

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 26, número 3, suplemento 1, diciembre 2025



9^{as}

JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA SAMFYC

JORNADAS DE ECOGRAFÍA CLÍNICA 2025:
ELEVA TU DIAGNÓSTICO, POTENCIA TU PRÁCTICA.



SANCTI PETRI

CHICLANA DE LA FRONTERA - CÁDIZ



29 DE NOVIEMBRE 2025



HIPOTELS BARROSA PARK

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.26, Nº.3, suplemento 1, diciembre 2025

comité

M. Solimán Berchid Debdi

Presidente Comité Científico

Especialista en MFyC

Centro de Salud Villacarrillo (Jaén)

Coordinador GdT SAMFyC Ecografía en MF

Francisco José Guerrero García

Presidente Comité Organizador

Especialista en MFyC

Hospital Clínico San Cecilio (Granada)

Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF

Cristóbal Trillo González

Secretario

Especialista en MFyC

Centro de Salud Puerta Blanca (Málaga)

Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF

M^a Dolores Domínguez Pinos

Vocal

Especialista en MFyC y Radiología

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF

Diego Gutiérrez Molina

Vocal

Especialista en MFyC (Jaén)

Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF

Rafael Perestrello Salas

Vocal

Especialista en MFyC

Centro de Salud el Olivillo (Cádiz)

Miembro GdT SAMFyC Ecografía en MF



SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)

C/Arriola 4, bajo D – 18001 – Granada (España)
<http://www.samfyc.es>

JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocales de Residentes

Carmen María Escudero Sánchez y Pablo Prieto Díaz

Sección de Docencia

Rocío Medero Canela

Sección de Formación Continua

Pedro Mesa Rodríguez

Sección de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Sección de Comunicación e Imagen

Antonio Muñoz Gámez

Vocal provincial de Almería

María Araceli Soler Pérez

Vocal provincial de Cádiz

José Joaquín Cordero de Osés

Vocal provincial de Córdoba

Ana Fons Díaz

Vocal provincial de Granada

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Huelva

Eduardo Pérez Razquin

Vocal provincial de Jaén

M^a de la Villa Juárez Jiménez

Vocal provincial de Málaga

Rubén L. Vázquez Alarcón

Vocal provincial de Sevilla

Mercedes Casado Martín

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

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 digital en la web de SAMFyC (acceso libre):
<https://www.samfyc.es/revista>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO EDITORIAL

Luis Ávila Lachica. Málaga

Vidal Barchilón Cohén. Cádiz

Pilar Barroso García. Almería

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. Málaga

José M^a de la Higuera González. Sevilla

Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada

Juan Manuel García Torrecillas. Almería

José Antonio Jiménez Molina. Granada

Francisca Leiva Fernández. Málaga

José Gerardo López Castillo. Granada

Manuel Lubián López. Cádiz

Antonio M. Manteca González. Málaga

M^a Inmaculada Mesa Gallardo. Sevilla

Rafael Montoro Ruiz. Granada

Ana Moran Rodríguez. Cádiz

Andrés Moreno Corredor. Málaga

Herminia M^a. Moreno Martos. Almería

Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Piza. Sevilla

Luis Ángel Pérula de Torres. Córdoba

Miguel Ángel Prados Quel. Granada

J. Daniel Prados Torres. Málaga

Francisco Sánchez Legrán. Sevilla

Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga

Reyes Sanz Amores. Sevilla

Jesús Torio Duránte. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

*Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex*

Título clave: Med fam Andal.

Clave DOI (DOI PREFIX): 18.82033

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524 (hasta dic. 2023)

Depósito Legal: Gr-368-2000 (hasta dic. 2023)

Desde 2024 esta revista sólo dispone de formato digital

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
Fundación SAMFyC
C.I.F.: 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.

Para Correspondencia:

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
e-mail: revista@samfyc.es
Telf. + 34 958 80 42 01

Secretaría:

Encarnación Figueredo Sánchez

Maqueta:

Sara Pérez Fajardo

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.26, Nº.1, suplemento 1, diciembre 2025

sumario

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento tras la celebración de las 9as Jornadas Andaluzas de Ecografía de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y en su caso defendidas.

- 6 ¡Ay! ¡mi rodilla!
- 7 ¿Cólico renal o algo más? el valor de la ecografía clínica en urgencias
- 8 Cuando vimos el chacachá del tren
- 9 De disnea a cirugía: la ecografía como predictor de situaciones de emergencia en atención primaria
- 10 De la camilla al hospital en un clic ecográfico
- 11 De la sospecha ecográfica al diagnóstico fatal: el desafío del sarcoma indiferenciado
- 12 Del nódulo cervical a la sospecha oncológica: el valor de la ecografía clínica en atención primaria
- 13 Desafío diagnóstico en atención primaria: caracterización ecográfica de una masa hepática heterogénea
- 14 Detección de adenocarcinoma pancreático avanzado mediante ecografía clínica en atención primaria: valor de la accesibilidad diagnóstica
- 15 Diagnóstico ecográfico de metástasis hepáticas de tumor primario desconocido en paciente séptico
- 16 Doctora, me levanto mucho para orinar
- 17 Doctora, tengo la pierna inflamada
- 18 Dolor epigástrico con troponinas elevadas: la ecografía clínica como clave diagnóstica en un falso SCASEST
- 19 Dolor testicular y ecografía escrotal
- 20 Ecografía abdominal en paciente con hiponatremia y dolor abdominal
- 21 Ecografía abdominal en paciente con lumbociatalgia derecha y hernia discal lumbar
- 22 Ecografía al pie de la cama del paciente
- 23 Ecografía clínica en atención primaria: herramienta clave en el diagnóstico de metástasis cervical de melanoma de origen oculto

- 24 Ecografía que habla: hallazgo fortuito de un síndrome de Zinner en consulta de atención primaria
- 25 El tercer motivo de consulta: la eco oportunista. Cáncer de mama en un varón
- 26 Entre el campo y las costillas: la ecografía rural que reveló lo invisible
- 27 Este dolor de riñones no me deja dormir
- 28 Evaluación ecográfica hipertransaminasemia
- 29 Fiebre y defensa abdominal
- 30 Imagen ecográfica de masa lipomatosa abdominal y déficit de vitamina B12. Hallazgo incidental
- 31 Lo que esconde una lumbalgia
- 32 Más allá de la adenopatía: diagnóstico ecográfico de una dilatación venosa atípica
- 33 Más allá del bulto: utilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de masas cervicales
- 34 Náuseas y vómitos que esconden algo más
- 35 No es oro todo lo que reluce
- 36 Paciente con adenopatías inguinales... ¿Y si hacemos una ecografía abdominal?
- 37 Quiste en muñeca derecha de consistencia ósea
- 38 Seguimiento ecográfico en atención primaria de una complicación postraumática infrecuente
- 39 Tumor folicular tiroideo de potencial maligno incierto en mujer de 16 años
- 40 Un cascanueces en nuestra consulta

¡Ay! ¡Mi rodilla!

Morente Gómez L¹, Joissonnet L¹, Caraballo Ramos P²

¹MIR DE MFYC de MFyC. CS Villacarrillo (Jaén)

²Especialista en MFyC. Tutora. CS Villacarrillo (Jaén)

CASO CLÍNICO

·**Ámbito:** Atención primaria.

·**Motivo de consulta:** Gonalgia derecha de larga evolución.

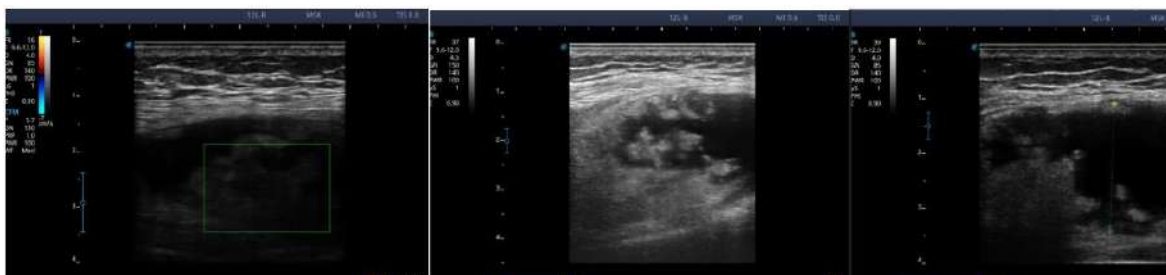
·**Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):**

Paciente, 38 años no RAMs. Tóxicos: 15 cigarrillos/día. Menisectomía derecha hace 20 años. Consulta por gonalgia con crisis de dolor e inflamación dos veces al mes sin desencadenante. Valorado en Traumatología y Rehabilitación en 2023, diagnóstico: gonartrosis. Reconsulta por mayor inflamación y dolor los últimos días con limitación para caminar.

Exploración: Aumento de volumen a nivel suprapatelar y en hueso poplíteo sin signos inflamatorios externos. Flexión: 90°. Peloteo rotuliano +.

RMN de rodilla 2018: Osteocondromatosis sinovial y quiste de Baker con osteocondromatosis en su interior.

Estudio ecográfico CS: Bolsa supracondílea con contenido anecoico y mamelones en su interior (sinovitis). A nivel del músculo gastrocnemio interno, tumoración heteroecoica con áreas hiperecogénicas y actividad Doppler.



·**Enfoque familiar y comunitario:** Familia nuclear. Se ofrece apoyo emocional y orientación genética.

·**Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):** Condromatosis sinovial asociada a traumatismo, artritis o infección previa, condrosarcoma sinovial, cuerpos libres intraarticulares de otras etiologías, tumores sinoviales benignos, artropatías inflamatorias y calcificaciones articulares.

·**Plan de acción y evolución:** Analgesia. Se deriva a Traumatología y fisioterapia.

·**Conclusiones:** Aunque la prueba de elección sea la RMN en el caso de alteraciones en partes blandas, o el TAC para las partes óseas, el estudio inicial con ecografía permite orientar el caso.

·**Palabras clave:** Gonalgia, Osteocondromatosis, tumor sinovial.

¿Cólico renal o algo más? El valor de la ecografía clínica en urgencias

Proaño Balsera J

MIR de MFyC. CS La Victoria. La Carlota (Córdoba)

CASO CLÍNICO

Ámbito:

Urgencias hospitalarias

Motivo de consulta:

Dolor en fosa renal derecha y hematuria.

Anamnesis:

Paciente femenina de 86 años, hipertensa, hipercolesterolémica y anticoagulada con edoxabán, que acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha desde el día anterior junto con presencia de sangrado leve en la orina (EVA 8/10). Su hija refiere que en las últimas semanas la ha notado con menos apetito y algo más apática.

Exploración física:

Maniobra de puño-percusión derecha positiva.

Constantes a su llegada:

TA (mmHg): 100/68

Ppm: 100

Sat. (%): 96

Tª (°C): 35.5

Plan de actuación:

Se administra AINEs y analgésicos intravenosos, con mejoría parcial posterior del dolor.

Se solicita una analítica sanguínea, un sistemático de orina y una radiografía de abdomen anteroposterior.



Juicio clínico:

Hidronefrosis derecha severa secundaria a neoplasia vesical.

Conclusiones:

1. Ante todo dolor en fosa renal, debería realizarse una ecografía renal a pie de cama, ya que pueden existir alteraciones estructurales del riñón o del sistema urinario sin que se evidencie un deterioro agudo de la función renal.
2. Un deterioro progresivo de la función renal en los controles analíticos puede atribuirse erróneamente a una enfermedad renal crónica de origen parenquimatoso, cuando en realidad puede tener una causa postrenal.

Cuando vimos el chacachá del tren

Pastrana Gallego JE, Escribano Martín R, Jiménez García A

MIR de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

CASO CLÍNICO

·Ámbito

Consulta de Atención Primaria

·Motivo de consulta

Dolor abdominal

·Enfoque individual

Mujer de 72 años. HTA, trombosis vena central retina, fumadora activa, apendicetomía y bloqueo tubárico.

Consulta por dolor abdominal y febrícula. Buen estado general. Tinte subictérico en piel. Abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, con Murphy positivo, no signos de irritación peritoneal. Resto exploración normal.

Ecografía en consulta: vesícula con imagen de doble pared (vía de tren) y litiasis en su interior.



Juicio clínico

Colecistitis aguda como diagnóstico principal.

Diagnóstico diferencial con pancreatitis aguda, hepatitis, úlcera péptica, apendicitis, neumonía LID, diverticulitis y colecciones hepáticas

·Plan de acción y evolución

Se remite al servicio de urgencias hospitalaria, se realiza ecografía por radiólogo y se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda.

Se contacta con cirugía general que ingresa a la paciente y le realiza colecistectomía.



·Conclusiones

La ecografía en atención primaria es **fundamental para un diagnóstico rápido y certero de la colecistitis aguda** y determinar la prioridad de la derivación.

Permite identificar la **inflamación** de la vesícula, buscar la causa más común (**cálculos biliares**), evaluar la **gravedad** de los signos como el engrosamiento de la pared y el líquido perivesicular, y **descartar otras patologías**.

De disnea a cirugía: la ecografía como predictor de situaciones de emergencia en atención primaria

Díaz Oreste MG, Caballero Ayala R, Hernández López A

MIR de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: disnea de 20 días de evolución que ha ido progresando hasta hacerse de mínimos esfuerzos, bendopnea y ortopnea.

AP: hombre de 63 años, niega RAMc, DM2, hipotiroidismo, Miocarditis viral en 1992 con FEVI recuperada posteriormente, cardiopatía isquémica crónica por enfermedad coronaria multivaso + insuficiencia mitral por dilatación de anillo. Doble bypass (AMI-ADA y safena-ACD) y anuloplastia mitral en octubre 2024 con FEVI al alta 48% con dilatación y disfunción severa de VD postcirugía

Exploración: aceptable estado general, hidratado, buena coloración cutáneo-mucosa, consciente. Disminución de murmullo vesicular en hemitórax derecho. Roncus dispersos en hemitórax izquierdo.

Ecografía clínica en consulta: Imagen anecoica basal derecha que se corresponde con derrame pleural, aumento de líneas B bibasales compatible con edema pulmonar en ambas bases. Derivamos a urgencias hospitalarias para valoración



TAC de urgencias:

Cardiomegalia con dilatación biauricular severa. Signos de anuloplastia tricuspídea y mitral. Dilatación de tronco pulmonar y ramas como signos de hipertensión pulmonar. Disminución del hemotórax derecho, **ligero derrame pleural de 6 mm** a nivel posterobasal loculado parcialmente en la prolongación anteroinferior de la cisura oblicua con 22,5 mm. Ligero engrosamiento hipercaptante lise de la pleura parietal de aspecto reactivo y bandas atelectásicas gruesas en base derecha adyacente a la loculación del derrame en la cisura por su efecto adhesivo.

Enfoque familiar y comunitario: entorno rural, dependencia mínima con cuidados familiares

Juicio clínico: derrame pleural derecho por IC descompensada

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, neumonía, neoplasia pulmonar.

Tratamiento: ingreso en urgencias por IC descompensada, se realiza estudio de imagen que reporta IM severa por dehiscencia protésica e IT severa y se decide reintervención con posoperatorio inmediato favorable.



Evolución:

La ecografía aplicada en atención primaria es eficaz para detectar a tiempo situaciones potencialmente mortales que pueden ser tratadas adecuadamente con un diagnóstico precoz. Concluimos que la ecografía en atención primaria nos ayuda a hacer una **valoración más completa y real de la situación del paciente disminuyendo la incertidumbre del médico rural.**

De la camilla al hospital en un clic ecográfico

Herrero Santa-Cruz C¹, Luque Ruano AL², Zurita Luque M¹

¹MIR de MFyC. CS Bujalance. Córdoba

²Especialista en MFyC. CS Bujalance. Córdoba

CASO CLÍNICO

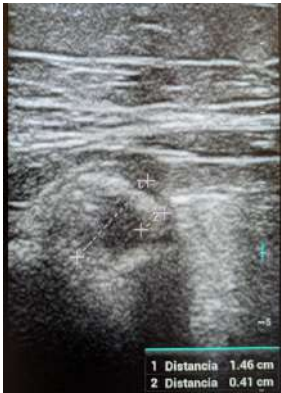
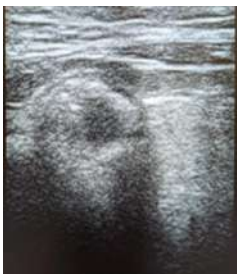
Mujer de 60 años que acude a consulta derivada de consulta de acogida de enfermería por dolor abdominal de 2 días de evolución. Se acompaña de febrícula de hasta 37,5°C, tenesmo urinario sin disuria y deposiciones que describe como acuosas y babosas. No náuseas ni vómitos.

Exploración física

Abdomen blando y depresible. No se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Dolor a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha con defensa abdominal a dichos niveles. Blumberg y signo del psoas dudosamente positivos. Murphy negativo. Puño percusión renal bilateral negativa.

Ecografía

- Aumento del diámetro del apéndice
- Engrosamiento de la pared
- Estructura redondeada isoecogénica con centro hipoecoico



Juicio clínico

Apendicitis aguda

Derivamos al hospital

Intervención quirúrgica urgente

Diagnóstico diferencial

Adenitis mesentérica, colitis ulcerosa, diverticulitis, perforación de víscera hueca, cólico renal, hidronefrosis aguda, hernia inguinal incarcerada.

Conclusión

La incorporación de la ecografía en la práctica clínica habitual optimiza la precisión diagnóstica y agiliza la atención subsiguiente.

De la sospecha ecográfica al diagnóstico fatal: el desafío del sarcoma indiferenciado

Villén Quirantes A¹, Real Ojeda RG², Pérez Matos V²

¹MIR de MFyC. CS Nuestra Señora de la Oliva, Alcalá de Guadaira (Sevilla)

²Especialista en MFyC. Tutora. CS Nuestra Señora de la Oliva, Alcalá de Guadaira (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de Consulta:

Paciente de 52 años que acude a consulta por aparición de adenopatía supraclavicular de 1 mes de evolución.

Enfoque Individual:

1. Anamnesis:

- Tumefacción supraclavicular tras cirugía de manguito rotador.
- Dolor a la palpación.
- Sin fiebre, pérdida de peso ni síntomas B.

2. Exploración Física:

- Masa supraclavicular derecha de 4 cm.
- Consistencia blanda, dolorosa y adherida a planos profundos.

3. Pruebas Complementarias:

- Ecografía clínica: masa hipoeoica heterogénea, márgenes mal definidos, vascularización interna, adhesión a planos profundos, realce acústico posterior → sospecha de malignidad.
- Body-TAC: diseminación peritoneal y torácica.
- Biopsia + IHQ: sarcoma indiferenciado grado 3, estadio IV.

Ecografía clínica:

Adenopatía supraclavicular derecha de gran tamaño, con contenido heterogéneo, paredes engrosadas y realce acústico posterior. Se identifican bordes irregulares y mal definidos, con adhesión a planos profundos y morfología infiltrativa. El Doppler color evidencia vascularización interna, hallazgos altamente sugestivos de adenopatía de aspecto maligno.



Enfoque familiar y comunitario.

1. Juicio clínico: sarcoma indiferenciado G3, estadio IV con amplia afectación metastásica.

2. Lista de Problemas:

- Masa supraclavicular derecha de crecimiento rápido.
- Hallazgos ecográficos altamente sugestivos de malignidad.
- Dolor local.
- Factores de riesgo (tabaco, alcohol, dislipemia).
- Incertidumbre diagnóstica con signos de alarma.

3. Diagnóstico diferencial:

- Adenopatía metastásica
- Linfoma
- Granuloma infeccioso / absceso
- Pseudotumor inflamatorio

Plan de acción y evolución:

- Activación desde Atención Primaria de circuito de estudio urgentes.
- Comité de Tumores: doxorrubicina y radioterapia locorregional, suspendidas por toxicidad.
- Posteriormente presenta neumotórax masivo derecho, manejado de forma conservadora.
- Pasa a cuidados paliativos, evolucionando con deterioro progresivo.
- Fallece seis meses después del diagnóstico.

Conclusiones:

Los sarcomas indiferenciados de alto grado son tumores **agresivos** cuya identificación precoz es un reto.

La **ecografía clínica en Atención Primaria** permite reconocer **signos de alarma** y acelerar las derivaciones, **reduciendo retrasos diagnósticos**.

Una **coordinación** estrecha entre Atención Primaria, especialistas hospitalarios y Cuidados Paliativos resulta clave para un **abordaje integral y centrado en el paciente**.

Palabras clave:

Ecografía, Adenopatía, Sarcoma

Del nódulo cervical a la sospecha oncológica: el valor de la ecografía clínica en atención primaria

Pinilla González M^aC¹, Castillo Burgos DO², Cruz briega AI³

¹MIR de MFyC. CS de Maribáñez. Los palacios y Villafranca (Sevilla)

²Especialista en MFyC. CS de Maribáñez. Los palacios y Villafranca (Sevilla)

³MIR de MyC. CS de las Nieves. Los palacios y Villafranca (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años, sin antecedentes de interés que nos consulta preocupada por masa supraclavicular izquierda de dos meses de evolución, indurada y Adherida a planos profundos, sin dolor.



En la exploración física se palpa una adenopatía de un centímetro, firme y no dolorosa.

Se realiza ecografía clínica en la consulta, observándose una adenopatía laterocervical izquierda de 2×2,5×3 cm con pérdida del hilio ecogénico y aumento de la vascularización al Doppler, compatible con adenopatía patológica. Se solicita ecografía reglada hospitalaria.

La ecografía de cuello muestra un nódulo sólido hipoecoico en el lóbulo tiroideo izquierdo (1,1×0,7×1,19 cm), de contornos irregulares, más alto que ancho, clasificado como TI-RADS 5, y varias adenopatías laterocervicales izquierdas con microcalcificaciones. La PAAF del nódulo y de la adenopatía resulta sospechosa de carcinoma papilar de tiroides. Se deriva a Endocrinología que solicita un TAC, confirmándose adenopatías patológicas en niveles III y IV izquierdos, una de 3,6×2,5×4,3 cm con compresión de la vena yugular interna. Se indica tiroidectomía total con linfadenectomía central bilateral y laterocervical izquierda, confirmándose carcinoma papilar de tiroides con afectación ganglionar. En el postoperatorio, la paciente presenta disfonía por parálisis recurrential izquierda, iniciando rehabilitación logopédica con buena evolución.

Como conclusión y a destacar tras la exposición del caso, mencionar que la ecografía clínica en atención primaria es una herramienta diagnóstica de gran valor que amplía las competencias del médico de familia y favorece la detección precoz de patologías. En este caso, permitió sospechar un carcinoma agilizando el circuito diagnóstico-terapéutico. Su integración debe considerarse una prioridad. La incorporación de la ecografía en la práctica de atención primaria potencia la autonomía diagnóstica, evita pruebas innecesarias y refuerza el papel del médico de familia como coordinador del proceso asistencial.

Desafío diagnóstico en atención primaria: caracterización ecográfica de una masa hepática heterogénea

Díaz Oreste MG¹, Nogales García G², Jiménez Ortega S³

¹MIR de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

²Especialista en MFyC. Servicio de urgencias. HARE Écija (Sevilla)

³Especialista en MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: analítica de revisión y pérdida de peso en los últimos meses

Historia clínica:

- **AP:** hombre de 77 años, No RAMc, no hábitos tóxicos. HTA, DLP, DM-2, quiste renal derecho, no IQX, funciones superiores conservadas.
- **Exploración:** aceptable estado general, consciente, normohidratado, normocoloreado. Abdomen blando, no distendido, depresible, no doloroso, no peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados, no masas, no megalias, no estigmas de hepatopatía crónica ni ascitis, no cicatrices.
- **Ecografía consulta:** hígado de ecogenicidad heterogénea, límites irregulares, imagen hipoecoica heterogénea de límites mal definidos de 13cm en polo inf. No visualizables adenopatías por abundante gas intestinal. Resto normal.

Foto 1



Foto 2



Derivación al servicio de urgencia, sospecha NEO hepática/MTX:TC abdomen con contraste: lesión de márgenes mal definidos en hipodensa en cola pancreática de 33x29mm, compatible con adenocarcinoma. Infiltración tumoral de la vena esplénica. Pequeñas adenopatías subcentrímetras en ligamento gastrohepático. Hepatomegalia con múltiples lesiones hipodensas, mal definidas y milimétricas de predominio en la periferia de segmentos V, VIII y LHI. Probables metástasis, la mayor de 14mm en S. VIII-

Foto 3



Enfoque familiar y comunitario: Situación basal: mínima dependencia.

Juicio clínico: Síndrome constitucional. Masa hepática sospechosa de malignidad

Estudio molecular: KRAS G12X. Carcinoma con expresión conservada de proteínas reparadoras de ADN.

Tratamiento: quimioterapia. NET IIIB

Conclusión

La ecografía, como complemento de una entrevista y exploración completas, es una herramienta muy eficiente y sensible para el estudio de pacientes con síndrome constitucional en Atención Primaria, **reduciendo la incertidumbre del Médico de Familia y permitiendo el diagnóstico precoz.**

Detección de adenocarcinoma pancreático avanzado mediante ecografía clínica en atención primaria: valor de la accesibilidad diagnóstica

Conchilla Parrilla JM^{al}, Maldonado Balbín Y^l, Ortega Pérez S²

^lEspecialista en MFyC. CS Torredelcampo (Jaén)

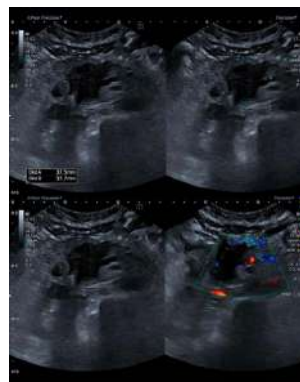
²MIR de MFyC. CS Torredelcampo (Jaén)

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años que consulta por molestias abdominales, dolor epigástrico irradiado a espalda, náuseas, coluria intermitente y pérdida ponderal no intencionada de 7 kg en 2 meses. Antecedentes relevantes incluyen hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 recientes, colecistectomía, anemia microcítica en estudio y trastorno ansioso-depresivo. En la exploración se detectó dolor epigástrico con irradiación dorsal, abdomen distendido y sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias

- Marcadores tumorales elevados: CA 125 (109 U/mL), CA 19.9 (53.1 U/mL)
- Enzimas hepáticas alteradas progresivamente (AST, ALT, GGT)
- Bilirrubina total aumentada (predominio directa)
- Ecografía clínica: masa hipoecogénica irregular de 37x38 mm en cabeza/proceso uncinado pancreático, múltiples lesiones metastásicas hepáticas bilaterales, dilatación de vía biliar intra y extrahepática (colédoco 18 mm) y dilatación del conducto de Wirsung.
- Punción aspirativa con aguja fina (PAAF) pancreática confirmatoria: adenocarcinoma pancreático con 40% de celularidad tumoral.



Diagnóstico

Adenocarcinoma pancreático de cabeza, estadio IV, con metástasis hepáticas y pulmonares.

Evolución y tratamiento

La paciente ingresó en Medicina Interna, donde se colocó prótesis biliar por CPRE y se inició tratamiento oncológico con FOLFOX. Posteriormente desarrolló complicaciones tromboembólicas (tromboembolismo pulmonar derecho y trombosis portal, mesentérica superior y esplénica), siendo anticoagulada con dabigatrán.

Conclusiones

- La ecografía clínica es una herramienta diagnóstica fundamental en Atención Primaria para detección precoz neoplasias pancreáticas.
- La combinación de síntomas clínicos y alteraciones analíticas debe alertar sobre la sospecha de adenocarcinoma pancreático.
- El diagnóstico precoz permite un inicio temprano del tratamiento oncológico y mejora la coordinación del cuidado.

Doctora, me levanto mucho para orinar

Lara Ojeda RM^{al}, Martínez Chaves M^aV², Caraballo Ramos I²

¹MIR de MFyC. CS Villacarrillo (Jaén)

²Especialista en MFyC. CS Villacarrillo (Jaén)

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Paciente de 63 años, sin AMC. Que consulta por **inicio de clínica de tracto urinario inferior**, destacando la nicturia y la debilidad del chorro miccional. Afebril, y niega disuria o dolor lumbar.

Exploración y pruebas:

1. Examen físico anodino
2. Analítica solicitada con valores en rango.

Evolución:

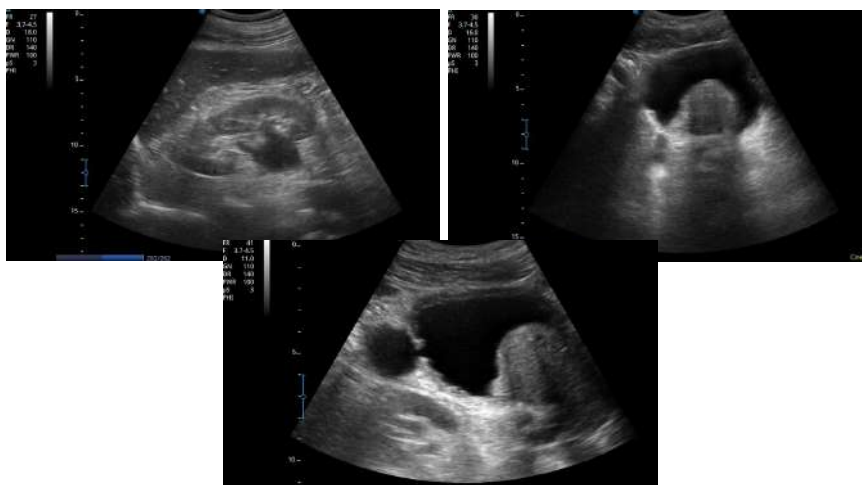
Al mes vuelve a consulta por persistencia de clínica y donde además hay un **goteo postmiccional**. En control analítico:

1. PSA a 5,41 << 4,4
2. FG 30 ml/min << 84 ml/min

Ecografía clínica nefrourológica: se observa una hidronefrosis grado III, vejiga con paredes engrosadas (de lucha) y con lesiones excrecentes de aspecto mamelonado en su parte infero lateral. Imagen de un divertículo vesical. Importante hipertrofia prostática a expensas de todos los lóbulos, con predominio del central.

Derivación a Urgencias:

1. Urología: sondaje vesical y cita en CCEE.
2. Seguimiento desde AP de función renal.
3. Pendiente de adenomectomía prostática.



CONCLUSIÓN: La consulta inicial por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) requirió una aproximación diagnóstica sistemática y un seguimiento estrecho que permitió detectar la evolución hacia complicaciones graves. Un manejo adecuado de la Ecografía clínica permite la plena optimización de los recursos disponibles, acelerando el diagnóstico, y ahorrando incluso determinadas citas por parte de Atención Especializada.

Doctora, tengo la pierna inflamada

Noguera Sánchez L¹, Santos Collado A², Rubio Carrera D³

¹Especialista en MFyC. ZBS Olivares. Sevilla

²MIR de MFyC. CS Bollullos Par del Condado (Sevilla)

³Especialista en MFyC. CS Bollullos Par del Condado (Sevilla)

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 65 años, sin antecedentes de interés relevantes, que acude a consulta por inflamación llamativa del miembro inferior izquierdo. El paciente refiere que aproximadamente un mes antes sufrió una torcedura leve del pie izquierdo al bajar el último escalón de una escalera portátil. No notó un chasquido ni dolor intenso en el momento de la lesión, aunque posteriormente presentó leve dificultad para apoyar el pie. Realizó reposo domiciliario y no consultó inicialmente por considerar que se trataba de un esguince leve.

ENFOQUE INDIVIDUAL

Durante las semanas siguientes, el paciente comenzó a notar aumento progresivo de volumen, calor local y enrojecimiento del miembro inferior izquierdo, lo que motivó la consulta con su médico de atención primaria. A la exploración se evidenció edema distal, eritema leve y discreta sensibilidad a la palpación del trayecto posterior de la pierna. El signo de Homans resultó dudoso. No se palpó defecto tendinoso claro ni se apreció equimosis. La movilidad del tobillo se encontraba conservada, sin limitación evidente de la flexión plantar. Ante la sospecha inicial de trombosis venosa profunda, se solicitó ecografía Doppler venosa, que descartó trombosis. Asimismo, la radiografía simple de pie y tobillo no mostró alteraciones óseas. Debido a la persistencia de los síntomas, el paciente fue derivado a urgencias hospitalarias, donde se volvió a descartar la presencia de TVP.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

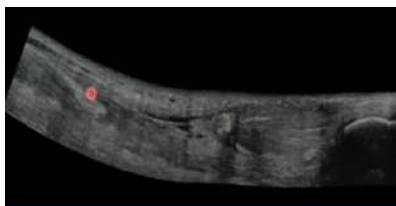
Rotura completa del tendón de Aquiles.

Diagnóstico diferencial: Rotura parcial del tendón de Aquiles. TVP, esguince y fractura de Tobillo

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO

Una semana más tarde, el paciente acudió nuevamente a su médico de atención primaria por no mejoría del cuadro. En esta ocasión, se observó marcha claudicante, apoyo parcial con muletas y aumento de volumen persistente en la pierna izquierda. Dada la clínica y la sospecha de lesión tendinosa, se realizó ecografía musculoesquelética, que reveló rotura completa del tendón de Aquiles con retracción proximal de los cabos tendinosos, confirmando el diagnóstico definitivo.

El paciente fue remitido al servicio de traumatología, donde se decidió tratamiento conservador con inmovilización en equino mediante bota ortopédica y seguimiento especializado.



DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial entre TVP y rotura del tendón de Aquiles puede ser complejo, especialmente en pacientes mayores o en casos de roturas parciales sin manifestaciones típicas. La rotura completa suele acompañarse de dolor súbito en la región posterior del tobillo, chasquido audible y dificultad o imposibilidad para realizar la flexión plantar. Sin embargo, hasta un 25 % de los casos pueden pasar desapercibidos en la valoración inicial, sobre todo cuando el paciente mantiene cierta movilidad o el defecto tendinoso no es evidente.

El signo de Homans, tradicionalmente empleado para la sospecha de TVP, carece de sensibilidad y especificidad, y puede ser positivo también en procesos inflamatorios o traumáticos de la pierna. Por otro lado, la exploración física del tendón de Aquiles debe incluir maniobras específicas, como el test de Thompson, que consiste en comprimir la masa gemelar con el paciente en decúbito prono: la ausencia de flexión plantar indica rotura tendinosa. No obstante, el test puede ser falsamente negativo en roturas parciales o en pacientes que realizan compensación mediante músculos accesorios.

Palabras claves:

achilles tendon, tendon rupture, venous thrombosis

Dolor epigástrico con troponinas elevadas: la ecografía clínica como clave diagnóstica en un falso SCASEST

Utor García L¹, Hernández Miras D¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

²Especialista en MFyC. CS Olivillo. Cádiz

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Vive en domicilio con autonomía conservada. Sin antecedentes quirúrgicos ni cardiovasculares de interés.

Motivo de derivación: Valoración por Cardiología ante sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) tras episodio de dolor epigástrico irradiado a flanco derecho de varias horas de evolución.

Exploración física: Buen estado general, sin dolor torácico en el momento de la valoración. Constantes estables. Abdomen blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de peritonismo.

Pruebas complementarias:

- ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de repolarización.
- Analítica: troponinas ligeramente elevadas (40–45 ng/L), bilirrubina total y transaminasas aumentadas.
- Ecografía clínica abdominal: vesícula biliar distendida con imagen hiperecogénica con sombra posterior compatible con **litiasis vesicular**, sin signos de colangitis o colecistitis aguda evolucionada.

Juicio clínico: Dolor epigástrico secundario a **colecistitis sintomática complicada**, inicialmente sospechada de SCASEST.

Plan de actuación: Se descarta evento isquémico. Se realiza ingreso con el servicio de Digestivo para estudio y tratamiento de la patología biliar. Se informa a la paciente y familiares sobre el hallazgo y plan terapéutico.

Conclusiones: La ecografía clínica en Urgencias resultó determinante para reorientar el diagnóstico y evitar procedimientos innecesarios, demostrando su gran valor en la estratificación inicial de pacientes con dolor epigástrico.



Dolor testicular y ecografía escrotal

Utor García L¹, Valseca Martínez C¹, Ruz Franzi P²

¹MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

²Especialista en MFyC. CS Olivillo. Cádiz

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Sensación de bultoma en testículo izquierdo

Enfoque individual: Paciente de 43 años de edad. Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial, obesidad grado I y episodios de abscesos cutáneos de repetición. Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo sensación de bultoma no doloroso en parte inferior del testículo izquierdo, sin signos de inflamación y con crecimiento progresivo en la última semana. No presenta fiebre ni disuria. A la exploración física destaca testículos en bolsa escrotal, apreciándose bultoma inferior al testículo izquierdo, por debajo de bolsa escrotal, en zona perineal. No doloroso a la palpación. Se le realizó analítica de sangre y orina estando los parámetros dentro de la normalidad. Se realizó de forma programada

Paciente de 43 años de edad. Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial, obesidad grado I y episodios de abscesos cutáneos de repetición. Se programó Ecografía de partes blandas del escroto, realizada con transductor lineal de alta resolución, complementada con estudio Doppler color y pulsado para evaluación vascular. Ambos testículos son de tamaño normales, ecogenicidad homogénea, contorno regular, sin apreciarse lesiones focales y con vascularización normal en el estudio Doppler. Epidídimos de morfología y ecogenicidad normales, sin evidencia de lesiones quísticas. No se observan varicoceles. En cavidad escrotal no se distingue presencia de hidrocele (fig 1). Sin embargo, a nivel de pared escrotal se distingue imagen de absceso con pared gruesa e irregular, con vascularización evidente y contenido líquido con abundante sedimento (fig 2 y 3)

Juicio clínico: Absceso escrotal.

Diagnostico diferencial: Tumor necrosado; Adenopatía; Hernia inguinal.

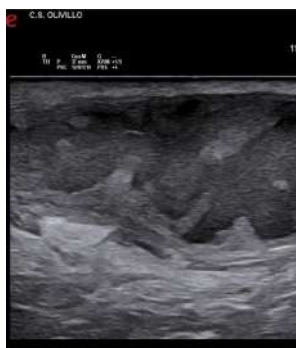
Plan de acción y evolución: Se pautó tratamiento antibiótico con ciprofloxacino durante diez días, con reducción del proceso inflamatorio y mejoría del cuadro clínico

Conclusiones: La ecografía escrotal es una herramienta útil en Atención Primaria, permitiendo el diagnóstico y resolución de patologías. En nuestro caso permitió discernir la inflamación testicular y descartar patología inherente al mismo testículo.

Palabras claves Ecografía escrotal; absceso escrotal; atención primaria.



Figura 1



Figuras 2 y 3

Ecografía abdominal en paciente con hiponatremia y dolor abdominal

Utor García L¹, Hernández Miras D¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

²Especialista en MFyC. CS Olivillo. Cádiz

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Síntomas dispépticos y diarrea

Enfoque individual: Paciente varón de 63 año con los siguientes antecedentes personales: hepatopatía virus C; tabaquismo activo; consumo de cannabis y cocaína. Acude a consulta del Centro de Salud por referir epigastralgia de tres semanas de evolución y dolor en hipocondrio derecho con irradiación en cinturón. Además, diarrea semilíquida sin moco, pus ni sangre, además de astenia generalizada. No presentaba pérdida de peso, náuseas ni vómitos.

A la exploración física, el abdomen era blando y depresible, con moderado dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa. Puño percusión renal negativa bilateral. La auscultación cardíaca era rítmica sin soplos. La auscultación pulmonar con discreta disminución del murmullo vesicular de forma generalizada. Se solicitó analítica de sangre y orina. A destacar un Sodio 128 y LDH 454; resto dentro de la normalidad. Se realizó en la misma consulta Ecografía abdominal con transductor cóncavo de 3.5-5 MHz usándose Doppler color para evaluar flujo sanguíneo en vasos y órganos, apreciándose una imagen hipoeoica adyacente a riñón derecho, compatible con glándula suprarrenal derecha (fig 1), además de imagen hiperecoica en riñón derecho con sombra posterior, compatible con nefrolitiasis (nefrolitiasis asintomática) (fig 2); sin apreciarse dilatación pielocalicial. Parénquima hepático, vesícula biliar, vías biliares, páncreas, grandes vasos, bazo, vejiga urinaria y próstata normales. Ante la evidencia de imagen suprarrenal e hiponatremia, adicionado a antecedentes de tabaquismo y toxicomanía, se solicita Radiografía tórax apreciándose una imagen nodular en hemicampo pulmonar derecho (fig 3). Ante la sospecha de proceso neoplásico pulmonar, se deriva al paciente de forma preferente al Servicio de Medicina Interna. Le realizan TAC de tórax confirmándose el diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón. En TAC abdomen se diagnostica metástasis suprarrenal así como metástasis en columna lumbar.

Juicio clínico: Carcinoma microcítico de pulmón (metástasis suprarrenal derecha)

Diagnostico diferencial: Adenoma suprarrenal; Quiste suprarrenal; Hematoma suprarrenal; Feocromocitoma.

Plan de acción y evolución: Ingresa en servicio Medicina Interna del hospital, falleciendo después de tres semanas.

Conclusiones: La ecografía abdominal realizada en atención primaria, permitió la sospecha diagnóstica del proceso, además de la continuidad asistencial

Palabras claves: Metástasis suprarrenal; Ecografía abdominal; Atención Primaria.



1



2



3

Ecografía abdominal en paciente con lumbociatalgia derecha y hernia discal lumbar

Valseca Martínez C¹, Utor García L¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

²Especialista en MFyC. CS Olivillo. Cádiz

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Lumbociatalgia derecha de meses de evolución.

Enfoque individual: Paciente mujer de 49 años de edad. Entre sus antecedentes clínicos destaca hipertensión arterial y hernia discal L5-S1. Acude en varias ocasiones a la consulta de atención primaria por referir en el último año varios episodios de lumbociatalgia derecha. En el último mes se incrementa el dolor, pasando de tener un ritmo mecánico a ser de reposo episódicamente. La exploración física muestra un test de Laségue derecho positivo a 45º y una maniobra de Bragard positivo. Destaca además a la palpación, dolor ("molestias") en fosa iliaca derecha e hipogastrio. Se solicita radiografía de columna lumbosacra y de cadera acudiendo el día después a consulta de atención primaria. Se aprecia en la radiografía (figura 1), una imagen calcificada en fosa iliaca derecha. Se realiza en la misma consulta una Ecografía Abdominal (figura 2 y 3), con transductor convex de 3.5-5 MHz usándose Doppler color para evaluar flujo sanguíneo en vasos y órganos. El hígado presentó un tamaño normal con ecogenidad normal, ecotextura homogénea sin presencia de lesiones focales. La vesícula biliar, vías biliares, páncreas, bazo, riñones, vejiga urinaria y grandes vasos sin alteración alguna. Se aprecia una imagen de masa hiperecogénica de 39,8 mm de tamaño aproximadamente en fosa iliaca derecha, de bordes regulares y nódulos sólidos en su pared interior., sin captación de color. Se deriva a la paciente al servicio de Medicina Interna, solicitándole un TAC de abdomen y pelvis con contraste, mostrando una lesión de 41 mm de tamaño, en ovario derecho con calcificación grosera y contenido graso sugestivo de Teratoma. **Juicio clínico:** Teratoma ovárico derecho. Diagnóstico diferencial: Cistoadenoma seroso ovárico; Endometrioma.

Evolución: La paciente fue intervenida quirúrgicamente un mes después, por el servicio de Ginecología con óptima evolución.

Conclusión: La ecografía en Atención Primaria es una herramienta útil y práctica, permitiendo la optimización del diagnóstico y la continuidad del proceso asistencial.

Palabras claves: Teratoma ovárico; Ecografía abdominal; Atención Primaria.



Figura 1



Figuras 2 y 3

Ecografía al pie de la cama del paciente

Egea Millán A¹, Valle Gallardo V², Casares Gómez N³

¹MIR de MFyC. Consultorio de Cuevas del Campo (Granada)

²Especialista en MFyC. Consultorio de Cuevas del Campo (Granada)

³Especialista en MFyC. CS de Caniles (Granada)

CASO CLÍNICO

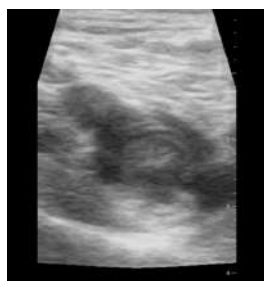
MOTIVO DE CONSULTA Y ÁMBITO

Dolor en pierna izquierda en área rural

ENFOQUE INDIVIDUAL

Varón de 67 años con AP destacado de mesotelioma sarcomatoide pulmonar izquierdo metastásico en tratamiento biológico y usuario de oxigenoterapia domiciliaria.

A nuestra llegada el paciente se encuentra estable, presentando aumento de perímetro de miembro inferior izquierdo con respecto al contralateral acompañado edema y dolor. Realizamos POCUS, observando ocupación desde vena poplítea hasta cayado de vena safena por material ecogénico, no compresibles y sin flujo doppler. Ante los hallazgos, derivamos a urgencias hospitalarias para valoración, donde se confirma la sospecha de TVP.



ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El paciente vive en una casa adaptable con su esposa, que es la cuidadora principal. Se encuentran en una zona rural con difícil acceso a asistencia especializada.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo

DxD: Tromboflebitis superficial; síndrome postrombótico; insuficiencia venosa crónica; síndrome de compresión venosa.

PLAN DE ACTUACIÓN Y CONCLUSIONES

Tras alta con enoxaparina, presenta empeoramiento progresivo de la disnea. No se valora tromboembolismo pulmonar ni se logra realización de angio-TAC. A la semana presenta disnea súbita que termina en parada cardiorrespiratoria irreversible.

El caso resalta el valor del POCUS en medicina rural para el diagnóstico precoz, autonomía profesional y abordaje integral ante limitaciones estructurales y funcionales del paciente.

PALABRAS CLAVE:

Ultrasonografía; Ecografía Médica; Ultrasonografía doppler; Área Rural; Medicina de Familia; Trombosis de la Vena; Extremidad Inferior.

Ecografía clínica en atención primaria: herramienta clave en el diagnóstico de metástasis cervical de melanoma de origen oculto

Conchilla Parrilla JM^{al}, Ortega Pérez S², Martínez González J²

¹Especialista en MFyC. CS Torredelcampo (Jaén)

²MIR de MFyC. CS Torredelcampo (Jaén)

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años que acude a Atención Primaria por tumoración laterocervical izquierda no dolorosa de 20 días de evolución. En la exploración se detecta masa dura, adherida y no móvil de aproximadamente 2 cm. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Antecedentes familiares oncológicos: hermano con cáncer de vejiga y hermana con cáncer de mama.

Pruebas complementarias

- Ecografía point-of-care: masa sólida heterogénea de 19x14 mm en región submandibular izquierda con bordes irregulares, infiltración glandular y vascularización aumentada. Múltiples adenopatías cervicales patológicas.
- TAC cervicotorácico: lesión sólido-quística bilobulada de 27x25x28 mm sin plano de separación con glándula submandibular e impronta sobre fascia cervical profunda. Adenopatías laterocervicales bilaterales y paratraqueales.
- PAAF: carcinoma maligno compatible con metástasis de melanoma.
- Valoración dermatológica: sin identificación del primario.



Diagnóstico

Metástasis de melanoma en región submandibular izquierda con primario desconocido.

Evolución y tratamiento

Derivación urgente a Cirugía Maxilofacial y valoración en Comité de Tumores que desestimó cirugía. Tratamiento sintomático con analgesia (MST y Sevredol). Evolución con deterioro clínico progresivo y fallecimiento a los cuatro meses.

Conclusiones

- La ecografía point-of-care en atención primaria es una herramienta diagnóstica valiosa que permite la detección inmediata de adenopatías con criterios de malignidad, facilitando una derivación oportuna para confirmación histológica y manejo especializado.
- En pacientes con metástasis de melanoma de localización desconocida, la identificación precoz mediante técnicas de imagen en el primer nivel asistencial es fundamental para acortar tiempos diagnósticos y mejorar la coordinación multidisciplinar.
- La integración de la ecografía en la consulta de atención primaria optimiza el proceso diagnóstico en patologías oncológicas, subrayando su importancia en la mejora de la atención y seguimiento de pacientes con sospecha de neoplasias.

Ecografía que habla: hallazgo fortuito de un síndrome de Zinner en consulta de atención primaria

Caballero Ayala R¹, Pastrana Gallego E¹, Jiménez Ortega S²

¹MIR de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

²Especialista en MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Dolor inguinal izquierdo

Antecedentes Personales: Varón de 32 años sin AMC, ni antecedentes familiares de interés.

Presenta dolor inguinal derecho de 2 meses de evolución con cambios posturales sin traumatismo, sin síntomas digestivos, visto en dos ocasiones previas con tratamiento analgésico.

Exploración: Abdomen blando, dolor sin defensa a la palpación de hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Tira de orina hematuria leve.

Ecografía: Riñón derecho de 12 cm, de ecogenicidad normal, sin dilatación pielocalicial, no se observan litiasis. Ausencia de riñón izquierdo en fosa renal, en el área teórica de **vesícula seminal izquierda se observa imagen polilobulada con múltiples quistes de 4.6cm.**



Diagnóstico diferencial:

Riñón hipoplásico intrapélvico. Displasia quística de vesícula seminal. **Síndrome de Zinner: agenesia renal y dilatación quística de vesícula seminal homolateral.**

Tratamiento: no precisa salvo cirugía si sintomático o infertilidad.

Evolución: Se deriva a urología donde completan estudio con RM y URO-TAC confirmando que se trata de un Sd de Zinner con revisiones anuales.

Conclusión:

El Síndrome de Zinner es una rara malformación congénita urológica masculina. Se desarrolla por una anomalía en el conducto mesonéfrico (de Wolf) entre la cuarta y la decimotercera semana de estación. No es hereditario. Se caracteriza por la combinación de agenesia renal unilateral, quiste de vesícula seminal ipsilateral y obstrucción del conducto eyaculador. Habitualmente es asintomática o produce síntomas como dolor, infecciones recurrentes o problemas de fertilidad. Se diagnostica en la 2ª o 3ª década.

La ecografía en AP además de problemas frecuentes nos ayuda al diagnóstico precoz de enfermedades, malformaciones o variantes anatómicas de forma precoz, en el caso de Síndrome de Zinner se piensa que es un proceso infradiagnosticado ya que en la mayoría de ocasiones es asintomático.

El tercer motivo de consulta: la eco oportunista. Cáncer de mama en un varón

García Gómez F¹, Ramírez Cuenca N², De la Torre Torres P³

¹MIR de MFyC. CS La Alameda. Jaén

²Especialista en MFyC. CS La Carolina (Jaén)

³Especialista en MFyC. Tutora. CS La Alameda. Jaén

CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón 62 años:

HTA, Obesidad grado II, IVC, Hernia umbilical

LUMBOCIATALGIAS AÑOS EVOLUCIÓN

JUNIO 25: 3 MOTIVOS DE CONSULTA

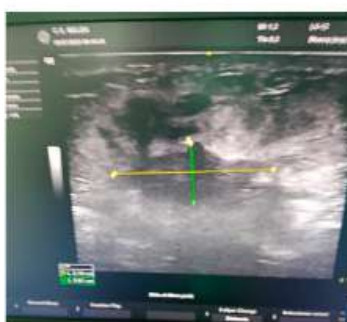
Crisis de lumbalgia irradiada a pierna derecha, de tres meses de evolución, sin mejoría con AINES.

Deseo de perder peso. Acordamos intervención dietética y seguimiento.

Comenta "de pasada" **nódulo en la mama** derecha, seis meses, sin cambios y sin dolor.

EXPLORACIÓN: nódulo palpable, no adherido, doloroso, 3 cm, CSE de la mama derecha, pezón invertido.

ECO EN CONSULTA: una imagen irregular heterogénea, con dos componentes sólidos calcificados, de aspecto sospechoso.



Plan de acción:

- Eco reglada

- **Derivación preferente a consulta de mama.** Biopsia, ca. ductal infiltrante Luminal B de 3 cm, dos adenopatías axilares infiltradas.

- **Comité de tumores** 21/7/25 propone neoadyuvancia.

- Paciente acude a Oncología, dolor lumbar intenso, gammagrafía ósea y TAC, confirmando lesiones líticas L3 y mixta en L5.... **Dolor metastásico** refractario a tratamiento. **Radioterapia antiálgica**

Juicio clínico:

Carcinoma invasivo NOS grado 2 de mama derecha cT2N1M1. RE 95% PR 50% Ki67 35% HER2 1+.

Tratamiento:

Ribociclib + acetato de goserelina (Zoladex) + denosumab. Entra en ensayo clínico con PR-07220060 y se añade letrozol al tratamiento, estando el paciente en este proceso en este momento.

Conclusiones:

- 1- Los pacientes pueden traer **varios motivos de consulta**, y muchas veces el más importante aparece al final. **Escucha activa y la actitud abierta.**
- 2- **Ecografía** en Atención Primaria, nos **cambia el rumbo del diagnóstico**. Ecografía "oportunista" puerta de entrada al diagnóstico. La **formación ecográfica imprescindible del perfil del médico de familia**. Aporta seguridad, disminuye la incertidumbre diagnóstica y nos permite actuar con rapidez y criterio.
- 3- **Sesgo de género**. El cáncer de mama masculino representa menos del 1% de los casos, y eso puede hacer que tanto pacientes como profesionales minimicen los síntomas. Visibilizarlo es fundamental para evitar retrasos diagnósticos.
- 4- La **Atención Primaria** es el lugar donde se ve al paciente en su globalidad: antecedentes, síntomas y contexto. **Mirada integral y la ecografía**, como extensión de nuestras manos, se combinan para hacer verdadera **medicina centrada en la persona**.

Entre el campo y las costillas: la ecografía rural que reveló lo invisible

Caballero Ayala R¹, Díaz Oreste MG¹, Jiménez Ortega S²

¹MIR de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

²Especialista en MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

CASO CLÍNICO

ÁMBITO

MEDICINA RURAL.

MOTIVO DE CONSULTA

Contusión costado derecho de una semana de evolución sin mejoría pese a tratamiento analgésicos tras haber consultado en urgencias hospitalarias.

ENFOQUE INDIVIDUAL

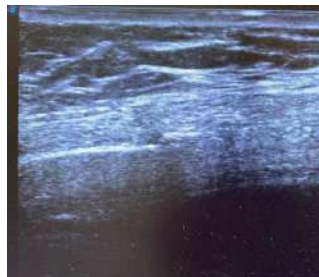
Mujer de 72 años, no RAMc, no hábitos tóxicos ni FRCV. AP: obesidad, psoriasis, colelitiasis, pequeño neurinoma intracanalicular del acústico izquierdo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente afebril, con buen estado general. Sin lesiones cutáneas ni hematomas visibles en la región torácica. Dolor a nivel de arco costal derecho (6ª-7ª costilla en línea axilar media), sin crepitación evidente. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía de tórax y proyección costal (Hospital): sin evidencia de fractura ni alteraciones pleuropulmonares. Ecografía torácica (Consulta AP): discontinuidad cortical en arco costal derecho compatible con fractura costal no desplazada de aproximadamente 2 mm, sin colección pleural ni hematoma asociado.



ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Vive con su esposo en un entorno rural, independiente para ABVD y funciones superiores conservadas.

JUICIO CLÍNICO: Fractura costal no desplazada diagnosticada por ecografía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dolor muscular o miofascial de pared torácica, contusión costal sin fractura, fractura costal oculta no visible en radiografía, neuralgia intercostal, dolor pleurítico o pleuroparenquimatoso.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento analgésico, reposo relativo y evitación de esfuerzos o movimientos bruscos. Se aconsejó ejercicios respiratorios suaves y se dieron medidas de educación sanitaria sobre el control del dolor y signos de alarma.

Revisión en consulta a las 2-3 semanas, donde refiere mejoría progresiva del dolor sin aparición de nuevos síntomas. La evolución clínica es favorable, con recuperación funcional completa al mes del diagnóstico.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista comunitario, se resalta la importancia de disponer de herramientas diagnósticas en entornos rurales que eviten derivaciones innecesarias, reduzcan la sobrecarga hospitalaria y mejoren la continuidad asistencial, además de reforzar la confianza paciente-profesional.

Este caso demuestra que, incluso con recursos limitados como es la ecografía, es clave para una atención integral, cercana y eficaz.

PALABRAS CLAVE

Ecografía, Fractura costal, Dolor torácico, Atención Primaria, Medio rural.

Este dolor de riñones no me deja dormir

Caraballo Ramos I¹, Martínez Chaves M^aV¹, Lara Ojeda RM^{a2}

¹Especialista en MFyC. CS de Villacarrillo (Jaén)

²MIR de MFyC. CS de Villacarrillo (Jaén)

CASO CLÍNICO

Ámbito: Atención Primaria.

Motivo de consulta: Dolor en fosa lumbar.

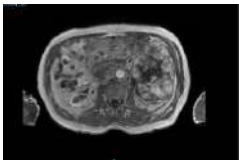
Historia Clínica: Paciente de 75 años sin RAM conocidas. AP ACVA sin secuelas, HTA esencial, obstrucción prostática benigna e hipercoagulabilidad primaria.

Comenzó con dolor lumbar izquierdo irradiado a flanco, de curso intermitente, en los meses previos, sin clínica urinaria ni náuseas. El dolor era de predominio nocturno y le obligaba a pasar las noches sentado en el sofá, ya que así mejoraba. Fue valorado en varias ocasiones en el servicio de urgencias, catalogando el dolor como cólico renal. A la exploración el abdomen era blando, depresible, doloroso en fosa renal izquierda y epigastrio, sin defensa.

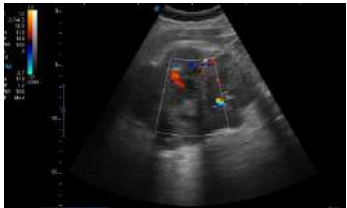
Se realizaron estudios analíticos que incluían función renal, hemograma y bioquímica sin alteraciones. Rx simple abdomen normal. Ante la persistencia del cuadro, se realiza estudio ecográfico en el Centro de Salud, detectando masa en polo inferior del riñón izquierdo de gran tamaño, 16 cm., estructura heteroecoica, bordes lobulados y actividad Doppler.

Ante la persistencia del cuadro, se realiza estudio ecográfico en el centro de salud, detectando masa de gran tamaño en polo inferior del riñón izquierdo, de 16 cm., estructura heteroecoica, bordes lobulados y actividad Doppler.

Se derivó a urgencias hospitalarias y se comenzó el estudio por parte de Urología de forma ambulatoria, con pruebas de imagen, TAC y RM de abdomen y biopsia renal. En el estudio de TAC de Abdomen se confirma la existencia de una masa renal y posible foco de metástasis en páncreas. En biopsia renal se confirma la existencia de **Carcinoma Renal de Células Claras grado 2 en estadio 4, con metástasis en páncreas.**



TAC abdomen



Polo inferior del riñón izquierdo



Diagnóstico diferencial tumores renales

Tumor	Frecuencia	Edad	Características radiológicas	Pronóstico
Carcinoma Células _Claras	70-80%	50-70	Heterogéneo, posible necrosis/hemorragia	Según estadio (T1A:>95%)
Carcinoma Papilar	10-15%	50-60	Hipovascular	Mejor que el de Células Claras
Carcinoma cromóforo	5%	50-60	Homogéneo	Mejor pronóstico
Oncocitoma	3-7%	50-70	Cicatriz central, captación homogénea	Excelente (benigno)
Angiomiolipoma	1-3%	Cualquier	Componente graso patognomónico	Excelente (benigno)
Tumor de Wilms	Niños	2-5	Masa grande heterogénea	90% curación
CA conductos colectores	<1%	40-50	Medular, invasivo	Muy agresivo. Mal pronóstico

Diagnóstico diferencial: dolor miofascial, afectación del colon izquierdo por enfermedad inflamatoria o neoplásica, derrame pleural, patología renal y esplenomegalia.

Evolución: El paciente evolucionó con dolor cada vez más intenso, persistente y náuseas, junto a aumento del volumen abdominal. Se inició tratamiento con tercer escalón analgésico del dolor. Quedó pendiente de iniciar tratamiento con inmunoterapia, que no llegó a administrarse por fallecimiento a los 3 meses del estudio ecográfico en el centro de salud.

Conclusiones: Gracias al acceso a una prueba inocua para el paciente, se puede catalogar de forma rápida enfermedades graves, que no producen alteraciones analíticas o en radiología simple. La anamnesis del paciente sigue siendo el pilar fundamental para el médico, pues hay datos que nos deben hacer sospechar y solicitar más estudios.

Evaluación ecográfica hipertransaminasemia

Berdonces Fernández MS¹, Huertas Barros M¹, Merino de Haro I²

¹MIR de MFyC. CS La Chana. Granada

²Especialista de MFyC. CS de Cenes de la Vega (Granada)

CASO CLÍNICO

CUADRO CLÍNICO:

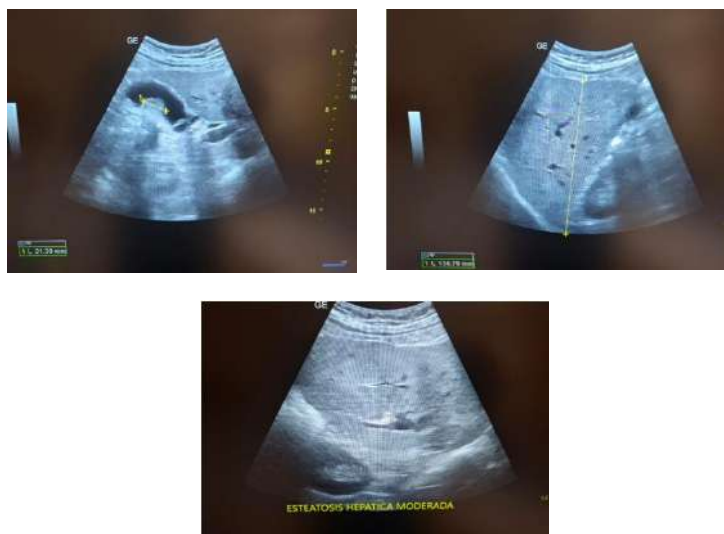
Paciente varón de 79 años con los AP descritos acude a nuestra consulta en centro de salud para control de paciente pluripatológico, se solicitó analítica de control en la cual se objetiva aumento de transaminasas GGT: 624. GOT: 99, GPT: 252, Bt en rango, no síntomas asociados, el paciente refiere ingesta habitual de alcohol.

En la exploración físico abdomen blando depresible sse palpa leve hepatomegalia, no dolor a la palpación profunda, no signos de peritonismo.

Dado los hallazgos analíticos se decide complementar la exploración con una ecografía clínica.

ECOGRAFIA ABDOMINAL

- Área pancreática de difícil visualización por interposición de gas abdominal. Cuerpo pancreático visible sin alteraciones.
- Aorta abdominal no dilatada.
- Vesícula biliar bien replacionada, con lesión creciente de su pared de base ancha, de 1.57 cm hacia la luz vesicular, compatible con neoplasia vesicular.
- Porta y vía biliar no dilatadas.
- Hígado de tamaño normal, con ESTEATOSIS HEPATICA moderada y área de respeto peri-hiliares. Sin LOEs.
- No ascitis.
- Ambos riñones de ecoestructura normal, sin litiasis, LOEs ni hidronefrosis.
- Bazo de tamaño y ecoestructura normal.



CONCLUSIÓN

La ecografía clínica se ha convertido en una herramienta más en la consulta de atención primaria, concebirla como una extensión de la exploración física que acompaña a las maniobras clásicas permite una mayor capacidad resolutive, mejora de la capacidad diagnóstica del médico de familia y comunitaria, nos permite una toma de decisiones con un conocimiento más global de la patología del paciente.

Este caso ilustra como la extensión del estudio del paciente por medio de una ecografía clínica ante valores analíticos alterados permitió una actuación rápida ante un proceso oncológico.

Fiebre y defensa abdominal

Tena Santana G¹, Linares Canalejo A², Santos Estudillo MI³

¹MIR de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)

²Especialista en MFyC. CS Isla Chica. Huelva

³Especialista en MFyC. CS La Orden. Huelva

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Mujer de 72 años de edad pluripatológica con ingreso hospitalario reciente por fractura de cadera izquierda y muñeca izquierda, ambas con resolución quirúrgica tras una caída que sufrió en vía pública. Recientemente se le ha modificado en varias ocasiones el tratamiento deplectivo domiciliario por insuficiencia cardíaca.

Consulta en urgencias de Atención Primaria por cuadro febril de hasta 39°C de tres días de evolución, disminución de la ingesta y dolor abdominal difuso. Es valorada inicialmente en Atención Primaria que ante la clínica de la paciente y el deterioro progresivo que presenta, se decide derivación a urgencias hospitalarias para realizar pruebas complementarias.

Exploración: Impresiona tendencia al sueño y deshidratación leve de la paciente. Mínimo tinte icterico de piel y escleras. La auscultación cardio-respiratoria solo evidencia taquicardia rítmica a unos 110 latidos por minuto. A nivel abdominal muestra dolor abdominal difuso a la palpación, con defensa, adoptando posturas antiálgicas sin colaborar con la exploración.

Pruebas complementarias: En las pruebas de laboratorio se aprecia marcada elevación de transaminasas y enzimas de colestasis junto con elevación de procalcitonina y proteína C reactiva. A nivel del sistemático de orina también se evidencian datos de piuria, pero no parece ser el cuadro responsable del deterioro y clínica de la paciente.

Se realiza ecografía abdominal sin evidenciar lesiones a nivel hepático. No obstante, a nivel biliar, se describe vesícula distendida con abundante barro biliar en su interior y engrosamiento difuso de la pared, lo que podría corresponder con colecistitis aguda. Además, líquido libre difuso en cavidad peritoneal.

Juicio clínico: ITU / cuadro febril autolimitado / Colecistitis aguda (diagnóstico definitivo).



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3

Plan de acción y evolución: Una vez confirmado el diagnóstico, se procede a ingreso en planta de Cirugía General para tratamiento con antibioterapia intravenosa.

Conclusiones: La ecografía permite valorar los cambios en la vía biliar así como pequeñas cantidades de líquido libre intraabdominal; siendo primera prueba de imagen recomendada para valorar un cuadro de colecistitis aguda.

Palabras clave: “Cholecystitis”; “Transaminases”; “Ultrasonography”.

Imagen ecográfica de masa lipomatosa abdominal y déficit de vitamina B¹². Hallazgo incidental

Hernández Miras D¹, Amaya Chica A¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

²Especialista en MFyC. CS Olivillo. Cádiz

CASO CLÍNICO

• Motivo de consulta

Déficit de vitamina B12 y síntomas dispépticos.

• Enfoque individual

-Paciente varón de 62 años de edad. Antecedentes personales destaca EPOC, tromboflebitis en miembros inferiores y obesidad mórbida.

-Acude a consulta del Centro de Salud por síntomas dispépticos de meses de evolución y diarreas episódicas. Refería además aumento de la frecuencia de la micción urinaria.

-La exploración física destaca un abdomen globuloso.

-Analítica de sangre y orina normal, destacando vitamina B12: 148 pg/ml (normal: 160 – 950 pg/ml)

-Ecografía Abdominal ante los síntomas dispépticos que presentaba. Nos llamó la atención la visualización parcial de la vejiga urinaria debido a la observación en hipogastrio de una imagen de masa de características hipo e hiperecogénicas con bordes regulares y sin captación de color, de 9,3 cm (LONG) X 8,6 cm (TRANSV) (fig 1 y 2). Se derivó al paciente de al servicio de Medicina Interna realizándole un TAC IV Abdominal y Pélvico donde se objetivó una masa en hipogastrio-pelvis izquierda (9,1 x 8,1 x 8,8 cms) de estirpe lipomatosa que ejerce efecto masa sobre la vejiga.



Figura 1



Figura 2

• Juicio clínico

Lipoma Abdominal

• Diagnostico diferencial

- Hiperplasia Lipomatosa (Crohn)
- Liposarcoma.

• Plan de acción y evolución

- Der Medicina Interna, seguimiento y manejo conservador

• Conclusiones

- No relación entre déficit vitamina B12 y masa lipomatosa abdominal (incidental)
- Sin embargo, existe una asociación fisiopatológica con enfermedad de Crohn.

Lo que esconde una lumbalgia

Sanchez Soto M

MIR de MFyC. CS de San Juan del Puerto (Huelva)

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta inicial: Lo que esconde una lumbalgia

Descripción del caso: Paciente mujer de 82 años con deterioro cognitivo que acude por dolor lumbar.

*AP: niega hábitos tóxicos, sin cardiopatía ni broncopatía conocidas. Demencia multidominio probable tipo alzheimer GDS 5-6.

*Tratamiento habitual: omeprazol, rifaximina, donezepilo 10mg.

*Situación basal: dependiente para ABVD, camina por casa con andador, vive con su marido, vida cama-sillón.

ente presenta episodio lumbar de dos meses de evolución, con limitación a la deambulación y encamamiento. Fue valorada 48h previas en el SUH or y empastamiento de miembro inferior derecho de inicio agudo, con stico de trombosis venosa profunda proximal con afectación de vena l común y superficial, sin disnea ni dolor torácico yéndose de alta con ia de bajo peso molecular 1mg/Kg/12h. En el día de hoy cuadro sincopal ndos de duración con recuperación lenta y disnea. Presentó también ril.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, bien hidratada y perfundida. Taquipneica, taquicárdica con tensiones en el límite en torno a TAS 95mmhg.

TA: 99/65mmhg, FC: 95lpm, Sat O2: 88% sin aporte que sube a 94% con FIO2 0.35. Afebril.

ACR rítmica, sin soplos. MV conservado con crepitantes en bases.

Abdomen anodino.

MMII: edemas hasta raíz de MID en relación con TVP proximal. MII sin datos de tvp.

Se realiza ecocardioscopia en el centro de salud donde se objetiva (Anexo 1): VD dilatado (VD/VI>1) con inversión del septo interventricular. En aurícula derecha se visualiza extensa formación hiperecogénica móvil, adherida a septo interauricular en relación de trombo intracavitario.

>>Se deriva a hospital de referencia, realizan HBC donde destaca: movilización de troponinas 86 y proBNP de 3319.

Se realiza AngioTC: Defectos de repleción en tronco y ramas principales lobares y segmentarias compatibles con trombosis pulmonar aguda bilateral. Se visualiza trombo intracavitario de unos 3.5cm intraauricular derecha.

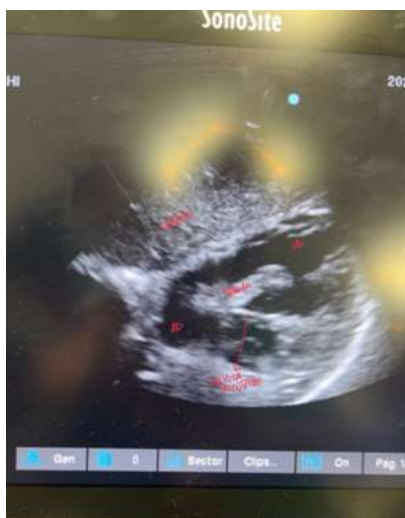
Realizaron consulta con unidad de cuidados intensivos que desestima fibrinólisis quedando ingresada en el servicio de Neumología.

Orientación diagnóstica/juicio clínico: TEP BILATERAL

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar vs. Edema agudo de pulmón vs. Neumonía de origen aspirativa en paciente con demencia

Comentario final: La ecografía point-of-care (POCUS) en atención primaria se revela crucial en este caso, donde un dolor lumbar aparentemente banal en una paciente anciana y dependiente enmascara una cascada tromboembólica potencialmente mortal. Como médico de familia, destaco la importancia de la formación en ecografía, que permitió identificar signos indirectos de tromboembolismo pulmonar (TEP) —como la dilatación del ventrículo derecho y el trombo intracardiaco— y acelerar la derivación hospitalaria. Este enfoque no sólo optimiza el diagnóstico precoz, sino que también reduce la morbilidad y refuerza el papel de la medicina de familia en escenarios críticos. (1) (2)

Palabras claves: Embolia pulmonar, Alzheimer, Ultrasonografía



Más allá de la adenopatía: diagnóstico ecográfico de una dilatación venosa atípica

Real Ojeda RG¹, Jiménez Almenara M², De la Rosa Muñoz D²

¹Especialista en MFyC. Tutora. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

²MIR de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de Consulta:

Persona de 52 años con masa inguinal izquierda indolora de tres semanas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias):

Sin fiebre ni pérdida de peso. A la exploración se palpa nódulo blando, móvil y no reductible. La **ecografía clínica** muestra estructura tubular **anecoica**, de pared fina y **compresible**, con flujo venoso en **Doppler color**, sin signos de herniación ni trombosis, compatible con **dilatación venosa** localizada (**aneurisma venoso**).

Se descartan hernia inguinal, quiste sebáceo o adenopatía reactiva.

Enfoque familiar y comunitario. Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

La paciente y su entorno expresan preocupación por la posibilidad de patología tumoral o herniaria. Se ofrece información clara y tranquilizadora, reforzando la educación sanitaria.

Problemas: masa inguinal, incertidumbre diagnóstica

Diagnóstico diferencial: adenopatía, hernia inguinal, lipoma, quiste, aneurisma venoso.

Plan de acción y evolución:

Se pauta seguimiento clínico con medidas conservadoras, control ecográfico periódico y educación sobre signos de alarma. Derivación diferida a Cirugía Vascular. Evolución favorable, sin complicaciones ni progresión ecográfica.

Conclusiones:

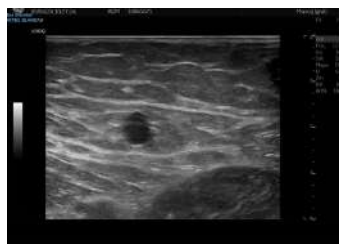
La ecografía clínica en Atención Primaria permite identificar dilataciones venosas atípicas y distinguirlas de otras **masas inguinales**, evitando exploraciones innecesarias y aportando **confianza** y **seguridad** tanto a la persona atendida como al profesional.

Palabras clave:

Ultrasonografía; Atención Primaria de Salud; Aneurisma venoso; Región inguinal.

Ecografía clínica:

Dilatación aneurismática en el tercio proximal de la vena safena mayor derecha con un eje mayor de aproximadamente 1,4 cm. Compresible con el transductor. Doppler color muestra flujo azul, correspondiente a bajas frecuencias venosas, sin trombos en su interior.



Más allá del bulto: utilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de masas cervicales

Real Ojeda RG¹, Jiménez Almenara M², De la Rosa Muñoz D²

¹Especialista en MFyC. Tutora. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

²MIR de MFyC. CS Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de Consulta:

Paciente de 58 años con masa laterocervical de crecimiento progresivo, indolora y sin síntomas acompañantes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias):

Sin fiebre, odinofagia ni pérdida de peso.

A la exploración se aprecia una masa elástica, móvil, sin signos inflamatorios.

La **ecografía clínica** muestra lesión quística **anecoica**, bien delimitada, de **pared fina**, sin tabiques ni vascularización al Doppler. Hallazgos compatibles con **quiste de hendidura branquial**.

Enfoque familiar y comunitario. Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):

Se explica el carácter probablemente benigno de la lesión, disminuyendo la ansiedad del entorno familiar.

Problemas: masa cervical; incertidumbre diagnóstica y preocupación ante posible neoplasia.

Diagnóstico diferencial: quiste branquial, quiste tirogloso, lesión salivar, adenopatía necrótica, lipoma.

Plan de acción y evolución:

Se realiza informe ecográfico y derivación programada a ORL, evitando estudios complementarios innecesarios. Evolución estable hasta valoración especializada.

Conclusiones:

La ecografía clínica en Atención Primaria permite identificar masas cervicales benignas y orientar la derivación de manera eficiente, reduciendo la incertidumbre y mejorando la continuidad asistencial.

Palabras clave:

Ultrasonografía; Atención Primaria de Salud; Cuello; Quistes branquiales.

Ecografía clínica:

Lesión quística en el tercio superior del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, con paredes finas y refuerzo acústico posterior. Doppler negativo.



Náuseas y vómitos que esconden algo más

Calero Pérez M¹, López de Tejada Galisteo A¹, Gómez Salgado C²

¹MIR de MFyC. CS de Aracena (Huelva)

²Especialista en MFyC. CS de Aracena (Huelva)

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Varón de 64 años que acude a urgencias por cuadro de náuseas y vómitos persistentes de un mes de evolución.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia. Sin alergias medicamentosas conocidas. Intervenido previamente de meniscopatía. Tratamiento habitual con enalapril y simvastatina. Anamnesis: cuadro de náuseas y vómitos casi diarios durante un mes, con pérdida de 4 kg de peso. Molestias abdominales difusas, más marcadas en epigastrio e hipocondrio derecho. Alternancia de estreñimiento y diarrea. Niega fiebre.

Exploración física: buen estado general, constantes estables. Abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, sin masas ni megalias. Murphy dudoso, sin irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Analítica: creatinina 3,44 mg/dl (previa 0,75), urea 104 mg/dl, PCR 16,8 mg/L, resto normal. Gasometría venosa sin alteraciones. Ecografía a pie de cama: riñones con dilatación severa bilateral grado III-IV, sin litiasis. Vejiga sin lesiones, impronta prostática. Ecografía abdominal + TC sin contraste: dilatación severa bilateral (>37 mm), próstata aumentada (66 cc) con impronta vesical, vejiga engrosada con divertículo, engrosamiento adenomatoso adrenal izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente autónomo para actividades básicas, buen soporte familiar.

Juicio clínico

Diagnóstico diferencial: litiasis renal, tumor vesical, estenosis ureteral, hiperplasia prostática benigna (HBP).

Diagnóstico principal: uropatía obstructiva bilateral secundaria a HBP.

Plan de acción y evolución

Se realizó sondaje vesical con drenaje inmediato de >1500 cc de orina. Se inició tratamiento con dutasterida + tamsulosina, manteniendo sonda vesical y derivación a consultas de Urología para valoración preferente. Alta hospitalaria estable con recomendaciones de hidratación y seguimiento estrecho.

Conclusiones

La clínica digestiva persistente puede enmascarar causas urológicas. La ecografía en Urgencias y Atención Primaria es clave para detectar uropatías obstructivas.

El sondaje vesical es diagnóstico y terapéutico.

La HBP sigue siendo causa frecuente de obstrucción urinaria en varones de edad avanzada.

Palabras clave

Uropatía obstructiva; Hiperplasia prostática benigna; Ecografía clínica; Retención urinaria.



No es oro todo lo que reluce

Pastrana Gallego EJ, Hernández López A, Meléndez Cruz C

MIR de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Ámbito

Consultorio rural

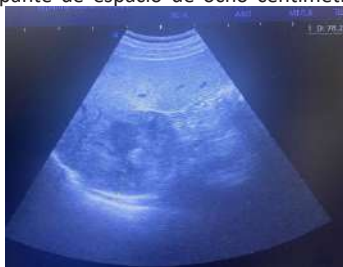
Motivo de consulta

Dolor abdominal

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 70 años, fumador y bebedor activo, HTA, EPOC, hernioplastia inguinal consulta por cuadro de dolor abdominal inespecífico. Exploración física anodina.

Ecografía abdominal: lesión ocupante de espacio de ocho centímetros en de lóbulo hepático derecho.



Enfoque familiar y comunitario

Vive solo, estudios primarios no completados, ha realizado labores agrícolas en su etapa activa.

Juicio clínico:

La sospecha ecográfica inicial era de hepatocarcinoma.

El diagnóstico diferencial incluye metástasis, hiperplasia nodular focal, angioma y adenoma.

Otras posibilidades incluyen los abscesos y el hígado graso focal.

Plan de acción y evolución

Se deriva preferente a Digestivo que realiza TC donde se objetiva masa suprarrenal derecha compatible con feocromocitoma. Se deriva a Endocrinología que realiza PET que confirma feocromocitoma de 9 cm y baja tasa metabólica. La determinación de catecolaminas en orina es normal. Está pendiente de cirugía.



Conclusiones:

La **ecografía tiene sus limitaciones** y puede ser insuficiente para el diagnóstico de feocromocitoma.

A menudo es **imprecisa** y no permite diferenciar con certeza **ni la localización exacta ni si estamos ante un tumor benigno o uno maligno**.

Palabras clave

Ultrasonografía. Feocromocitoma. Abdomen.

Paciente con adenopatías inguinales... ¿y si hacemos una ecografía abdominal?

Utor García L¹, Hernández Miras D¹, Ruz Franzi I²

¹MIR de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

²Especialista en MFyC. CS Olivillo. Cádiz

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Mujer de 90 años, con antecedentes de cáncer de mama en remisión (tratada hace 15 años), hipertensión arterial, dislipemia y EPOC estable. Vive sola, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con buen soporte familiar.

Motivo de consulta: Acude a su centro de salud por aparición de “bultos” dolorosos en región inguinal izquierda de una semana de evolución y molestias vagas en fosa iliaca izquierda.

Exploración física: Normotensa, afebril. Palpación de varias tumoraciones inguinales izquierdas móviles, elásticas, no adheridas a planos profundos, sin signos inflamatorios locales. Abdomen blando, dolor leve en FII sin defensa ni masas palpables.

Pruebas complementarias: Se realiza ecografía en consulta de Atención Primaria:

– Imagen 1: adenopatías inguinales izquierdas con morfología ovalada, hilio conservado, de hasta 22 mm.

– Imagen 2: masa anexial izquierda heterogénea compatible con masa ovárica.

Juicio clínico: Adenopatías inguinales reactivas o metastásicas en paciente con masa anexial izquierda y antecedente oncológico.

Plan: Derivación a Urgencias de Ginecología hospitalaria. Se confirma masa ovárica sólida-quística, iniciándose estudio oncológico y citándose a la paciente para revisión en comité de tumores.

D/D: Adenopatías reactivas; Recidiva metastásica de cáncer de mama; Neoplasia ovárica primaria; Proceso linfoproliferativo; Absceso o linfadenitis supurada

Enfoque familiar y comunitario: Se contacta con la hija principal cuidadora, se revisan apoyos sociales y se programa seguimiento en su centro de salud.

Conclusiones: La ecografía en Atención Primaria permitió detectar precozmente una posible neoplasia ginecológica, agilizando la derivación y optimizando la continuidad asistencial.



Quiste en muñeca derecha de consistencia ósea

Tena Santana G¹, Martínez García F², De Cos Maestre E³

¹MIR de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)

²MIR de MFyC. CS de Huércal-Overa (Almería)

³Especialista en MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Paciente varón de 43 años de edad que consulta por aparición de hace más de un año de lesión quística a nivel de muñeca derecha que refiere que “se ha ido endureciendo” y si bien antes no le dolía, la misma ya le resulta dolorosa al punto de adormecer el resto de la mano.

Exploración: Se aprecia formación quística de pequeño tamaño, redondeada y móvil que impresiona de contenido líquido a tensión, pero no de consistencia ósea.

Pruebas complementarias: Se realiza ecografía con sonda plana, algo dificultad por la irregularidad de la superficie y lo pequeño del campo a valorar. A la misma, se aprecia lesión quística bien delimitada, esférica de contenido homogéneo, impresionando de ganglión, muy próximo al resto de estructuras vasculares a este nivel, las cuales se diferencian bien al aplicar el Doppler-color.

También se aprecia la estrecha relación que presenta el ganglión a estudio, a nivel inferior, con el nervio radial, lo que puede condicionar clínica compresiva y justificar el adormecimiento que el paciente refiere.

Enfoque Familiar y Comunitario: Se trata de un paciente de profesión albañil que padece de lumbalgias recidivantes tratadas con analgésicos orales; siendo valorado por S. de Rehabilitación descartando otras lesiones así como hipertensión arterial esencial en tratamiento con doble terapia.

La utilidad de la ecografía en este caso es para poder diferenciar las características de la lesión, su relación con el resto de estructuras, conocer su composición y poder plantear la opción de aspiración-infiltración de la misma.

Juicio clínico: Se podría plantear el diagnóstico diferencial con un lipoma, aunque la zona es característica de ganglión.

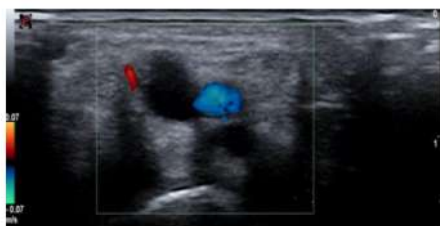


Imagen 1



Imagen 2

Plan de acción y evolución: Se plantea evacuación o cirugía, decidiendo el paciente la primera opción. Es por ello que con control ecográfico se realiza aspiración de contenido líquido – gelatinoso del interior del ganglión y se procede a infiltración de la lesión con trigón con posterior estimulación manual de la misma. A las dos semanas, el paciente vuelve a acudir a la consulta con clara mejoría de las parestesias que percibía en la mano y casi resolución completa del ganglión.

Conclusiones: El interés del caso radica en conocer las características del ganglión así como su posibilidad de infiltración en Atención Primaria.

Palabras clave: “Ganglion”; “Infiltration”; “Ultrasonography”.

Seguimiento ecográfico en atención primaria de una complicación postraumática infrecuente

Guerrero Pérez C¹, García López A²

¹MIR de MFyC. CS de Camas (Sevilla)

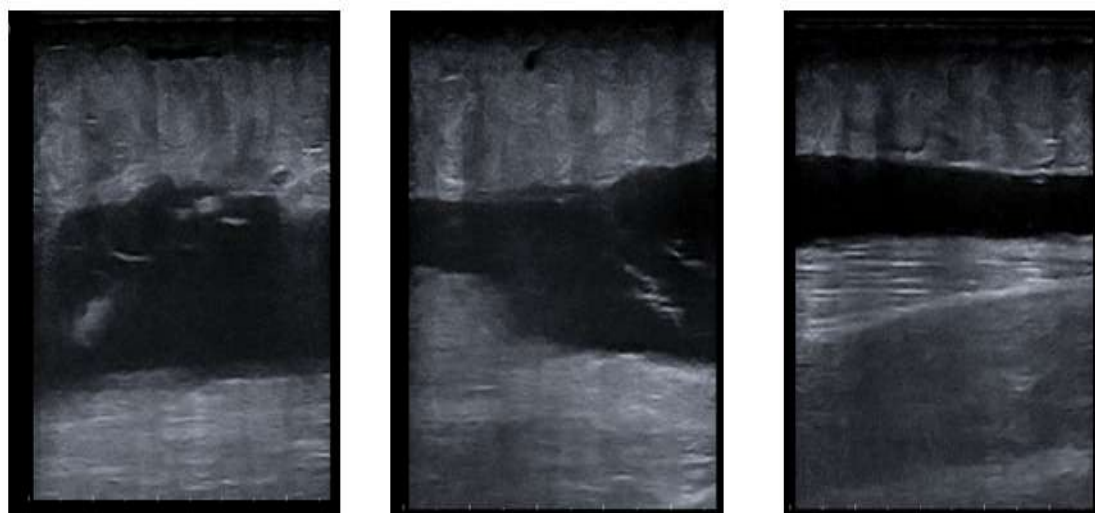
²Especialista en MFyC. CS de Camas (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años que consulta en Atención Primaria tras traumatismo en pierna izquierda secundario a atropello con rueda de su propio vehículo. A pesar de la ausencia de lesión ósea en urgencias, la paciente presentó evolución tórpida con persistencia de dolor y colecciones serohemáticas recurrentes. En seguimiento en el centro de salud se realizaron evacuaciones seriadas, control ecográfico con POCUS y derivaciones hospitalarias ante sospecha de complicaciones como síndrome compartimental o trombosis venosa profunda. Finalmente, se diagnosticó síndrome de Morel-Lavallée.

El caso resalta la importancia del papel de la Atención Primaria en el seguimiento longitudinal, la utilización de la ecografía clínica como herramienta diagnóstica accesible y resolutive, y la detección de signos de alarma que permiten coordinar la atención con el segundo nivel asistencial. Además, se pone de manifiesto la repercusión funcional, laboral y social de este tipo de lesiones, que con frecuencia requieren incapacidad temporal prolongada y generan gran impacto en la vida diaria de los pacientes.

La experiencia demuestra la necesidad de un abordaje integral en Atención Primaria que combine razonamiento clínico, uso de pruebas de imagen en la consulta, prevención de complicaciones y coordinación asistencial para optimizar resultados de salud.



Tumor folicular tiroideo de potencial maligno incierto en mujer de 16 años

Díaz Mengíbar M^aF, Kuwlisky de los Santos M^aA
Especialista en MFyC. CS Montealegre. Cádiz

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 16 años, que acude a consulta no demorable por dolor en hemicuello izquierdo en el contexto de un cuadro de otitis catarral. A los dos meses, consulta de nuevo con su con su médico de familia por bultoma latero cervical izquierdo.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La primera sospecha diagnóstica por la consistencia de la tumoración es la adenopatía reactiva , siendo la segunda de tumoración tiroidea.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se recibe analítica siendo hemograma ,bioquímica y función tiroideas normales .

Se práctica eco clínica cervical anterior con el siguiente resultado: istmo y LTD de dimensiones normales sin lesiones sólidas. LTI aumentado de tamaño, muy heterogéneo, con aumento de vascularización, de dimensiones 27*32*39 mm, impresiona de bocio multinodular porque no se visualizan bien los márgenes de las imágenes pseudonodulares, algunas zonas anecóicas en su interior. No adenopatías patológicas



CONCLUSIONES

La disponibilidad de ecografía clínica en atención primaria, favorece tanto el diagnóstico precoz de patología tumoral, como el acceso al diagnóstico definitivo y su posterior tratamiento

PALABRAS CLAVE

Nódulo tiroideo. Ecografía clínica. Adolescencia

Un cascanueces en nuestra consulta

Lara Ojeda RM^{al}, Martínez Chaves M^aV², Aranda Bellón G¹

¹MIR de MFyC. CS Villacarrillo (Jaén)

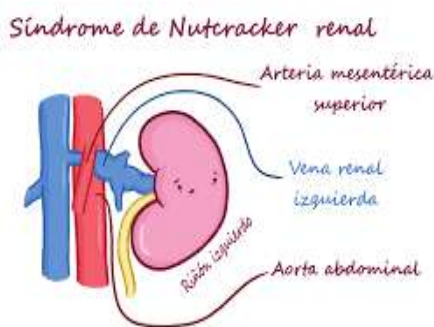
²Especialista en MFyC. CS Villacarrillo (Jaén)

CASO CLÍNICO

Consulta: Paciente de 44 años de constitución asténica que consulta por dolor abdominal difuso recurrente y pérdida de peso (5kg)

Exploración y p. complementarias:

- Dolor a la palpación profunda de flanco izq.
- Uroanálisis: Hematuria +++, proteínas ++ (Resto anodino)
- Recurrencia clínica → **Ecografía clínica:** marcada **estrechez en ángulo aorto-mesentérico** con compresión de la vena renal izquierda en su trayecto entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior). Imagen compatible con **síndrome de cascanueces**.



D.diferencial: litiasis renal, síndrome de intestino irritable, neoplasias o malformaciones vasculares.

MI solicita **TC donde hay falta de alusión de este hallazgo ecográfico**

Conclusión: el dominio de la **ecografía clínica** se consolida como una **herramienta imprescindible** que amplía significativamente nuestras **capacidades diagnósticas**, y mejora la **atención integral** al paciente.

La detección de este síndrome poco frecuente en Atención Primaria reafirma nuestro papel como médicos de primer contacto, capaces de resolver problemas complejos, evitándole así al paciente derivaciones a otros especialistas. De la misma manera, nuestro conocimiento y destreza en la ecografía clínica, realza nuestra **eficiencia en el sistema sanitario**

32^o

CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA **SAMFyC**

12 al 14 de MARZO del 2026

Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol



Torremolinos

Malaga **2026**