

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 24, número 1, suplemento 1, junio 2023



SAMFYC

7^{AS}
JORNADAS
ANDALUZAS DE
ECOGRAFIA SAMFYC

24
JUNIO
TANDAL
URBAN RESORT
(MONACHIL)

GdT Ecografía
SAMFYC

GRANADA 2023
[HTTPS://ECOGRAFIASAMFYC.COM/](https://ecografiasamfyc.com/) #ECOSAMFYC

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.24, Nº.1, suplemento 1, junio 2023

comité

Cristóbal Trillo González

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

Francisco José Guerrero García

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

M. Solimán Berchid Debdí

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

M^a Dolores Domínguez Pinos

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

Diego Gutiérrez Molina

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Docencia
Pilar Bohórquez Colombo

Vocal de Formación
José Luis Hernández Galán

Vocal de Investigación
Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes
Emilio José Delgado Soto
Carmen María Escudero Sánchez

Vocales de Jóvenes MF
José Joaquín Cordero de Oses
Pablo Natanael Puertas Moreno

Vocal provincial de Almería:

María Araceli Soler Pérez

Vocal provincial de Cádiz:

Antonio Fernández Natera

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

Vocal provincial de Granada:

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Huelva:

Pablo García Sardón

Vocal provincial de Jaén:

Francisco Tomás Pérez Durillo

Vocal provincial de Málaga:

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4 bj D - 18001 - Granada (España)
Telf: 958 80 42 01 - Fax: 958 80 42 02
email:samfyc@samfyc.es
http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Medicina de Familia Andalucía

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

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

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

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO DITORIAL

Luis Ávila Lachica. Málaga

Pilar Barroso García. Almería

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. Málaga

José M^a de la Higuera González. Sevilla

Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada

Juan Manuel García Torrecillas. Almería

José Antonio Jiménez Molina. Granada

Francisca Leiva Fernández. Málaga

José Gerardo López Castillo. Granada

Manuel Lubián López. Cádiz

Antonio Manteca González. Málaga

Rafael Montoro Ruiz. Granada

Ana Moran Rodríguez. Cádiz

Andrés Moreno Corredor. Málaga

Hermínia M^a. Moreno Martos. Almería

Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Piza. Sevilla

Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba

Miguel Ángel Prados Quel. Granada

J. Daniel Prados Torres. Málaga

Francisco Sánchez Legrán. Sevilla

Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga

Reyes Sanz Amores. Sevilla

Jesús Torío Durántez. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el índice Médico Español

Incluida en el Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español

Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía

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

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría:

Encarnación Figueredo

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

Telf. + 34 958 80 42 01

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.E.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain.

Maqueta:

Sara Pérez Fajardo

Imprime: Impresión La Ideal



sumario

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración de las 7as Jornadas Andaluzas de Ecografía de la Sociedad Andaluza de MEDICINA FAMILIAR Y comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas.

- 6 Comenzando con la ecografía clínica.
- 7 Compañera, ¡no me cierra el pantalón!
- 8 Diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa en domicilio con ecógrafo portátil.
- 9 Disnea que no mejora con aerosoles.
- 10 Doctora, ¡la dieta no funciona!
- 11 Dolor en gemelo: ni trombosis ni dolor muscular.
- 12 Ecografía “a pierna” de cama.
- 13 El misterio abdominal: cuando la ecografía desvela lo oculto.
- 14 Ictericia y fiebre, pero no hay vesícula en la ecografía.
- 15 Itu de repetición.
- 16 La utilidad de la ecografía clínica en el manejo de las adenopatías.
- 17 Masa pulsátil cervical.
- 18 Medición ecográfica del grosor íntima-media carotídeo y su relación con factores de riesgo cardiovasculares en mayores de 50 años de la zona básica de salud de écija.
- 19 No todo es tendinitis del supraespinoso. Diagnóstico diferencial de omalgia en medio rural.
- 20 Origen de la sepsis.
- 21 Por tus uñas te conoceré.
- 22 Quiste renal ¿es solo un incidentaloma?
- 23 Rendimiento de la ecografía clínica en pacientes con fiebre sin foco y deterioro cognitivo.
- 24 Rotura recto anterior muslo derecho.
- 25 Salvada por la ecografía.
- 26 Un cuello prominente y un nódulo desubicado.
- 27 Unos calcetines demasiado apretados.

Comenzando con la ecografía clínica

Castillo Burgos D¹, Romero Cruz M²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribáñez. Sevilla.

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria Consultorio Maribáñez. Sevilla.

CASO CLÍNICO

Paciente que acude en varias ocasiones a nuestra consulta por molestias abdominales. Nos refiere que hay un caso de cáncer de colon en su familia, por lo que está muy preocupada. Exploración física y abdominal normal. En las pruebas complementarias solicitamos hemograma que es normal, perfil abdominal con alteración de las transaminasas compatible con hígado graso y sangre oculta en heces negativa.

Hacemos una ecografía de abdomen. Al explorar hipocondrio derecho vemos una imagen que de entrada nos recuerda perfectamente a una vejiga pero imposible por la localización. Dicha imagen se extiende hasta zona suprapúbica, totalmente anecoico y con refuerzo posterior. Repetimos la ecografía, en esta ocasión acudiendo con la vejiga totalmente vacía. El resultado de la exploración es la misma imagen. Posteriormente se realiza una ecografía reglada donde ven la misma imagen sin poder identificar de qué estructura anatómica depende, por lo que solicitan un TAC con contraste, donde informan de un cistoadenoma de ovario (14.7x8.8x17.7cm). La paciente fue derivada a ginecología y se ha intervenido satisfactoriamente.



- CONCLUSIONES -

A pesar de la poca experiencia y el miedo a comenzar con algo que no manejamos, conociendo las estructuras con sus características ecográficas y la anatomía pudimos ayudar en el diagnóstico de nuestra paciente.

Nos parece importante incentivar el comenzar a manejar la ecografía clínica en nuestra consulta diaria ya que nos va a ayudar al manejo y toma de decisiones en muchas patologías que nos consulten nuestros pacientes sobre la marcha.



Compañera, ¡no me cierra el pantalón!

Lemos Pena AM¹, Flores Soler O², Palmero Calvo de Mora M³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Posadas. Córdoba.

²MIR 3º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Posadas. Córdoba.

³MIR 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Almodóvar del Río. Córdoba.

CASO CLÍNICO

Antecedentes: Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés. Enfermera de centro de salud. 1 gestación y 1 parto normales; **baches amenorreicos** y síntomas climatéricos desde hace 5 meses. FUR 14/01/23.

Anamnesis (19/01/23): **Distensión abdominal, dispepsia y cambio de talla de pantalón** de aparición progresiva en el último mes

Exploración: Buen estado general, hemodinámica estable, afebril, colaboradora

- Emocional: Escucha activa, Compresión, Acompañamiento y explicación de los posibles hallazgos.
- Abdominal: **distendido y doloroso a la palpación**. No se palpa masa definida, resto normal

Se le **propone realizar ecografía abdominal** para despistaje de lesiones abdominales.



Enfoque familiar y comunitario

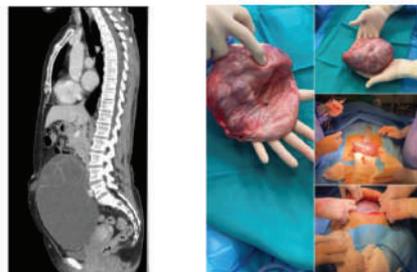
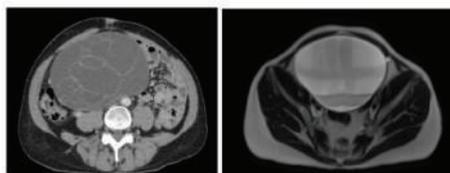


JUICIO CLÍNICO: Masa ovárica quística-tabcada: sospecha de Cistoadenoma Mucinoso (CM).

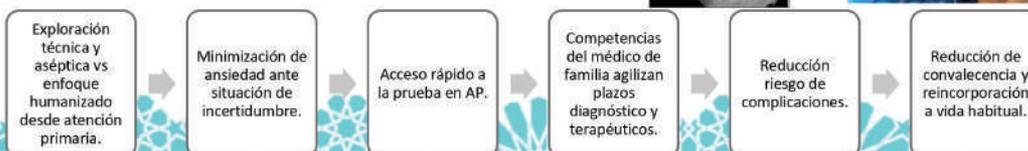
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Neoplasia ovárica. Quiste ovárico. Endometrioma. Embarazo ectópico. Absceso pélvico

Plan de acción y evolución

- **Consulta Ginecología orgánica (23/01/23)**
- **Marcadores tumorales Negativos**
- **Eco transvaginal y abdominal:** Gran formación de predominio anecoico turbio, con múltiples lóculos, no se aprecian papilas, mapa color negativo que mide 190 x 110 mm. No ascitis. sugestivo de cistadenoma mucinoso sin poder descartar malignidad. SCORE IOTA: 75% benignidad. 23% malignidad. 14% borderline.
- **Estudio de extensión:** **TAC de Abdomen y RNM de pelvis (06/02/23):** Angioma hepático incidental, Lesión quística tabicada de **37 cm** sugerente de cistoadenoma mucinoso ovárico. No adenopatías
- **Cirugía programada (02/03/23):** Anexectomía bilateral sin complicaciones y buena evolución. AP confirma CM
- Buena evolución e incorporación a su puesto laboral sin incidencias



Conclusiones



- **Palabras clave:** Mucinous Cystadenoma, Ultrasound Imaging, Ovary Neoplasm

Diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa en domicilio con ecógrafo portátil

Pastrana Gallego E¹, Ponce Rodríguez L², Jiménez Ortega S³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

CASO CLÍNICO

<p>Ámbito: Extrahospitalario. Dispositivo de cuidados críticos y urgencias.</p>	<p>Motivo de consulta: Varón de 70 años que solicita asistencia, en domicilio, por presentar cuadro de disnea brusca.</p>	<p>Enfoque familiar y comunitario: Jubilado. Buen nivel educativo. Buen nivel económico. Buen apoyo familiar.</p>
<p>Exploración física: Cianosis central y taquipnea. Respiratorio: sin hallazgos. Cardíaco: taquicardia rítmica. Abdomen: sin hallazgos. Edema con fóvea en MII.</p>  <p>La flecha indica signo de McConnell positivo y el aterisco la dilatación del ventrículo dcho.</p>	<p>Conclusiones: La ecografía venosa de extremidades inferiores en pacientes con sospecha de TEP que confirme TVP, hace innecesaria en muchas ocasiones la realización de otras pruebas (grado de recomendación B). La ecocardiografía no es tan sensible, y se utiliza como marcador de gravedad para reconocer la disfunción del ventrículo derecho. Junto con la ecografía torácica sí puede ser de gran utilidad en pacientes inestables con sospecha de TEP no confirmado y puede aportar datos útiles para la toma de decisiones terapéuticas urgentes.</p>	<p>Constantes: TA: 110/60 mm Hg. Saturación basal de O₂: 65%. Frecuencia cardíaca: 130 sístoles por minuto. Frecuencia respiratoria: 25 por minuto.</p>  <p>Ausencia de compresión de vena femoral y disminución de flujo venoso.</p>
<p>Pruebas complementarias: <u>Ecografía cardíaca</u> con dispositivo portátil: aumento del diámetro de la vena cava inferior y dilatación de ventrículo derecho. <u>Ecografía Doppler de miembro inferior izquierdo</u>: ausencia de compresión y disminución flujo por trombo a nivel de la vena femoral.</p>	<p>Juicio clínico: El paciente es trasladado al hospital de referencia con el diagnóstico clínico y ecográfico de enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda de vena femoral izquierda y tromboembolismo pulmonar).</p>	<p>Palabras clave: Enfermedad tromboembólica venosa. Trombosis venosa. Tromboembolismo pulmonar. Ecografía cardíaca. Ecografía Doppler venosa.</p>



Disnea que no mejora con aerosoles

Carbajo Martín L¹, Rosende Domínguez MJ², Romero Cortés R³

¹ Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

² Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

³ Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

CASO CLÍNICO

Ambito: urgencias

Motivo de consulta: disnea

Enfoque individual

- Anamnesis:
 - Varón 78 años con AP: FA anticoagulado con acenocumarol, HTA en tratamiento
 - Acude por aumento de disnea en los últimos meses tratado con corticoides y aerosoles sin mejoría. Afebril.
- Exploración: eupneico en reposo, SatO₂ 94% sin oxígeno. ACP: tonos arrítmicos a 70 lpm, soplo sistólico panfocal, buen murmullo con crepitantes en base izda y mínimos sibilantes espiratorios. No presenta edemas de MMII.
- PPCC:
 - Hemograma: leucocitos 7190 (N:4510), hemoglobina 14.9
 - Coagulación: INR 5.32
 - Bioquímica: PCR 9.7 troponina T 44.6, proBNP 10466.
 - Gasometría venosa: pH 7.456, pCO₂ 40.7,



- ECG: FA a unos 70 lpm sin alteraciones de la repolarización.
- Ecocardiograma: llama la atención la dilatación cardíaca, sobre todo de ambas aurículas.
- Radiografía de tórax se aprecia importante cardiomegalia (ocupa más de 2/3).

Juicio clínico

Insuficiencia cardíaca descompensada.

Plan de acción y evolución

Ecocardiograma donde se objetiva gran dilatación de ambas aurículas sin regurgitación valvular. Optimizamos el tratamiento para la insuficiencia cardíaca con los 4 pilares básicos y posteriormente se deriva a cardiología para ajuste y mejor filiación del cuadro.

Conclusiones

La ecocardiografía nos dio la pista sobre el origen cardiológico de la disnea. Aunque tendrá que seguir evolución y está pendiente de valoración por cardiología, el tratamiento optimizado le permite llevar una vida activa y normalizada.

Palabras clave

Disnea, Heart Failure, Cardiomegaly

Doctora, ¡la dieta no funciona!

Villena Arriola EM¹, García Castillo L², Martín Hidalgo MA³

¹MIR en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada.

²MIR en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada.

³MIR en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada.

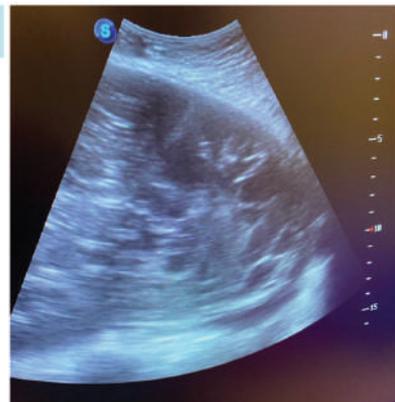
CASO CLÍNICO

Ámbito del caso	Atención primaria y hospitalaria
Motivo de consulta	Hinchazón abdominal
Historia clínica	

Mujer de 43 años con antecedentes de cáncer de mama en su madre a los 45 años y tía materna a los 27 años, acude a consulta de atención primaria por hinchazón abdominal de dos meses de evolución, que no mejora tras realizar modificaciones en su dieta. No refiere dolor abdominal aunque sí sensación de pesadez en hipogastrio. A la exploración abdominal destaca la palpación de una gran masa dura, poco móvil, no dolorosa en hemiabdomen inferior sobrepasando cuatro traveses de dedo el nivel umbilical. No irritación peritoneal ni presencia de oleada ascítica. En la consulta realizamos una ecografía abdominal en la que se observa una **masa pélvica de unos 20x20 cm que alcanza la región supraumbilical, vascularizada, heterogénea, tabicada y con presencia de líquido ascítico**, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias donde es valorada por ginecología quienes le amplían el estudio. En la analítica destacan los marcadores tumorales **Antígeno carcinoembrionario, CA 125 y Proteína HE-4 77.7 positivos**, y la RM abdomino-pélvica concluye que se trata de un probable **cistadenocarcinoma ovárico, con ascitis y signos de carcinomatosis peritoneal**, por lo que se realiza una laparoscopia exploradora para filiación y estadaje, pero dado el gran tamaño del tumor, se programa una histerectomía total más doble anexectomía mediante laparotomía. La anatomía patológica confirma que se trata de un **cistadenoma mucinoso de ovario izquierdo, con áreas focales de tipo tumor mucinoso borderline con focos aislados de carcinoma intraepitelial, abundante necrosis y áreas de pseudomixoma ovarii**. La paciente se encuentra en seguimiento por oncología, donde las pruebas de control realizadas hasta el momento descartan presencia de enfermedad.

Conclusión

Este caso clínico permite poner de relieve la gran responsabilidad que tenemos como médicos de familia en la detección de patologías en estadios relativamente precoces. En esta tarea, la ecografía presta una ayuda crucial para orientar el diagnóstico y la urgencia de actuación. Esto mismo determinó el buen pronóstico de nuestra paciente, que pudo beneficiarse de un tratamiento precoz y curativo, ya que el gran tamaño del tumor, la presencia de ascitis y carcinomatosis peritoneal eran factores de mal pronóstico que, de no haber sido detectados, hubieran supuesto su extensión a otras áreas.



Dolor en gemelo, ni trombosis ni dolor muscular

Martín Brioso E¹, delgado Moya M², Carbajo Martín L³

¹Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

²Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

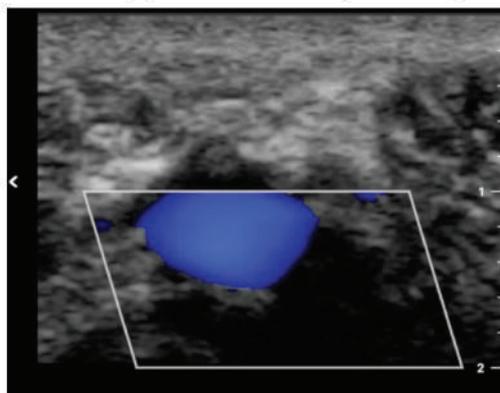
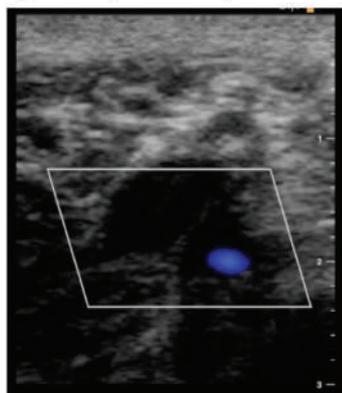
³ Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

CASO CLÍNICO

- ◆ **Ámbito:** urgencias
- ◆ **Motivo de consulta:** dolor en gemelos
- ◆ **Enfoque individual:**

Varón de 81 años fumador de un paquete al día y bebedor de 1 copa de vino diaria sin tratamiento habitual que acude a urgencias por dolor en gemelos, sobre todo en el derecho, de meses de evolución. El dolor aumenta al caminar y mejora con el reposo. En la cama no presenta dolor aunque refiere hiperalgesia con el roce de las sábanas. A la exploración se encuentra normocoloreado, con buen estado general, pulso pedio derecho más débil que en izquierdo pero no hay diferencias de temperatura entre ambas piernas. No presenta edemas ni enrojecimiento.

Se realiza ecografía a pie de cama sin objetivar signos de trombosis venosa profunda, sin embargo, el flujo arterial parece disminuido a nivel poplíteo derecho respecto a izquierdo.



Enfoque familiar y comunitario

Paciente muy mal cumplidor que vive solo y sin soporte familiar

Juicio clínico

Claudicación intermitente.

Plan de acción y evolución

Se le pauta AAS y pentoxifilina además de aconsejar abstención del hábito tabáquico. También se deriva a cirugía vascular. Se realiza ecografía reglada donde se objetiva oclusión completa de arteria femoral superficial distal y poplítea con atenuación de flujos distales y en el TAC se objetiva aterosclerosis difusa de predominio no calcificado. Como sigue fumando seguirá con tratamiento médico aunque se le propone que si abandona el hábito tabáquico podría ser candidato a bypass femoropoplíteo.

Conclusiones

La exploración del paciente debe ser completa y la anamnesis sigue siendo la base para el mejor diagnóstico. Ante un dolor en gemelos que podría ser muscular descubrimos un caso de claudicación intermitente y obliteración del flujo y se consigue orientar al paciente desde el inicio del cuadro.

Palabras clave: Arteriosclerosis, Tobacco, Intermittent Claudication

Ecografía “a pierna” de cama

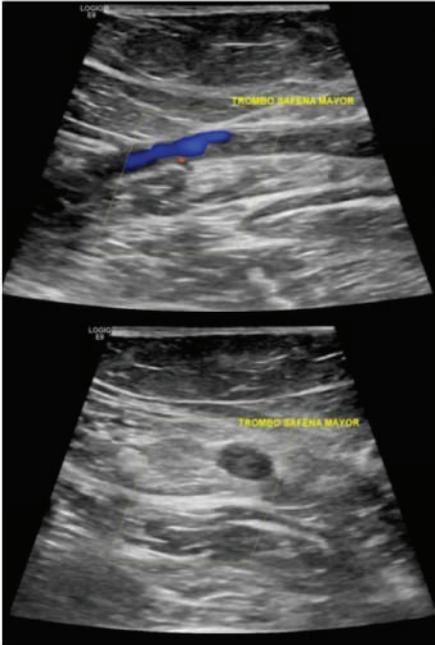
Huertas Barros M¹, Bautista Simón MA², Merino de Haro I³

¹Especialista 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana.Granada.

²Especialista 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana.Granada.

³Adjunto y Tutor Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana.Granada.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta	Anamnesis
Molestias en la rodilla	Mujer de 61 años que acude por eritema e inflamación en la cara medial de rodilla derecha de 2 días de evolución. Inmovilización las últimas semanas. Afebril, sin disnea
Antecedentes personales	Exploración física
Cáncer invasivo de mama (QT), mutación factor V Leiden	Constantes en rango de normalidad. Eritema e hinchazón local sin aumento de temperatura. No aumento de diámetro con respecto a pierna contralateral. Homans -
Ámbito del caso	Pruebas complementarias
Atención primaria y urgencias	No necesarias inicialmente
Juicio clínico	Diagnóstico diferencial
Tromboflebitis	Trombosis venosa superficial, trombosis venosa profunda, flebitis infecciosa.
	Evolución
	Se pautó profilaxis con heparina, vendaje compresivo y antibioterapia. La paciente reacudió por empeoramiento con dolor irradiado a la ingle y rubor. Se realiza una ecografía ambulatoria, con visualización de una imagen hiperecogénica extensa en la vena safena mayor próxima a la unión safeno-femoral. Se deriva a la paciente a urgencias, donde se confirmó el diagnóstico de trombosis venosa superficial y se pautó anticoagulación profiláctica durante 45 días.
Conclusiones	
Este caso refleja lo fundamental de la aplicación de la ecografía en las consultas. Se trata de una herramienta altamente eficiente y coste-efectiva que se plantea como “el futuro” en la Medicina Familiar y Comunitaria.	
Palabras clave	
Ultrasonography, Doppler. Thrombophlebitis. Diagnosis, Ultrasonic.	



El misterio abdominal: cuando la ecografía desvela lo oculto

Gallardo García I¹, Martín Enguix D², López de Priego García V³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

² Consultorio Gójar. Gójar. Granada

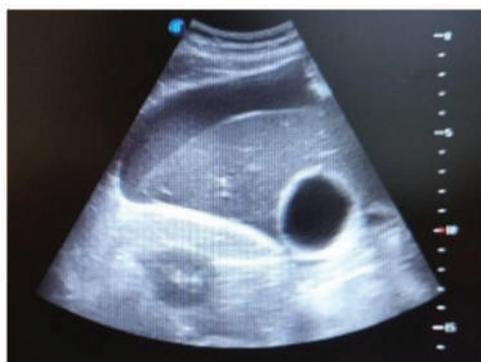
³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

CASO CLÍNICO

MC: Varón de 73 años con antecedentes de hipoacusia bilateral moderada, EPOC y carcinoma urotelial en la vejiga. Consulta por **molestias abdominales** difusas de 3 días de evolución, incluyendo sensación de distensión abdominal, plenitud precoz y dificultad para expulsar gases.

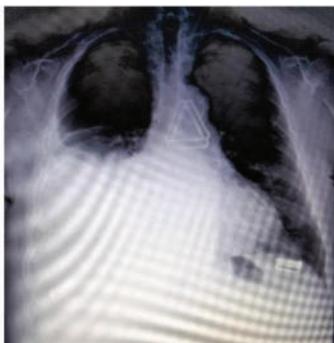
EXPLORACIÓN:

El paciente se encuentra normohidratado, normoperfundido y eupneico en reposo. Se observa un leve **aumento del perímetro abdominal** y aumento de peristaltismo. No se encuentran signos de timpanismo, defensa a la palpación ni ascitis. Se detecta una leve **disminución de los ruidos respiratorios** en la **base derecha** durante la auscultación cardiopulmonar.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó una ecografía abdominal a pie de cama, que mostró **líquido libre intraabdominal** en el receso hepatorenal y en la zona infradiaphragmática del lado derecho. Se completó el estudio con una ecografía pulmonar, que reveló líquido libre en el seno costofrénico derecho y consolidación del parénquima pulmonar en la misma zona (signo de la medusa).

SOSPECHA CLÍNICA: **Proceso ascítico** y se deriva al paciente al servicio de urgencias para completar el estudio



EVOLUCIÓN:

El paciente es ingresado por intenso **derrame pleural** con menor cantidad de líquido **ascítico**. Se realiza toracentesis con extracción de aproximadamente 3000 cc de líquido pleural, y el análisis revela un gradiente de albúmina sérica-ascitis bajo (<1.1 g/dL) y células neoplásicas en el líquido ascítico. La PET-TAC identifica abundantes lesiones ganglionares paratraqueales. El paciente sigue ingresado, clínicamente estable y pendiente de evolución.

CONCLUSIONES:

1. La ecografía a pie de cama es crucial en el diagnóstico y **manejo de síntomas abdominales**.
2. La formación en ecografía ayuda a los médicos de familia a **tomar decisiones** clínicas fundamentadas.
3. La ecografía mejora **la detección temprana** y la atención al paciente.



Ictericia y fiebre, pero no hay vesícula en la ecografía

Trujillo Díaz N¹, Benitez Lafuente A², Carbajo Martín L³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

CASO CLÍNICO

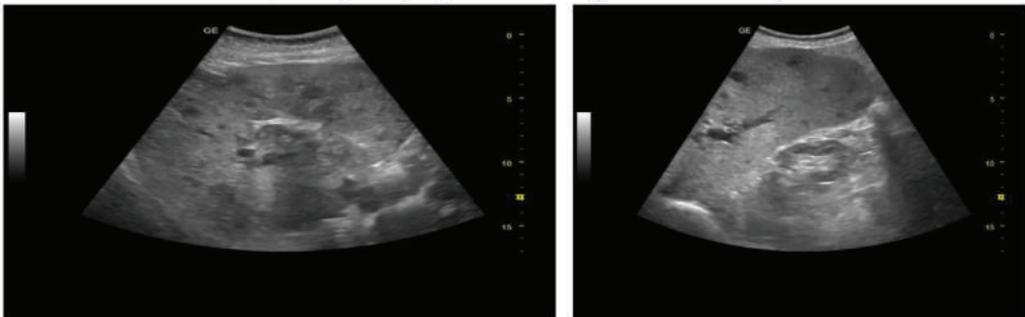
- ◆ **Ámbito:** urgencias
- ◆ **Motivo de consulta:** Ictericia
- ◆ **Enfoque individual:**

Mujer de 90 años con antecedentes de HTA, dislipemia y carcinoma de mama en ambas mamas con una diferencia de 30 años entre sí y colecistectomizada. En tratamiento con enalapril, bisoprolol, atorvastatina, omeprazol, amitriptilina y paracetamol.

Acude a urgencias derivada por su médico de familia por dolor abdominal, coluria y fiebre de 24 horas de evolución. Llama la atención la ictericia de la paciente.

A la exploración presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho, se encuentra taquicárdica, pero con cifras de tensión arterial mantenidas.

Se pauta analgesia, se solicita analítica con reactantes de fase aguda y se realiza ecografía clínica a pie de cama descubriendo hígado con múltiples lesiones ocupantes de espacio diseminadas en todo el parénquima (impresiona de hígado metastásico).



Enfoque familiar y comunitario

La paciente había tenido 2 cánceres de mama y el último diagnóstico fue con 82 años decidiéndose no realizar seguimiento por la comorbilidad y limitaciones de la paciente. desde esa fecha no había tenido ingresos.

Juicio clínico

Hígado metastásico.

Plan de acción y evolución

La paciente ingresa para tratamiento paliativo en medicina interna y medidas de confort. Evolución favorable durante su ingreso y se fue de alta para seguimiento en unidad de cuidados paliativos. No ha vuelto a presentar episodio de fiebre y dolor abdominal y presenta buen manejo conservador en domicilio.

Conclusiones

Aunque es una paciente con final paliativo la ecografía desde el inicio ayudó a realizar un manejo conservador de la paciente. Se trataba de una paciente ya colecistectomizada por lo que si había obstrucción de la vía biliar era más complicado su manejo y diagnóstico.

Palabras clave: Breast Neoplasms, Palliative Care, Jaundice

ITU de repetición, ¿podemos ir más allá?

Guerrero Pérez C¹, García López A², Carreño Meca P³

¹MIR 3º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. DSAP Aljarafe. Sevilla.

²MIR 1º año en Medicina Interna. Centro de Salud Camas. DSAP Aljarafe. Sevilla.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. DSAP Aljarafe. Sevilla.

CASO CLÍNICO

Historia clínica

Paciente de 10 años que presenta infecciones del tracto urinario recurrentes por Escherichia Coli

Diagnóstico diferencial

Alteraciones anatómicas. Procesos obstructivos. Alteración del sistema inmunitario. Litiasis renal o vesical.

Exploración ecográfica

Realizada con sonda convex a 3,5 Mhz en modo Doppler-color.

Se aprecia que al emitirse el jet ureteral (rojo) aparece un flujo retrógrado de la orina (azul) al propio uréter izquierdo de salida que nos hace pensar en la existencia de un **reflujo vesicoureteral (RVU)** patológico. No existe dilatación de uréter, pelvis ni cálices renales.

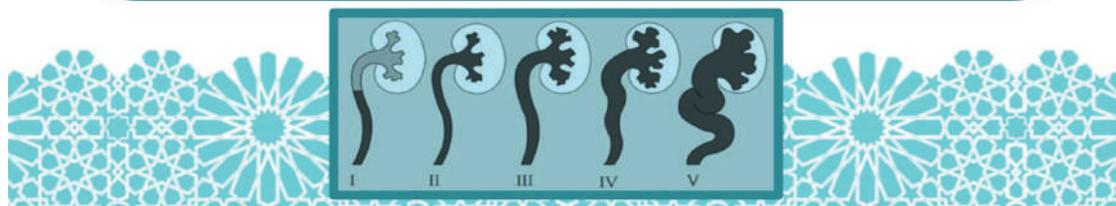


Diagnóstico y Plan

Ante tal hallazgo, se decide su derivación a urología dado que la más probable causa de sus infecciones del tracto urinario de repetición sea el RVU. En este caso, un **RVU leve grado I** (El reflujo solo alcanza el uréter, sin dilatarlo).

Comentario

- La asociación del RVU con infecciones de orina y la posible lesión renal secundaria explican la utilidad de una **aproximación a su diagnóstico desde Atención Primaria**.
- Gracias a la ecografía podemos documentar el tamaño y características renales así como el resto del tracto urinario y detectar obstrucciones o malformaciones urinarias asociadas.
- A veces solo encontramos signos indirectos que nos ponen sobre la pista del RVU como una dilatación ureteral y piélica persistente, cálices dilatados, cicatrices corticales renales o una duplicación ureteral.
- Según la región anatómica que alcance el reflujo y que llegue a dilatar podemos incluso clasificarlo en **5 grados**.
- Así **nuestra consulta puede ser el puente** para que el paciente sea remitido oportunamente hacia la **atención especializada hospitalaria** y se efectúe el diagnóstico definitivo y el tratamiento eficaz de esta afección y evitar con ello la **nefropatía por reflujo** que conduce a la aparición de cicatrices renales y de **daño renal irreparable**.



La utilidad de la ecografía clínica en el manejo de las adenopatías

Rodríguez García R¹, Domínguez Bejarano L², Álvarez Pérez E³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas.Huelva.

² MIR 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Huelva.

³ Tutora Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. H Riotinto. CS Las Palmeritas. Huelva.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta
Adenopatía cervical

Palabras clave
Linfadenopatía, Ecografía Clínica, Enfermedad de Hodgki

Enfoque individual

- **Anamnesis:** varón de 39 años con un consumo de alcohol de 5 UBE que refiere “bulto cervical” desde hace dos meses. Niega síntomas B ni cuadro infeccioso previo
- **Exploración física:** adenopatía supraclavicular y laterocervical derecha de 1.5 cm de diámetro, móvil, blanda, no adherida a planos profundos. Resto sin hallazgos
- **Pruebas complementarias:** ecografía clínica apreciando numerosas adenomegalias en regiones supraclaviculares de aspecto patológico en base a su hipocogenicidad e hipervascularización difusa al doppler

Enfoque familiar y comunitario
Padre carcinoma colorrectal estadio II

Juicio clínico
Adenopatía de origen linfoproliferativo

Diagnóstico diferencial

- Causas infecciosas
- Procesos inflamatorios
- Linfoproliferativas
- Metástasis

Plan de actuación

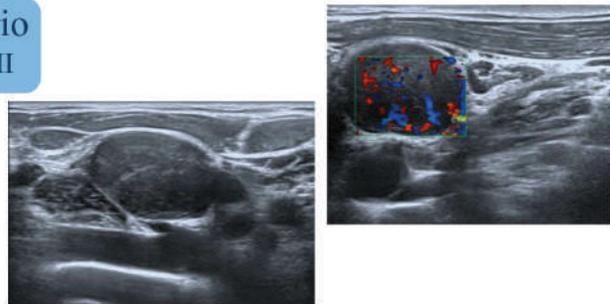
1. Ecografía preferente
2. Analítica
3. Rx PA y lateral de tórax
4. Mantoux

Evolución

- La ecografía posterior ratificó los resultados. Se citó para BAG ecoguiada, confirmando un linfoma de Hodgkin El resto de resultados fueron normales a excepción de IgG VEB
- Actualmente en seguimiento por Hematología con tratamiento quimio-radioterápico.

Conclusiones

1. Se define como adenopatía el aumento de tamaño del ganglio linfático (>1 cm). La ecografía es una herramienta muy útil para completar el diagnóstico semiológico
2. Los criterios ecográficos de malignidad son: vascularización cortical y borrado del híleo, heterogeneidad, diámetro transversal o menor > 7 mm y cociente entre diámetro mayor y menor < 1.3 mm



Masa pulsátil cervical

Linares Canalejo A¹, Gonzalo Tena S², Santos Estudillo MI³

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

²MIR de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Valverde del Camino. Huelva.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. La Orden. Huelva.

CASO CLÍNICO

Caso Clínico

Motivo de consulta en AP: “Pulso en el cuello”

Palabras clave: Aneurysm, pulsatile flow, carotid artery

Paciente de 45 años, con dislipemia como único antecedente personal de interés con buen control con estatinas. Acude a consulta por llevar varias semanas **“notando el corazón en el cuello”**. No asocia palpitaciones ni dolor torácico. Niega otra clínica. Tensión arterial: 120/70 mmHg. y FC: 90lpm. Toma productos de recomendación para relajarse por estrés.

- A) **Auscultación cardiopulmonar:** Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos.
- B) **Cuello:** Se aprecia masa pulsátil asociada a latidos cardiacos a nivel central del cuello. No se palpan adenopatías. No bocio ni nódulos tiroideos.
- C) **ORL:** Faringe con mucosa normal sin exudados amigdalares.

Ecografía cervical



Evolución: Se derivó a urgencias hospitalarias donde, tras realizarse Angio-TAC, se confirmó el diagnóstico. Dado que se encuentra asintomático, se cita preferente en Cirugía Vasculat para tratamiento definitivo.

Juicio Clínico: Diseción arterial de carótida derecha.

DD: Adenopatía cervical, bocio nodular, tumor vascular

Conclusiones

La diseción arterial se define como la separación de la capa íntima de la pared arterial, permitiendo el paso de sangre entre ambas capas y produciendo estenosis vascular que puede, en caso severos, producir síncope o identificarse una masa pulsátil a nivel cervical. En casos leves los pacientes se encuentran asintomáticos.

La importancia de este caso, reside en una sospecha o diagnóstico muy prematuro gracias a la implantación de ecografía en Atención Primaria, permitiendo agilizar su tratamiento definitivo, evitando complicaciones más severas como una obstrucción o diseción completa que pudiera ocasionar infartos cerebrales o sangrados masivos.

Medición ecográfica del grosor íntima-media carotídeo y su relación con factores de riesgo cardiovasculares en mayores de 50 años de una zona básica de salud.

Ávila Gonzalez MD¹, Cuadrado Quintana M², García García S³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija. Sevilla.

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija. Sevilla.

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija. Sevilla.

CASO CLÍNICO

En los últimos años se han desarrollado estudios clínicos y epidemiológicos que han monitorizado los estadios más tempranos de la arteriosclerosis mediante la medida del grosor íntima-media carotídeo (GIMc) con ecografía, prueba complementaria que, a día de hoy cada vez tiene más uso de rutina en las consultas de Atención Primaria.

El grosor íntima-media carotídeo es el factor de riesgo que más se asocia con la enfermedad cardiovascular y predice la aparición de ictus e infarto agudo de miocardio. Su determinación en la estratificación del riesgo cardiovascular individual y la lesión de órgano diana hacen que aparezca en las recientes guías de hipertensión arterial (HTA); se considera patológico un valor $>0,9$ mm.

En el siguiente estudio, se realiza un análisis de los valores de referencia del grosor íntima-media carotídeo en 81 pacientes del área de Écija, mayores de 50 años y su asociación con factores de riesgo cardiovasculares, teniendo como objetivo la prevención primaria, estableciendo el riesgo de padecer un evento cardiovascular en fases preclínicas de la enfermedad.

Como resultado, obtenemos un total de 12 pacientes en los que hemos podido visualizar placas de ateroma ya establecidas, que determinan un considerable aumento del riesgo de tener infarto agudo de miocardio o evento cerebral.

Es importante resaltar la importancia de la relación significativa presente entre GIMc y escalas como Score (ya sea derecho o izquierdo). Existe una relación directa entre esta escala, y un valor patológico de GIMc. Se establece dicho nivel de significación con el conjunto de las variables de Score.

Al realizar un análisis multivariante relacionándose dislipemia, Score y GIM izquierda, aparecen resultados de significación estadística, demostrando a su vez la relevancia clínica.



No todo es tendinitis del supraespinoso. Diagnóstico diferencial de omalgia en medio rural

Ponce Rodríguez L¹, Pastrana Gallego EJ², Jiménez Ortega S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

CASO CLÍNICO

·Ambito: Rural.

·Motivo de consulta: Omalgia derecha de 1 semana de evolución.

·Enfoque individual: Mujer de 44 años . No alergias. Antecedentes personales: Enfermedad de intestino irritable. Intolerancia a la lactosa. En tratamiento con omeprazol y anticonceptivos orales.

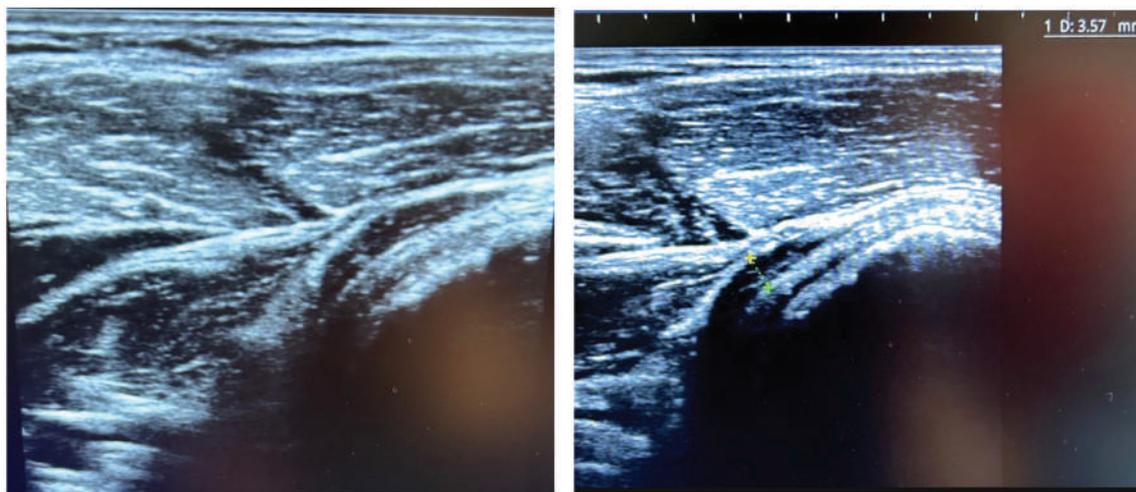
·Enfoque familiar y comunitario: Trabaja como limpiadora en un centro educativo. Buen apoyo familiar. Nivel socio-económico medio.

·Juicio clínico : Sinovitis bicipital

·Diagnóstico diferencial: Patología manguito de los rotadores.

·Plan de acción y evolución: Exploración hombro derecho: Movilización activa dolorosa. ++.

Ecografía clínica: Se aprecia columna hipoecoica alrededor del tendón bicipital que corresponde con sinovitis de unos 3.57mm.



·Conclusiones : Valor de la ecografía en el medio rural para el diagnóstico diferencial del hombro doloroso. Importancia de la ecografía en la valoración integral del hombro doloroso permitiendo el diagnóstico directo en acto único dislumbrando posibles dudas en el mismo momento.

·Palabras clave: Sinovitis, hombro doloroso, medio rural.



Origen de la sepsis

Trueba Carreón J¹, Ortega Hidalgo EM², Carbajo Martín L³

¹ Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

² Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

³ Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital Riotinto. Huelva.

CASO CLÍNICO

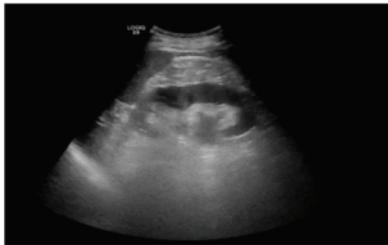
Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 74 años con antecedentes de hipertensión y diabetes. En tratamiento con alogliptina, simvastatina, omeprazol, metformina/empaglifozina, AAS, enalapril.

Acude a urgencias por fiebre desde la madrugada. Antecedente de RTU por pólipo vesical hace 9 días. Presenta aún sondaje vesical por permanecer con hematuria. Refiere esta madrugada fiebre de 39°C que cede parcialmente con paracetamol, así como vómitos continuos que atribuye a la toma de fosfomicina. A su llegada a Urgencias cifras tensionales de 80/45. Regular estado general, consciente y orientado, palidez cutánea, febril. Auscultación con tonos rítmicos y buen murmullo bilateral. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación.

Se solicita analítica. Se pauta sueroterapia intensiva. Se realiza ecografía a pie de cama:

Se aprecia con gran dificultad dilatación pielocalicial de riñón izquierdo y algunos quistes.



Resultado analítica:

-HG: Hb 14.2g/dL, Hcto 43.7%, leucos 7.940, neutros 97%, plaq 302.000- BQ: gluc 210, creat 54.0 (previa del día 7 de marzo 45.8), creat 1.71mg/dL (previa 0.82), BbT 2.46, BbD 1.76, Bbl 0.70, LDH 2083, GGT 1039, FA 569, sodio 135, potasio 4.75, PCR 130.47, Procalcitonina >100, AST 2280, ALT 1316- Coagulación: TP 14.4s, TPPa 28.0s- GSV: pH 7.40, pCO2 29.3, bicarbonato 17.6, ácido láctico 52.00

Enfoque familiar y comunitario

El paciente tenía buen soporte familiar y tras el alta había estado en domicilio.

Juicio clínico

Sepsis de origen urológico

Plan de acción y evolución

En analítica se objetiva leucocitosis a expensas de neutrófilos y fallo hepático por lo que se realizan hemocultivos y se añade antibioterapia empírica de amplio espectro. Se completa estudio con TAC de abdomen con contraste donde se descarta litiasis responsable de ureterohidronefrosis izquierda. La grasa perirrenal del lado izquierdo muestra más estriación que la derecha y el aspecto del riñón es algo más voluminoso. En su conjunto sugiere pielonefritis aguda no pudiendo definir la causa de la dilatación.

Dada la no mejoría del paciente tras tratamiento pautado se deriva a hospital de referencia para nefrostomía por parte de Servicio de Urología.

Conclusiones

Ante un paciente con sospecha de shock séptico la valoración del origen es prioritario para administrar el antibiótico que mejor pueda responder. En este caso gracias a la ecografía se valoró que la causa era urológica a pesar de llevar ya casi 9 días de postoperatorio.

Palabras clave: sepsis, shock, nephrostomy

Por tus uñas te conoceré

Cobo Valenzuela N¹, Rosario Castillo Á², Pérez Membride C³

¹Médico Atención Primaria. Centro de Salud el Bulevar. Jaén.

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud. Bulevar. Jaén.

³MIR de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud. Bulevar. Jaén.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta.

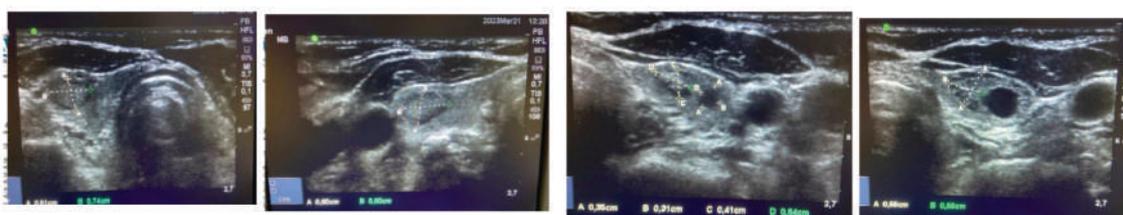
Paciente que acude a consulta por uñas quebradizas y estrías longitudinales en uñas de más de un año de evolución.



Plan de actuación y evolución.

La paciente fue tratada empíricamente con biotina oral y amolofina clorhidrato en barniz más medidas de prevención de lesiones como uso de guantes en su trabajo habitual y en su domicilio. Ante persistencia de signos y síntomas se realizó cultivo ungueal con resultado negativo. Se decide derivar a la paciente a consulta de dermatología en la cual se pauta tratamiento tópico para fortalecer las uñas tipo nails pen (ácido hialurónico, aceite de lentisco y silicio orgánico) y se recomienda el estudio de posible patología endocrino/metabólica asociada en atención primaria. Se realiza analítica con resultado de TSH, ferritina, hierro, calcio, fósforo normales. Ac antinucleares negativos.

A su vez se cita para ecografía tiroidea en consulta de atención primaria en donde se visualiza glándula tiroidea en su lóbulo derecho: Nódulo homogéneo, vascularizado sin calcificaciones. Lóbulo izquierdo se observan nódulo anecoico de bordes bien definidos no vascularizado y otro más medial con contenido más heterogéneo y con vascularización en su interior.



El informe y las imágenes se remiten vía teleconsulta a endocrinología:

Nódulo derecho homogéneo, vascularizado, sin calcificaciones con micronódulo ligeramente hipocóico con halo completo de 8 mm, TIRADS 3, parece elevar capsula. Lóbulo izquierdo con dos nódulos, uno redondeado anecoico, no vascularizado de > 1cm y otro más medial heterogéneo y vascularizado de 5 mm, no parece haber áreas de sospecha. Se cita presencial en consulta de endocrino para seguimiento y valoración.

Conclusiones.

Las uñas pueden ser herramientas diagnósticas muy útiles y con frecuencia pasan desapercibidas en la exploración diaria en la consulta. Muchos signos que aparecen son inespecíficos pero nos pueden crear una sospecha razonable para iniciar un estudio a nivel sistémico. La onicolisis se define como la separación de la lámina ungueal distal a distal-lateral, la porción onicolítica aparece blanca debido al aire debajo de la placa de la uña. Frecuentemente se asocia a candidiasis ungueal, que en el caso de nuestra paciente fué descartado, lo cual puede hacer más complicado el diagnóstico diferencial.

Quiste renal ¿es solo un incidentaloma?

Rodríguez García R¹, Domínguez Bejarano L², Álvarez Pérez E³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Huelva.

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

³ Tutora Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. H Riotinto. CS Las Palmeritas. Huelva.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta
Dolor abdominal

Palabras Clave
Enfermedades renales quísticas;
ecografía clínica; dolor abdominal

Enfoque individual

- Anamnesis: varón de 27 años con mutación BRCA-2 que consulta por dolor abdominal inespecífico de varios meses de evolución
- Exploración física: abdomen doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, resto sin hallazgos
- Pruebas complementarias: ecografía abdominal clínica objetivando una lesión anecogénica con refuerzo posterior en polo superior de corteza renal de 2.5 cm de diámetro, con septos en su interior y escasa vascularización interna al Doppler

Enfoque familiar y comunitario
Madre BRCA-2 positivo

Juicio clínico

- Quiste renal Bosniak tipo IIF
- Dolor abdominal a filiar

Diagnóstico diferencial

1. Lesión benigna o maligna
2. Dolor abdominal secundario al quiste renal o a otra entidad

Plan de actuación

- Derivación preferente a Urología
- Analítica, estudio de intolerancias y antígeno en heces de H. Pylori



Evolución

- Ecografía con contraste con escasa/nula captación de tabiques (lesión Bosniak II F), con seguimiento a los 6 meses.
- Las sustancias reductoras en heces débilmente positivas.

Conclusiones

Los quistes renales generalmente son asintomáticos y se detectan de manera incidental. Sin embargo, cuando crecen pueden producir fiebre o dolor, y a veces complicaciones

Debemos conocer la clasificación de Bosniak para diferenciar los quistes renales simples de los complejos, por la trascendencia clínica que tienen estos últimos

Rendimiento de la ecografía clínica en pacientes con fiebre sin foco y deterioro cognitivo.

Luque de Haro E¹, Moreno Verdejo F², Benavente Fernández A³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Motril Este. Granada.

²Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

³Facultativo especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

CASO CLÍNICO

Las infecciones en el paciente anciano continúan siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Presentan unas características diferenciales respecto al resto de la población, ya que suelen manifestarse de forma más atípica y larvada. De aquí nace la importancia del uso de la ecografía clínica a la hora de guiar el diagnóstico en este tipo de pacientes, especialmente con deterioro cognitivo.

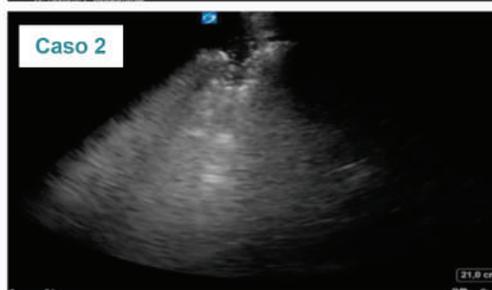
El **objetivo** de nuestro trabajo es plasmar la utilidad de la ecografía clínica para orientar el foco infeccioso en pacientes con deterioro cognitivo a través de los siguientes **3 casos clínicos**.



Paciente de 94 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer y cáncer de cérvix tratado con radioterapia. Acude al servicio de urgencias por fiebre de 39°C. Se ingresa con sospecha inicial de **sepsis de origen urinario**.

Engrosamiento de pared anterior de la vesícula, solución de continuidad de la pared, y área hipocóica de 4 cm, que nos hace sospechar colección

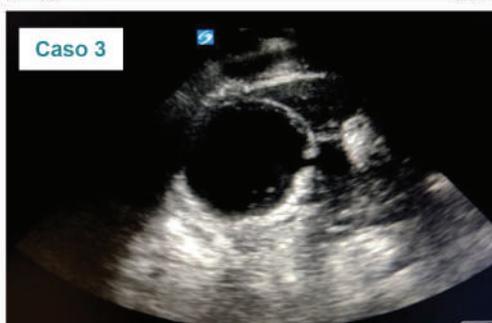
Dichos hallazgos permiten reorientar el foco al **biliar**.



Paciente de 83 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular, carcinoma urotelial y enfermedad de Alzheimer. Acude al servicio de urgencias por fiebre e hipotensión con piuria y bacterias abundantes en sistemático de orina, se ingresa con sospecha **sepsis de origen urinario**.

Patrón C pulmonar basal izquierdo, en región de los PLAPS, con broncograma y mínima lámina de derrame pleural.

Dichos hallazgos permiten reorientar el foco al **respiratorio**.



Paciente de 85 años con demencia por cuerpos de Lewy. Acude por tendencia a la escasa respuesta a estímulos y piuria. Leucocitosis con desviación izquierda y elevación de PCR. Ingresa como **infección del tracto urinario complicada**.

Hidrops vesicular, con engrosamiento de la pared anterior, e imagen de doble pared, así como área hipocóica perivesicular.

Dichos hallazgos permiten reorientar el foco al **biliar**.

Conclusiones

Con estos casos se pone de manifiesto la rentabilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de pacientes con fiebre y deterioro cognitivo. La **aplicabilidad, la accesibilidad, la seguridad y el bajo coste** de la técnica, junto con una **sensibilidad y especificidad** superior a la exploración física, nos brinda la posibilidad de una correcta orientación patogénica del proceso de salud en este perfil de pacientes, y por consiguiente una optimización del tratamiento, con un **elevado impacto sobre la calidad en la asistencia sanitaria**.



Rotura recto anterior muslo derecho

Carreño Meca P¹, García López A², Guerrero Pérez C³

¹MIR 1º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. DSAP Aljarafe. Sevilla.

²MIR3º año en Medicina Interna. Centro de Salud Camas. DSAP Aljarafe. Sevilla.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. DSAP Aljarafe. Sevilla.

CASO CLÍNICO

Paciente de 57 años sin antecedentes de interés que bajando las escaleras de su casa presenta tirón y chasquido en tercio superior del muslo derecho.

● **Exploración física:** No limitación de la movilidad activa, pasiva ni impotencia funcional. Dolor a la palpación del tercio superior del muslo derecho sin signo del hachazo. Edema y hematoma local. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales conservados.

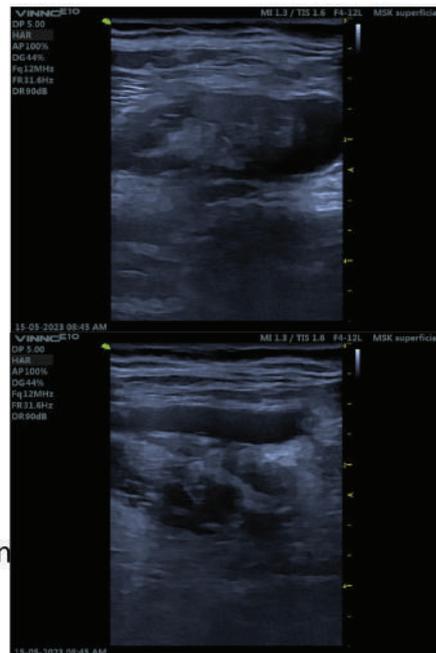
● **Exploración ecográfica (realizada con sonda lineal a 7,5 Mhz) :** imagen anecoica que se extiende desde inserción hasta tercio medio del recto anterior siendo próximo a 2 cms en zona de máximo grosor. Se aprecia rotura casi completa del recto anterior en su región proximal.

● **Diagnóstico diferencial/etiológico**

- Tendinosis, derrame suprapatelar
- Disfunciones metabólicas(diabetes)
- Alteraciones vasculares y medidas higienico-dieteticas
- Farmacológica(Estatinas)

● **Actitud desde Atención Primaria**

- Promover adecuada alimentación
- Ejercicios rehabilitación y fisioterapia
- Drenaje linfático manual/ diatermia/ electroanalgesia
- Valorar servicio Urgencias/Traumatología en función gravedad→ Cirugía



Salvada por la ecografía

Enamorado Varela MA¹, Manzanares Olivares L², Martínez Carrión A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

³ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poeta Manuel de Góngora. Granada.

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal y vómitos de horas de evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL

ANAMNESIS

Paciente de 20 años que acude derivada de Hospital de Alta Resolución por dolor abdominal muy intenso de aparición brusca, localizado en hipogastrio, irradiado a FID y a epigastrio, asociado a mareo, vómitos (3 de contenido alimentario), y diarrea (4 deposiciones de consistencia líquida, sin productos patológicos). Acompañado de sudoración profusa. No otras alteraciones de interés por aparatos y sistemas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

➤ **Bioquímica general, GSV, Urianálisis y Hemostasia:** anodinos. Destaca PCR 4.5

➤ **Hemograma completo:**

Hemoglobina 14.4->12.7 (anemización de casi 2 puntos en 12 horas)

➤ **Ecografía abdominal**

Se aprecia líquido libre en cantidad moderada. Resto de la exploración normal.

➤ **TAC abdominopélvico con contraste**

Conclusión: Líquido libre intraabdominal en cantidad moderada (hemoperitoneo), en relación con posible quiste folicular con signos de rotura en anejo derecho. Resto normal.

EVOLUCIÓN

A 2 semanas de la intervención la paciente sigue asintomática, con muy buena recuperación y cicatrización de las heridas quirúrgicas, y sin ninguna complicación aparente.



EXPLORACIÓN

Constantes vitales, ACR, MMII y exploración ginecológica totalmente anodinas. En cuanto a la exploración abdominal, blando, depresible, pero doloroso a la palpación profunda de hipogastrio, FID y epigastrio. RHA conservados. No se palpan masas ni megalias. Con signos de peritonismo: Murphy y Rosving negativos, Blumberg positivo. No hernias ni ascitis. Puño-percusión renal bilateral negativa.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La paciente es hija única, ha crecido en el seno de una familia monoparental ya que su padre falleció cuando ella tenía 2 años, a causa de un infarto de miocardio.

JUICIO CLÍNICO

Hemoperitoneo secundario a rotura de foliculo ovárico.

PLAN DE ACCIÓN

Analgesia y antieméticos.

Ingreso en la planta de Ginecología para ser intervenida quirúrgicamente por laparoscopia al día siguiente.



Un cuello prominente y un nódulo desubicado

Plata Martínez JJ¹, Trujillo Díaz N², Tena Santana G³

¹MIR 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva.

³Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva.

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 53 años consulta con su Médico de Familia porque su familia le indica que presenta un lado del cuello de mayor tamaño que el otro.

ENFOQUE INDIVIDUAL: Sin antecedentes personales de interés, solo consulta para solicitar controles analíticos anuales rutinarios.

JUICIO CLÍNICO: Bocio Unilateral.

PLAN DE ACCIÓN: Se realiza anamnesis y análisis clínicos que resultan anodinos. Se propone ecografía clínica de tiroides que el paciente acepta, evidenciando una diferencia de tamaño significativo del lóbulo tiroideo derecho respecto al izquierdo, entre otros hallazgos incidentales.



EVOLUCIÓN: Se descartan diagnósticos diferenciales mediante analíticas y valoración clínica, no evidenciando patologías. Lo cual indica ser un hallazgo incidental en la diferencia de tamaño de los lóbulos tiroideos dentro de unos límites de la normalidad.

CONCLUSIONES: Gracias a la ecografía clínica se puede descartar de forma ágil y rápida la presencia de potenciales patologías mayores en Centros de Salud sin precisar derivaciones para la realización de pruebas complementarias. En este caso, aunque exista una diferencia importante en las mediciones comparativas de ambos lóbulos tiroideos, no se evidencia patología y se pacta revisión en un año.

PALABRAS CLAVE: “Goiter”; “Thyroid Nodule”; “Atherosclerotic Plaque”.

Unos calcetines demasiado apretados

Tena Santana G¹, Delgado Moya M², Trujillo Díaz N³

¹MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. H Riotinto. Huelva.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. H Riotinto. Huelva.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. H Riotinto. Huelva.

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 75 años de edad es traído por su hermano al Servicio de Urgencias de referencia por dolor de miembros inferiores, frialdad y cambio de coloración.

ENFOQUE INDIVIDUAL: Se trata de un paciente en seguimiento por servicio de urología por carcinoma de próstata, en días previos se ha realizado Tomografía Axial Computarizada con contraste intravenoso evidenciándose progresión de enfermedad con lesiones metastásicas que afectan a varios órganos diana y columna lumbar.

A la valoración, apreciamos isquemia arterial crítica en calcetín en ambos pies, describiendo con ecografía clínica limitación al flujo de ambas piernas desde nivel de arterias poplíteas.

JUICIO CLÍNICO: Isquemia arterial de miembros inferiores.

PLAN DE ACCIÓN: Se administra analgesia intravenosa y se realiza ecografía doppler reglada confirmando el diagnóstico e ingresando para evolución en planta de Cirugía General.

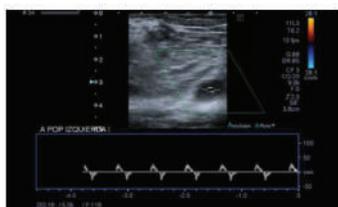


Imagen 1

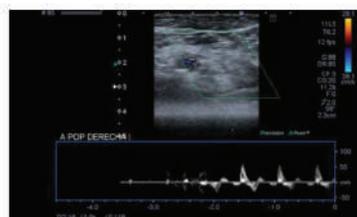


Imagen 2

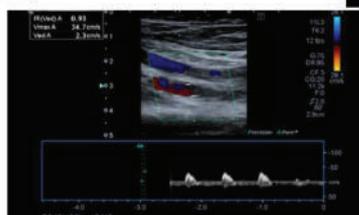


Imagen 3

EVOLUCIÓN: Dada situación basal del paciente se desestima actitud quirúrgica, administrando tratamiento con prostaglandinas por efecto vasodilatador sin conseguir efecto, por lo que pasa a seguimiento compartido con Unidad de Cuidados Paliativos.

CONCLUSIONES: La presencia de cáncer activo es uno de los factores de riesgo principales para el desarrollo de trombosis, siendo en este caso causante de una isquemia arterial crítica.

PALABRAS CLAVE: "Thrombosis"; "Prostatic Neoplasms"; "Ischemia".



El arte de la medicina familiar y comunitaria es un arte de la humanidad.



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

29^o

Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba

Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

