenes sencillas, con tendencia al sueño y en algunas ocasiones con cierto grado de ecolalia. Además de estos síntomas, el paciente presentó un pico febril de 39°C, por lo que se decidió realizar punción lumbar que resultó fallida.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de meningitis aguda como complicación de otitis media aguda.

Diagnósticos diferenciales

Intoxicación etílica, síndrome de abstinencia alcohólica, encefalitis.

Plan de actuación y evaluación

Ante la sospecha de meningitis aguda secundaria a otitis media derecha, se inició antibioterapia empírica.

Tras la primera punción lumbar el paciente comenzó con episodio de agitación, confusión y obnubilación por lo que se contactó con UCI y se decidió ingreso, donde tras estabilizar al paciente se realizó nueva punción lumbar obteniendo como resultado LCR muy turbio con las siguientes características: 1700 hematíes, 34260 leucocitos, 96% PMN, menos del 0,1 mg/dl de glucosa, proteínas totales 1806 mg/dl, GRAM: diplococos GRAM positivos compatibles con *streptococcus pneumoniae*.

Durante su estancia en UCI se mantuvo el tratamiento antibiótico empírico iniciado con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina, a la espera de los resultados del cultivo del líquido cefalorraquídeo y hemocultivos y se añadió dexametasona intravenosa.

Dado el deterioro neurológico progresivo se realizó un segundo TC craneal urgente apreciando en esta ocasión un edema cerebral difuso bilateral de nueva aparición sin herniaciones cerebrales y accidente cerebrovascular hemorrágico (posible hemorragia subaracnoidea grado 2) de causa incierta.

A las 3 horas del ingreso en UCI, el paciente entró en coma e hipotensión sin bradicardia ni hipoxemia, pero en apnea con anisocoria derecha, precisando intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y fluidoterapia con cristaloides, a pesar de lo cual persistió con cifras de tensión arterial sistólica inferiores a 90 mmHg, por lo que se inició apoyo vasoactivo con noradrenalina a dosis de 1 mcg/kg/min.

Ante dichos hallazgos en el TC y la clínica del paciente se realizó interconsulta al neurocirujano de guardia ante la posibilidad de craniectomía descompresiva.

Cuando nuestro paciente fue valorado por el neurocirujano se encontraba con exploración compatible con muerte encefálica por edema cerebral masivo que se confirmó con estudio electroencefalográfico, observándose ausencia de actividad eléctrica cerebral.

Conclusiones

El objetivo de este caso clínico es ilustrar la importancia de una buena anamnesis y una completa exploración física para llevar a cabo un buen juicio diagnóstico y el inicio del tratamiento lo más precoz posible ante la sospecha de patologías graves como la meningitis bacteriana cuyo pronóstico depende de la rapidez con la que comencemos a actuar.

Como conclusión destacar la trascendencia de prestar atención a los antecedentes clínicos y personales del paciente porque pese a que nuestro paciente no acudió con la triada clínica clásica de la meningitis, el antecedente de otitis media aguda con mala evolución posiblemente debida a tratamiento ótico escaso, junto con la presencia de cefalea y los episodios confusionales presentados en domicilio y descritos por el acompañante del paciente, alertaron a su médico de familia quien sospechó el cuadro y derivó de forma urgente al paciente para ampliar estudio.

Finalmente, resaltar además la importancia de realizar una exhaustiva exploración física inicial, realizando un correcto diagnóstico diferencial entre otitis externa aguda y otitis media aguda, siendo recomendable ante esta última, en caso de mala evolución, antibioterapia oral para evitar complicaciones que pueden causar un desenlace fatal.

Usa la cabeza, ponte el casco

Montealegre Caro, Amalia | *Médica Residente de MFyC. CS Cartaya. Huelva*
 Pérez Ponce, Candelaria | *Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Cartaya. Huelva*
 Guerra Falcón, Jonay | *Médico Residente de MFyC. CS Gibraleón. Huelva*

Motivo de consulta

Pérdida de conciencia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Recibimos un aviso de la policía local en el centro de salud por un paciente de 18 años que se encuentra inconsciente tras caída de una moto sin llevar casco.

Antecedentes personales

Ninguno de interés. Tratamiento habitual: no realiza.

Acudimos a valorar al paciente en el lugar del accidente. A nuestra llegada se encuentra en posición de seguridad (habiendo sido movilizado por la policía). Inconsciente, comatoso, sin respuesta a estímulos, Glasgow 3. Aparente depresión respiratoria. Pupilas midriáticas areactivas. Otorragia por oído izquierdo, rinoliquorrea. Restos de vómito, varios de ellos con contenido hemático. ACP: rítmico, bradicárdico, sin soplos audibles. Hipoventilación generalizada con abolición de MV en campos inferiores de ambos pulmones. No volet costal. Abdomen: blando y depresible, no distensión abdominal. No aparentes signos de irritación peritoneal. MMII: no inestabilidad de pelvis, no acortamiento ni rotación de miembros. Pulsos conservados. Laceración en rodilla izquierda. MMSS: deformidad en muñeca izquierda.

Se procede a inmovilizar al paciente con collarín cervical rígido y se coloca en camilla de tijeras. Se coloca tubo Guedel y se aspiran secreciones. Se canaliza vía venosa periférica. Durante dicho proceso el paciente espontáneamente en varias ocasiones realiza postura de descerebración (brazos en extensión, muñecas en prono y dedos flexionados; piernas y pies en extensión).

Finalmente llega equipo del 061 proceden a inmovilización en colchonería de vacío e intubación orotraqueal, el paciente pasa a su cargo y se traslada a Hospital de referencia.

A su llegada a hospital de referencia se procede a realización de pruebas complementarias, destacando los siguientes resultados:

- Tc cráneo y columna cervical:
Múltiples focos hemorrágicos de morfología subaracnoidea que se disponen entre los surcos de la convexidad frontal derecha (sobre todo a nivel frontobasal) así como temporales derechos, asociados en estos niveles con focos de alta densidad y localización intra axial que sugieren la presencia de contusiones parenquimatosas.

A nivel frontobasal derecho se objetiva una hipodensidad de la sustancia blanca con pérdida la diferenciación córtico-subcortical que probablemente traduzca la presencia de edema. Mínimos focos hiperdensos puntiformes a nivel extraaxial frontal izquierdo, en el contexto de pequeños focos de hemorragia subdural (apenas 3 mm de espesor). Leve desviación de la línea media hacia la izquierda de hasta 4 mm.

Fractura no desplazada del hueso parietal izquierdo con trazo que se dirige caudalmente hacia el peñasco temporal izquierdo originando una fractura de trazo fundamentalmente longitudinal que afecta a antro-celdillas mastoideas y con un segundo trazo de disposición transversal que atraviesa la porción timpánica temporal y se dirige hacia anterior por la porción escamosa.

Se objetiva una solución de continuidad a nivel de la cadena osicular (yunque) con posible dislocación incudomaleolar asociada. Ocupación hemática de oído medio. Burbuja de neumocéfalo adyacente al peñasco. Solución de continuidad con mínimo desplazamiento de la porción esfenoidal del conducto carotídeo, con hemoseno esfenoidal bilateral. Hematoma subgaleal de 13 mm de espesor frontoparietal derecho.

- Tc de tórax:

Intubación orotraqueal con extremo distal a nivel de D3. Consolidaciones subpleurales en regiones declives de ambos lóbulos superiores e inferiores que sugieren como primera posibilidad atelectasias secundarias a intubación.

- Tc de abdomen-pelvis:

Abundante distensión gástrica de contenido aéreo y sin causa objetivable distal (probablemente en el contexto de la intubación). Discreto edema periportal.

Estudio analítico: destaca leucocitos e hipofosforemia. Resto de valores dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente procedente de familia inmigrante con bajos recursos económicos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

TCE grave.

Plan de acción y evolución

Se procede a realizar craneotomía bilateral frontotemporal con PIC de urgencia. En espera de evolución tras tratamiento invasivo. Paciente actualmente en UCI.

Conclusiones

En muchas ocasiones los médicos de atención primaria de centros de salud rurales son los primeros en llegar a este tipo de accidentes por cercanía a vías de difícil tránsito y con alta concentración de accidentes, por ello es muy importante que tengan los conocimientos y manejo suficiente para poder realizar una rápida y eficaz actuación para estabilizar al paciente en la medida de lo posible, siguiendo el sistema ABCDE.

Palabras claves:

TCE, descerebración.

Uso de análogos de receptores de GLP-1 en diabetes mellitus tipo 2 mal controlada

Herrera Víquez, Fernando | *Médico Especialista de MFyC. Consultorio Jédula. Cádiz*
Yera Cano, Rocío | *Médica Especialista de MFyC. CS Arcos de la Frontera. Cádiz*

Motivo de consulta

Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada a pesar de tratamiento oral.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 44 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con obesidad, que acude a consulta para control analítico de su diabetes. Niega ningún tipo de sintomatología acompañante, pero refiere transgresiones dietéticas frecuentes (frituras, alcohol...) y no está realizando actividad física.

Antecedentes personales

Diabetes mellitus tipo 2, fístula anal, rectificación cervical, cólico nefrítico izquierdo y luxación de codo derecho en 2007. Tratamiento: metformina 850 mg cada 12 horas y dapagliflozina 10 mg cada 24 horas.

Exploración

Presenta obesidad importante, con un índice de masa corporal de 37. PA 126/90 mmHg.

Analítica realizada en noviembre de 2021: Glucosa 139 mg/dl, Colesterol total 206 mg/dl, Colesterol LDL 150 mg/dl, Hemoglobina glicosilada 9.0%

Enfoque familiar y comunitario

El paciente acude acompañado por su pareja. Presenta adecuado soporte familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diabetes Mellitus tipo 2 con mal control a pesar de varios tratamientos antidiabéticos orales.

Plan de acción y evolución

Una vez comprobado el mal control diabético del paciente a pesar de los tratamientos orales prescritos hasta el momento, realizamos una consulta programada para concienciar de la importancia de intensificar las medidas higiénico-dietéticas, fundamentalmente la necesidad de realizar actividad física de forma continuada (mínimo 30 minutos al día durante 5 días a la semana) y una dieta equilibrada y saludable.

Añadimos al tratamiento antidiabético oral un inyectable semanal de un análogo de los receptores de GLP1 (dulaglutida), así como tratamiento hipolipemiante para optimización de cifras de colesterol, y se realiza nueva analítica en mayo de 2022. En esta nueva analítica, se obtiene el siguiente resultado: Glucosa 70 mg/dl, Colesterol total 178 mg/dl, Colesterol LDL 134 mg/dl, Hemoglobina glicosilada 5.5%; así mismo, se observa una pérdida ponderal importante, con un índice de masa corporal de 27 y presión arterial de 120/70 mmHg. Concertamos otro control analítico próximamente, incrementando dosis de hipolipemiante puesto que aún estamos lejos de las cifras objetivo.

Conclusiones

El péptido similar al glucagón 1 (GLP-1) regula la secreción de insulina dependiente de la glucosa a partir de las células beta pancreáticas, la disminución de la concentración plasmática de glucagón y el retraso del vaciamiento gástrico. Este péptido se encuentra disminuido en pacientes diabéticos, por lo cual los arGLP-1 reproducen las acciones del GLP-1 endógeno.

Los análogos de los receptores de GLP1 son uno de los grupos de fármacos antidiabéticos de mayor potencia, dada su reducción de la hemoglobina glicosilada, igualando e incluso superando al tratamiento con insulina basal. Así mismo, muestran una serie de acciones extrapancreáticas que suponen un beneficio significativo sobre el metabolismo de los hidratos de carbonos, fundamentalmente a nivel de prevención de complicaciones microvasculares, reducción de peso, protección cardiovascular, neuroprotección, hepatoprotección y nefroprotección.

En cuanto a los efectos adversos, los más frecuentes son a nivel gastrointestinal, de intensidad leve a moderada y mejoran tras las primeras semanas de tratamiento, y el riesgo de hipoglucemia se considera bajo. Por todo ello, concluimos que se trata de fármacos de gran utilidad en pacientes diabéticos mal controlados y con índice de masa corporal elevado, que tengan mal control glucémico con tratamiento oral previo.

Nota: el paciente da consentimiento expreso para la publicación del caso clínico.

Uso de la ecografía clínica en atención primaria para el diagnóstico precoz de patología hepatobiliar

Gromyko Gromyko, Anna | *Médica Residente de MFyC. UGC El Torrejón. Huelva*
 Quevedo Gutiérrez, Alejandro | *Médico Residente de MFyC. UGC El Torrejón. Huelva*
 Pardo Álvarez, Jesús E. | *Médico Especialista de MFyC. UGC El Torrejón. Huelva*

Motivo de consulta

Dolor abdominal de dos días de evolución acompañado de episodios de vómitos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una paciente mujer de 59 años, con hipertensión arterial en tratamiento con enalapril como único antecedente de interés, que acude a consulta de atención primaria por dolor abdominal epigástrico irradiado a zona lumbar de dos días de evolución, acompañado de dos episodios de vómitos la noche anterior. Refiere haber presentado episodios previos de dolor de características similares, pero de menor intensidad, por los que no consultó. Estos episodios se han relacionado casi siempre con la ingesta de alimentos.

A la exploración la paciente presenta buen estado general, está consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora. Presenta leve tinte icterico en piel y conjuntivas. IMC 28. Tensión arterial 140/83, auscultación cardiorrespiratoria normal. A la exploración abdominal éste se encuentra blando, depresible, sin palpación de masas ni de megalias, ni signos de irritación peritoneal, con signo de Murphy positivo y leve aumento de ruidos hidroaéreos.

Se procede a realizar ecografía en la consulta del centro de salud, donde se observa una imagen de vesícula replecionada, no distendida ni engrosada, completamente ocupada por un material ecogénico heterogéneo que proyecta sombra acústica posterior compatible con una colecistolitiasis, acompañada de una dilatación de la vía biliar extrahepática. Además, como hallazgo casual se observa una leve esplenomegalia (14,7 cm) por una formación quística bien delimitada en el parénquima, lobulada y con septos.

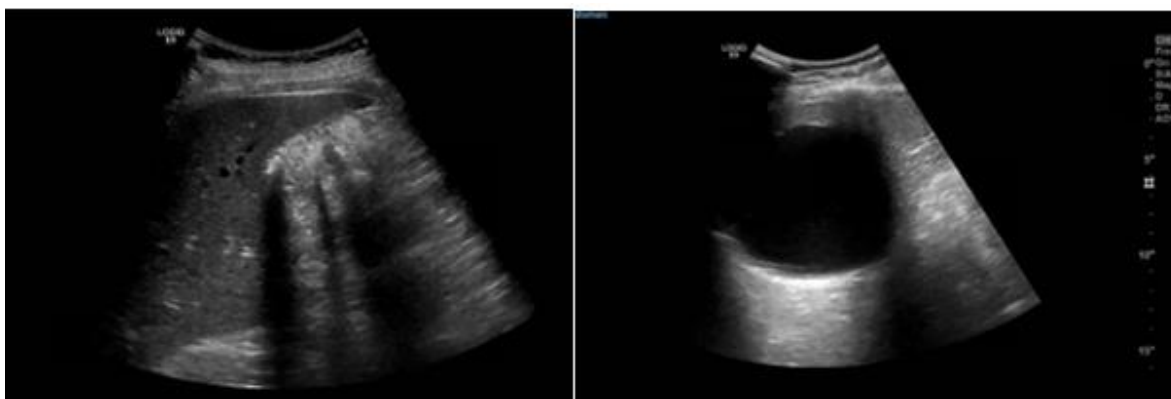


Figura 5: Cortes de ecografía abdominal a nivel hepático (izquierda) y esplénico (derecha) realizada en consulta.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente acude acompañada de su hija. Vive con su marido. Trabaja en una empresa de limpieza. Es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Durante la entrevista nos comenta que lleva un ritmo de vida más sedentario a raíz de caída accidental sobre rodilla izquierda el año anterior, por lo que ha dejado de hacer ejercicio y refiere ganancia de peso. Refiere asimismo no seguir una dieta variada y equilibrada en los últimos meses.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Con los datos clínicos y ecográficos compatibles con litiasis biliar, se deriva al servicio de urgencias hospitalarias donde se realiza analítica con hemograma, coagulación y bioquímica, destacando la presencia de leucocitosis, elevación de transaminasas y bilirrubina a expensas de la directa.

Se procede a ingreso hospitalario y se solicita colangio-RM, donde se describen vías biliares intrahepáticas no dilatadas y leve ectasia del colédoco sin signos de coledocolitiasis, con microcolelitiasis múltiples sin signos de colecistitis. Además, se realiza TC abdominal por la gran lesión esplénica hallada en la ecografía, destacando lesión quística multilobulada en polo superior y región interpolar del bazo de medidas 11,2 x 9,2 x 9,3 cm con aspecto de baja agresividad, de posible origen traumático o postinfeccioso.

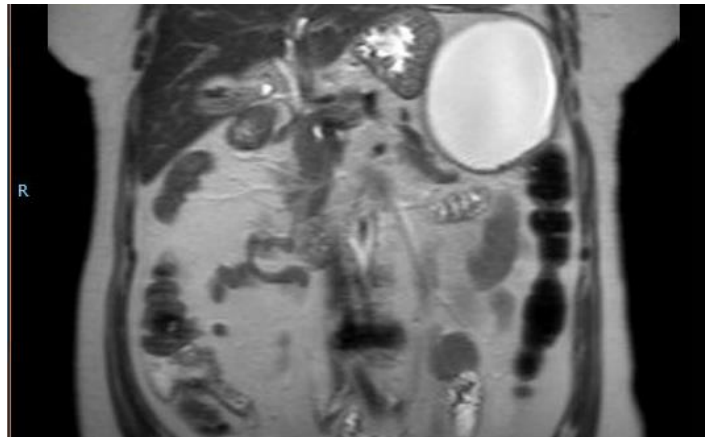


Figura 2: Colangio RM realizada durante ingreso

La paciente, tras mejoría clínica y analítica, fue dada de alta a la semana del ingreso con dieta baja en grasas, Acol 1 comprimido al día durante tres meses, además de su tratamiento antihipertensivo, estando pendiente de colecistectomía programada.

Conclusiones

La litiasis biliar es una patología de frecuente consulta en atención primaria. Existen diversos factores que favorecen la aparición de las litiasis, como el sexo femenino, la edad avanzada, la obesidad, el embarazo, los tratamientos estrogénicos, la hipertrigliceridemia y los niveles bajos de colesterol HDL, entre otros. También se aparecen más frecuentemente en pacientes con diabetes mellitus o afectos de alguna enfermedad inflamatoria intestinal.

Los datos recogidos en la entrevista clínica (sexo femenino, obesidad, dieta pobre en fibra), junto con la exploración del paciente, son la clave para orientar el diagnóstico hacia una patología de origen biliar. Aunque suele ser una patología más frecuentemente presentada en urgencias hospitalarias, con la exploración ecográfica podemos afianzar con más seguridad nuestra sospecha de una forma precoz, acelerando el procedimiento diagnóstico y abordando la sintomatología de la paciente con la mayor brevedad posible, evitando así futuras complicaciones médicas y/o quirúrgicas.

Yo al hospital no voy

Huertas Barros, Míriam | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

García Ors, Guillermo | *Médico Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Merino De Haro, Ignacio | *Médico Especialista de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Hipertensión.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus tipo 2, EPOC, adenoma hipofisario invasivo selar tratado mediante extirpación y radioterapia externa, brucelosis. Fumador de 20 cigarrillos/día.

Tratamiento habitual. Hidrocortisona 20 mg/25 h, enalapril 10 mg/12 h, metformina 850 mg/12 h, empagliflozina 10 mg/24 h, simvastatina 20 mg/24 h, symbicort 160/4'5 mcg/12 h y atrovent 20 mcg 2 dosis/8 h. Escaso cumplimiento terapéutico.

Anamnesis.

Paciente de 66 años que solicita atención urgente del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias por hipertensión. Al llegar el equipo de urgencias al domicilio refiere que presenta una disminución de la fuerza en el hemicuerpo izquierdo y ataxia de 48 horas de evolución. Niega fiebre o cualquier otra sintomatología. Atribuye el episodio a la ingesta reciente de un comprimido de alprazolam.

Exploración.

Regular estado general, consciente y orientado, normocoloreado, normoperfundido, normohidratado y eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración neurológica dentro de la normalidad a excepción de paresia izquierda. Constantes: TA 160/105 mmHg, FC 65 lpm, SatO₂ 99%, T^a 35'5°C y glucemia 120 mg/dl.

Enfoque familiar y comunitario

Hombre independiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su mujer, una de sus hijas, su cuñado y su nieta. Habitan en una vivienda insalubre y con condiciones higiénico-sanitarias deficitarias (humedades e instalaciones eléctricas antiguas y poco seguras). El domicilio se localiza en la primera planta de un edificio sin ascensor.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Accidente cerebrovascular.

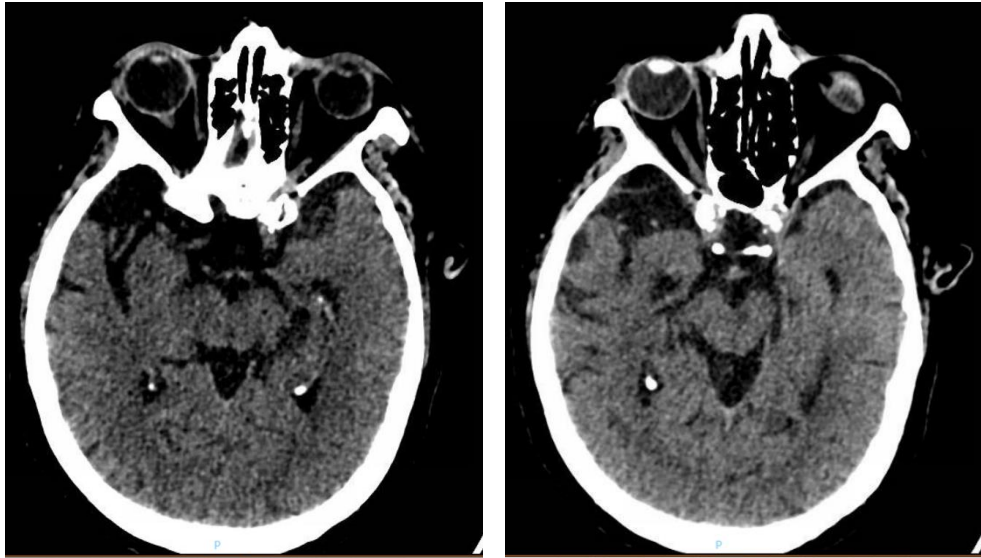
Diagnóstico diferencial

Hipo/hiperglucemia, episodio de esclerosis múltiple, tumor cerebral/lesión ocupante de espacio, mielopatía cervical, parálisis de Todd, migraña con aura, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, disección de carótida/vertebral, atrapamiento de raíces nerviosas, enfermedad de Lyme, encefalitis/meningitis.

Plan de acción y evolución

El paciente se niega a ser trasladado al hospital a pesar de varios intentos de persuasión por parte del personal sanitario y de su hija. Permanece finalmente en su domicilio, quedando en vigilancia y observación activa a cargo de su hija. Se realiza un seguimiento por parte del equipo de Atención Primaria, observándose la persistencia de la hemiparesia izquierda y una leve parálisis facial con desviación de la comisura bucal. Se vuelve a recomendar el traslado del paciente al hospital, pero éste se niega de nuevo respondiendo incluso de forma agresiva.

Se le vuelve a valorar pasados unos días, momento en que la familia aporta el informe de un TC craneal realizado en una clínica privada. En éste se evidencia la presencia de lesiones isquémicas en ambas protuberancias y en la encrucijada temporo-parieto-occipital derecha.



Teniendo en cuenta las múltiples negativas por parte del paciente para acudir a urgencias, se decide derivarlo a rehabilitación y neurología, pautar AAS 100 mg/24 h e intensificar el tratamiento con estatinas (pasando de simvastatina 20 mg/24 h a atorvastatina 40 mg/24 h). Fue citado un mes y medio después en las consultas externas de Neurología para valorar su situación pero no acudió a la cita.

La evolución global del paciente tras el episodio fue bastante tórpida, pasando de ser independiente a casi totalmente dependiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Inicialmente presentaba una importante debilidad que le impedía la deambulacion, situación que ha mejorado parcialmente gracias a las sesiones de rehabilitación domiciliaria. Actualmente realiza una vida cama-sillón, requiriendo el uso de andador para desplazarse por su domicilio y asistencia continua por parte de su mujer. No es capaz de salir de casa sin ayuda puesto que viven en un primer piso sin ascensor. Finalmente, como consecuencia de su escaso y errático cumplimiento terapéutico, ha requerido con posterioridad varias visitas del dispositivo de urgencias a su domicilio e incluso un ingreso por descompensación de algunas de sus patologías de base.

Conclusiones

En el desempeño de la práctica médica estamos acostumbrados a diagnosticar y tratar enfermedades, por lo que nos cuesta comprender que un paciente rechace la asistencia sanitaria. En estas situaciones es primordial establecer una buena relación médico-paciente. Esto se logra gracias a la longitudinalidad y continuidad asistencial que, por desgracia, se han visto bastante mermadas por la escasa inversión y la naturaleza de los contratos en Atención Primaria. Este caso podría ejemplificar algunas de las consecuencias de la ausencia de longitudinalidad, como son la escasa adherencia terapéutica y la pérdida de confianza en la práctica médica. A pesar de tratarse de un paciente de complejo manejo por su rechazo general a las intervenciones médicas, la relación médico-paciente establecida a partir de entonces ha permitido que a lo largo del tiempo sea consciente de la importancia de varios de sus tratamientos de base. Esto refleja cómo la continuidad asistencial por parte de un mismo facultativo repercute en gran medida en la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Por otra parte, cabe reflexionar sobre las técnicas comunicativas que se emplean ante casos de rechazo terapéutico. En numerosas ocasiones la respuesta médica se centra en la insistencia y en la reprimenda, métodos que en ciertos casos llevan a la confrontación y a la reafirmación del rechazo. En su lugar, cabe destacar la utilidad de técnicas de motivación o de refuerzo positivo que muestren al paciente el efecto beneficioso de las medidas en su día a día o en su calidad de vida.

Palabras clave

Stroke. Paresis. Refusal to Treat.

JART 2022