

Casos Clínicos

Atención Primaria

CC
AP

JART 2025





JORNADAS ANDALUZAS de RESIDENTES y TUTORES MFyC

SANCTI PETRI

Chiclana de la Frontera, Cádiz



Inscríbete en las jornadas
residentesy tutoressamfyc.com
¡Te esperamos!



28 NOVIEMBRE 2025



HIPOTELS BARROSA PARK



| residentesy tutoressamfyc.com / samfyc@samfyc.es |

#SAMFYC2025



*La atención primaria es el pilar de un sistema de salud eficiente.
(Margaret Chan)*

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
30 diciembre 2025

Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)

Edición de textos: Encarnación Figueredo Sánchez

Diseño y maquetación: Sara Pérez Fajardo (SAMFyC)

Secretaría coord.: Encarnación Figueredo Sánchez (F. SAMFyC)

ISBN-e. 978-84-09-86056-2

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

COORDINADORES

Luis Chávez Gata

Especialista en MFyC. CS La Laguna. Cádiz

J. Joaquín Cordero de Oses

Especialista en MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

REVISORES

M^a Jesús Gómez Salado

Especialista en MFyC. CS Loreto Puntales. Cádiz

Samar N. Hassan Querol

MIR de MFyC

Vocal SAMFyC de Residentes. MIR de MFyC. CS Loreto Puntales. Cádiz

M^a Rosario Mariscal Ocaña

Especialista en MFyC. CS La Laguna. Cádiz

Rocío Medero Canela

Especialista en MFyC

Técnico UDM AFyC Huelva

Pedro Mesa Rodríguez

Especialista en MFyC

Dispositivo de apoyo Aljarafe. ZBS Camas. Sevilla

Alicia Morales Navarro

Especialista en MFyC. CS El Olivillo. Cádiz

Alberto Pajarón Álvarez

MIR de MFyC

Vocal SAMFyC de Residentes. MIR de MFyC. CS La Línea Poniente. Cádiz

Rafael Perestrello Salas

Especialista en MFyC. CS El Olivillo. Cádiz

Luis Utor García

MIR de MFyC. CS El Olivillo. Cádiz

AUTORES

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

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

ACUÑA ZAMBRANO LIDIA	Médica Residente de MFyC. CS Olivar de Quintos. Sevilla
AGREDANO TORQUEMADA GRACIA	Médica Especialista en MFyC. CS San Felipe. Jaén
AGUILAR PEÑA LOLA	Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva
AGUILERA MARTOS NIEVES	Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada
ALGORRI FERRERO SARA ISABEL	Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla
ANDRADE SAGONE JOSÉ MANUEL	Médico Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada
ANDRÉS BELMONTE CLARA	Médica Especialista en MFyC. CS Ejido Norte. Almería
BOLIVAR SÁNCHEZ MARÍA	Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén
BURGOS FORTE CRISTINA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz
BYRNE ESPAÑA MARÍA PALOMA	Médica Residente de MFyC. CS San Miguel Torremolinos. Málaga
CALERO PÉREZ MANUEL	Médico Residente de MFyC. CS Los Marines-Cortelazor. Aracena. Huelva
CASAS REYES PILAR	Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Alborán. Almería
CASTILLO BURGOS DAVID ÓSCAR	Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Maribáñez. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
CASTILLO JIMENA MARCOS	Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Campillos. Antequera. Málaga
CASTRO BUSTOS IVETTE VERONICA	Médica Residente de MFyC. CS Alborán. Almería
CHARLO PUMAR M ^a TERESA	Médica Residente de MFyC. CS San Isidro.Los Palacios y Villafranca. Sevilla
CHARLO PUMAR MARTA	Médica Residente de MFyC. CS La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
CLARO FABRELLAS ROSA MARÍA	Médica Especialista en MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla
CONDE RUIZ FRANCISCO	Médico Especialista en MFyC. CS de Vicar. Almería
CONTRERAS ROCA M ^a BELÉN	Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS San Miguel. Torremolinos. Málaga
CORREA GÓMEZ VERÓNICA	Médica Especialista en MFyC. CS Motril Este. Granada
CUENCA DEL MORAL REBECA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS San Miguel. Torremolinos. Málaga
CUETO CAMARERO M ^a DEL MAR	Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén
DE LA ROSA MUÑOZ DOMINGO	Médico Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
ESCUDERO DOMÍNGUEZ LUCÍA	Médica Residente de MFyC. CS San Isidro.Los Palacios y Villafranca. Sevilla
ESPINAL SÁNCHEZ MARINA	Médica Residente de MFyC. CS San Isidro.Los Palacios y Villafranca. Sevilla
RUIZ RULL CRISTINA ESTHER	Médica Especialista de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería
ESTRADA AYALA PABLO	Médico Especialista de MFyC. CS Montellano. Sevilla
FERNÁNDEZ MORÁN MARÍA JOSÉ	Médica Especialista de MFyC. CS Montequinto. Sevilla
FERRERFRÍAS M ^a DELMAR	Médica Especialista de MFyC. CS La Zubia. Granada
FILELLA SIERPES AMALIA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva
FONTALBA NAVAS MONTSERRAT	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Antequera Estación. Málaga
FORNELL LÓPEZ GONZALO	Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS El Toyo. Retamar. Almería
GALLARDO GARCÍA INMACULADA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Chana. Granada
GÁMEZ NAVARRO MARÍA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
GARCÍA BARBARROJA ADRIÁN	Médico Residente de MFyC. CS La Chana. Granada
GARCÍA RAMÓN MARÍA JOSÉ	Médica Especialista en MFyC. CS La Cañad., Almería
GARZÓN POLANCO MARÍA	Médica Residente de MFyC. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla
GENEROSO TORRES CARMEN	Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén
GÓMEZ RODRÍGUEZ SILVIA	Médica Especialista de MFyC. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz
GÓMEZ SALGADO M ^a CINTA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Los Marines-Cortelazor. Aracena. Huelva
GONZÁLEZ VICO CLARA	Médica Especialista en MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga
GRANDE RUIZ ANTONIO	Médico Residente de MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla
HUERTAS BARROS MIRIAM	Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada
HUERTAS ROMERO ANA	Médica Residente de MFyC. CS La Mojenera. Almería
IGLESIAS ALMAGRO M ^a DOLORES	Médica Residente de MFyC. CS de Adra. Almería
JIMÉNEZ FELICES CARMEN M ^a	Médico Especialista de MFyC. CS Oliveros. Almería
JIMÉNEZ ALMENARA MÓNICA	Médica Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva Alcalá de Guadaíra. Sevilla

JÓDAR REYES MARÍA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Zubia. Granada
KADASIOVA KATARINA	Médica Residente de MFyC. CS San Felipe. Jaén
LA RUBIA GARCÍA MERCEDES	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Alameda. Jaén
LARA MORENO CELINDA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Villanueva de Algaidas. Málaga
LEÓN AGUILAR LAURA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Campillos. Antequera. Málaga
LINARES CANALEJO ANAIS	Médica Especialista de MFyC. CS Isla Chica. Huelva
LINKIMAITTE LAZAUSTAS EVA	Médica Residente de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería
LÓPEZ DE TEJADA GALISTEO ÁNGELA	Médica Residente de MFyC. CS Aracena. Huelva
LÓPEZ GÓMEZ JAIME JUAN	Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
LÓPEZ MELGUIZO INMACULADA	Facultativa de Archivos y Bibliotecas. Biblioteca P. M. Granada
LÓPEZ-UNZU LÓPEZ ÁLVARO	Médico Residente de MFyC. CS El Arahal. Sevilla
LUQUE VARGAS RAQUEL	Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla
MADRID MARTOS MANUEL	Médico Especialista en MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga
MAIRENA FERNÁNDEZ VICTOR ALFONSO	Médico Especialista en MFyC. Hospital de La Linea de la Concepción. Cádiz
MANZANO VÁZQUEZ MARÍA YLENIA	Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga
MAÑERO VIERA LIDIA	Médica Residente de MFyC. CS de San Roque. Cádiz
MARÍN SERRALVO IGNACIO	Médico Residente de MFyC. CS Antequera Estación. Málaga
MARISCAL OCAÑA M ^a DEL ROSARIO	Médica Residente de MFyC. CS La Laguna. Cádiz
MARTÍN LÓPEZ SOFIA	Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
MARTÍNEZ GARCÍA FRANCISCO	Médico Residente en MFyC. Cs Huércal-Overa (Almería)
MARTOS LUQUE SONIA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Ejido Norte (Almería)
MATEOS GÓMEZ ANA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
MILLÁN LÓPEZ AMALIA	Médica Residente de MFyC. CS Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla
MOGUER GALÁN M ^a CARMEN	Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
MORALES NAVARRO ALICIA	Médica Residente de MFyC. CS Olivillo. Cádiz
MORENO PÉREZ AGUSTÍN	Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Sevilla
MUÑOZ BELTRÁN ENRIQUE	Médico Residente de MFyC. CS San Felipe. Jaén
MURCIA GUTIÉRREZ LORENA	Médica Residente de MFyC. CS La Alameda. Jaén
NOGUERA SÁNCHEZ LIDIA	Médica Especialista de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva
OCAÑA ONCALA JUAN PEDRO	Médico Residente de MFyC. CS Velada. La Linea de la Concepción. Cádiz
OLIVA MORALES MARINA	Médica Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería
OLLERO RODRÍGUEZ TERESA CRISTINA	Médica Residente de MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla
PÁEZ ORDOÑO ANA	Médica Residente de MFyC. CS Oliveros. Almería
PAJARÓN ÁLVAREZ ALBERTO	Médico Residente de MFyC. CS Poniente. La Linea de la Concepción. Cádiz
PALLARÉS PADRÓN SOFÍA	Médica Especialista de MFyC. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Las Palmas de Gran Canaria
PEREDA MATEOS RODRIGO	Médico Residente de MFyC. CS Cayetano Roldán. Cádiz
PÉREZ LÓPEZ ROSA M ^a	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Línea-Poniente. Cádiz
PEREZ MATOS VERONICA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
PÉREZ SÁNCHEZ SILVIA	Médica Especialista en MFyC. CS de Adra. Almería
PINILLA GONZÁLEZ M ^a DEL CARMEN	Médica Residente de MFyC. CS de Maribáñez. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
RAMÍREZ ARROLLO FRANCISCO MIGUEL	Médico Especialista de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva
RAMOS LUNA PAULINA	Médica Residente de MFyC. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
REAL OJEDA ROCÍO GUADALUPE	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
RECHE FERNÁNDEZ IVÁN	Médico Residente de MFyC. CS Mollina. Málaga
REQUENA CARRIÓN ESTEBAN	Médico Especialista en MFyC. Tutor. Cs Huércal-Overa. Almería
RIVERA FRESNEDA CRISTINA ELOISA	Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ PATRICIA	Médica Residente de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz
RODRÍGUEZ JIMÉNEZ CARMEN	Médica Residente de MFyC. CS Villanueva de Algaidas. Málaga
ROLDÁN PÉREZ BLANCA	Médica Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva
ROMERO FERNÁNDEZ PALOMA	Médica Residente de MFyC. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla
RUBIO POLO MARÍA DEL MAR	Médica Residente de MFyC. CS Ejido Norte. Almería
RUIZ CARRASCO PALOMA	Médica Especialista de MFyC. CS Jamilena. Torredelcampo. Jaén
RUIZ RULL CRISTINA	Médica Especialista de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería
SALVADO ROMERO SILVIA	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Roque Sur. Cádiz
SÁNCHEZ CASAS VICTORIA	Médica Residente de MFyC. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
SÁNCHEZ SOTO MARTA	Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva
SÁNCHEZ-BAYTON GRIFFITH SOFÍA	Médica Especialista de MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga
SANTOS COLLADO ALEJANDRO	Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva
SANTOS ESTUDILLO MARCOS ISIDRO	Médico Especialista de MFyC. CS La Orden. Huelva
SEBASTIÁN LACAVE ISABEL	Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios. Sevilla
SOLBES PINA ESTELA	Enfermera especialista VIH e ITS. Hospital Clínic Barcelona
TENA SANTANA GONZALO	Médico Residente de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva

TOBOSO CAMPOS M^a DE LOS ÁNGELES
TORRES CHECA M^a AZUCENA
TRUJILLO FRANCO PABLO
VALERO GUTIÉRREZ ÁLVARO
VALERO SOLERA CAROLINA
VÁZQUEZ DE TOLEDO MARCELO
VEGA SÁNCHEZ ELENA
VICENTE ALCOBA PALOMA
VILLÉN QUIRANTES ANGELA
VILLEN A RRIOLA EVA M^a

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Cabezas de San Juan. Sevilla
Médica Residente de MFyC. CS El Toyo. Retamar. Almería
Médico Residente de MFyC. CS de Campillos. Málaga
Médico Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva
Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada
Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva
Médica Residente de MFyC. CS Rodríguez Arias. Cádiz
Médica Especialista en MFyC. CS Almargen. Antequera. Málaga
Médica Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla
Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada



Nos reunimos en Chiclana de la Frontera para celebrar estas octavas JART, jornadas de residentes y tutores de la SAMFyC. Un año más, conseguimos crear ese espacio que ya es nuestro: un lugar donde el compañerismo, la formación y la educación vuelven a ser los protagonistas. Porque al final, esto es lo que nos mantiene vivos como profesionales: compartir, aprender y crecer juntos.

Estas jornadas están pensadas por y para vosotros, los residentes. Para los que venís con ganas de aprender, de interesaros por lo que hacéis y de encontrar nuevos enfoques en la clínica del día a día. Pero también son un espacio donde queremos reconocer y agradecer la figura del tutor. Ese referente que, muchas veces con más cansancio del que merece, sigue ahí, tomándonos de la mano, guiándonos sin recibir nada a cambio más allá de la satisfacción de ver cómo sus residentes se convierten en grandes profesionales. Hoy, lo que vamos a presentar son casos clínicos. Son historias reales, vividas en consulta, en urgencias, en domicilios. Son esas situaciones que nos hicieron dudar, que nos llevaron a repasar los libros, que nos enseñaron algo nuevo. Porque al final, la excelencia no está en no equivocarse, sino en saber compartir lo que aprendemos de cada paciente. Queremos dar las gracias a los tutores por vuestra paciencia y dedicación, y a los residentes por vuestro entusiasmo y por atreveros a compartir vuestras experiencias. Sin vosotros esto no sería posible.

Por último, un sincero agradecimiento a todo el equipo del comité científico y organizador, así como a los docentes, por el enorme trabajo que habéis echado sobre vuestros hombros para que estas jornadas sean una realidad. Detrás de cada detalle hay un esfuerzo que no siempre se ve, pero que hoy queremos reconocer. Y, por supuesto, a la secretaria de SAMFyC, por estar siempre a nuestro lado, brindándonos no solo vuestra profesionalidad, sino también esa calidez humana que nos acompaña y nos hace sentir como en casa. De verdad, gracias a todos.

Así que, sin más, os invito a disfrutar del contenido de este libro.

Jesús Pardo
Presidente SAMFyC

ÍNDICE

CASO	TÍTULO	
1	8/567 CHEMSEX: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA	13
2	8/524 DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ≠ PLANIFICACIÓN DE DECISIONES ANTICIPADAS: DE LO LEGAL A LO CLÍNICO	14
3	8/523 SEGUIMIENTO POST-IVE... DEL VACÍO A LA OPORTUNIDAD	15
4	8/525 SÍNTOMAS VAGOS, DIAGNÓSTICOS SERIOS: RED FLAGS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LA SOSPECHA CLÍNICA	16
5	8/522 A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO Y FIEBRE	19
6	8/543 A PROPÓSITO DE UNA VÉRTEBRA ROTA: EL ARTE DE SOSPECHAR LO INVISIBLE	22
7	8/558 ABORDAJE DE DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE CON USO DE ANABOLIZANTES EN URGENCIAS	24
8	8/529 ABORDAJE DE LA DISLIPEMIA RESISTENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	27
9	8/575 ABORDAJE INTEGRAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTE PALIATIVO NO ONCOLÓGICO POR PATOLOGÍA HEPÁTICA	28
10	8/582 AL SEÑOR JOHN LE GUSTAN MUCHO LOS GATOS	31
11	8/517 ANEURISMA AÓRTICO INFRARRENAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN RADIOGRAFÍA: LA IMPORTANCIA DE MIRAR MÁS ALLÁ DEL MOTIVO DE CONSULTA	33
12	8/515 CHAPUZÓN TRAUMATOLÓGICO	35
13	8/512 ¿CÓLICO DEL LACTANTE O ALERGIA A LA PROTEÍNA LECHE DE VACA (APLV)?	37
14	8/552 CUANDO EL CEREBRO PIERDE EL COMPÁS: UNA CEREBELITIS QUE DESBALANCEO TODO	39
15	8/548 CUANDO EL PÁNCREAS HABLA: UN MISTERIO ENTRE NEOPLASIA E INFLAMACIÓN AUTOINMUNE	42
16	8/576 CUANDO LA PIEL ALERTA: ERITRODERMIA COMO DEBUT DE UN LINFOMA T	45
17	8/544 CUANDO LA TENSIÓN SE DISPARA Y LA VISIÓN SE DESDOBLA: UN CASO DE DIPLOPÍA EN URGENCIAS	48
18	8/520 CUANDO UNA REACCIÓN CUTÁNEA NO ES LO QUE PARECE	50
19	8/565 CUIDADO CON EL BOTOX. A PROPÓSITO DE UN CASO	52
20	8/545 DE LA ADENOPATÍA A LA SÍFILIS	54
21	8/541 DE UN SÍNCOPE INOCENTE A UNA SOSPECHA MAYOR: EL VALOR DEL HALLAZGO INCIDENTAL	56
22	8/541 DEBUT HIPERTENSIVO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ANGINA INESTABLE: LA IMPORTANCIA DE UNA REEVALUACIÓN CLÍNICA PRECOZ	58
23	8/556 DEL CATARRO A LA CAVITACIÓN: EL RETO DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA NECROTIZANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	59
24	8/547 DOCTOR, MI PERFUME NO FUNCIONA	62
25	8/560 DOCTOR/A, ME MAREO CUANDO ME LEVANTO	64

ÍNDICE

CASO	TÍTULO	
26	8/580 DOCTORA, ¡NO PUEDO COMER!	66
27	8/531 DOCTORA, NO VEO LAS LETRAS DE LAS MATRÍCULAS	68
28	8/559 DOCTORA, RECÉTEME UNA PASTILLITA PARA LA ANSIEDAD	70
29	8/540 DOCTORA, TENGO UN PECHO INFLAMADO	73
30	8/540 DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A ESFUERZO MUSCULAR	75
31	8/551 DOCTORA, TENGO UN PECHO INFLAMADO	77
32	8/566 DOLOR, COLOR Y PESO PERDIDO: LAS SEÑALES IGNORADAS DE UN PROCESO MAYOR	79
33	8/549 ENFERMEDAD OCULTA EN LOS SÍNTOMAS DE SIEMPRE	81
34	8/542 ESCUCHAR AL PACIENTE, DETECTAR A TIEMPO: EL VALOR DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CASOS COMPLEJOS	83
35	8/568 FA DE NOVO EN MUJER JOVEN TRAS CORTICOTERAPIA	85
36	8/563 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO	87
37	8/539 HELL! ¡AYÚDAME!	88
38	8/530 HAY AMORES QUE ENFERMAN, LITERALMENTE	90
39	8/514 HEMATOSPERMIA EN EL SIGLO XXI: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA PARA UNA ENFERMEDAD MILENARIA	92
40	8/510 INFARTO ENMASCARADO	95
41	8/513 INFECCIÓN UNGUEAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA ASOCIADA A UÑAS ACRÍLICAS: CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	97
42	8/554 CEFALEA NOS DA SEÑALES	99
43	8/518 LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	102
44	8/569 LA PIEL HABLA PRIMERO: DERMATITIS HERPETIFORME Y CELIAQUÍA	104
45	8/577 LA SEÑORA SIMPSON NO SE CREE QUE SU UROCULTIVO SEA NEGATIVO	106
46	8/521 LESIÓN CEREBRAL OCUPANTE DE ESPACIO EN PACIENTE MAYOR CON CONTEXTO FAMILIAR COMPLEJO	108
47	8/561 LUMBALGIA COMÚN, DIAGNÓSTICO EXTRAORDINARIO: UN LLAMADO A LA VIGILANCIA CLÍNICA	111
48	8/546 MALESTAR PSICOLÓGICO, UN ABORDAJE COMUNITARIO	113
49	8/519 MAREOS DE CAUSA MULTIFACTORIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	115
50	8/527 MALESTAR PSICOLÓGICO, UN ABORDAJE COMUNITARIO	117
51	8/581 MÁS ALLÁ DE LA FIEBRE	119
52	8/528 MÁS ALLÁ DEL CANSANCIO: EL DESENLACE DE UN SÍNDROME CONSTITUCIONAL CON DIAGNÓSTICO TARDÍO	121
53	8/570 MÁS QUE UN DOLOR ABDOMINAL: DIAGNÓSTICO DE MIELITIS TRANSVERSA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	123

54	8/553	NEUMO PARECE, PERO AIRE NO ES. A PROPÓSITO DE UN CASO	126
55	8/537	NO TODO LO QUE BRILLA ES APENDICITIS	128
56	8/534	OPTIMIZACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTE POLIMEDICADO	130
57	8/550	PARESTESIAS QUE SON MÁS DE LO QUE PARECEN	132
58	7/336	PICADURA DE ARAÑA EN LA CUENCA MEDITERRÁNEA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA	134
59	8/557	POLIMEDICACIÓN CUANDO NO TOCA: DEPRESCRIPCIÓN ACTIVA A PROPÓSITO DE UN CASO	137
60	8/532	PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN VIH NO OCUPACIONAL	140
61	8/579	PRURITO PERSISTENTE Y ASTENIA: LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	141
62	8/578	PRURITO Y ESTRÉS	143
63	8/526	¡QUÉ PUBERTAD MÁS MALA!	145
64	8/571	RECUERDA IR A TUS REVISIONES. ABORDAJE DE ADENOPATÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	147
65	8/562	RETRASO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	149
66	8/535	SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABÉTICO "TECNIFICADO"	152
67	8/533	TEMBLOR ESENCIAL O ALGO MÁS: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL DIAGNÓSTICO	155
68	8/574	TEP DE RIESGO INTERMEDIO QUE SIMULA SCASEST	157
69	8/572	UN DIAGNÓSTICO NO TAN COMÚN	159

01. 8/567 CHEMSEX: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA

María Paloma Byrne España

Médica Residente de MFyC. CS San Miguel Torremolinos. Málaga

María Belén Contreras Roca

Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS San Miguel. Torremolinos. Málaga

Rebeca Cuenca del Moral

Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS San Miguel. Torremolinos. Málaga

Introducción: ¿Qué es el chemsex? Es el uso de drogas para intensificar, prolongar o facilitar los encuentros sexuales entre gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH).

Principales drogas usadas		
Droga	Efectos	Riesgos principales
Metanfetamina "Tina"	Euforia, aumento de la energía, deseo sexual, disminución del apetito y la necesidad del sueño.	Riesgo ITS, psicosis, pérdida de memoria, deterioro cognitivo, riesgo de VIH/hepatitis por inyección.
GHB / GBL "G o Gina"	Desinhibición, aumento del placer	Alta probabilidad de sobredosis, depresión respiratoria (alcohol) , dependencia, síndrome abstinencia grave.
Mefedrona	Euforia, deseo sexual, empatía	Riesgo ITS, problemas cardíacos, paranoia, dependencia, riesgo de VIH/hepatitis por inyección
Poppers	Relajación muscular, euforia	Lesiones en mucosas, cefalea, daño cardiovascular (hipotensión), peligroso con medicamentos para disfunción eréctil.
Alpha-PVP	Energía, libido elevada, reducción de las inhibiciones	Toxicidad, efectos adversos graves y conductas sexuales de alto riesgo

⚠️ Riesgos asociados

- **Salud física:** ITS (VIH, sífilis, hepatitis C), sobredosis, deshidratación, daños vasculares.
- **Salud mental:** ansiedad, depresión, aislamiento, adicción, síntomas psicóticos.
- **Sociales:** estigma, discriminación, pérdida de redes de apoyo y problemas laborales.
- **Relacionales:** sexo sin consentimiento, pérdida de límites personales.

🏠 Abordaje desde Atención Primaria

- Abordaje **integral** de la salud de la persona.
- Adecuada **entrevista sobre drogas y sexualidad**.
- Promover **educación sexual**. Comprobar **estado vacunal** (hepatitis A y B y virus del papiloma). Solicitar de **serologías** (sífilis, VIH y cribado de otras ITS). En caso indicado, valorar **PrEP**.
- Enfoque **multidisciplinario** coordinando con salud mental, centro de adicciones y el hospital.
- Derivar a recursos especializados y ONG, destacando **Apoyo Positivo, Imagina Mas**, o el programa **Chemsex Support de Stop Sida**.

🛡️ Reducción de riesgos

Antes de la sesión:	Durante la sesión:	Después de la sesión:
<ul style="list-style-type: none"> • Informarse sobre las sustancias y sus efectos. • Llevar tus propias drogas. • Evitar mezclas peligrosas (GHB + alcohol). • Pactar límites y duración de la sesión, ir acompañados. • Llevar medicación necesaria (PrEP, TAR). Usar pastillero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener hidratación y alimentación. • No compartir jeringuillas ni utensilios. • No inyectarse en capilares ni genitales. • Darse un descanso en la sesión. • Llamar al 112 ante pérdida de conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cribado de ITS y valorar PEP/PrEP. • Descansar física y mentalmente. Evitar conducir. • Buscar apoyo psicológico o comunitario. • Comprobar píldoras, olvido de medicación.

Bibliografía: Ávila-Tomás JF, Valentín-Tirado J, Arias Ramírez D, Carrasco-Munera A, Carvera-Centenero JM. Chemsex: un problema de salud pública desde la perspectiva de la Atención Primaria de salud. Rev Clín Med Fam. 2025;18(1):29-38. doi:10.55783/rcmf.180106.

02. 8/524 DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ≠ PLANIFICACIÓN DE DECISIONES ANTICIPADAS: DE LO LEGAL A LO CLÍNICO

Rocío Guadalupe Real Ojeda

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Mónica Jiménez Almenara

Médica Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Domingo de la Rosa Muñoz

Médico Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Documento de Voluntades Anticipadas ≠ Planificación de Decisiones Anticipadas

DVA ≠ PAD: DE LO LEGAL A LO CLÍNICO

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

- ¿Qué es? Documento legal, formal, inscrito en el registro oficial.
- ¿Cuándo se consulta? En situaciones de incapacidad del paciente, cuando no puede expresar su voluntad. El paciente puede dar su consentimiento para que un médico acceda a ella.
- ¿Quién lo valida? Jurisdicción sanitaria/autonómica. Se accede desde la historia clínica o de forma telemática si la asistencia es extrahospitalaria.
- Limitación: Riesgo de interpretaciones frías o alejadas del contexto del paciente.

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD)

- ¿Qué es? Proceso clínico y comunicativo, dinámico, en consulta con el médico de familia y otros profesionales.
- ¿Cuándo se realiza? A lo largo de la evolución del paciente (enfermedades crónicas avanzadas, fragilidad, final de vida).
- ¿Quién participa? Paciente, familia y equipo de Atención Primaria.
- Ventaja: Permite ajustar decisiones a valores y contexto, más allá del simple documento.

VS

DVA ≠ PAD: DOCUMENTO VS PROCESO

- DVA SE CONSULTA EN INCAPACIDAD
- PAD SE REvisa Y ACTUALIZA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

El DVA protege DERECHOS. La PAD convierte esos derechos en CUIDADOS REALES. El médico de familia es el PUENTE entre ambos.

LEY 5/2003, DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (ANDALUCÍA).
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA.
MINISTERIO DE SANIDAD,
SAMFYC - GRUPO DE BIOÉTICA, PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES.

03. 8/523 SEGUIMIENTO POST-IVE... DEL VACÍO A LA OPORTUNIDAD

Rocío Guadalupe Real Ojeda

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Mónica Jiménez Almenara

Médica Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Domingo de la Rosa Muñoz

Médico Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

EL VACÍO

- Sin protocolos claros en Atención Primaria (AP).
- Circuitos asistenciales desiguales según la zona.
- Mujeres solas y desamparadas tras la IVE.

UN SEGUIMIENTO POCO ESTRUCTURADO QUE GENERA INCERTIDUMBRE Y SENSACIÓN DE ABANDONO.

LAS CONSECUENCIAS

- Complicaciones físicas sin detectar ni tratar.
- Impacto emocional sin apoyo profesional.
- Nuevos embarazos no planificados.
- Repetición de IVEs evitables.

SIN SEGUIMIENTO, SE AUMENTA LA VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES Y SE PERPETÚA EL CICLO DE RIESGO.

LA OPORTUNIDAD

- El médico de familia como referente cercano.
- Revisión clínica y apoyo emocional tras la IVE.
- Planificación anticonceptiva segura y personalizada.
- Educación sexual y acompañamiento integral.

EL SEGUIMIENTO EN AP TRANSFORMA EL VACÍO EN UNA OPORTUNIDAD DE PREVENCIÓN Y CUIDADO.

Un protocolo claro

Una mujer acompañada

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA IVE. MINISTERIO DE SANIDAD, 2025.
SAS. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA IVE (PE-OBS-13).
LEY ORGÁNICA 2/2010 DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

04. 8/525 SÍNTOMAS VAGOS, DIAGNÓSTICOS SERIOS: RED FLAGS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LA SOSPECHA CLÍNICA

Clara Andrés Belmonte

Médica Especialista en MFyC. CS Ejido Norte. Almería

Estela Solbes Pina

Enfermera especialista VIH e ITS. Hospital Clínic Barcelona

Eva Linkimaite Lazauska

Médica Residente en MFyC. CS Virgen del Mar. Almería



EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Diferenciar síntomas comunes de patologías graves en Atención Primaria es un reto. Identificar síntomas inespecíficos es crucial.



ALERTAS TEMPRANAS: RED FLAGS

Síntomas vagos son la primera pista de enfermedades serias (neoplasias, autoinmunes, infecciones). Su detección temprana es vital.



ENFOQUE SISTEMÁTICO

Una mentalidad sistemática para identificar patrones de alarma facilita diagnósticos y derivaciones eficientes.



OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La acción rápida y precisa mejora el pronóstico del paciente y optimiza los recursos sanitarios.

CUANDO EL PACIENTE LLEGA CON...

ASTENIA / FATIGA PERSISTENTE

Cansancio que no mejora con el descanso y limita actividades habituales.



PÉRDIDA DE PESO NO INTENCIONADA

Reducción de peso significativa sin cambios en dieta o ejercicio.

TOS CRÓNICA

Tos persistente durante más de 3-4 semanas sin mejoría.



DOLOR LUMBAR PERSISTENTE O NOCTURNO

Especialmente si interrumpe el sueño o no responde a analgésicos habituales.

SUDORACIÓN NOCTURNA INTENSA

Sudores que empapan la ropa de cama sin causa aparente.



SANGRADOS O HEMATOMAS INEXPLICABLES

Hemorragias espontáneas o equimosis sin traumatismo previo.

ANOREXIA O CAMBIOS EN EL APETITO

Disminución significativa del apetito acompañada de otros síntomas.



Estos síntomas inespecíficos exigen una valoración minuciosa, ya que pueden ser la primera señal de enfermedades graves. Una anamnesis detallada y la escucha activa son clave para establecer la sospecha clínica adecuada y no minimizar la preocupación del paciente.

RED FLAGS: ¡NO LAS IGNORES!

ALTA URGENCIA - DERIVAR DE INMEDIATO

- Pérdida de peso rápida y significativa (>5% en 6 meses)
- Dolor que despierta al paciente por la noche
- Hemoptisis o sangrado gastrointestinal visible
- Fiebre prolongada sin foco claro identificable
- Adenopatías de crecimiento rápido o >2cm

PRECAUCIÓN - VALORAR PRUEBAS Y SEGUIMIENTO ESTRECHO

- Tos persistente sin mejoría tras 4 semanas de tratamiento
- Dolor lumbar en paciente con antecedentes de neoplasia
- Astenia inexplicada de más de 4 semanas de evolución
- Sudoración nocturna recurrente sin causa infecciosa
- Cambios en hábitos intestinales en mayores de 50 años

El reconocimiento temprano de estas señales de alarma puede ser determinante para el pronóstico del paciente. Los síntomas de alta urgencia requieren derivación inmediata a servicios especializados, mientras que las señales de precaución necesitan una valoración más exhaustiva y un seguimiento programado. La edad del paciente, los antecedentes personales y familiares, así como la respuesta al tratamiento inicial, son factores que modifican significativamente el valor predictivo de estos síntomas.

DE LA SOSPECHA A LA ACCIÓN



1. IDENTIFICAR

Reconocer síntomas inespecíficos durante la anamnesis. Prestar atención a patrones temporales y asociaciones sintomáticas.



2. EXPLORAR

Historia clínica detallada y exploración física dirigida. Valorar antecedentes familiares y factores de riesgo específicos.



3. SOLICITAR PRUEBAS INICIALES

Análisis básicos (hemograma, bioquímica, VSG, PCR), radiografía simple y otras pruebas según sospecha clínica.



4. DECIDIR

Derivar a atención especializada si existen red flags claras. Mantener seguimiento estrecho si síntomas persisten sin causa aparente.



5. DOCUMENTAR Y PLANIFICAR

Registrar hallazgos, decisiones tomadas y plan de seguimiento. Evitar pérdida de información entre consultas.

Este algoritmo de actuación proporciona un marco estructurado para abordar los síntomas inespecíficos de manera sistemática. La clave del éxito reside en no saltarse ningún paso y en mantener un umbral de sospecha adecuado que permita equilibrar la eficiencia asistencial con la seguridad del paciente. La documentación adecuada facilita la continuidad asistencial y permite reevaluar decisiones previas con nueva información clínica.

UN SÍNTOMA VAGO: LA PRIMERA PISTA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE

La sospecha clínica salva vidas

En Atención Primaria, la **identificación temprana de señales de alarma** en patologías graves es una competencia esencial y distintiva de nuestra práctica profesional.

MANTENTE ALERTA

Nunca subestimes un síntoma persistente o atípico.

ESCUCHA ACTIVA

El paciente es el mejor conocedor de su propio cuerpo.

ACTÚA

Confía en tu juicio clínico y toma decisiones tempranas.

La **vigilancia clínica constante** en Atención Primaria es crucial: detrás de cada síntoma aparentemente banal puede ocultarse un diagnóstico de vital importancia. Nuestra **alerta y proactividad** constituyen la mejor protección para el paciente.

05. 8/522 A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO Y FIEBRE

Silvia Gómez Rodríguez

Médica Especialista de MFyC. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Verónica Correa Gómez

Médica Especialista en MFyC. CS Motril Este. Granada

Patricia Rodríguez Fernández

Médica Residente de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en hipocondrio derecho y fiebre.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Antecedentes personales: no reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarrillos/ día. No factores de riesgo cardiovascular conocidos ni enfermedades de interés. No intervenciones quirúrgicas ni tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente varón de 39 años que acude a consulta de atención primaria por dolor en hipocondrio derecho desde hace unos 9 días asociándose a malestar general y fiebre de hasta 39°. Asocia náuseas sin vómitos. No alteración tránsito intestinal. Asimismo, relataba pérdida de apetito.

Exploración física: paciente con regular estado general, tinte icterico, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, Murphy positivo, Blumberg negativo.

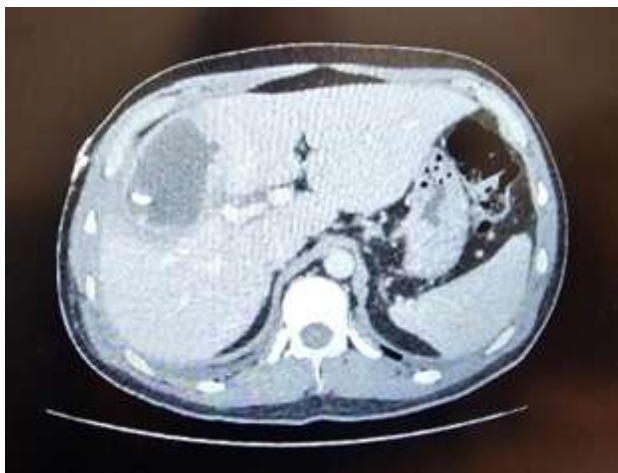
Se deriva al hospital para realización de **pruebas complementarias** donde se realizan:

Analítica con: glucosa 131; creatinina 1,09 con CKD-EPI 85; Transaminasas con bilirrubina total 2,76 con bilirrubina directa 2,06; transaminasas con GOT 68; GPT 89; amilasa 8; sodio 133; potasio 3,8; cloro 92; proteína c reactiva 455 mg/l con procalcitonina 20,60 ng/ml. Hemograma con hemoglobina 12,3; 18530 leucocitos con 16420 neutrófilos. Serie plaquetar normal. Coagulación con INR 1,5; Tiempo protrombina 17,8 segundos. Gasometría: ph 7,42; Pco2 42; HCO3 27; lactato 1,2.

Radiografía de tórax: índice cardiorácico normal, pinzamiento de ambos senos costofrénicos. No se observan condensaciones.



Ecografía y Angiotac de abdomen. Conclusiones: parénquima hepático con lesión de gran tamaño en lóbulo hepático derecho, que afecta a los segmentos VIII y V hepáticos, con centro de menor atenuación, de unos 30-40 UH (Heterogénea en ecografía), sugestivo de detritus, realce periférico con el contraste y halo hipodenso alrededor (edema perilesional). Dicha lesión se muestra aparentemente uniloculada, de bordes lobulados y con dimensiones aproximadas de 11 x 7,5 x 10 cm (AP X Tr x CC), en contacto con cápsula hepática. Dadas las características referidas y el contexto clínico- analítico asociado, sugestivo de absceso hepático. Vesícula biliar semidistendida, sin presencia de litiasis y con leve lámina de líquido perivesicular, hallazgos probablemente reactivos dados el contexto. Esplenomegalia homogénea de 14 cm de diámetro interpolar aproximado. Engrosamiento parietal de la pared del ciego, con realce de la mucosa y edema de la submucosa que parece extenderse a la mucosa del apéndice cecal, que muestra un calibre aumentado de hasta 10 mm. Se identifican algunas adenopatías adyacentes en situación ileocólica, la mayor de 13 mm de eje corto. No se observan signos de neumoperitoneo. Atelectasias laminares subsegmentarias en base izquierda. Leve derrame pleural derecho con atelectasia pasiva del parénquima adyacente. Vejiga urinaria semidistendida sin apreciar alteraciones grosseras. Aorta abdominal de calibre normal. Páncreas, adrenales y ambos riñones sin alteraciones significativas en el contexto clínico urgente actual.



ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Paciente natural de Marruecos que vive en España. Viaja de forma frecuente a Marruecos, la última vez hace una semana.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico: sepsis de foco abdominal. Absceso hepático amebiano con necesidad de drenaje. Diagnóstico diferencial: colecistitis aguda, colangiocarcinoma intrahepático, Hepatocarcinoma, hidatidosis, etc.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se pauta tratamiento antibiótico intravenoso empírico (metronidazol y ceftriaxona) y se ingresa a cargo de Enfermedades Infecciosas. Se realiza durante su ingreso una colangio RMN sin observar patología biliar que justifique la presencia del absceso. Se realiza drenaje del absceso hepático. El paciente sale positivo a la serología de Entamoeba histolytica. Evoluciona favorablemente durante su ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Los abscesos amebianos son una entidad clínica diferenciada provocada por la infección invasiva por Entamoeba histolytica. La distribución geográfica abarca preferentemente las áreas tropicales y subtropicales.

En nuestro medio es una enfermedad rara, que aparece casi exclusivamente en viajeros o inmigrantes. El reservorio es el ser humano y el periodo de incubación es de 2-4 semanas en los

casos de colitis y de hasta seis meses en los enfermos con abscesos hepáticos. La transmisión de la infección es por vía fecal-oral. La amebiasis intestinal puede manifestarse como rectocolitis aguda (disentería), colitis fulminante con perforación, megacolon tóxico, colitis crónica (clínicamente indistinguible de la enfermedad inflamatoria intestinal), ameboma (inflamación crónica localizada, generalmente en colon ascendente o en ciego) o como úlceras perianales.

La infección extraintestinal puede manifestarse en forma de uno o varios abscesos hepáticos, de localización más frecuente en el lóbulo hepático derecho, que eventualmente pueden extenderse a estructuras vecinas (pleura, peritoneo, pulmón o pericardio). Solo un 30% tienen antecedentes de colitis en los pacientes con abscesos hepáticos.

El diagnóstico se basa en la serología, en la detección de antígenos y en el aspecto del contenido del absceso si se ha drenado.

El tratamiento se realiza con metronidazol o tinidazol, debiendo posteriormente realizarse descontaminación intestinal con paromomicina.

PALABRAS CLAVE

Abdomen agudo, Absceso hepático, Entamoeba Histolytica.

06. 8/543 A PROPÓSITO DE UNA VÉRTEBRA ROTA: EL ARTE DE SOSPECHAR LO INVISIBLE

Ana Páez Ordoño

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribañez. Sevilla

Carmen M^a Jiménez Felices

Médico Especialista de MFyC. CS Oliveros. Almería

M^a Azucena Torres Checa

Médica Residente de MFyC. CS El Toyo. Retamar. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Disminución de la sensibilidad cara lateral del muslo derecho de mes y medio de evolución además de notar la zona más inflamada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente varón de 41 años que tras accidente de tráfico hace 2 años (valorado y tratado por su MUTUA) presenta cervicalgia acompañada de Síndrome vertiginoso de importante frecuencia, prácticamente a diario.

Aporta Resonancia Magnética (RM) de septiembre de 2023 donde se observan: cambios degenerativos discales. Fenómenos osteofitarios C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 estos dos últimos discos contactan con el saco dural y el cordón medular del lado derecho, compatible con hernias discales subligamentarias. Rectificación de la curvatura fisiológica cervical.

Limita la actividad laboral y la calidad de vida.

Se pauta tratamiento con Dexketoprofeno 25mg 1/8h, Diazepam 5mg 1/24h y Dihidrocloruro de Betahistina 16mg 1/24h.

Exploración física: disminución de sensibilidad en cara lateral de muslo derecho, con ausencia de vello en la zona.

No presenta edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). No signos de insuficiencia venosa crónica (IVC) con pulsos pedios simétricos y conservados. No se palpa cordón venoso y signo Homans negativo.

Marcha en puntillas y talones conservada.

Pruebas complementarias: se solicita Ecografía (ECO) de partes blandas y RMN de columna lumbar.

Se realiza teleconsulta con servicio de Neurología.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: fractura evolucionada L4.

Lista de problemas:

- Osteomielitis cadera derecha.
- Rotura Labrum hombro derecho.
- Accidente de tráfico Marzo 2023.
- 40 sesiones de fisioterapia.
- Sd. cervical postraumático.

Diagnóstico diferencial:

- Hernia discal.
- Meralgia parestésica.
- Esclerosis múltiple.
- Lesión ocupante de espacio (LOE) medular.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Paciente que acude a nuestra consulta porque tras un viaje prolongado en coche de más de 500km comienza con dolor en zona lumbar que no cede con tratamiento con analgesia, mio-

relajantes y Betahistina durante 15 días de tratamiento.

Se solicitan pruebas complementarias consistentes en una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna lumbar y una ecografía (ECO) de partes blandas por presencia de inflamación en la zona de pérdida de sensibilidad.

En la ECO no se aprecian hallazgos patológicos significativos.

En la RMN de columna lumbar se evidencia una fractura evolucionada de L4 con edema interóseo.

Se realiza teleconsulta con servicio de Neurología los cuales solicitan una EMG con resultados no patológicos; y servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) siendo citado en consulta para valoración.

El servicio de COT tras valoración clínica y de pruebas complementarias indican que es preciso realizar un drenaje y bloqueo facetario debido a la presencia de edema interóseo evidenciado en la RMN debido a la fractura evolucionada en el tiempo.



CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto la importancia de mantenernos alerta ante la sospecha clínica de los síntomas neurológicos sutiles. Lo que en un principio se sospechaba de una alteración sensitiva localizada resultó ser una fractura evolucionada.

PALABRAS CLAVE

Fractura, EMG, Sensibilidad.

07. 8/558 ABORDAJE DE DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE CON USO DE ANABOLI-ZANTES EN URGENCIAS

Lorena Murcia Gutiérrez

Médica Residente de MFyC. CS La Alameda. Jaén

Mercedes La Rubia García

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Alameda. Jaén

Paloma Ruiz Carrasco

Médica Especialista de MFyC. CS Jamilena. Torredelcampo. Jaén

Motivo de consulta

Dolor centro torácico opresivo de 20 minutos de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Varón de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, de complejión musculosa que presenta dolor centro torácico opresivo de 20 minutos de evolución que comenzó mientras realizaba ejercicio de fuerza (levantamiento de pesas).

Antecedentes personales: trastorno adaptativo con ansiedad y depresión. No FRCV. Hábitos tóxicos: exfumador, no enolismo. Hasta hace un año tomaba trembolona, testosterona y sustanon (isocaproato de testosterona). Desde hace 3 semanas ha tomado clenbuterol. El día previo al evento: consumo de cocaína.

Antecedentes cardiológicos: no.

Tratamiento domiciliario: reandron 1000 mg 1 inyectable im /90d, tadalafilo 10 mg 1c/ 48h.

Exploración: consciente y orientado. Glasgow 15 puntos. Eupneico Normohidratado y normoperfundido. Persiste dolor centro torácico opresivo. Pulsos periféricos presentes y simétricos. ACP rítmico, sin soplos ni extratonos. MVC Abdomen anodino. No edemas ni signos de TVP Constantes: Tª 36ª TA 130/70 mmHg FC ritmo sinusal a 70 l/min SatO2 94%.

Analítica 01/06/25:

Hemograma: Hb 14,8, Leucocitos 12.350, Neutrófilos 10.640, Plaquetas 274.000. Coagulación: INR 1,12 tP 82% Dímero D 500

Bioquímica: Glu 99 Urea 35 Creat 0,86 Colesterol 124 LDH 336 CPK 1991 Na 141 K 3,8 Cl 106 PCR 0,8 Troponina T 1018.0 ng/L pro-BNP 738 pg/mL

Analítica de revisión 05/06/2025

Hemograma: hemoglobina 13'5, leucocitos 6350, neutrófilos 4820, plaquetas 259000. Bioquímica: glucosa 98, albúmina 3'3, urea 31, creatinina 0'95, filtrado glomerular > 90, enzimas hepáticas en rango, sodio 140, potasio 3'8, calcio 8'9, calcio corregido por proteínas 9'8, magnesio 1'70, PCR 56'2, troponina 1178, proBNP 672. Colesterol 89, HDL 37, LDL 37, triglicéridos 105, apoB 52, Lp(a) < 5. Hemoglobina glicosilada 5%, tirotropina 1'91, albúmina/creatinina 1'3.

-ECG: En urgencias: RS a 80lpm con QRS estrecho con preexcitación basal (PR corto + onda delta negativa en V1 y positiva en I). T negativa en AVL. Alterna rachas rítmicas de QRS ancho con morfología de BCRDHH a 80 lpm (RIVA).

-ECG 05/06/2025: ritmo sinusal a 84 lpm, eje izquierdo, PR corto + delta (positiva en I y negativa en V1). Ondas T negativas en I, aVL, V4-V6.

- Cateterismo cardiaco 01/06/2025: Acceso vía Arteria Radial derecha

Arteria circunfleja gran trombo intraluminal en ramo obtuso marginal con oclusión de ramas distales (embolización distal).

Intervencionismo coronario: Arteria circunfleja

Implantación de dos stents farmacoactivos.

Buen resultado angiográfico y sin complicaciones.

-Ecocardiograma transtorácico 05/06/2025:

Hipocinesia inferolateral en segmentos mediobasales.

FEVI ligeramente deprimida (48%).

Aurícula izquierda dilatada.

-Se realiza alta por parte de Cardiología con tratamiento y recomendaciones:

AAS 100mg,

Ticagrelor 90mg un año, luego SUSPENDER

Pantoprazol 20mg

Rosuvastatina 20mg

Ramipril 5mg/bisoprolol 5mg

Dapagliflozina 10mg

Tras el alta hospitalaria puede y debe retomar de forma progresiva la actividad física diaria, especialmente de tipo aeróbico al menos 1 hora, 3-5 días a la semana a intensidad moderada.

Evitar en consumo de tabaco y tóxicos. Control de tensión arterial, pulso, peso y parámetros bioquímicos.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Buen entorno familiar. Vive solo. Realiza ejercicio físico de fuerza a diario y ha consumido anabolizantes desde hace 8 años. Consumo esporádico de cocaína y alcohol.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Trastorno adaptativo con ansiedad y depresión, consumo de anabolizantes, alcohol y cocaína. IAM. Enfermedad monovaso de Cx por trombosis intracoronaria de ACX en relación a consumo de tóxicos. Revascularización con 2 stents farmacoactivos, quedando con oclusión de ramas distales de ACX por embolización distal. FEVI deprimida (48%). Killip I.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se citará para rehabilitación cardíaca. Control por su MAP de FRCV. Revisión del tratamiento y cumplimiento periódicamente. Deshabitación de tóxicos.

Durante el siguiente mes, el paciente se encuentra asintomático y va retomando su actividad laboral normal y el ejercicio físico.

Tras un mes y quince días el paciente decide dejar de tomar la medicación prescrita durante tres días, y presenta episodio de dolor torácico opresivo mientras realiza levantamiento de pesas. Acude a urgencias, finalmente se diagnostica de IAMSEST por trombosis de stent previo.

ECG urgencias 21/07:RS a 92 lpm, PR corto, impresiona de onda delta, QRS limítrofe 122 ms. Q en III, T negativa en II, V5-V6.

Análisis urgencias 21/07: Hb 13.3, leucocitos 10500, plaquetas 388000. Coagulación en rango. Urea 19, Cr 0.99, iones en rango. PCR 6.1, Troponina T 40 --> 52.9 --> 136.

Cateterismo cardíaco 22/7/2025:

- Coronariografía: Arteria circunfleja: trombosis del stent segmento medio distal.
- Intervencionismo coronario: CX: implante de stent de 2,5 X13 mms entre los 2 stents previos e ICP con balón.

Ecocardiograma transtorácico 24/7/2025:

Dilatación de cavidades izquierdas. Disfunción sistólica severa de VI, hipoquinesia global. VD no dilatado, función sistólica global limítrofe. Derrame pericárdico grado moderado.

Analítica general al alta 24/7/2025: normalización progresiva de los parámetros.

ECG al alta: RS a 70 lpm, eje izdo, PR corto; dudosa onda delta. QRS 120 ms, Q lateral. Elevación 0.5 mm del punto J en V1. T negativas en inferolateral. Q en derivaciones derechas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

IAMSEST. Killip I.

Trombosis tardía de stent de Cx (abandono de antiagregante). Revascularización completa (stent - balón).

FEVI deprimida, 29%. Disfunción sistólica severa de VI, hipoquinesia global.

Hipocinesia inferolateral.

Otros diagnósticos: incumplimiento terapéutico

PLAN DE ACCIÓN

Tratamiento y recomendaciones:

AAS/rosuvastatina 100/20 mg, 1-0-0

Prasugrel 10 mg, 1-0-0 un año
Pantoprazol 20mg 1-0-0
Candesartán 4 mg, 1-0-0
Bisoprolol 2.5 mg, 0-0-1
Dapagliflozina 10mg 0-1-0
Cafinitrina si angina.

CONCLUSIONES

En pacientes que realizan ejercicio físico debemos investigar sobre el consumo de anabolizantes, suplementos y otros tóxicos. para identificar FRCV en pacientes jóvenes aparentemente sanos.

En el caso de deportistas, se recomienda restricción del ejercicio por lo menos 3 meses desde la resolución de los síntomas y la normalización de PCR, ECG y ecocardiograma.

Trabajar en una adecuada relación médico paciente facilitará que nuestro paciente pueda expresar con libertad los distintos aspectos de su vida.

Es importante el seguimiento del paciente y el cumplimiento terapéutico tras el alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE

Dolor torácico, anabolizantes, IAM, incumplimiento terapéutico.

El paciente autoriza y consiente la utilización de sus datos para este fin.

08. 8/529 ABORDAJE DE LA DISLIPEMIA RESISTENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alicia Morales Navarro

Médica Residente de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

M^a del Rosario Mariscal Ocaña

Médica Residente de MFyC. CS La Laguna. Cádiz

Rodrigo Pereda Mateos

Médico Residente de MFyC. CS Cayetano Roldán. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Control analítico.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 54 años, exfumadora sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de Atención Primaria para control analítico. Asintomática. Exploración sin alteraciones (auscultación cardiopulmonar anodina, miembros inferiores no edematizados). En analítica de control, destaca colesterol 330 mg/dl con LDL 270 mg/dl (colesterol no HDL 284 mg/dl). A pesar de SCORE-2 con bajo riesgo cardiovascular, se inicia estatina de alta potencia (atorvastatina 40mg). En controles progresivos, dada persistencia de niveles de dislipemia se añade ezetimiba 10mg y ácido bempedoico, progresivamente. En última analítica, se solicita lipoproteína A, con niveles en 87.9 mg/dl, motivo por el cual se deriva a Medicina Interna para valorar tratamiento con iPCSK9 y pruebas complementarias oportunas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipercolesterolemia familiar.

PLAN ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

En consulta de Medicina Interna, se solicita eco doppler de troncos supraaórticos, ecografía abdominal y estudio genético, con hallazgos de lesión ateromatosa calcificada en bifurcación carotídea derecha y positividad en estudio genético para hipercolesterolemia familiar heterocigota de significado incierto. En tratamiento con Alirocumab, mantiene actualmente correctos controles.

CONCLUSIONES

En aquellos pacientes jóvenes de nuestra consulta de atención primaria es donde cobra especial relevancia la prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular y hábitos de vida saludable, a pesar carecer de antecedentes de interés, en vistas a evitar eventos futuros.

PALABRAS CLAVE

Dislipemia; Atención Primaria de Salud; Factores de Riesgo de Enfermedad Cardíaca.

09. 8/575 ABORDAJE INTEGRAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTE PALIATIVO NO ONCOLÓGICO POR PATOLOGÍA HEPÁTICA

Laura León Aguilar

Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Campillos. Antequera. Málaga

Sofía Sánchez-Bayton Griffith

Médica Especialista de MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga

Marcos Castillo Jimena

Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Campillos. Antequera. Málaga

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente varón de 75 años, primera visita domiciliaria tras ser incluido en cuidados paliativos domiciliarios tras presentar un ingreso en el Servicio de Digestivo por rectorragia y hematemesis en el contexto de hepatopatía enólica con hipertensión portal, asociada a encefalopatía hepática grado III.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas.

Hábitos tóxicos: exfumador (20 paquetes/año) y ex bebedor habitual de vino y cerveza, consumo suspendido hace 2-3 años.

Intervenciones quirúrgicas: cirugía de hernia inguinal bilateral (2001), cirugía de hernia umbilical (2020) y fasciotomía palmar percutánea por enfermedad de Dupuytren (2022).

Antecedentes médicos:

Bicitopenia leve (trombopenia y neutropenia) con esplenomegalia, en seguimiento por Hematología en 2018.

Ingreso en Aparato Digestivo en noviembre de 2022 por hematemesis y melenas, con endoscopia digestiva alta (EDA) en la que se objetivan varices esofágicas que se trataron con bandas elásticas.

TAC 2022: Cirrosis hepática de causa enólica con hipertensión portal.

Medicación actual: quetiapina 50 mg, quetiapina 50 mg liberación modificada, mirtazapina 30 mg, omeprazol 20 mg, hidroxizina 25 mg, espironolactona 100 mg, lactulosa 10 g, furosemida 40 mg.

Enfermedad actual: el paciente acude en enero de 2025 a las urgencias de su Centro de Salud por presentar episodio de rectorragia y es derivado al servicio de urgencias del hospital, donde es dado de alta por estabilidad hemodinámica y buen estado general. El paciente vuelve a urgencias por rectorragia, vómitos hemáticos e hipotensión. Se ingresa a cargo de Aparato Digestivo y se realiza endoscopia digestiva alta, se coloca una prótesis DANIS, retirada posteriormente, y finalmente se realiza una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). En consultas externas en marzo de 2025 deciden alta suspendiendo el tratamiento habitual (omeprazol, espironolactona, furosemida, carvedilol), manteniendo lactulosa y enemas, e inclusión en proceso integral de Cuidados Paliativos dado que persiste a diario con Encefalopatía Hepática grado III.

Se incluye como paciente complejo, clasificado como 1.2e y 1.2f según la herramienta IDC-Pal, lo que significa que presenta síntomas que no responden adecuadamente al tratamiento habitual y que el paciente o su familia presentan gran sufrimiento emocional.

Pruebas complementarias

- Analítica (enero 2025): Bioquímica: Cr 0'82, Na 143, K 3'8, GPT 49, GGT 55, FA 104, BT 4'78, BD 0'9. Hemograma: Hb 10'8, plaquetas 81000, leucocitos 1950, INR 1'15. PCR negativa. CA 19'9 y alfa-fetoproteína negativas.
- Endoscopia digestiva alta (enero 2025): varices esofágicas sangrantes

Exploración

El paciente se encuentra en su domicilio con estado mental fluctuante. En ocasiones muy adormilado, postrado en el sofá, desorientado, sin poder moverse sin ayuda, y con signos de encefalopatía hepática como flapping. En otras ocasiones, el paciente se encuentra agitado, con movi-

lidad activa, aunque con desorientación, sin capacidad de insight. No signos de ascitis. Discretos edemas bimaleolares distales. Presenta estreñimiento a pesar de tratamiento con lactulosa. En exploración por su enfermera se obtiene escala de Pfeiffer: 9 (deterioro cognitivo severo) e Índice de Barthel: 0 (dependiente total).

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Nos encontramos ante una familia nuclear ampliada, conformada por el paciente y su mujer, que viven con su hija y su nieto. La mujer del paciente se siente sobrecargada, con crisis de llanto en una visita domiciliaria cuando indagamos por los apoyos en los cuidados, refiriendo que lleva más de 50 años cuidando de su marido. No obstante, lo cuida y asea diariamente. La hija se responsabiliza de la medicación y las citas médicas.

El domicilio se encuentra en un barrio de extrarradio en un contexto rural, en el que no hay comercios ni farmacias cerca.

Respecto a la vivienda, se trata de un segundo piso sin ascensor, lo que dificulta la salida del paciente a la calle. Además, la vivienda no se encuentra adaptada, los pasillos son estrechos, y la cama no posee barandillas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Encefalopatía hepática secundaria a hepatopatía enólica. Paciente paliativo no oncológico.

PLAN DE ACCIÓN

Dada la naturaleza crónica, progresiva y sin posibilidad curativa de su patología de base, resulta fundamental la integración temprana de un enfoque paliativo, orientado a:

- Tratamiento de agitación incluyéndose de manera progresiva en distintas visitas, haloperidol, que no fue efectivo, quetiapina de liberación moderada y quetiapina (liberación rápida) para crisis puntuales.
- Reanudación de tratamiento diurético, con furosemida y espironolactona, para disminuir edemas en miembros inferiores.
- Vigilancia estrecha de síntomas y complicaciones, como por ejemplo, somnolencia excesiva, temblor fino, hematemesis o melenas.
- Tratamiento precoz del estreñimiento con lactulosa. En caso de síntomas de encefalopatía en el contexto de estreñimiento usar enemas.
- Se proporciona andador, silla de ruedas y barandilla para la cama.
- Coordinación con enfermera de enlace y trabajadora social.
- Apoyo emocional y social tanto al paciente como a la familia, que cuenta con el número de la consulta con disponibilidad de contactar con nosotros sin cita ante cualquier duda.
- Visitas programadas al domicilio del paciente.
- Conciliación de citas y pruebas complementarias. Se solicitan ambulancias para los traslados.

EVOLUCIÓN

Actualmente, la evolución del paciente es favorable, dispone de una mejor movilidad que cuando salió del ingreso, es capaz de salir a dar pequeños paseos con el andador acompañado de su hija. El hábito intestinal está controlado. No obstante, en ocasiones su carácter es fluctuante, por lo que debemos atender a esos cambios para aumentar o disminuir las dosis de los fármacos. Se produce una disminución de la ansiedad de su entorno familiar.

CONCLUSIONES

En este caso, los profesionales de Atención Primaria desempeñan un papel esencial como referente asistencial del cuidado, ya que el paciente necesita un abordaje multidisciplinar coordinado. Además, la mejora de la accesibilidad en caso de dudas o crisis fue de vital importancia para la buena evolución del caso.

Por otro lado, este caso precisaba especialmente el abordaje integral de todas sus necesidades clínicas, vitales y sociales que caracteriza a la Atención Primaria. Con todo esto, es preciso man-

tener este trabajo coordinado de manera sostenida en el tiempo para poder garantizar un final de vida digno y sin sufrimiento.

10. 8/582 AL SEÑOR JOHN LE GUSTAN MUCHO LOS GATOS

M^a Teresa Charlo Pumar

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Marta Charlo Pumar

Médica Residente de MFyC. CS La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Isabel Sebastián Lacave

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Adenopatías axilares derecha.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Historia clínica: varón de 72 años que acude a urgencias hospitalarias derivado de su Médico de Atención Primaria por adenopatías axilares derecha.

El paciente nos comenta que hace 2 meses le mordió un gato en el primer dedo de la mano derecha y a las 48h presentó fiebre y mal estado general (MEG). Realizó tratamiento con doxiciclina 1 comprimido cada 12 horas durante 21 días.

A las 2-3 semanas inició con tumoración en brazo ipsilateral y adenopatías axilares por lo que su MAP solicita RMN para valoración de tumoración.

Se comenta el caso con Infecciosas que dado el buen estado general del paciente se decide realizar estudio en consultas externas y realización de TAC preferente, ampliando a biopsia de adenopatía si fuese necesario.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, cefalea tensional, síndrome vertiginoso periférico.

Hábitos tóxicos: no fumador ni bebedor.

Se realiza exploración física: buen estado general, consciente, orientado y bien perfundido.

Afebril.

Se observa aumento del diámetro del miembro superior derecho (MSD) con respecto al contralateral, con empastamiento ligero del mismo.

A su vez se aprecia tumoración en cara interna del brazo y axila de unos 7 cm aproximadamente.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfermedad por arañazo de gato.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se solicita analítica sanguínea (AS) con estudio de serología y RNM. Se comenta el caso con Infecciosas.

Analítica:

- Hemograma: Hb 13, Leucocitos 7480 (Neutrófilos 5790), Plaquetas 391000
- Coagulación en rango
- Bioquímica: glucosa 111, Creatinina (Cr) 0.84, urea 0.54, AST 16, Br T 0.54, amilasa 46, Na 139, K 4.2, PCR 13.3, PCT 0.3

RNM: Se identifican tres lesiones bien definidas, en el tejido celular subcutáneo a nivel de la cara interna del brazo.

Asociado a las secuencias localizadoras, se identifican adenopatías axilares aumentadas de tamaño y de aspecto necrótico.

Los hallazgos podrían estar en relación con adenomegalias por bartonelosis (Enfermedad por arañazo de gato) a correlacionar con los antecedentes del paciente y datos analíticos. En caso de no concordancia, se recomienda biopsia de alguna de las lesiones.

Serología:

- *Bartonella henselae* Ig M negativo
- *Bartonella henselae* Ig G positivo 1/2048

Se citó en CCEE de infecciosas con TAC realizado en el que se destacaba adenopatías de aspecto patológico en región axilar derecha, 2 de ellas con centro necrótico hipodenso y la mayor, de 71 mmx 36mm (ya biopsiada, en el que se obtuvo material purulento).

Tratamiento con doxiciclina 100 mg 1 comprimido cada 12 horas y rifampicina 300 mg 1 comprimido en ayunas cada 12 horas 6 semanas.

A los 7 meses el paciente acude a urgencias del centro de salud por nuevo arañazo de gato.

A la exploración se observa excoriación superficial en pulpejo del dedo.

CONCLUSIONES

Se destaca la importancia de una buena exploración física

Nuestro paciente presentaba adenopatías axilares y el antecedente de un cuadro febril autolimitado hace 2 meses después de la mordedura de un gato.

La rápida solicitud y evaluación de pruebas complementarias ante la presencia de las adenopatías facilitaron el diagnóstico definitivo de enfermedad por arañazo de gato, una enfermedad infrecuente con tratamiento antibiótico eficaz

Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad por arañazo de gato, adenopatías, bartonella henselae.

11. 8/517 ANEURISMA AÓRTICO INFRARRENAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN RADIOGRAFÍA: LA IMPORTANCIA DE MIRAR MÁS ALLÁ DEL MOTIVO DE CONSULTA

Cristina Eloisa Rivera Fresneda

Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla

Sara Isabel Algorri Ferrero

Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla

Agustín Moreno Pérez

Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 79 años que consulta en varias ocasiones por dolor lumbar de características mecánicas, no irradiado y sin otros síntomas asociados.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2. Exfumador de 40 paquetes/año.

Exploración: paciente con buen estado general y hemodinámicamente estable.

Exploración compatible con lumbalgia de características mecánicas, con dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar, sin radiculopatía asociada. Abdomen blando y depresible, sin palparse masa ni megalias.

Pruebas complementarias: se solicita radiografía lumbosacra, en la que se observa una imagen calcificada anterior a los cuerpos vertebrales que sugiere aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de aproximadamente 7 cm. Ante el hallazgo, se solicita angio-TC, que confirma un aneurisma infrarrenal de 9 x 6,5 x 6 cm, con luz efectiva máxima de 3,7 cm y trombosis mural extensa. Al comparar la radiografía con estudios previos, llama la atención que en 2019 se había solicitado este estudio por el mismo motivo, en el que ya se podía observar esta imagen calcificada pero que había pasado desapercibida.



Imagen incluida con consentimiento verbal del paciente.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El paciente vive con su esposa, cuenta con apoyo familiar y buena red social.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, hallazgo incidental en estudio por lumbalgia mecánica.

Diagnóstico diferencial

- Aneurisma de la arteria ilíaca.
- Masa retroperitoneal calcificada (sarcoma retroperitoneal, quiste hidatídico, adenopatías calcificadas...).
- Calcificación de un hematoma antiguo.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

El paciente fue derivado a cirugía vascular, que tras confirmar el hallazgo radiológico mediante angio-TC, programa intervención para colocación de endoprótesis aortobi-Ilíaca sin incidencias que se llevó a cabo sin incidencias. Actualmente el paciente se mantiene asintomático y hasta la fecha no ha vuelto a consultar por lumbalgia.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia del médico de familia como clínico integral, especialmente a la hora de valorar e interpretar de forma sistemática las pruebas complementarias solicitadas. La detección del aneurisma fue posible gracias a la revisión cuidadosa de una radiografía solicitada por otro motivo, subrayando la importancia de no limitar la interpretación al motivo de consulta inicial.

Este caso evidencia una oportunidad de mejora asistencial, ya que como se ha comentado con anterioridad la imagen clasificada ya era invisible en una radiografía realizada hace 5 años. Además, evidencia los beneficios que podría tener el cribado ecográfico de aneurisma de aorta abdominal en varones fumadores o exfumadores mayores de 65 años.

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de la Aorta Abdominal; Hallazgos Incidentales; Screening.

12. 8/515 CHAPUZÓN TRAUMATOLÓGICO

M^a Ylenia Manzano Vázquez

Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga

Clara González Vico

Médica Especialista en MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga

Manuel Madrid Martos

Médico Especialista en MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor dorsal.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Aviso a la ambulancia por: caída tras salir de la piscina.

Antecedentes personales: monorreno.

A la llegada el paciente refiere que al salir de la piscina se ha resbalado y al caer ha sufrido una contusión importante a nivel dorsal (zona interescapular), ello le ha provocado alteraciones sensitivo-motoras en ambos miembros inferiores (refiere que no sentía ni podía mover ambos miembros inferiores) durante aproximadamente 30 segundos.

A la exploración el paciente se encuentra sentado apoyado sobre la pared con importante dolor en región dorsal alta y edema en la zona donde ha sufrido la contusión, además presenta apofisalgia desde D3-D6, coincidiendo con la zona inflamada.

La movilidad, fuerza y sensibilidad de miembros superiores e inferiores se encuentran conservados.

Se procede a canalización de vía periférica por parte de enfermería y se administra 1/2 ampolla de fentanilo + 1 ampolla de primperan + 1 gramo de anchafibrin, se inmoviliza al paciente con collarín cervical y con ayuda del ferno ked se pasa de sedestación a decúbito supino al colchón de vacío.

Tras ello se procede a traslado al hospital sin incidencias.

En el hospital se le realizan al paciente radiografías cervical, dorsal, lumbo-sacras.

De las que destaca la siguiente: posible fractura de D5.



Debido a clínica del paciente y radiografía dorsal se procede a realización de TC de columna dorsal:

Fractura por estadillo del cuerpo vertebral D5, con pérdida de altura de 50% aprox. Presenta re-tropulsión de un fragmento posteroinferior, unos 5 mm, hacia el canal medular, con estenosis del mismo, así como estenosis foraminal bilateral. Asocia leve desalineación en el plano sagital, de las articulaciones facetarias, sobre todo la izquierda, por lo que habría que descartar la afectación del complejo ligamentario posterior.

Fractura por compresión del platillo superior de D6.

Ante dichos resultados se realiza interconsulta con neurocirugía que refiere que la valoración e indicaciones terapéuticas debe de ser realizadas por parte de traumatología.

Por lo que traumatología procede a ingreso del paciente en planta para tratamiento con corsé tipo Jewet.

Tras 3 días de ingreso y evolución favorable con control de dolor se procede al alta con revisión en 4 semanas con radiografía de control.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Como diagnósticos diferenciales tendríamos: contusión dorsal, contractura muscular, fractura vertebral.

CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de un traumatismo desde la misma altura del paciente, se realizó tratamiento como si fuera un traumatismo de alto impacto por la sintomatología del paciente. Por lo que debemos guiarnos no solo por el mecanismo lesional o tipo de lesión sino también por la sintomatología y exploración que realizamos.

PALABRAS CLAVE:

Fractura dorsal, Corsé Jewet, Traumatismo dorsal.

13. 8/512 ¿COLICO DEL LACTANTE O ALERGIA A LA PROTEINA LECHE DE VACA (APLV)?

Anaís Linares Canalejo

Médica Especialista de MFyC. CS Isla Chica. Huelva

Gonzalo Tena Santana

Médico Residente de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva

Marcos Isidro Santos Estudillo

Médico Especialista de MFyC. CS La Orden. Huelva

MOTIVO DE CONSULTA

Rechazo al alimento de fórmula para el lactante.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: niño de 1 mes, parto eutócico de 38 semanas. Diuresis y meconio 24h. Peso:2,860gr Talla: 49 cm. Alimentación lactancia artificial.

Acude a consulta, tras dos veces a urgencias en las últimas 48h, por rechazo e irritabilidad de las tomas con fórmula artificial, durante y tras finalizar estas. Aumento de reflujo gastroesofágico, abdomen rígido que mejora con meteorismo. Diuresis y deposiciones normal. No fiebre. Ganancia ponderal. Clínica de mayor intensidad hace 48h.

En el hospital, diagnóstico de "Cólico del Lactante", indicando probióticos (L. Reuteri) y paracetamol.

Exploración: buen estado general. No deshidratación. Piel rosada. Afebril. Corazón rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Ótico y faringe normales Abdomen: Depresible y blando. Sin masas ni megalias. Timpanismo. Desarrollo neurológico acorde a su edad.

Pruebas Complementarias: Con la sospecha clínica, utilizamos el cuestionario CoMiSS®, obteniendo 14 puntos (ALTA PROBABILIDAD).

INSTRUCCIONES
Si existe la sospecha de manifestaciones relacionadas con el consumo de leche de vaca, evalúe las manifestaciones observadas/reportadas escogiendo la puntuación más apropiada para cada clase. Una vez completada la evaluación sume los puntos y escriba el total en el recuadro inferior.

MANIFESTACIÓN	PUNTOS		PUNTOS		
Llanto*	0	≤ 1 hora/día	PUNTOS		
	1	1 a 1.5 horas/día			
	2	1.5 a 2 horas/día			
	3	2 a 3 horas/día			
	4	3 a 4 horas/día			
	5	4 a 5 horas/día			
	6	≥ 5 horas/día			
Regurgitación	0	0 a 2 episodios/día	PUNTOS		
	1	≥ 3 a 1.5 de pequeña cantidad			
	2	≥ 5 episodios + a una cucharada cafetera			
	3	≥ 5 episodios de « la mitad de las comidas en « la mitad de las comidas			
	4	Regurgitaciones continuas de pequeña cantidad + 30 minutos después de cada comida			
	5	Regurgitación de la mitad al total del volumen de una comida completa en al menos la mitad de las comidas			
	6	Regurgitación de la comida completa después de cada comida			
Heces (Escala Bristol)	4	Tipo 1 y 2 (heces firmes)	PUNTOS		
	0	Tipo 3 y 4 (heces normales)			
	2	Tipo 5 (heces blandas)			
	4	Tipo 6 (no están relacionadas con infección)			
	6	Tipo 7 (heces acuosas)			
Manifestaciones de la Piel	0 a 6	Eczema atópico	CABEZA-CUELLO-TRONCO	BRAZOS-MANOS-PIERNAS-PIES	PUNTOS
		Leve	1	1	
		Moderado	2	2	
		Severo	3	3	
	0 o 6	Urticaria	NO	SI	
			0	6	
Manifestaciones Respiratorias	0	No hay síntomas respiratorios	PUNTOS		
	1	Síntomas respiratorios leves			
	2	Síntomas respiratorios moderados			
	3	Síntomas respiratorios severos			
*El llanto sólo es considerado si el niño ha estado llorando por una semana o más, y que evaluado por los padres, no se deba a ninguna otra causa aparente.			PUNTAJE TOTAL		
LECTURA DE LOS RESULTADOS					
Los resultados pueden oscilar desde los 0 a los 33 puntos. Cada manifestación tiene un puntaje máximo de 6, a excepción de las manifestaciones respiratorias donde el puntaje máximo es 3.					
Si el puntaje final es ≥ 12, las manifestaciones probablemente están relacionadas al consumo de leche de vaca. Potencialmente puede ser APLV.					
Si el puntaje final es < 12, es poco probable que las manifestaciones estén relacionadas a la leche de vaca. Busque otras causas.					
El diagnóstico de CoMiSS sólo puede ser confirmado por una dieta de eliminación, seguido por una prueba de reto oral.					

Figura base tomada de Suárez-Bustamante Huélamo M, Muñoz de León I, Flores Pérez P, Muñoz Codoceo RA. Aplicación del cuestionario comiss en pacientes con alergia a proteínas de leche de vaca no ige mediada. I Congreso Digital de la Asociación Española de Pediatría; 2020. Disponible en: <https://www.aepeventosdigitales.com/files/909/cyp/621.pdf>

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Alergia a la proteína leche de vaca (APLV)

EVOLUCIÓN

Cambiamos a Leche Arroz Hidrolizado. Revisión a las 48h en consulta, desapareciendo casi toda la clínica, salvo mínimo reflujo. Mantenemos Arroz Hidrolizado hasta 12meses.

CONCLUSIONES

APLV es una patología que aparece en los primeros meses de vida promoviendo una alimentación dificultosa y preocupación de los progenitores. Esto conlleva al aumento de consultas en puntos de urgencias o centros de salud sin pediatras. Conociendo los síntomas y el tratamiento (leches hidrolizadas o retirada de lácteos maternos para lactancia materna) podemos hacer un diagnóstico rápido, facilitando la mejoría de la clínica del lactante y la tranquilidad de los padres.

PALABRAS CLAVE

Infant, Milk Hypersensitivity, Crying.

14. 8/552 CUANDO EL CEREBRO PIERDE EL COMPÁS: UNA CEREBELITIS QUE DESBALANCEO TODO

Ana Páez Ordoño

Médica Residente de MFyC. CS Oliveros. Almería

Carmen Mª Jiménez Felices

Médico Especialista de MFyC. CS Oliveros. Almería

Marina Oliva Morales

Médica Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Acude a urgencias por vértigo rotatorio de 3-4 días asociado a diplopía.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente de 35 años sin alergias medicamentosas conocidas que acude al servicio de urgencias por presentar mareo de características rotatorias desde hace 3-4 días que no ha mejorado con tratamiento con Dihidrocloruro de betahistina 16 mg + Sulpirida 200 mg + Diazepam 5mg por la noche.

Hoy ha comenzado a presentar diplopía que empeora con los movimientos.

Los días previos ha presentado un cuadro de infección respiratoria con buena evolución clínica.

Exploración física: buen estado general, consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido.

Pupilas: Isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares conservados. Empeora la diplopía sin oclusión ocular.

Leve ptosis del ojo izquierdo.

Coordinación, fuerza y sensibilidad conservados. Marcha inestable.

No signos meníngeos.

Pruebas complementarias: se interconsulta con el servicio de Oftalmología indicando descartar origen neurológico.

Solicitamos analítica, electrocardiograma y Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo.

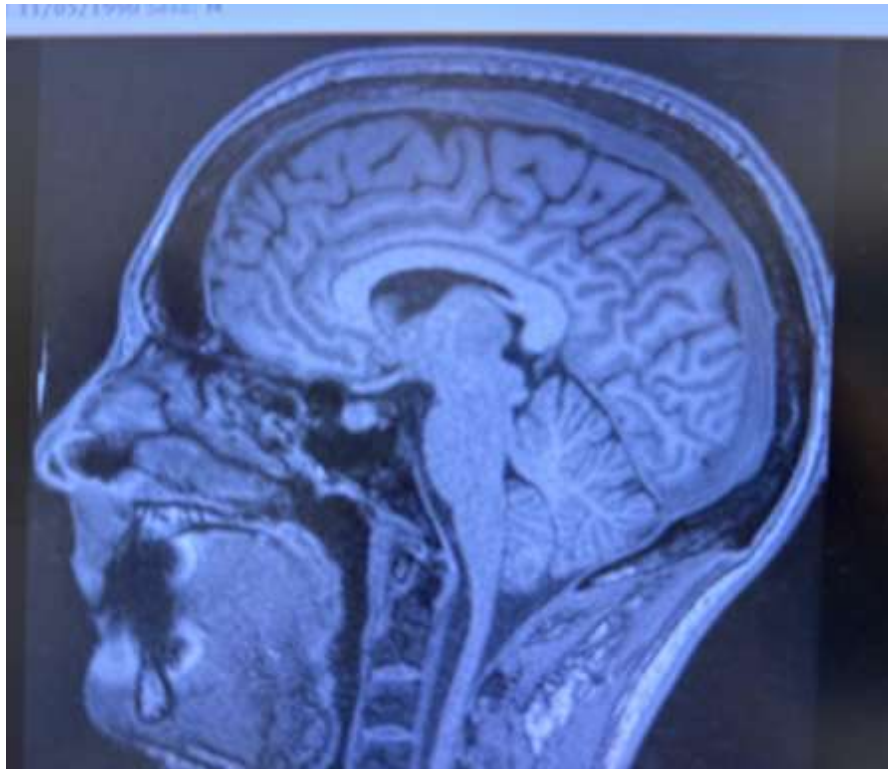
En el electrocardiograma y en el TAC de cráneo no se encuentran hallazgos patológicos significativos.

En la analítica sanguínea normal excepto con leve leucocitosis.

Se interconsulta con el servicio de Neurología los cuales reevalúan al paciente.

Exploración neurológica: consciente, orientado, lenguaje conservado sin disartrias. Campimetría por confrontación normal. Nistagmo horizontorrotario con la levoversión y visión doble binocular. Déficit en aducción ojo derecho (OD) con dudosa limitación de abducción ojo izquierdo (OI).

Genera duda reflejo fotomotor indirecto de OD. No facial. Balance muscular normal. No fatigabilidad. No alteración sensitiva. No hay dismetría. Marcha inestable con amplitud de base, no consigue tándem con ojo tapado. Reflejos osteotendinosos (ROT) exaltado rotuliano izquierdo con aumento de área. Resto ROTs normales. RCP flexor bilateral. No Hoffman.



JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: trastorno oculomotor de la mirada horizontal de instauración rápidamente progresiva + Oftalmoplejia internuclear derecha con sospecha de lesión protuberancial de etiología inflamatoria.

Lista de problemas: no refiere.

Diagnóstico diferencial:

- Cerebelitis.
- Trastorno oculomotor mirada horizontal.
- Lesión cerebelo.
- Esclerosis múltiple.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Desde el servicio de Urgencias hospitalarias es ingresado a cargo del servicio de Neurología donde comienza con tratamiento de corticoterapia IV permaneciendo la diplopía binocular empeorando con la mirada hacia la derecha, se pone parche ocular alternante. Leve sensación vertiginosa. Constantes estables. Pendiente de resultados de punción lumbar y RM craneal. Interconsulta con Medicina Física y Rehabilitadora (MFyR).

Al día siguiente es reevaluado presentando una mejoría clínica objetiva aunque leve sensación de mareo y cefalea bifrontal opresiva. No diplopía con cierta limitación de recto externo de ojo derecho y de la aducción del ojo derecho con menor nistagmo siendo compatible con posible diagnóstico de oftalmoplejia internuclear derecha y parálisis del VI par derecho. Mejoría importante de la disimetría de los brazos y piernas casi imperceptible en la exploración.

Fin de tratamiento con corticoterapia IV manifestado mejoría clínica significativa a pesar de leve ataxia de la marcha. Mejoría de la cefalea que presentó el día anterior, posiblemente cefalea post-punción. Marcha con leve aumento de área con tándem difícil.

Realizando sesiones intrahospitalarias de fisioterapia a cargo de MFyR para trabajar marcha, giros y propiocepción; siendo citado para reevaluación al alta en consultas externas de Neurorehabilitación.

Reevaluación al día siguiente del paciente clínicamente más mareado y con aumento de cefalea. Deambula poco, no picos febriles pero leve aumento de parámetros inflamatorias en analítica de control.

En la exploración neurológica no presenta nistagmo ni paresias de oculomotores.

La RM de cráneo no se objetiva lesión inflamatoria aguda-subaguda, ni otro tipo de lesión es-

tructural.

Se realiza Electromiograma (EMG) el cual no presenta alteraciones patológicas.

Descartan el cuadro periférico tipo Miller-Fisher por no presentar arreflexia, ni proteinorraquia ni alteraciones en el EMG.

Siendo lo más probable cuadro central compatible clínicamente con una cerebelitis disimmune. El paciente presenta buena evolución clínica a lo largo de los dos siguientes días acordando alta domiciliaria al día siguiente.

A la exploración se evidencia una sutil parálisis del VI Pares craneales (PC) izquierdo que condiciona la diplopía.

El diagnóstico al alta que se propone es un trastorno oculomotor de la mirada horizontal de insaturación rápidamente progresiva y síntomas cerebelosos. Oftalmoplejia compleja bilateral, sin lesión inflamatoria en protuberancia. Posible cerebelitis inflamatoria post-infecciosa.

CONCLUSIONES

El vértigo asociado a la diplopía se trata de un claro signo de alarma que nos exige una valoración neurológica urgente; en Atención Primaria es fundamental reconocer tempranamente estos síntomas para poder identificar los posibles déficits neurológicos asociados y poder garantizar una inmediata derivación a nivel hospitalaria para un estudio más exhaustivo del diagnóstico y el tratamiento concretos.

Realizar una historia clínica completa que incluya los antecedentes recientes como puede ser el de una infección respiratoria previa permite sospechar de una posible causa postinfecciosa. En Atención Primaria la labor de seguimiento longitudinal del paciente es esencial para la evolución y reconocer a tiempo posibles manifestaciones.

PALABRAS CLAVE

Cerebelitis postinfecciosa, Vértigo, Diplopía.

15. 8/548 CUANDO EL PÁNCREAS HABLA: UN MISTERIO ENTRE NEOPLASIA E INFLAMACIÓN AUTOINMUNE

Marina Oliva Morales

Médica Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería

M^a José García Ramón

Médica Especialista en MFyC. CS La Cañada, Almería

Ana Páez Ordoño

Médica Residente de MFyC. CS Oliveros. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Ictericia de piel y mucosas con dolor abdominal difuso.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Hombre de 64 años, derivado a urgencias por su médico de cabecera tras hallarlo con mal estado general en un supermercado. Refiere que desde hace 4 días presenta ictericia cutáneo-mucosa, coluria, acolia y dolor abdominal tipo cólico, difuso. No acompaña fiebre ni síntomas vegetativos, pero reconoce pérdida de peso no intencionada de 10kg.

Antecedentes personales relevantes:

- Exfumador (abandonó hace 20 años).
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Síndrome de intestino irritable.
- Hiperplasia prostática benigna.
- Polipectomía de colon hace 3 años.

En cuanto a sus antecedentes familiares destacan:

- Padre cáncer cerebral.
- Hermano cáncer de colon.
- Hermana leucemia.

El paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su mujer y está jubilado.

Tratamiento habitual: tamsulosina 0'4mg/24h y omeprazol 20mg c/24h.

Exploración física: Regular estado general. Consciente y orientado. Estable hemodinámicamente, sin signos de deshidratación ni ingurgitación yugular.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con Murphy dudoso. Blumberg y Rovsing negativos, sin signos de peritonismo y ruidos hidroaéreos conservados.

Pruebas complementarias

- Laboratorio urgente: glucemia 359 mg/dL, BR total 8'36 mg/dL (BR directa de 5'09 mg/dL), AST 103 UI/L, ALT 200 UI/L que sugieren ictericia de tipo obstructiva.
- Ecografía abdominal: dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas (colédoco de hasta 9mm) y una lesión nodular de 20x21 en la región ampular, bien delimitada, con zonas anecogénicas sugestivas de tumor ampular. Páncreas con engrosamiento difuso, conducto de Wirsung <3mm.



- Ecoendoscopia (USE) con biopsia: hallazgos compatibles con neoplasia pancreática o ampular; lesiones renales posiblemente asociadas. La PAAF pancreática resultó sugestiva de colangiocarcinoma, aunque la muestra fue escasa y considerada dudosa. Se solicitó una nueva USE-PAAF.



- Tras un mes, CPRE para colocar prótesis biliar; durante la intervención, la biopsia guiada por ecografía de lesiones renales ofreció un patrón sugestivo de pielonefritis.
- PET-TAC: único foco hipermetabólico leve en axila, de significado incierto.
- Segunda USE-PAAF: se documenta elevación de IgG4 (>144), planteándose ahora el diagnóstico de pancreatitis autoinmune (PAI).
- TC abdominal de seguimiento un mes después: regresión radiológica significativa, orientando el cuadro hacia PAI con afectación renal. En la analítica control disminuye bilirrubina, por lo que se decide manejo ambulatorio compartido con endocrinología, digestivo y control urológico.
- A los dos meses: recidiva de ictericia por migración parcial de la prótesis biliar; se extrae mediante CPRE. En seguimiento urológico, se documenta empeoramiento de función renal y se plantea nefropatía tubulointersticial ligada a IgG4 secundaria a la PAI.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

En ese caso, dada las afectaciones del paciente, adoptamos un enfoque sistémico multiorgánico y de coordinación interdisciplinaria, complementando la atención centrada en el paciente. Dado el carácter multisistémico de la enfermedad IgG4, el médico de familia en este caso actúa como coordinador del paciente entre especialidades.

Se enfatiza además la vigilancia activa en atención primaria, con un seguimiento de síntomas de recidiva biliar, control de glucemias, función renal y riguroso control de efectos adversos de la corticoterapia. Se debe enfatizar en la educación al paciente sobre signos de alarma para detección temprana de recaídas y complicaciones, además de gestión de fármacos con riesgo renal y metabólico en atención primaria.

Este enfoque, centrado en la continuidad asistencial y en la integración entre niveles, permite que el caso no quede como una curiosidad en hospital, sino como un desafío cotidiano para la medicina de familia, acompañando al paciente en periodos vulnerables.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnósticos principales:

- Pancreatitis autoinmune asociada a IgG 4 (tipo 1) con ictericia obstructiva
- Diabetes Mellitus tipo 2 insulinizada
- Nefropatía tubulointersticial IgG4

Diagnósticos diferenciales considerados:

- Colangiocarcinoma
- Neoplasia ampular/ tumor de la papila
- Quiste pancreático neoplásico

- Pielonefritis o lesión renal independiente
- Gammapatía monoclonal IgG
- Linfoma u otra enfermedad linfoproliferativa

La presentación inicial con ictericia obstructiva y la imagen ampular, planteaban fuertemente el diagnóstico de neoplasia, pero la evolución favorable en imagen y la elevación de IgG4 orientaron hacia un mecanismo inflamatorio autoinmune. La coexistencia de afectación renal y recidiva biliar reforzó el vínculo sistémico de la enfermedad IgG4.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Tras diagnóstico de pancreatitis autoinmune IgG4+, diabetes mellitus y nefropatía tubulointersticial, se inicia tratamiento con:

- Insulina Toujeo 28 UI al día
- Insulina Novorapid 4-6 UI en función de glucemias
- Linagliptina 5 mg
- Omeprazol 20 mg c/24h
- Prednisona 20 mg/24h
- Canaglifozina 100 mg c/24h
- Natecal 1 comp c/24h
- Atorvastatina/ezetimiba 20/10 mg c/24h
- Alfuzozina 10 mg/24h
- Ferroglicina 1c/24h
- Febuxostat 80 mg c/48h
- Ácido ursodesoxicólico 500 mg c/12h

Se realizará un seguimiento por parte de endocrino de su diabetes, de digestivo para revisión crónica de su pancreatitis autoinmune seriando niveles de IgG4, de nefrología con revisión de su función renal mediante analíticas

En cuanto a las recomendaciones de estilo de vida se explicó mantener buena hidratación diaria, control tensional domiciliario, consumir comidas poco copiosas y frecuentes, realizar ejercicio físico, abstinencia de alcohol además de evitar bebidas gaseosas.

CONCLUSIONES

Este caso pone en evidencia el arte y la complejidad de la medicina familiar en enfermedades poco frecuentes con manifestaciones orgánicas llamativas. Aunque la presentación inicial apuntaba a una neoplasia pancreato-biliar casi segura, la evolución biológica y la respuesta terapéutica obligaron a revisar el diagnóstico hacia una pancreatitis autoinmune tipo IgG4.

Es importante nunca perder la curiosidad diagnóstica. Aunque parezca un caso resuelto, en urgencias u hospital, el seguimiento a medio plazo nos demuestra que puede revelar orto diagnóstico que cambie totalmente el pronóstico y tratamiento.

En ese caso el médico de familia es el que actúa como integrador, no solo como proveedor de recetas sino como coordinador del seguimiento, vigilante de comorbilidades, anticipándose a recaídas asegurando así continuidad asistencial.

Por tanto, la medicina de familia no es un actor secundario, es quien sostiene la vigilancia crónica, quien detecta el disparo de alertas y quien en última instancia acompaña al paciente en todo su recorrido diagnóstico-terapéutico.

16. 8/576 CUANDO LA PIEL ALERTA: ERITRODERMIA COMO DEBUT DE UN LINFOMA T

Ángela Villén Quirantes

Médica Residente de MFyC. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Rocío Guadalupe Real Ojeda

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Verónica Pérez Matos

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

ÁMBITO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 82 años que acude a consulta de atención primaria por descamación de piel generalizada.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador de 3 paquetes/día hasta hace 30 años. Ex-bebedor.

Factores de riesgo cardiovascular: HTA, Obesidad.

ICC con FEp (FEVI 55%). FA permanente en seguimiento por cardiología hasta enero de 2024.

Espondilitis anquilopoyética. Coxartrosis bilateral, intervenida la izquierda en 2013.

HBP con próstata de 250 cc. Valorado por Urología en 2023.

Intervenciones quirúrgicas previas: catarata OI, prótesis cadera izquierda.

Niega antecedentes familiares de interés.

Historia clínica actual: varón de 82 años que acude a consulta de Atención Primaria por lesiones cutáneas descamativas generalizadas sobre base eritematosa, intensamente pruriginosas, de aproximadamente dos meses de evolución, siendo más evidentes en extremidades y dorso de manos. Niega fiebre.

De forma concomitante, el paciente presenta hiperemia conjuntival leve sin secreción, asociada a ectropión, así como edemas en miembros inferiores.

Refiere además pérdida ponderal no intencionada de aproximadamente 8 kg en el último mes, sin cambios en los hábitos dietéticos.

El paciente había consultado previamente en dos ocasiones, siendo las lesiones cutáneas interpretadas como dermatitis seborreica, por lo que se instauró tratamiento sintomático con corticoides orales, antihistamínicos para el prurito y furosemida para el manejo de los edemas. En una de las visitas se añadió además cefditoreno ante la sospecha de celulitis en miembros inferiores. A pesar de las medidas terapéuticas instauradas, el cuadro clínico persistió con progresión de la descamación y el prurito, además de agravamiento del deterioro del estado general.

Exploración física: aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo.

ACP: arritmico a buena frecuencia no se escuchan soplos ni extratonos. MVC.

MM: Llamativa descamación más evidente en cara y miembros superiores e inferiores.

Edemas bilaterales con fovea hasta tercio medio- distal tibial con exudado de características serosas. No datos de TVP.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea y sedimento urinario:

Anemia macrocítica hiperocrómica de reciente aparición sin estudios previos. (Hb 11,1 g/dL VCM 112,3 fL HCM 35,9 pg)

Leucocitosis (14440) a expensas de linfocitosis (7930) y eosinofilia (2280)





Hiperuremia (76) con ERC G3B A1(C.album/Cr orina 23,8).

Ligera hipocalcemia (8 mg/dL)

ProBNP 6862.5 (previo similar).

Proteinograma: cadenas kappa libres 119, 36 (3,3-19,4), cadenas lambda libres 84,6 (5,7-26,3), IgA 668 (63- 484). IgG e IgM normal.

Teleconsulta a Dermatología: realizamos en consulta fotografías de las lesiones del paciente y las enviamos para obtener una orientación rápida acerca del tratamiento a seguir con nuestro paciente.

	<p>Fotografía 1. Vista macroscópica de la extensión de la eritrodermia.</p>
	<p>Fotografía 2. Miembro inferior derecho con placas descamativas de gran tamaño, sobre base eritematosa</p>
	<p>Fotografía 3. Brazo derecho.</p>
	<p>Fotografía 4. Hiperemia conjuntival asociada a ectropión. Placas descamativas en frente y en zona maxilar superior.</p>

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Varón de 82 años que convive con su esposa. Padre de dos hijas adultas e independizadas, con quienes mantiene una relación familiar estrecha y de apoyo mutuo. Presenta un grado de dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo ayuda para algunas tareas domésticas y de autocuidado. Deambula con ayuda de andador y bastón, lo que le permite mantener cierto grado de autonomía funcional dentro de su domicilio.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: eritrodermia descamativa generalizada asociada a síndrome constitucional de dos meses de evolución. Se plantea como primera posibilidad diagnóstica un proceso paraneoplásico, siendo prioritario descartar linfoma cutáneo de células T (síndrome de Sézary o micosis fungoide en fase eritrodérmica).

Diagnóstico diferencial: eritrodermia psoriásica, dermatitis exfoliativa idiopática, reacción medicamentosa

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Dada la gravedad del cuadro clínico y la sospecha de proceso sistémico subyacente, se decidió la derivación urgente al Hospital de Valme para valoración e ingreso en el Servicio de Medicina Interna, con el fin de agilizar el estudio diagnóstico integral.

El paciente fue ingresado el mismo día, iniciándose estudio conjunto con los servicios de Dermatología y Hematología, quienes indicaron la realización de biopsia cutánea y biopsia de médula ósea mediante aspirado en distintas localizaciones, quedando ambos resultados pendientes para valorar la necesidad de tratamiento específico o mantener actitud expectante.

Durante el ingreso, el paciente presentó un episodio de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2, que requirió ventilación mecánica no invasiva, además de tratamiento con remdesivir, tocilizumab y dexametasona durante diez días, con evolución clínica progresiva hacia la mejoría.

Posteriormente, el paciente presentó dolor torácico típico con elevación de troponinas y alteraciones electrocardiográficas (fibrilación auricular a 110 lpm, infradesnivel del ST en V3-V4 y ondas T negativas en V2-V5). El ecocardiograma a pie de cama mostró acinesia apical. Tras estabilización clínica, se realizó coronariografía, evidenciándose oclusión de la arteria descendente anterior (ADA) compatible con infarto agudo de miocardio de más de siete días de evolución. Tras valoración conjunta de los servicios implicados y considerando el riesgo hemorrágico elevado frente al beneficio pronóstico, se optó por una actitud terapéutica conservadora.

Finalmente, el paciente fue derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital El Tomillar para un seguimiento clínico estrecho y control sintomático, en espera de los resultados definitivos del estudio hematológico (biopsia de médula ósea).

CONCLUSIONES

La aparición de eritrodermia generalizada acompañada de síndrome constitucional en un paciente anciano debe considerarse un signo de alarma que exige una valoración clínica exhaustiva y derivación hospitalaria temprana. Este caso evidencia que la interpretación inicial como una dermatitis benigna y la instauración de un tratamiento exclusivamente sintomático retrasaron el abordaje diagnóstico adecuado y la identificación de un posible proceso sistémico grave, lo que podría haber comprometido el pronóstico del paciente.

El médico de Atención Primaria desempeña un papel fundamental como primer punto de contacto en el sistema sanitario. Su capacidad para reconocer signos de alarma, mantener un alto grado de sospecha clínica y coordinar con los niveles asistenciales especializados es crucial para la detección precoz de patologías graves.

Este caso subraya que un diagnóstico oportuno y la derivación adecuada desde Atención Primaria no solo mejoran la evolución clínica y el pronóstico, sino que también reflejan el compromiso del médico con la responsabilidad profesional y el cuidado integral del paciente.

PALABRAS CLAVE

Eritrodermia, pérdida ponderal, linfocitosis.

17. 8/544 CUANDO LA TENSION SE DISPARA Y LA VISION SE DESDOBLA: UN CASO DE DIPLOPIA EN URGENCIAS

M^a Azucena Torres Checa

Médica Residente de MFyC. CS El Toyo. Retamar. Almería

Ana Páez Ordoño

Médica Residente de MFyC. CS Oliveros. Almería

Gonzalo Fornell Lopez

Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS El Toyo. Retamar. Almería

ÁMBITO

Atención primaria, urgencias hospitalarias, consulta de neurología.

MOTIVO DE CONSULTA

Cefalea, diplopía y vértigo rotatorio de 4 días de evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 48 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos, con antecedentes personales de hipotiroidismo, obesidad, HTA, SAOS moderado con CPAP crónico domiciliario, asma bronquial persistente moderado no controlado y patrón restrictivo.

Realiza tratamiento domiciliario con buena adherencia con eutirox 88mg, barnidipino 20mg 1/24h e hidroclorotiazida 25mg/olmesartán 40 mg 1/24h, trimbrow 172/5/9mcg 2 inhalaciones cada 12h y montelukast 10mg 1/24h. Además, en su última visita a urgencias se le prescribió indometacina por un posible episodio agudo de gota.

La paciente acude a SUAP por cefalea, alteración de la visión y vértigo rotatorio de 4 días de evolución, que no cede. La paciente lo describe como desdoblamiento de los objetos, horizontal y ligeramente vertical.

Exploración física:

- Buen estado general, consciente y orientado. No disnea ni cianosis. Tolera el decúbito. Auscultación cardio pulmonar: Rítmica y sin soplos. MVC. TAS hasta 230 mmHg. No edemas. Pulsos periféricos presentes.
- Exploración neurológica: PINLA, diplopía binocular en posición primaria de la mirada; infraversión y mirada extrema derecha en probable relación con leve paresia del VI par del OD. No DPAR. No ptosis. No nistagmo. No fatigabilidad ocular. No dolor a los movimientos oculares. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. Niega ptosis palpebral, dificultad para articular habla o a la deglución. No descoordinación motora en extremidades, ni déficit motor/sensitivo. Marcha estable sin aumento de la base de sustentación que no precisa apoyos.

Pruebas complementarias: tras la anamnesis y exploración, se decide derivar a urgencias hospitalarias para ampliar estudio mediante pruebas complementarias:

- AS: Bioquímica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad.
- TAC craneal sin contraste: sin hallazgos radiológicos sugerentes de patología intracraneal aguda.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: diplopía binocular aguda en probable relación con paresia leve del VI par craneal del OD de origen microvascular por crisis hipertensiva.

Lista de problemas: obesidad, HTA, Hipotiroidismo, Asma, SAOS y patrón restrictivo.

Diagnóstico diferencial: parálisis microvascular, accidente cerebro vascular, tumores, esclerosis múltiple, miastenia gravis, oftalmopatía tiroidea.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Dada la estabilidad clínica de la paciente y la normalidad del estudio complementario de urgencias, se propone estudio ambulatorio. Acudir a consultas de neurología para estudio. La paciente rechaza la RMN, incluso la abierta por claustrofobia, por lo que se solicita TAC de control

para valorar la evolución temporal y eventos neurológicos secundarios a sus factores de riesgo cardiovascular, el cual se concluye sin hallazgos significativos. Se pauta tratamiento AAS 100mg y atorvastatina 80mg y se recomienda retirar indometacina por ser la posible causa de la descompensación tensional. Control domiciliario de TA y en caso de tensiones por encima de 130/80 mmHg acudir a su Médico de Familia para ajuste de tratamiento antihipertensivo. Puede usar oclusión ocular alternante con parche hasta mejoría progresiva de la diplopía.

Actualmente, la paciente ha mejorado levemente en su diplopía, pero impresiona cierto déficit visual tras el episodio hipertensivo. Tras las pruebas de imagen realizadas y junto con la clínica actual de la paciente, se decide la realización de una RMN con sedación para ampliar estudio, que sigue pendiente de citar.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico, se aprecia la importancia de la valoración integral e individualizada de nuestros pacientes. En un paciente hipertenso, la introducción de nuevos fármacos debe realizarse con especial precaución, evaluando posibles efectos adversos o interacciones que puedan desestabilizar el control tensional.

En este caso la crisis hipertensiva se asoció a una parálisis microvascular del VI par craneal derecho manifestándose con diplopía y vértigo. Esto subraya como incluso una elevación aguda y transitoria de la presión arterial puede producir un daño microvascular en territorios sensibles, viéndose de esta manera muy afectada la calidad de vida de los pacientes. De ahí la importancia del buen manejo tensional desde atención primaria, así como la importancia de no infravalorar los síntomas de alarma en pacientes con FRCV.

PALABRAS CLAVE

Diplopía, hipertensión arterial, crisis hipertensiva, cefalea, AINES, paresia VI par craneal.

18. 8/520 CUANDO UNA REACCIÓN CUTÁNEA NO ES LO QUE PARECE

Carmen Generoso Torres

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

María Bolívar Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

M^a del Mar Cueto Camarero

Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Exantema maculopapular pruriginoso en tronco y extremidades y febrícula de una semana de evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

La paciente es una mujer de 28 años con antecedentes personales relevantes únicamente de neuralgia del trigémino, tratada con carbamazepina desde hace varias semanas. Acude a consulta por erupción cutánea pruriginosa, localizada en tronco y extremidades, acompañada de febrícula de una semana de evolución. No otra sintomatología acompañante, en ese momento. A la exploración se aprecia exantema maculopapular localizado en tronco y extremidades. En la primera visita, el cuadro cutáneo fue interpretado como urticaria, y se inició tratamiento sintomático con antihistamínicos y corticoides orales, sin respuesta evidente.

Durante las consultas de seguimiento se observaron cambios clínicos adicionales: aparición de fiebre, adenopatías cervicales palpables y aumento de enzimas hepáticas en analítica sanguínea. Además, se detectó eosinofilia significativa en hemograma. Se descartaron causas infecciosas comunes, así como reacciones alérgicas simples, mediante historia clínica detallada, exploración física y pruebas básicas de laboratorio.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Desde atención primaria se trabajó con la paciente en la vigilancia activa de signos de alarma, como empeoramiento de la fiebre, extensión rápida del exantema, ictericia o dolor abdominal intenso. Se hizo especial hincapié en identificar posibles desencadenantes farmacológicos y en monitorizar complicaciones hematológicas o hepáticas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: reacción alérgica simple, exantema vírico, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica.

Juicio clínico: síndrome de DRESS inducido por carbamazepina. El inicio de la clínica tras la introducción de carbamazepina, la combinación de síntomas cutáneos y sistémicos, y los hallazgos analíticos orientaron el juicio clínico hacia síndrome de DRESS, considerado una reacción de hipersensibilidad.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se revisó la medicación de la paciente y se identificó la carbamazepina como desencadenante probable. Se suspendió el fármaco, se inició manejo sintomático (incluyendo antihistamínicos y corticoides sistémicos) y monitorización clínica estrecha, y se realizó interconsulta con servicio de medicina interna para coordinación del manejo sistémico. Se realizaron controles periódicos de hemograma y función hepática. Tras la suspensión de la carbamazepina y el inicio de medidas de soporte, la paciente presentó resolución progresiva de la clínica cutánea, con desaparición del prurito y regresión de las lesiones maculopapulares, así como normalización gradual de la función hepática y del recuento de eosinófilos. No se identificaron complicaciones adicionales durante el seguimiento, y se planificó educación sobre advertencias futuras respecto a reacciones adversas graves a fármacos.

CONCLUSIONES

El síndrome de DRESS es una reacción de hipersensibilidad grave inducida por fármacos, con mayor frecuencia asociada a anticonvulsivantes, alopurinol y antibióticos. Se caracteriza por la tríada clásica: exantema cutáneo, eosinofilia y afectación visceral, principalmente hepática, aunque puede comprometer

otros órganos. Este caso resalta la importancia de la atención primaria en la reevaluación clínica continua y en la revisión sistemática del tratamiento como estrategia clave para identificar desencadenantes y prevenir complicaciones graves. La educación del paciente y la coordinación con especialistas garantizan una resolución segura y seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de DRESS; Carbamazepina; Reacciones adversas.



Ocampo-Garz J, Ocampo-Garza SS, Martínez-Villarreal JD, Barbosa-Moreno LE, Guerrero-González GA, Ocampo-Candiani J. (2015). Reacción por drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome de DRESS). Estudio retrospectivo de nueve casos. *Revista Médica de Chile*. 2015; 143(5). Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000500004>

19. 8/565 CUIDADO CON EL BOTOX. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberto Pajarón Álvarez

Médico Residente de MFyC. CS Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz

Juan Pedro Ocaña Oncala

Médico Residente de MFyC. CS Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Cristina Burgos Forte

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Malestar general.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 50 años que acude a consulta por MEG, debilidad en miembros y somnolencia tras la administración local de Botox en manos.

Anamnesis:

RAM Clindamicina: No hábitos Tóxicos. IQ Conización cervical. AP Hernia discal C5-C7. No refiere tratamiento.

Paciente, Mujer, de 50 años que acude por astenia y tendencia al sueño desde pauta local de BOTOX a nivel de palmas y plantas por hiperhidrosis.

Refiere pauta en una clínica estética hace dos días, desde entonces sensación de astenia, sensación de hipoestesia en palmas y plantas, tendencia al sueño, sensación de mareo y dificultad para el habla

Refiere también sensación de disfagia asociada (tolera pero refiere molestias locales)

No otra clínica asociada

Exploración: acude en Silla de ruedas a consulta, BHYPM, Glasgow 15/15, no focalidad, eupneica en reposo

SNC: PICNR, MOES conservados, fuerza, tono y sensibilidad conservados (refiere hipoestesia a nivel de palmas, región donde se ha pautado Bótox local), Bradipsiquia, tendencia al sueño, decaída

ACR: rítmica sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. No tiraje respiratorio

Pruebas complementarias: analítica con tres series dentro de la normalidad, iones normales, no elevación de RFA.

TAC Craneal sin alteraciones significativas.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Vive con su marido y con sus hijos y niega sintomatología familiar ni contexto epidemiológico. No hábitos tóxicos ni AP.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de evento neurológico agudo VS. Intoxicación por otras sustancias.

Diagnóstico diferencial: botulismo latrogénico, Reacción adversa al Botox, Trastorno de ansiedad postprocedimiento, Intoxicación por otras sustancias, Evento neurológico agudo, Miastenia Gravis.

EVOLUCIÓN

La paciente presentó algo de mejoría, pero presenta persistencia de clínica. Ligera ptosis palpebral de OI, persiste lenguaje enlentecido (refiere sentir "boca pesada"), mantiene marcha, pero refiere sensación de mareo/inestabilidad. Se interconsultó el caso con Neurología que recomendó pauta de Neostigmina ante posible reacción adversa/miastenia gravis y evolución.

Finalmente se diagnostica Miastenia Gravis durante su ingreso en Medicina Interna ya que evolucionaba tras la administración de Neostigmina.

CONCLUSIÓN

El caso ilustra un debut de miastenia gravis tras exposición a toxina botulínica, cuadro poco frecuente pero descrito en la literatura, en el cual la toxina puede precipitar o desenmascarar una miastenia subclínica preexistente.

El diagnóstico se confirma por la respuesta a Neostigmina y la evolución favorable bajo tratamiento específico.

PALABRAS CLAVE

Toxina botulinica, miastenia gravis, evento neurológico.

20. 8/545 DE LA ADENOPATÍA A LA SÍFILIS

M^a Teresa Charlo Pumar

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Lucía Escudero Domínguez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Isabel Sebastián Lacave

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Molestias abdominales y en garganta con adenopatías cervicales de varios días de evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 25 años sin antecedentes de interés. Refiere molestias abdominales leves y odinofagia, además de notar ganglios en el cuello. Durante la entrevista, el paciente comenta haber mantenido relaciones sexuales sin método barrera con pareja ocasional. No fiebre ni exantemas. Se amplía el estudio con serología de ITS, resultando positiva para *Treponema pallidum*.

Exploración física y pruebas complementarias

Buen estado general. Faringe hiperémica sin exudado. Adenopatías occipitales y cervicales no dolorosas, móviles y sin signos inflamatorios. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Serología treponémica positiva (VDRL 1/64, *Treponema pallidum* positivo). Resto del cribado de ITS negativo (VIH, hepatitis B y C, clamidia y gonococo).

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Paciente joven, sin pareja estable y con entorno familiar de apoyo. Se aprovecha la consulta para trabajar la educación sexual, explicando modos de transmisión de ITS, importancia del uso de preservativo y necesidad de control de contactos. El centro de salud participa en actividades comunitarias de promoción de la salud sexual y prevención de ITS dirigidas a población joven.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico principal: sífilis latente precoz.

Diagnósticos diferenciales: mononucleosis infecciosa, adenopatías reactivas, faringoamigdalitis vírica, primoinfección por VIH.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Derivación a Enfermedades Infecciosas para confirmación y tratamiento específico. Tratamiento con benzatina penicilina G 2,4 millones UI intramuscular semanal durante tres semanas. Buena tolerancia y evolución favorable, con descenso progresivo de títulos serológicos. En los controles posteriores, el paciente adopta medidas preventivas tras recibir información educativa sobre salud sexual.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la función docente y preventiva del médico de familia en la atención a pacientes jóvenes con conductas sexuales de riesgo. Una anamnesis completa, el abordaje sin juicios y la educación sanitaria son esenciales para prevenir reinfecciones y reducir la transmisión. La experiencia proporciona a los residentes una valiosa oportunidad formativa en comunicación clínica, educación para la salud y trabajo interdisciplinar. La Atención Primaria constituye el ámbito idóneo para integrar el manejo clínico y la prevención de ITS en un enfoque integral centrado en la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- » Ministerio de Sanidad. Protocolo de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual en España. Madrid: RENAVE; 2023.
- » Janier M, et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(3):574–588.
- » Organización Mundial de la Salud. Promoting sexual and reproductive health in primary care: WHO recommendations. Geneva: WHO; 2021.

21. 8/541 DE UN SÍNCOPE INOCENTE A UNA SOSPECHA MAYOR: EL VALOR DEL HALLAZGO INCIDENTAL

Álvaro Valero Gutiérrez

Médico Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva

Marta Sánchez Soto

Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva

Francisco Miguel Ramírez Arroyo

Médico Especialista de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea y síncope.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 68 años con los siguientes antecedentes: No alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos. Dislipemia e hipotiroidismo en tratamiento con Simvastatina y Eutirox.

Derivada a Urgencias Hospitalarias tras valoración domiciliaria por su Médico de Atención Primaria al presentar episodio de movimientos tónicos en miembros superiores en sedestación, con disnea súbita e imposibilidad para respirar, con posterior síncope de unos 5 minutos de duración y recuperación espontánea, negando palpitaciones o dolor torácico previos y persistiendo la disnea al despertarse. Lleva una semana padeciendo tos sin expectoración, febrícula intermitente y sibilancias nocturnas.

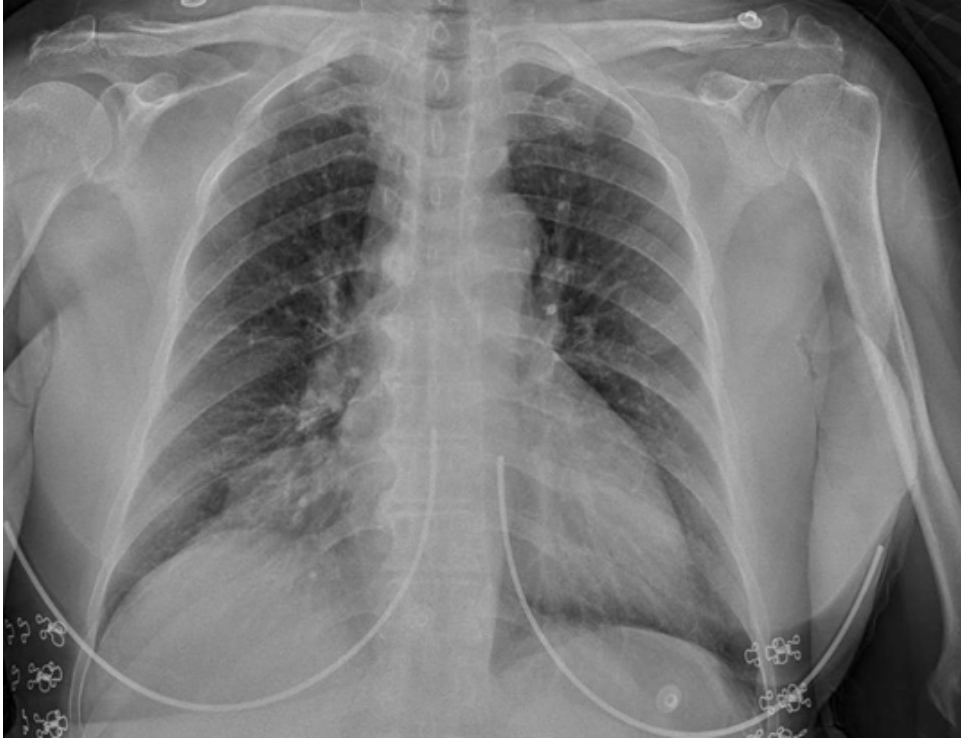
Exploración: REG, COC, bien hidratada y perfundida, taquipnea sin uso de musculatura accesoria. TA 132/68 mmHg, FC 110 lpm, SatO₂ 90% aire ambiente y afebril. Acude en camilla a consulta. ACR: Tonos rítmicos sin soplos a alta frecuencia con roncus espiratorios y sibilancias leves bilaterales.

Abdomen: Blando, globuloso, depresible sin dolor a la palpación. No masas ni megalias. RHA conservados. No signos de irritación peritoneal.

Miembros inferiores: No edemas ni fovea, no signos de TVP. No lesiones cutáneas.

Pruebas complementarias:

- ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm, eje normal, PR normal y constante, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización.
- GSV: destaca Láctico 3,2 mmol/L.
- Analítica: destaca Leucocitos $16,68 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos $13,79 \times 10^3/\mu\text{L}$, Dímero D 513 ng/mL, PCR 7,7 mg/dL;
- Sistemático de orina: sin hallazgos patológicos.
- Radiografía de tórax en decúbito supino (se compara con previas): ICT en límite alto de la normalidad, no se aprecian signos de redistribución ni pinzamiento de senos costofrénicos. No condensaciones parenquimatosas. Se aprecia masa en Lóbulo Inferior Derecho no filiada.



ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Mujer de 68 años. Vive con su marido e hijo. Jubilada. Cuidadora principal de su padre de 92 años. Vida sedentaria. Nivel sociocultural medio.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Crisis comicial. Tromboembolismo pulmonar. Broncoespasmo.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Evolución favorable tras oxigenoterapia junto a corticoides inhalados e intravenosos la presenta mejoría de sensación disneica y tos, eupneica con SatO₂ a 95 % en aire ambiente. Se comunica a la paciente el hallazgo incidental de la radiografía y entiende su necesidad de seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria. Se deriva a Consulta Rápida de Neumología para ampliación de estudio, que citarán presencialmente con realización de TAC torácico en corto plazo de tiempo.

CONCLUSIONES

Hay que destacar la importancia de identificar los signos de alarma en un cuadro sincopal por parte del médico de atención primaria para considerar la necesidad de ser estudiado en el servicio de urgencias hospitalarias. También informar correctamente a paciente y familiar sobre los hallazgos incidentales desde un servicio de urgencias y transmitir el proceso diagnóstico a seguir ante una masa con posibilidad de naturaleza maligna aclarando dudas y siendo objetivos con la información disponible en ese momento.

PALABRAS CLAVE

Síncope. Disnea. Masa pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

- » Writing Committee Members; Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Heart Rhythm*. 2017;14(8):e155-e217. doi: 10.1016/j.hrthm.2017.03.004. Epub 2017 Mar 9. PMID: 28286247.

22. 8/556 DEBUT HIPERTENSIVO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ANGINA INESTABLE: LA IMPORTANCIA DE UNA REEVALUACIÓN CLÍNICA PRECOZ

Enrique Muñoz Beltrán

Médico Residente de MFyC. CS San Felipe. Jaén

Katarina Kadasiova

Médica Residente de MFyC. CS San Felipe. Jaén

Gracia Agredano Torquemada

Médica Especialista en MFyC. CS San Felipe. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Sensación de mareo, cansancio, debilidad muscular y edemas en miembros inferiores al final del día.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Paciente varón de 50 años, sin antecedentes personales relevantes. Como antecedente familiar, madre con cardiopatía isquémica con stent. Consulta por síntomas generales sin dolor torácico ni palpitaciones.

Exploración: ACR rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. No edemas en la exploración inicial. TA 170/100 mmHg.

Pruebas complementarias: ECG basal normal. Analítica solicitada.

Tres días después, TA 185/115 mmHg, ECG nuevamente sin alteraciones. Se pauta captopril sublingual y furosemida IM, con descenso tensional. A la semana, refiere dolor torácico opresivo con disnea y sudoración a esfuerzos moderados, de 5–6 minutos de duración, con exploración normal y ECG sin cambios.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Antecedente familiar de cardiopatía isquémica. No sobrecarga familiar ni factores comunitarios relevantes. Riesgo cardiovascular elevado por historia familiar.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas: HTA de reciente diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular, dolor torácico de esfuerzo.

Diagnóstico diferencial: Angina estable, angina inestable, hipertensión esencial, insuficiencia cardíaca incipiente.

Diagnóstico principal: Angina inestable.

PLAN DE ACCIÓN

Ajuste antihipertensivo (losartán/hidroclorotiazida), control evolutivo y ECG seriado. Ante dolor torácico de esfuerzo, derivación urgente a hospital para valoración cardiológica y cateterismo.

EVOLUCIÓN

El cateterismo confirma angina inestable y se coloca un stent. El paciente evoluciona favorablemente, con control tensional y desaparición del dolor torácico.

CONCLUSIONES

Un debut hipertensivo puede enmascarar una patología coronaria subyacente, especialmente con antecedentes familiares. La reevaluación clínica ante nuevos síntomas y la derivación oportuna permiten un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, mejorando el pronóstico cardiovascular.

PALABRAS CLAVE

Hypertension; Angina, Unstable; Primary Health Care.

23. 8/547 DEL CATARRO A LA CAVITACIÓN: EL RETO DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA NECROTIZANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marina Oliva Morales

Médica Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería

M^a José García Ramón

Médica Especialista en MFyC. CS La Cañada, Almería

M^a Azucena Torres Checa

Médica Residente de MFyC. CS El Toyo. Retamar. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor torácico y disnea.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 64 años que consulta por aumento de su disnea de base. Había acudido previamente a urgencias de su centro de salud en dos ocasiones, con diagnóstico de catarro de vías altas y de neumonía adquirida en la comunidad, respectivamente, aunque solicitó alta voluntaria en la segunda ocasión.

La persistencia y progresión de la disnea motivó su ingreso en el hospital de referencia.

Sus antecedentes personales y hábitos son:

- Fumador activo de 30 cigarrillos diarios
- EPOC GOLD A tipo enfisema centrolobulillar
- Síndrome ansioso-depresivo

El paciente es independiente para las ABVD. Vive solo y trabaja en un hotel. Su medicación habitual: Trazodona 100 mg /24h, Paroxetina 20 mg/24h y Lorazepam 1mg c/24h.

En el momento actual y durante diez días, presentó aumento progresivo de la disnea con expectoración verdosa ocasional, aunque sin tos y afebril. Tras empeorar su estado, acudió nuevamente a urgencias y fue ingresado en neumología.

Exploración física

- Urgencias: consciente, orientado y colaborador. Eupnéico en reposo. Normohidratado y perfundido. Tensión arterial 95/56mmHg. Frecuencia cardíaca de 94lpm. Saturación de oxígeno al 90% con gafas nasales a 2L/min, basal a 86%. No rigidez de nuca, pupilas isocóricas y normorreactivas, sin nistagmo ni ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con crepitantes en lóbulo superior izquierdo y murmullo vesicular conservado con ligera hipoventilación.
- Neumología: estado general conservado, consciente y orientado, eupnéico en sedestación. Saturación de oxígeno 93% con gafas nasales a 1'5 L/min, normotenso, normocárdico y afebril. Auscultación con disminución generalizada del murmullo vesicular y crepitantes húmedos en base izquierda. Abdomen anodino y miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: en urgencias presentó una analítica en la que destacaba en hemograma una leucocitosis de 18360 (81% neutrófilos), una gasometría arterial (FiO2 desconocida) con pH 7'4, pCO2 38 mmHg, pO₂ 64mmHg y saturación de O₂ al 91% con bicarbonato en 24mmol/L. La PCR de exudado nasofaríngeo fue negativa y radiografía de tórax con infiltrado a nivel de segmento apical en lóbulo inferior izquierdo, consolidativo, que igualmente afecta a



Posteriormente, se realizó un estudio más amplio tras ingreso en Neumología con ecografía torácica que mostró patrón C en tercio superior de hemitórax izquierdo, no se observó derrame pleural o patrón C en base izquierda. Hemitórax derecho sin hallazgos. En el cultivo de esputo se aisló *Pseudomona Aeruginosa* con sensibilidad incrementada.

En TAC torácico se observaron signos de enfisema centroacinar y paraseptal difuso, con desestructuración del parénquima, de predominio en ambos lóbulos pulmonares superiores. Se observó una condensación que afectaba el segmento superior del lóbulo inferior izquierdo, con broncograma aéreo y áreas de hipocaptación y cavitación, sugestivas de necrosis y neumonía necrotizante, respectivamente. Se identificaron además otras opacidades condensativas de menor tamaño, hipocaptantes en lóbulo superior izquierdo y segmento superior del inferior derecho, de probable origen infeccioso. Ganglios mediastínicos e hiliares probablemente reactivos. Grandes vasos sin alteraciones, leve cantidad de derrame pleural izquierdo y pericárdico sin otros hallazgos significativos.



Los cambios analíticos que se observaron en la revisión a la semana fueron una PCR de 13, con una previa de 15. La Hb de 11'6, con una previa de 10'8. Disminución de leucocitosis a 9.091. La gaseometría arterial con un pH de 7'41, pCO₂ de 42 mmHg, pO₂ de 64 mmHg, HCO₃ de 26mmol/L, saturación O₂ basal en 92%. PCR viral positiva para SARS-CoV2. En la radiografía de tórax de control se observó una leve mejoría del infiltrado pulmonar bilobar.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El paciente vive solo en una vivienda urbana próxima a su lugar de trabajo, sin red de apoyo familiar cercana. Trabaja en un hotel, lo que implica exposición a ambientes con humo y polvo,

factores que pueden agravar su enfermedad pulmonar. La falta de soporte emocional y la convivencia en soledad condicionan la adherencia terapéutica y el seguimiento de las recomendaciones médicas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico:

- Neumonía necrotizante en LII + LSI con mínimo derrame pleural izquierdo. Cultivo esputo positivo a pseudomona aeruginosa multisensible.
- Insuficiencia respiratoria aguda normocápnica.
- Anemia leve normocítica-normocrómica.
- Complicación durante ingreso: Infección por SARS-CoV-2. Compañero positivo. Paciente estable.

Se planteó un **diagnóstico diferencial** con:

- Bronquitis aguda.
- Influenza y otros virus respiratorios.
- Tuberculosis.
- Absceso pulmonar.
- Infección por hongos.
- Embolia pulmonar.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Inicialmente, durante el ingreso hospitalario, se instauró tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro ajustado según el antibiograma con piperacilina-tazobactam, junto con oxigenoterapia de bajo flujo, broncodilatadores inhalados y control clínico y analítico estrecho. Tras la mejoría clínica y estabilización respiratoria se continuó con tratamiento antibiótico oral domiciliario y broncodilatadores de mantenimiento.

Se aconsejó abandono del hábito tabáquico y se programó control clínico ambulatorio a los 3-7 días posteriores al alta además de seguimiento con radiografía de tórax a las 4-6 semanas además de TC si persistencia de síntomas. Se planificó revisión por neumología con cultivo de esputo previo, radiografía y espirometría con prueba broncodilatadora.

Durante los primeros días, debido a la infección concomitante por SARS-CoV 2 se indicó aislamiento domiciliario y el uso de FFP2. Asimismo, se recomendó rehabilitación pulmonar en caso de limitación funcional significativa y educación al paciente de síntomas de alarma por los que volver a acudir.

La evolución fue, con mejoría clínica progresiva y alta hospitalaria, permaneciendo el paciente en situación de incapacidad laboral temporal.

CONCLUSIONES

La utilización adecuada de herramientas diagnósticas disponibles en atención primaria como radiografía de tórax, marcadores inflamatorios junto con una buena anamnesis y exploración física detalladas, son claves para sospechar esta entidad en fases tempranas. En los distintos informes iniciales se observó disparidad, lo que permite mejorar el pronóstico, evitar complicaciones graves y reducir morbimortalidad.

En definitiva, la formación adecuada del personal sanitario en atención primaria en el reconocimiento de neumonías de evolución atípica como la necrotizante es esencial para una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente.

24. 8/560 DOCTOR, MI PERFUME NO FUNCIONA

Alejandro Santos Collado

Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva

Lidia Noguera Sánchez

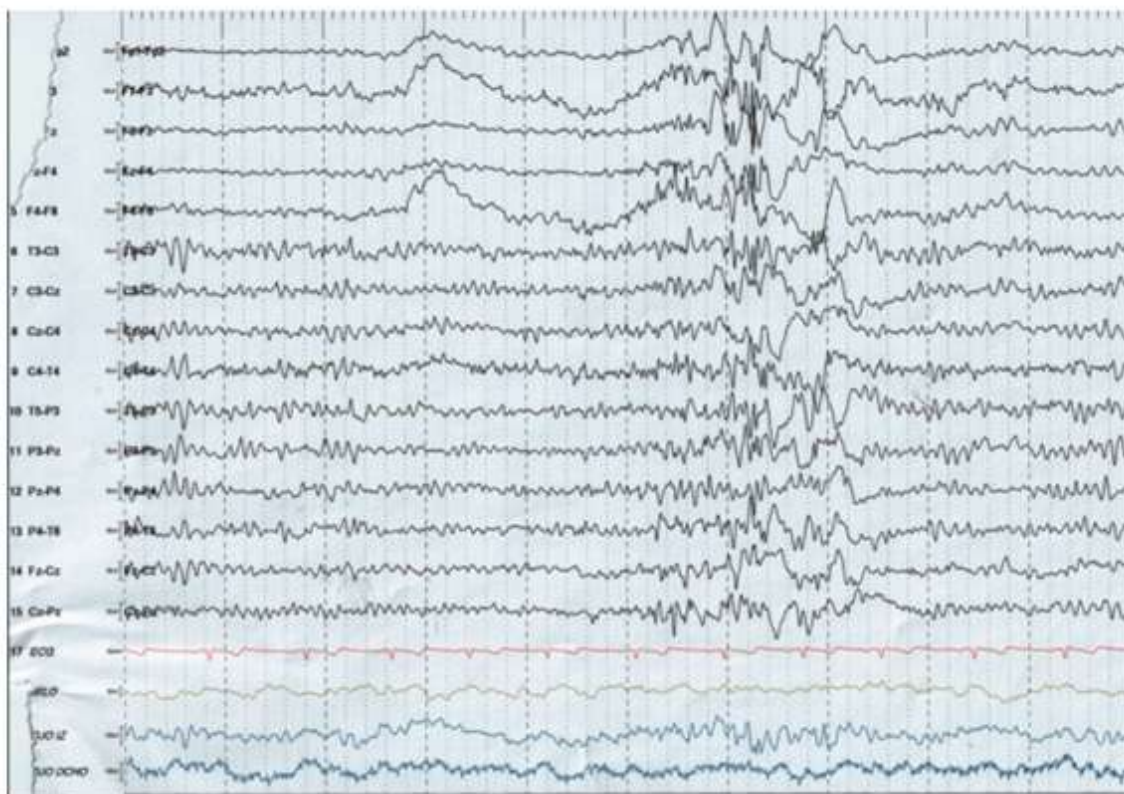
Médica Especialista de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

MOTIVO DE CONSULTA

Sensación de calor en tórax y cara.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 15 años de edad, con los siguientes antecedentes personales: convulsiones febriles típicas en la infancia (entre el año y los 2 años de edad), aunque hubo una que cursó sin fiebre por lo que fue estudiada siendo el EEG que se practicó normal. No necesitó tratamiento profiláctico.



Estado actual: se presenta en consulta porque desde hace aproximadamente 3 meses vienen presentando episodios que comienzan con sensación de calor que afecta a tórax y cara, notando posteriormente un olor muy desagradable que ella cree que parte de su propio cuerpo, aunque nadie a su alrededor es capaz de percibir ninguna sensación olorosa anormal. Los episodios duran de 4 a 5 minutos y después desaparecen rápidamente sin dejar ningún tipo de trastorno posterior ni sensaciones que afecten al nivel de conciencia. Ha tenido hasta 10 episodios al día desde el comienzo sin modificación importante en la frecuencia diaria. Había dejado de acudir a las actividades escolares por sentir vergüenza ante sus compañeros del mal olor que ella creía desprender.

La **exploración** neurológica es estrictamente normal.

Se le practicó analítica general, incluyendo bioquímica y hemograma normales. El TAC de cráneo que se solicitó para descartar proceso lesión ocupante de espacio fue normal. El Electroencefalograma practicado mostró una clara actividad paroxística frontoparietotemporal izquierda

con difusión homo y contralateral, que se apreciaba tanto durante la vigilia como durante la hiperventilación.

PLAN DE ACCIÓN

Se inició tratamiento con Valproato sódico a la dosis de 1500 mg/día.

EVOLUCIÓN

La frecuencia de las crisis tras iniciar el tratamiento disminuyó ostensiblemente, siendo ahora su presentación esporádica. Se le practicó una analítica al mes de iniciar el tratamiento farmacológico para detectar efectos secundarios del valproato sódico. El hemograma presentó una leucopenia de 3.200 leucocitos, por lo que la dosis diaria se disminuyó pasando a Valproato sódico de 1000 mg/día, con posteriores controles del hemograma normales y buena respuesta clínica, encontrándose los niveles plasmáticos de ácido valproico en valores de 86.13 mcg/ml (Valores de referencia de normalidad: 50-100), dentro del rango terapéutico.

A los 3 meses de iniciar el tratamiento la paciente acudió a consulta para manifestar que no se encontraba bien, la madre explicaba que de nuevo había dejado de asistir al Instituto de Enseñanza Secundaria. Fue derivada a consultas de psiquiatría para valorar cuadro psiquiátrico asociado. El informe del psiquiatra desveló que se trataba de una joven con un coeficiente intelectual de 89, y numerosos rasgos de carácter obsesivo: rituales, pequeñas compulsiones. Además, presentaba una respuesta de inhibición social derivada de la ansiedad de su enfermedad neurológica. Se le indicó tratamiento con sertralina, respondiendo satisfactoriamente.

25. 8/580 DOCTOR/A, ME MAREO CUANDO ME LEVANTO

Amalia Millán López

Médica Residente de MFyC. CS Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla

Antonio Grande Ruiz

Médico Residente de MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

María José Fernández Morán

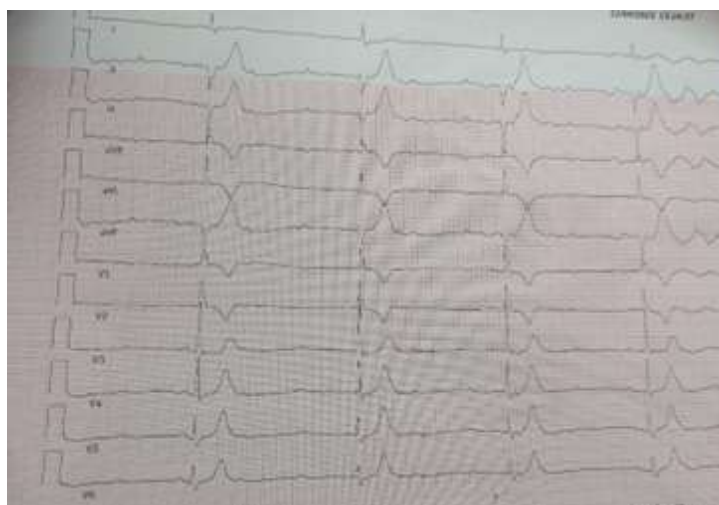
Médica Especialista de MFyC. CS Montequinto. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 68 años que como AP es exfumador de 1 paquete diario de los 20 a los 54 años y está en tratamiento por Hiperplasia Benigna de Próstata que acude a Urgencias de CS porque desde hace unos diez días presenta episodios presíncopales con sensación de mareo junto con astenia intensa. Refiere que los episodios aparecen cuando se incorpora desde posición sentada a bipedestación. Ha acudido varias veces a CS por este motivo catalogándose de hipotensión ortostática.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

En la exploración física presenta buen estado general, consciente y orientado en todo momento. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo tolerando el decúbito. Afebril. Tensión arterial: 140/80. SaO₂ 99% FC 38 lpm. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos, bradicárdico. MVC sin ruidos sobreañadidos. Extremidades: No edemas ni signos de Trombosis Venosa Profunda. ECG: BAV completo a 25 lpm. Eje izquierdo con HBAI. QRS ancho con BRD de 130 ms. Alteraciones secundarias de la repolarización.



En analítica de SUH se realizó analítica sanguínea con hemograma sin alteraciones en las tres series, coagulación normal y bioquímica normal.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Ante un cuadro de presíncope debemos plantearnos distintas causas:

- Ortostatismo: puede ser inducido por fármacos, secundario a disautonomía (primaria o secundaria) o secundario a hipovolemia.
- Neuromediado (reflejo): puede ser vasovagal (asociado a pródromos y precipitado por estímulos desagradables como dolor, calor intenso...); situacional (tras la micción, defecación, estornudo, ...) o por hipersensibilidad del seno carotídeo.
- Cardiogénico: puede estar causado por cardiopatía estructural (principalmente miocardiopatía hipertrófica obstructiva y valvulopatías), por arritmias, tanto bradicardias (enfermedad del nudo sinusal, Bloqueo AV) o por taquiarritmias (taquicardia ventricular, *torsade de pointes*) o bien por otras causas estructurales (taponamiento cardíaco, TEP, tumores cardíacos,

disección aórtica).

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Ante paciente con bradicardia sintomática y bloqueo auriculoventricular completo se llama a centro de coordinación de emergencias y se traslada al paciente en ambulancia medicalizada a Hospital de Referencia donde se ingresa a cargo de Cardiología para implantación de marcapasos DDD y a los dos días se da de alta sin presentar ninguna incidencia durante el traslado.

CONCLUSIONES

Como Médicos de Atención Primaria atendemos muchos casos de pacientes que consultan tanto de forma urgente como de forma programada por mareo, síntoma que es muy inespecífico y que muchas veces puede dar lugar a confusión, por lo que siempre debemos de tener en cuenta los síntomas de alarma y realizar una exploración física que incluye auscultación cardiorrespiratoria y toma de constantes, y en caso de objetivar bradicardia realizar un electrocardiograma.

PALABRAS CLAVE

Bloqueo auriculoventricular. Mareo. Bradicardia.

26. 8/531 DOCTORA, ¡NO PUEDO COMER!

Ana Huertas Romero

Médica Residente de MFyC. CS La Mojonera. Almería

M^a del Mar Rubio Polo

Médica Residente de MFyC. CS Ejido Norte. Almería

Sonia Martos Luque

Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Ejido Norte. Almería

ÁMBITO

Atención primaria y hospitalaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Epigastralgia con la ingesta.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 45 años de edad, NAMC. No hábitos tóxicos. AP de HTA, DM, dislipemia y obesidad con IMC 42´24.

Acude a consulta el día 1 de abril de 2025 por epigastralgia con la ingesta que refiere intensa y pérdida de peso reciente (había iniciado hace 6 meses tratamiento con Dulaglutide para control de diabetes en paciente con IMC mayor de 35).

Exploración: no palidez de mucosas. Normohidratado y perfundido.

ACR: sin ruidos patológicos, MVC, tonos rítmicos, sin soplos.

Abdomen: blando, depresible, percusión normal, peristaltismo conservado, globuloso, dolor a palpación en epigastrio, no se palpan masas ni megalias.

Pruebas complementarias: ante clínica de dispepsia sin signos de alarma se solicita Antígeno de Helicobacter Pylori en heces y analítica sanguínea.

Como tratamiento tras las pruebas se inicia omeprazol y levogastrol empírico.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Varón de 45 años, natural de España, con AP descrita anteriormente. No hábitos tóxicos. No hace dieta ni ejercicio. Vive en domicilio junto con su esposa, ambos independientes para las ABVD.

Acude semestralmente a revisión de sus patologías.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Tras la primera consulta, se programa revisión para valorar clínica y resultado de pruebas complementarias.

Dos semanas después, no ha mejorado la clínica, refiere dificultad para la ingesta y pérdida de peso deseada, pero le preocupa la dificultad para comer. Se constata pérdida de 8 kg de peso desde última visita (octubre 2024). La analítica muestra buen control de diabetes (HbA1c: 6,2) y Ag H. Pylori +.

Pautamos tratamiento erradicador de H. Pylori y control al mes. Se suspende Dulaglutide por buen control de diabetes y descartar posible causa de epigastralgia y pérdida de peso.

En la siguiente visita, se constata erradicación de H. Pylori. La clínica ha empeorado y sigue perdiendo peso, desde el inicio ha perdido 7 kg. Ahora describe "nudo en el estómago que no le deja comer". Ante la situación, solicitamos gastroscopia.

A las dos semanas reconsulta por empeoramiento e incapacidad para ingesta, objetivamos pérdida de 6 kg más desde la última visita. Lleva 48h sin tomar nada sólido y apenas líquidos. Se deriva a Urgencias Hospitalarias por este motivo y se deriva preferente a consulta de Digestivo.

El paciente vuelve el 15 de julio, continúa con la clínica e imposibilidad para alimentarse. Se le deriva a la consulta de diagnóstico rápido de Medicina Interna por objetivización de la pérdida de peso total de 24 kg desde octubre 2024 constatados en consulta, disfagia y epigastralgia que no mejora con tratamiento.

Valorado en la consulta de Medicina Interna, se decide ingreso para estudio. Se realiza la gastroscopia solicitada con anterioridad y biopsia, siendo diagnosticado finalmente con adenocarcino-

ma en la unión esófago-cardias.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Adenocarcinoma de esófago-cardias.

Diagnóstico diferencial: dispepsia, ERGE, infección por H. Pylori, efectos secundarios de Dulaglutide, ulcus gástrico, neoplasia.

CONCLUSIONES

Desde Atención Primaria se inicia estudio de una dispepsia. Se erradica una infección por H. pylori, y se suspende Dulaglutide como posibles causas de la clínica. Ante signos de alarma (disfagia y pérdida de peso continua) se solicita gastroscopia, pero la demora en la realización de la prueba no es asumible por la clínica del paciente, motivando una derivación a Urgencias Hospitalarias. El empeoramiento progresivo y la pérdida de peso motivan otra derivación desde Atención Primaria a la consulta de diagnóstico rápido de Medicina Interna (no siendo lo ideal, pero debíamos actuar ante la demora para la consulta preferente con Digestivo). Destacar la importancia de la posibilidad de pedir pruebas complementarias (como gastroscopia) por parte del médico de familia, que antes no existía, y hubiera sido diagnóstica en nuestro caso.

Es importante entender que una pérdida de peso rápida y continua es un signo de alarma a estudiar siempre. En este caso, se partía de un paciente con obesidad mórbida, al que físicamente no se le notaba la pérdida de peso que refería y que además estaba con tratamiento que lo facilitaba (Dulaglutide). El pesar al paciente nos permitió constatar la rapidez y severidad de la misma. La pérdida de peso mejoró el control de sus patologías crónicas, pero el no ser voluntaria, nos tiene que alertar. No por ser obeso nos debemos preocupar menos de una pérdida de peso involuntaria.

Creemos fundamental tener una vía de comunicación rápida con los distintos servicios de Atención Hospitalaria que permita un diagnóstico precoz sin tener que hacer derivaciones a otros servicios (como Medicina Interna) con tiempos de respuesta más rápidos. Esta vía de comunicación puede ser la teleconsulta instaurada en nuestra zona con algunos servicios de Atención Hospitalaria, pero no con todos (por ejemplo, Digestivo) que agilizaría la valoración en casos como este y evitaría derivaciones a otros servicios, permitiéndonos acceder al segundo nivel asistencial de forma rápida.

Destacar la importancia del médico de familia como la puerta de entrada al sistema sanitario y la más accesible para ellos; y lo importante que es conocer a los pacientes, escucha activa en la consulta, no minimizar síntomas, seguimiento de la patología con consultas programadas, prestar especial atención cuando no mejora el paciente y aparecen nuevos síntomas que nos hacen sospechar patología grave y/o urgente que no permite demoras.

El protocolo de dispepsia se realizó, pero las demoras por falta de recursos motivan derivaciones a Urgencias o Consultas con menos espera. No es lo ideal, pero agilizan el diagnóstico y tratamiento de patologías potencialmente graves y no demorables.

Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria evitaría demoras y derivaciones innecesarias

El continuar el seguimiento del paciente después del diagnóstico es importante, ver evolución, resolver dudas, tratar posibles efectos secundarios, y acompañarlo en el proceso es función también del Médico de Familia y en ello estamos, como personal sanitario accesible y referente del paciente.

PALABRAS CLAVE

Dispepsia, unión esófago gástrica, pérdida de peso, neoplasia.

27. 8/559 DOCTORA, NO VEO LAS LETRAS DE LAS MATRÍCULAS

M^a Azucena Torres Checa

Médica Residente de MFyC. CS El Toyo. Retamar. Almería

Marina Oliva Morales

Médica Residente de MFyC. CS La Cañada. Almería

Gonzalo Fornell Lopez

Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS El Toyo. Retamar. Almería

ÁMBITO

Atención primaria, urgencias hospitalarias y consulta de neurología.

MOTIVO DE CONSULTA

Pérdida de visión.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Varón de 73 años con antecedentes personales de HTA, epilepsia focal con clínica típica de afectación del lóbulo temporal y amnesia global transitoria de repetición. Acude a servicio de urgencias por alteración visual. El paciente refiere que, tras haberse levantado asintomático, percibe un déficit visual al no ver elementos mientras conducía que antes sí veía, persistiendo hasta su llegada al hospital. Conduciendo no conseguía ver las letras de las matrículas de los coches, y a la llegada al hospital, refiere no poder leer los carteles correctamente, teniendo que girar la cabeza completamente para conseguir ver la parte derecha de estos. Asocia cefalea opresiva temporo-parietal izquierda, paciente no migrañoso previamente. La duración del déficit visual fue superior a 3 horas. No refiere otra alteración sensitiva, motora ni otra focalidad neurológica.

Exploración física: Constantes: TA 152/69, FC 62, SatO₂ 95%. CyO. ACP normal.

Exploración oftalmológica: PINLA. MOEcs conservados sin diplopia. FO: papila y mácula de aspecto fisiológico, red vascular conservada, retina sin lesiones.

AV OD: 0.4 OI:1. No patología oftalmológica. Hemianopsia/ cuadrantanopsia inferior derecha explorada por campimetría.

Exploración neurológica: PINLA. MOEcs. Obedece órdenes complejas. Lenguaje conservado, no disartria. No paresia facial. No déficit motor ni sensitivo. No disimetría dedo-nariz. No alteraciones de la marcha. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica.

Pruebas complementarias:

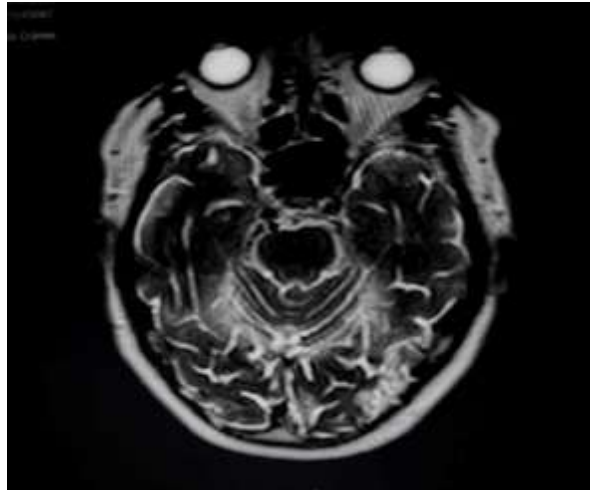
EKG: Ritmo sinusal a 55lpm, eje normal, QRS estrecho. No alteraciones de la onda T ni segmento ST.

TC craneal sin contraste realizado en urgencias: sin hallazgos radiológicos sugerentes de patología intracraneal aguda.

Angio TC realizado en urgencias: sin hallazgos.

Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de los rangos de la normalidad.

RMN ambulatoria: Se confirma sospecha de infarto territorial subagudo tardío occipital izquierdo.



RMN craneal: Infarto territorial subagudo tardío occipital izquierdo.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: cuadrantanopsia inferior derecha/hemianopsia derecha autolimitada. Accidente isquémico transitorio (ACP izquierda).

Lista de problemas: independiente para ABVD con antecedentes personales de HTA, epilepsia focal con clínica en lóbulo temporal, amnesia global transitoria de repetición y parasomnias. Poca conciencia de enfermedad.

Diagnóstico diferencial: AIT, crisis epiléptica focal del lóbulo occipital izquierdo, isquemia transitoria retiniana.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

El paciente evoluciona adecuadamente, recuperando la visión completa tras la realización de la prueba de imagen. Al descartar patología aguda en las pruebas complementarias y encontrarse asintomático, se procedió al alta con cita en las consultas externas de Neurología para estudio y controles con su Médico de familia. Se inició tratamiento con Aspirina 100mg y Atorvastatina 80mg hasta valoración y Clopidogrel 75mg durante 21 días. Como se comenta en el apartado de pruebas complementarias, se realizó una RMN ambulatoria de control que confirmó la sospecha de infarto territorial subagudo tardío occipital izquierdo.

CONCLUSIONES

Se trata de un caso de hemianopsia homónima derecha/cuadrantanopsia inferior derecha transitoria en la que ésta fue la manifestación de un infarto occipital izquierdo confirmado por RMN, evidenciando la necesidad de una correcta evaluación neurológica ante alteraciones visuales sugerentes, así como la importancia de correlacionar los síntomas visuales con la localización anatómica de la lesión.

PALABRAS CLAVE

Hemianopsia, cuadrantanopsia, accidente cerebro vascular, accidente isquémico transitorio, factores de riesgo cardiovascular.

28. 8/540 DOCTORA, RECÉTEME UNA PASTILLITA PARA LA ANSIEDAD

Ana Mateos Gómez

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Carmen Moguer Galán

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

María Gámez Navarro

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

ÁMBITO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Receta para la ansiedad.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 86 años que acude a consulta solicitando medicación ansiolítica por alteración anímica acompañada de agorafobia y sensación de profunda angustia de semanas de evolución, reactiva a dolor por gonartrosis izquierda. No dolor torácico, ni palpitations.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia. artrosis. No hay otros AP de interés.

En la exploración física destaca: TA 173/90, Sato₂ 97%, auscultación arritmica a 120-140 lpm. Murmullo vesicular conservado, sin otras alteraciones.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Situación basal: Funciones superiores conservadas, independiente para ABVD, casada, buen apoyo familiar. Habitan en una vivienda salubre con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FARVR) vs flutter de conducción variable vs TV polimórfica vs extrasístoles vs arritmias sinusales fisiológicas.

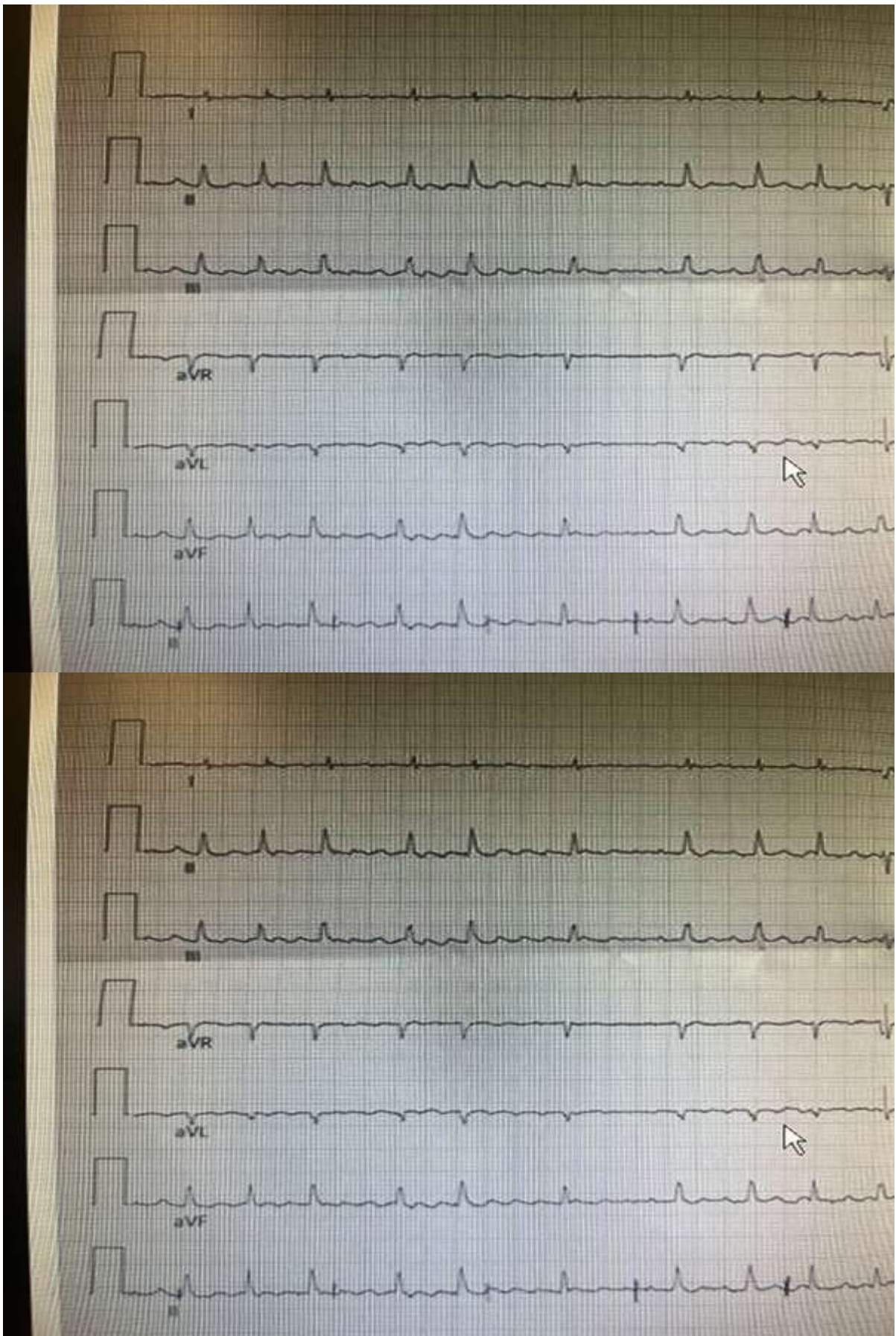
PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Dados los hallazgos auscultatorios, se realiza electrocardiograma donde se evidencia FARVR a 130-140 lpm, eje normal, QRS estrecho y sin otras alteraciones en la repolarización.

Se administró enoxaparina 60 mg SC para profilaxis antitrombótica y metoprolol 5 mg IV para control de la frecuencia cardíaca, manteniendo ritmo en torno a 130 lpm.

Ante paciente con FARVR de cronología incierta, sin signos adversos se deriva a urgencias hospitalarias para control de ritmo.

Se calculan las escalas para necesidad de tratamiento anticoagulante (CHA₂DS₂-VASC 4) y riesgo de sangrado (HAS-BLED 2).



CONCLUSIÓN Y APLICABILIDAD

Es fundamental destacar que la FA puede presentarse con síntomas inespecíficos como ansiedad, palpitaciones, disnea o malestar emocional y hasta un 40% de los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar síntomas atípicos (más específicamente en mujeres y ancianos).

Nuestro caso anima a la reflexión sobre la importancia de la exploración clínica, enfatiza la necesidad de una anamnesis bien dirigida y un examen físico minucioso en la valoración del paciente; ya que, con una auscultación cardíaca, pudimos diagnosticar una enfermedad muy importante en nuestro medio, que es responsable de aproximadamente el 20 al 25% de todos los accidentes cerebrovasculares.

Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

PALABRAS CLAVE

Fibrilación atrial, ansiedad, auscultación cardíaca.

29. 8/551 DOCTORA, TENGO UN PECHO INFLAMADO

M^a Carmen Moguer Galán

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Lucía Escudero Domínguez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Marina Espinal Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

ÁMBITO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Inflamación de mama.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón, 58 años, acude a consulta por notar inflamación en mama derecha de un mes de evolución. No secreción por el pezón. Niega otros síntomas. Como antecedentes personales de interés padece hipertensión arterial bien controlada, reflujo gastroesofágico e hiperplasia benigna de próstata. En tratamiento actual con Ramipril, Omeprazol y Dutasteride/Tamsulosina.

A la exploración, presenta aumento de mama derecha, estando esta levemente indurada. No lesiones cutáneas en dicha zona. No se palpan nódulos ni masas. No adenopatías axilares ni cervicales.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Vive con su mujer y es independiente para las actividades instrumentales de la vida diaria. Habitan en una vivienda salubre con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas. Cuenta con buen apoyo familiar.

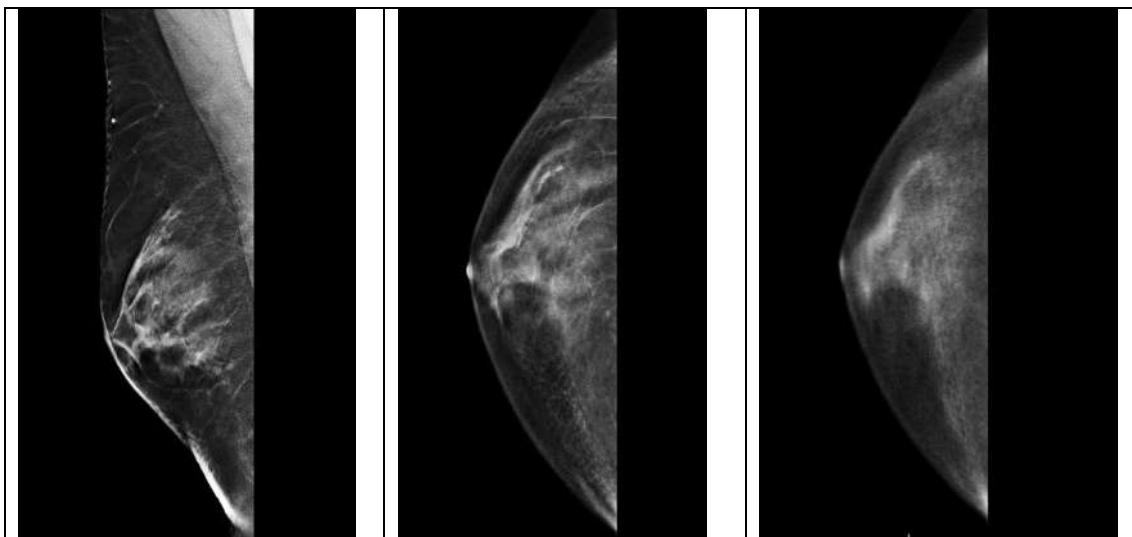
JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Ginecomastia a filiar. Ginecomastia secundaria a causas fisiológicas, farmacológicas o proceso tumoral o infeccioso.

PLAN DE ACCIÓN Y TRATAMIENTO

Se solicita analítica sanguínea completa incluyendo hormonas sexuales y tiroideas, que resultó sin alteraciones. Se realiza mamografía de mama derecha que determinó la presencia de tejido fibroglandular, sin lesiones subyacentes, en relación con ginecomastia verdadera asimétrica.

Se revisa medicación y se suspende Ramipril y Omeprazol por la posibilidad de producir ginecomastia. Se inicia tratamiento con Losartán y Famotidina.



EVOLUCIÓN

Se revisa en consulta a los tres meses, persistiendo la ginecomastia. Se deriva a Endocrinología, quien indica suspender Dutasteride/Tamsulosina por poder producir desarrollo del tejido mamario en varones al provocar un desequilibrio hormonal.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD

La ginecomastia es una afección en la que el tejido glandular de las mamas aumenta de tamaño en los hombres.

Es importante diferenciar entre la ginecomastia verdadera, que consiste en la proliferación del tejido glandular mamario, y la pseudoginecomastia, que se debe al aumento del tejido adiposo del pecho, sin proliferación glandular, que normalmente ocurre en varones con sobrepeso.

Entre sus causas destacan la etiología fisiológica, cambios hormonales naturales durante la pubertad, la adolescencia tardía y la vejez. Otras causas podrían ser el consumo de fármacos (antihipertensivos, antifúngicos, antiandrógenos o quimioterápicos), secundario a ciertas patologías (insuficiencia hepática, renal o tiroidea, así como tumores), y debido al consumo de sustancias (marihuana, heroína y alcohol).

Es fundamental confirmar el diagnóstico y descartar las afecciones subyacentes, especialmente si se presenta fuera de los periodos fisiológicos. Si la etiología es farmacológica, hay que valorar la suspensión y/o sustitución del medicamento.

En el caso de nuestro paciente, la etiología resultó ser farmacológica, posiblemente debida a Dutasteride, mostrando el paciente mejoría cuando se retiró este fármaco.

En cuanto al tratamiento, puede administrarse tratamiento sintomático si genera molestias. El tratamiento quirúrgico se considera cuando la ginecomastia es de larga duración, dolorosa, o si el tratamiento médico no ha sido efectivo. En este caso, se realizaría liposucción en la pseudoginecomastia, y mastectomía subcutánea en la ginecomastia verdadera.

PALABRAS CLAVE

Gynecomastia, Dutasteride, Adverse Drug Event.

30. 8/566 DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A ESFUERZO MUSCULAR

Lidia Mañero Viera

Médica Residente de MFyC. CS de San Roque. Cádiz

Alberto Pajarón Álvarez

Médico Residente de MFyC. CS Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz

Rosa M^a Pérez López

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Línea-Poniente. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 50 años que acude por dolor abdominal de tipo muscular asociado a esfuerzo.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis:

Alergias: Amoxicilina. AP: Niega patologías de interés. Hábitos tóxicos: Fumadora.

Mujer de 50 años con los AP referidos que acude por dolor a nivel torácico y abdominal que describe como sensación de agujetas intensas de una semana de 3 días de evolución. No disnea. No dolor torácico opresivo. No otra sintomatología asociada. No disnea, no náuseas, no vómitos, no diarrea, no estreñimiento.

Refiere hacer sobreesfuerzos habitualmente por su entorno laboral. Ha consultado por dicha sintomatología a su MAP en el día de ayer pero no refiere mejoría con la medicación

Exploración:

BEG. Consciente y orientada. Afebril. Normal coloración de piel y mucosas. Normohidratada y bien perfundida. Eupneica en reposo.

AR: MVC. No ruidos patológicos sobreañadidos.

AC: Rítmico a frecuencia controlada, sin soplos ni extratonos. No roce pericárdico. No signos de Ingurgitación Yugular.

Exploración abdominal: Blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de recto abdominal. No se palpan masas ni aumento del tamaño visceral. No masas pulsátiles en abdomen. RHA presentes. Blumberg y Rovsing negativos. Murphy negativo. No signos de irritación peritoneal. PPR Negativa bilateralmente. Impresiona de dolor mecánico.

Pruebas complementarias:

Hemograma: Hb 13.6g/dL, Leucocitos 14160 con 86.6% PMN, Plaquetas 151000uL.

Coagulación: Normal. BQ: Glucosa 101mg/dL, Urea 40mg/dL, Cr 0.67mg/dL. Na⁺ 138mEq/L, K⁺ 4.4mEq/L, Bilirrubina 0.75, GOT 26U/L, GPT 20U/L, Amilasa 25, LDH 199.

RFA: PCR 221.2mg/L. Procalcitonina 1,68

Rx Abdominal: Patrón de aire intraluminal conservado, aire distal en recto, sin signos de obstrucción intestinal. Acumulo de gas a nivel subfrénico izquierdo. Sin imágenes litiásicas. Esqueleto axial sin hallazgos patológicos relevantes.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Vive con su marido y con sus hijos y niega sintomatología familiar ni contexto epidemiológico.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: sospecha dolor abdominal de tipo mecánico.

Diagnóstico diferencial: dolor musculoesquelético, costochondritis, dolor referido por patología vertebral, miopatía o rabdomiólisis, patología visceral.

EVOLUCIÓN

La paciente refería que continuaba con dolor pese a tratamiento. Refiere que el dolor empeora con los movimientos y la palpación.

Se comenta caso con radiología de guardia y se solicita TAC de Abdomen con contraste:

Neumoperitoneo supramesocólico, con burbujas aéreas libres en cúpula hepática, región peri-gástrica y periesplénica, sin punto claro de perforación identificado, posible origen gástrico.

Colección líquida libre de 7 x 4 cm de espacio de Douglas. Adenopatías peri-gástricas inespecíficas.

ficas.

Divertículo sigmoideo de gran tamaño 2,6 cm sin signos de complicación.

Se comenta caso con Cirugía General que indica ingreso en la unidad.

CONCLUSIONES

Este caso resulta de especial interés clínico y docente porque ilustra una presentación atípica de neumoperitoneo de probable origen gástrico, en una paciente sin clínica abdominal aguda ni signos peritoneales evidentes, lo que dificulta el diagnóstico inicial.

Demuestra la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante síntomas persistentes o discordantes con la exploración física, así como el valor del TAC como herramienta diagnóstica clave en la identificación precoz de patología grave potencialmente oculta.

Asimismo, permite reflexionar sobre la variabilidad en la presentación de las perforaciones gastrointestinales, la necesidad de un abordaje multidisciplinar (Medicina de Urgencias, Radiología y Cirugía General), y la relevancia del juicio clínico para evitar retrasos diagnósticos en pacientes con síntomas inespecíficos.

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal, Neumoperitoneo, perforación gástrica.

31. 8/549 DOLOR SIMÉTRICO PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UNA POLIARTRITIS

Carmen Rodríguez Jiménez

Médica Residente de MFyC. CS Villanueva de Algaidas. Málaga

Iván Reche Fernández

Médico Residente de MFyC. CS Mollina. Málaga

Celinda Lara Moreno

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Villanueva de Algaidas. Málaga

ÁMBITO

Atención Primaria y Hospitalaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Inflamación de dedos y manos, asociada a dolor en ambos codos y en el hombro izquierdo.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente de 37 años que acude a consulta por dolor e inflamación de 14 días de evolución en ambas manos y dedos, de inicio súbito y distribución simétrica. En los últimos días ha presentado empeoramiento progresivo y extensión del dolor hacia ambos codos y el hombro izquierdo.

No refiere fiebre, ni erupciones cutáneas ni fotosensibilidad. No hay antecedentes personales ni familiares de enfermedades autoinmunes conocidas.

El dolor no cede con anflamatorios no esteroideos (AINE) ni analgesia convencional, aunque refiere mejoría parcial con corticoides orales a bajas dosis. No presenta clínica a otro nivel, ni fotosensibilidad, ni pérdida de peso.

Exploración física: paciente afebril, con dificultad para la flexión y extensión de los dedos, especialmente en articulaciones interfalángicas proximales. Dolor a la palpación de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas sin signos de calor ni rubor.

Movilidad de codos limitada por dolor, con imposibilidad para la extensión completa del derecho. Pronación y supinación conservadas.

No se observan nódulos subcutáneos, lesiones cutáneas ni signos de afectación sistémica.

Pruebas complementarias:

Radiografía de manos y codos: sin alteraciones óseas ni articulares.

Analítica:

- ANA positivo >1/1280, patrón moteado grueso.
- ENA 17.0.
- Ac anti-RNP 128.0 U/ml.

Resto de parámetros analíticos dentro de la normalidad.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Trabajador en un taller de ferralla, donde realiza tareas manuales intensas.

El dolor y la limitación funcional le impiden continuar con su actividad laboral, por lo que se tramita baja laboral temporal.

Se valora el impacto psicológico y económico del proceso. Se mantiene contacto con el paciente en todo el proceso.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Listado de problemas:

- Poliartritis simétrica de pequeñas y medianas articulaciones.
- Posible enfermedad autoinmune sistémica.
- Limitación funcional con repercusión laboral.

Diagnóstico diferencial:

- Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).
- Lupus eritematoso sistémico (LES).
- Síndrome antifosfolipídico.

- Artritis reumatoide seronegativa.

PLAN DE ACCIÓN

Inicialmente se instaura tratamiento con AINEs y analgesia convencional, sin respuesta clínica significativa.

Ante la persistencia del dolor y la impotencia funcional, se decide iniciar corticoterapia a dosis bajas, con mejoría parcial.

Se sustituye el AINE por celecoxib ante riesgo digestivo.

Dado el resultado analítico con perfil autoinmune positivo (ANA y anti-RNP), se solicita valoración por Medicina Interna para ampliación de estudio, donde se confirma la sospecha de enfermedad mixta del tejido conectivo y se deriva a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas para seguimiento multidisciplinar.

EVOLUCIÓN

Durante las siguientes semanas, el paciente presenta mejoría progresiva del dolor y de la movilidad articular con el ajuste del tratamiento corticoide. Se mantienen controles analíticos periódicos, sin signos de afectación visceral.

El paciente recupera parcialmente la funcionalidad de las manos, pudiendo reincorporarse progresivamente a su actividad laboral con adaptaciones ergonómicas. Se establece un plan de seguimiento coordinado entre Atención Primaria, Medicina Interna para monitorizar posibles brotes o complicaciones.

CONCLUSIONES

El caso refleja la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física en Atención Primaria para la detección precoz de enfermedades autoinmunes. La identificación de signos de alarma y la solicitud dirigida de pruebas inmunológicas permitieron orientar el diagnóstico y optimizar la derivación a distintos niveles asistenciales.

Además, el papel del médico de familia como coordinador del proceso diagnóstico y terapéutico es esencial para poder mantener una visión integral del paciente que abarca su entorno personal, laboral y emocional.

La colaboración multidisciplinar es esencial para un manejo eficaz y una evolución favorable.

Este caso ejemplifica cómo un abordaje precoz, integral y centrado en la persona puede mejorar significativamente la calidad de vida y el pronóstico funcional de pacientes con sospecha de enfermedades autoinmunes sistémicas.

PALABRAS CLAVE

Dolor musculoesquelético; inflamación; esteroides.

Bibliografía

- » Martínez-Barrío J, Valor L, López-Longo FJ. Facts and Controversies in Mixed Connective Tissue Disease. *Med Clin (Barc)*. 2018;150(1):26-32. doi:10.1016/j.medcli.2017.06.066.
- » Gunnarsson R, Hetlevik SO, Lilleby V, Molberg Ø. Mixed Connective Tissue Disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(1):95-111. doi:10.1016/j.berh.2016.03.002.
- » Truglia S, Capozzi A, Mancuso S, et al. Relationship Between Gender Differences and Clinical Outcome in Patients With the Antiphospholipid Syndrome. *Front Immunol*. 2022;13:932181. doi:10.3389/fimmu.2022.932181.
- » Gergianaki I, Bertias G. Systemic lupus erythematosus: primary care approach to early diagnosis and referral. *Front Med (Lausanne)*. 2018;5:161.
- » Frontiers Parodis I, et al. Holistic approaches in systemic lupus erythematosus. (Revisión). 2025. *Frontiers/PMC*.

32. 8/542 DOLOR, COLOR Y PESO PERDIDO: LAS SEÑALES IGNORADAS DE UN PROCESO MAYOR

Álvaro Valero Gutiérrez

Médico Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva

Marta Sánchez Soto

Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva

Lola Aguilar Peña

Médica Residente de MFyC. CS San Juan del Puerto. Huelva

MOTIVO DE CONSULTA

Pérdida de peso e ictericia.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis:

Varón de 44 años con los siguientes antecedentes: No alergias medicamentosas, fumador ocasional, sin factores de riesgo cardiovascular. Enfermedad de Chagas a los 19 años. Sin tratamiento domiciliario habitual.

Derivado a Urgencias Hospitalarias por recomendación de su Médico de Atención Primaria tras su consulta ese mismo día por epigastralgia intermitente de 6 meses de evolución irradiada hacia espalda que ha aumentado en intensidad en los últimos 2 meses y empeora tras ingesta de alimentos, sin cambio de hábito intestinal, náuseas o vómitos. Esa mañana presentó ictericia, heces acólicas junto a coluria y diarrea sin productos patológicos, sin fiebre asociada, motivo por el cual visitó su centro de salud. Comenta pérdida ponderal no intencionada de 10 kg sin anorexia o astenia en los últimos 3 meses. Niega cambios de tratamiento o viajes al extranjero. No había consultado por su clínica en todo ese tiempo.

Exploración:

BEG, COC; NHyNP, Eupneico en reposo. Ictericia en piel y mucosas. TA 128/62 mmHg, SatO₂ 98% aire ambiente, FC 75 lpm. Afebril.

ACR: Tonos rítmicos sin soplos a buena frecuencia, no extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Blando y depresible con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalías con signo de Murphy negativo. RHA conservados.

Miembros inferiores: No edemas ni fóvea, no signos de TVP. No lesiones cutáneas.

Pruebas complementarias:

- GSV: sin hallazgos patológicos.
- Analítica: Hemograma y Coagulación normal. En bioquímica destaca Bilirrubina total 7,23 mg/dL, Bilirrubina directa 7,03 mg/dL, GGT 1.277 U/L, AST 219 U/L, ALT 657 U/L, Lipasa 605 U/L, Amilasa 114 U/L, FA 377 U/L, Ca 9.8 mg/dL, PCR 15.5 mg/dL.
- Sistemático de orina: Presencia de urobilinógeno. Orina colúrica.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Varón de 44 años. Natural de Costa Rica. Vive con su mujer en España. Trabajo de oficina. Vida sedentaria. Nivel sociocultural medio-alto.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Ictericia dolorosa de probable perfil obstructivo. Hipertransaminasemia mixta. Pancreatitis aguda leve (criterios de Atlanta).

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis. Pancreatitis crónica reagudizada. Neoplasia biliopancreática.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Evolución favorable: mejoría de náuseas y dolor abdominal tras analgesia intravenosa. Se comunica la necesidad de ingreso hospitalario ante el síndrome constitucional presentado que

entiende y acepta. Fue ingresado en planta de Digestivo en el contexto de pancreatitis aguda y está siendo estudiado para descartar el origen neoplásico de su clínica, pendiente de resultados de TAC abdominal y marcadores tumorales.

CONCLUSIONES

Cabe resaltar la importancia en la derivación a urgencias tras detectar los criterios de alarma en el contexto de un dolor abdominal crónico con pérdida ponderal, coluria e ictericia. También es importante tranquilizar al paciente y familiar en cuanto a la necesidad de ingreso mediante la comunicación objetiva sobre la sospecha diagnóstica, respondiendo todas las dudas en cuanto al proceso a seguir. Mediante escucha activa fue necesario paliar el sentimiento de culpabilidad del paciente por no haber consultado por esta sintomatología con anterioridad.

PALABRAS CLAVE

Ictericia, pancreatitis, neoplasia.

BIBLIOGRAFÍA

- » Bowlus, Christopher L; Arrivé, Lionel; Bergquist, Annika; Deneau, Mark; Forman, Lisa; Ilyas, Sumera I; Lunsford, Keri E; Martinez, Mercedes; Sapisochin, Gonzalo; Shroff, Rachna; Tabibian, James H; Assis, David N. AASLD practice guidance on primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma. *Hepatology*. 77(2): p 659-702, February 2023. DOI: 10.1002/hep.32771

33. 8/568 ENFERMEDAD OCULTA EN LOS SÍNTOMAS DE SIEMPRE

María Jódar Reyes

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Zubia. Granada

Eva M^a Villena Arriola

Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada

Nieves Aguilera Martos

Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada

MOTIVO DE CONSULTA

Anorexia y bultoma.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Se trata de una mujer de 79 años, paciente de nuestro cupo desde hace más de diez años con antecedentes personales de Artritis reumatoide, osteoporosis, bocio endotorácico y síndrome de SjÖgren. No hay antecedentes familiares de interés clínico. Acude a consulta por presentar empeoramiento en las últimas semanas de síntomas en cavidad oral (desde hace años presentes por patología de base), con mayor xerostomía y odinofagia. Además, asocia en el último mes astenia, anorexia y pérdida de peso. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física: Presenta un buen estado general, hemodinámicamente estable (TA 110/70, FC 80lpm, SatO 96% basal, Afebril), mayor delgadez que en consultas previas.

Cabeza y cuello: a la inspección simétrico, se palpa en zona laterocervical izquierda masa de unos tres a cinco centímetros pétreo y algo adherida a plano profundo. Faringe hiperémica sin exudados ni mucosidad.

ACP: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: ruidos hidroaéreos conservados, blando y depresible sin masas ni megalias.

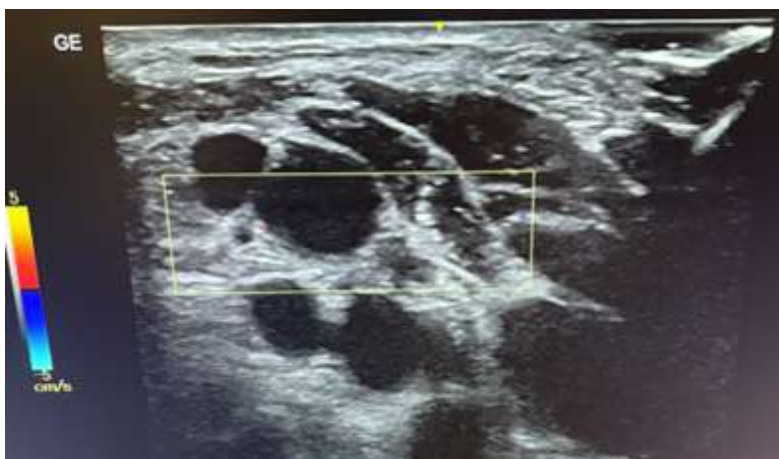
No se palpan otras adenopatías ni bultomas en resto de cadenas ganglionares.

Pruebas complementarias:

Analítica sangre: Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones, destaca únicamente proteína C reactiva en 41 y velocidad sedimentación globular 50.

Realizamos ecografía clínica a pie de cama donde objetivamos en zona posterior cervical izquierda conglomerados de imágenes anecogénicas, la mayoría entre 1-1,5cm sin hilio central y sin captación doppler.





ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Se trata de una mujer viuda, madre de tres hijas con las que tiene buena relación y con las que normalmente acude a consulta. Independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Como primera posibilidad diagnóstica nos planteamos un linfoma sin poder descartar otros procesos tumorales tales como tumores laringes, tiroides o metástasis de otro tumor primario.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Tras la valoración en consulta y el resultado de las pruebas complementarias decidimos solicitar una ecografía preferente que realizaron esa misma semana, donde se describen adenopatías cervicales izquierdas sospechosas de malignidad que precisan punción diagnóstica. Remitimos además por teleconsulta a hematología para valoración y estudio de un posible síndrome linfoproliferativo. Tras la punción y el resultado de anatomía se obtiene resultado de síndrome linfoproliferativo B con células grandes pendiente de completar estudio con PET-TC.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes en el cupo con enfermedades crónicas, consultan por síntomas en más de una ocasión pero nuestro principal reto en este caso fue el tener que diferenciar los datos de alarma en los síntomas que nuestra paciente, por su síndrome de Sjögren, presenta desde hace más de diez años. Tuvimos que realizar una exploración exhaustiva y utilizar el ecógrafo para objetivar las adenopatías sospechosas y así proceder a la derivación preferente hospitalaria, herramienta que incluimos en nuestra consulta y nos facilita la orientación diagnóstica en muchos de nuestros pacientes.

Los síndromes linfoproliferativos son un grupo de trastornos caracterizados por la proliferación excesiva de linfocitos. Pueden afectar a médula ósea, ganglios linfáticos u otros órganos y su diagnóstico precoz para orientar el tratamiento mejora el pronóstico.

Nuestro papel como médicas de familia en el acompañamiento de la paciente y su familia, la resolución de dudas y el apoyo continúa siendo fundamental aunque las decisiones terapéuticas y el plan a seguir dependa ahora del servicio de Hematología.

Bibliografía

- » Tavarozzi R, Manzato E, Lombardi A. Lymph node ultrasound in lymphoproliferative disorders: Where are we now? *Journal of Clinical Imaging Science*. 2021; 11: 22. https://doi.org/10.25259/JCIS_31_2021 *Journal of Clinical Imaging Science*+1
- » Rodríguez-Lomba E, Molina-López I, Pulido-Pérez A, Ciudad-Blanco C. Ecografía del síndrome linfoproliferativo primario cutáneo T CD4+ de célula pequeña/mediana. *Actas Dermosifiliográficas*. 2017; 108(8): 792-794. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2017.07.010>

34. 8/563 ESCUCHAR AL PACIENTE, DETECTAR A TIEMPO: EL VALOR DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CASOS COMPLEJOS

María Gámez Navarro

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Marina Espinal Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Lucía Escudero Domínguez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

ÁMBITO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 59 años que acude a consulta para revisión de bronquitis. Valorada en urgencias 10 días antes con diagnóstico de bronquitis e inicio de tratamiento con inhaladores y prednisona oral durante 5 días. En consulta de revisión la paciente refiere que continua con disnea y autoescucha de sibilancias de 1 mes de evolución, junto con aumento de expectoración de aspecto claro y afonía. Afebril en todo momento.

Antecedentes personales: fumadora de 20 cigarrillos/día desde los 18 años (41 paquetes/año). Tumor vesical intervenido en 2014, ausencia de enfermedad desde entonces. Infección crónica por VHC genotipo 1b, no tratada. Serología sífilis positiva. Fibrosis hepática estadio F1, no iniciado tratamiento.

A la exploración, buena hidratación piel y mucosas, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. SatO₂ 96% aire ambiente

ORL: no edema de úvula, orofaringe normal. No inflamación cervical. Se palpa adenopatía supraclavicular dcha <1cm, dolorosa, móvil, blanda.

ACP: rítmico. MV conservado con roncus en ambos campos

MMII: no edemas ni datos de TVP ni TVS.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Situación basal: funciones superiores conservadas, independiente para actividades básicas de la vida diaria. Apoyo familiar de sus hijos.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

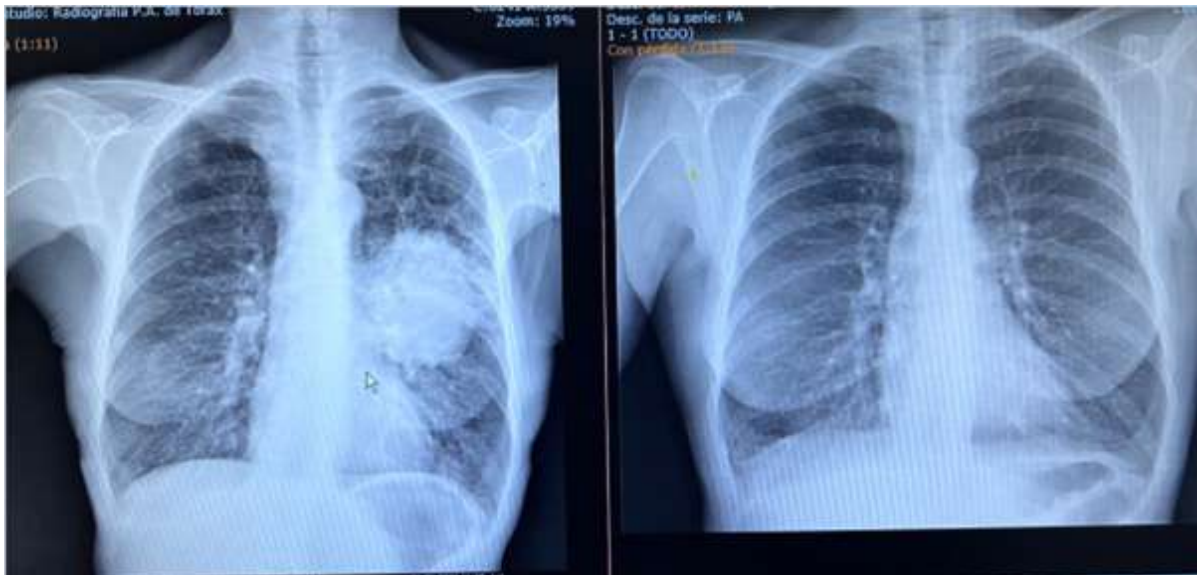
Infección respiratoria vías bajas, probable reagudización EPOC en paciente no estudiada. A descartar causas secundarias: exposición a contaminantes ambientales, falta de adherencia al tratamiento o enfermedad neoplásica.

PLAN DE ACCIÓN

Tras revisión en consulta se inicia tratamiento con antibiótico oral por sospecha reagudización EPOC tipo 2 (moderada), según criterios de Anthonisen y se solicita radiografía de tórax (última en 2017).

La paciente acude a revisión, donde refiere mejoría de disnea y de la autoescucha de sibilancias, pero mantiene expectoración y afonía.

Se revisa la radiografía donde se objetiva masa pulmonar izquierda de 89x75mm. En consulta se contacta directamente con busca de neumología, citándose para TAC tórax y broncoscopia.



Radiografía 2025 vs Radiografía 2017

EVOLUCIÓN

Se realiza TAC tórax donde se objetiva neoplasia pulmonar en lóbulo superior izquierdo con metástasis pulmonares y afectación nervio laríngeo recurrente. T4N3M1a.

En la fibrobroncoscopia: signos indirectos de neoplasia en lóbulo superior izquierdo, tomándose biopsias con resultado de adenocarcinoma pulmonar.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia del seguimiento continuo por el mismo profesional en atención primaria, lo que permitió identificar una evolución clínica no favorable y tomar decisiones adecuadas de forma oportuna con solicitud de pruebas complementarias. La detección de signos de alarma y la sospecha diagnóstica facilitaron una coordinación rápida con el segundo nivel asistencial. La colaboración ágil con el hospital permitió confirmar con prontitud el diagnóstico de una enfermedad neoplásica avanzada e iniciar su abordaje. Esta coordinación eficaz entre niveles es clave para mejorar el pronóstico y la atención integral del paciente.

Son varios los estudios internacionales que han demostrado que la continuidad asistencial por el mismo profesional en atención primaria es una de las claves para mejorar los resultados en salud: entre aquellas personas que mantienen su médico o médica de familia por 15 años o más, se reducen los ingresos hospitalarios, el uso de urgencias y la mortalidad. Por ello, la longitudinalidad es uno de los pilares de una Atención Primaria eficiente.

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma of Lung, Pulmonary disease chronic obstructive, bronchitis.

35. 8/539 FA DE NOVO EN MUJER JOVEN TRAS CORTICOTERAPIA

María Bolívar Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

Carmen Generoso Torres

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

M^a del Mar Cueto Camarero

Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 38 años que consulta en su centro de salud por sensación de “atronamiento” en ambos oídos de varios días de evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente sin antecedentes personales relevantes, no fumadora, sin enfermedades crónicas conocidas. NAMC ni exposición reciente a ruidos intensos, traumatismos ni infecciones respiratorias. No refiere pérdida de audición asociada, acúfenos, vértigo, fiebre ni otros síntomas sistémicos.

Ante la persistencia del síntoma, se le prescribe tratamiento con corticoides orales y budesonida nasal, sin mejoría significativa en las primeras 48 horas.

Cuatro días después del inicio del tratamiento, la paciente nota palpitaciones súbitas, sin dolor torácico, disnea ni síntomas neurológicos. Acude por este motivo a urgencias hospitalarias.

Exploración física:

Constantes: Tensión arterial 124/74 mmHg. Frecuencia cardíaca 130 lpm, irregular.

Oídos: Conductos auditivos externos y tímpanos normales; no otorrea ni signos inflamatorios.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos irregulares, sin soplos. Auscultación pulmonar normal.

Neurológica: Exploración sin alteraciones.

Otros: No edemas ni signos de insuficiencia cardíaca.

Pruebas complementarias:

Análítica sanguínea completa: Sin hallazgos patológicos. Función tiroidea y electrolitos normales.

ECG: Fibrilación auricular rápida de novo, sin signos de isquemia.

Radiografía de tórax: Normal.

Eco Doppler cardíaco: Ausencia de cardiopatía estructural, función sistólica preservada.

Audiometría básica: Audición conservada bilateralmente.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Paciente vive con su pareja y una hija de 5 años, ambos sanos. No antecedentes familiares conocidos de enfermedades cardiovasculares precoces ni de trastornos de la conducción auricular. Situación socioeconómica y de apoyo familiar estable, con incorporación laboral activa.

En el ámbito comunitario, la paciente pertenece a un medio urbano, con acceso a recursos sanitarios y participación ocasional en actividades deportivas.

No se identifican factores de riesgo modificables inmediatos desde la perspectiva familiar ni barreras de acceso a la atención médica.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico principal:

- Fibrilación auricular de novo en mujer joven, con antecedente reciente de tratamiento con corticoides y budesonida nasal por síntomas otológicos.

Diagnóstico diferencial:

- Trastorno de ansiedad o somatización.
- Taquiarritmias supraventriculares paroxísticas (flutter, taquicardia supraventricular).
- Miocarditis o pericarditis vírica.
- Hipertiroidismo subclínico.
- Ototoxicidad farmacológica versus fenómeno vasomotor nasal.
- Efectos secundarios de los corticoides (taquicardia, arritmias).

- Episodio de hipertensión reactiva.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN

Urgencias: Control de la frecuencia cardíaca con beta-bloqueantes.

Valoración de anticoagulación: CHA2DS2-VASc score de 0 (no inicia anticoagulación).

Suspensión progresiva de corticoides sistémicos por posible relación con la arritmia.

Reevaluación otorrinolaringológica: No se justifica continuar tratamiento nasal, se mantiene solo lavados y medidas locales higiénicas.

Seguimiento ambulatorio: Monitorización de la frecuencia cardíaca, control analítico, revisión cardiológica y otorrinolaringológica a las 2 y 4 semanas.

A los 10 días, la paciente permanece asintomática, con ECG en ritmo sinusal y sin nuevos episodios de palpitaciones ni síntomas otológicos.

CONCLUSIONES

La aparición de fibrilación auricular en pacientes jóvenes debe motivar una evaluación clínica exhaustiva, descartando causas secundarias como efectos adversos medicamento-inducidos (como los corticoides sistémicos).

La correcta historia clínica, colaboración multidisciplinar y estrecha vigilancia son claves para un diagnóstico y manejo apropiados.

En la atención primaria, es esencial valorar los tratamientos instaurados y su relación temporal con la aparición de nuevas complicaciones, así como comunicar adecuadamente la necesidad de acudir a urgencias ante síntomas de alarma.

La integración del enfoque familiar y comunitario contribuye en la identificación de factores de riesgo no evidentes y en la prevención de eventos futuros.

Es fundamental educar a la paciente sobre señales de alarma y la importancia de seguimiento, especialmente ante antecedentes de arritmias recientes.

36. 8/530 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Morales Navarro

Médica Residente de MFyC. CS Olivillo. Cádiz

Elena Vega Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS Rodríguez Arias. Cádiz

Rodrigo Pereda Mateos

Médico Residente de MFyC. CS Cayetano Roldán. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Herida de arma blanca.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón 65 años, con antecedentes personales de exfumador, hipertenso, dislipémico y EPOC; que acude a consulta de atención primaria en contexto de fiebre con pico de 39.5°C y astenia de 3 semanas de evolución. Sin otra sintomatología acompañante. Exploración sistemática sin alteraciones. Analítica sanguínea con creatinina 1.43 mg/dl, GOT 8.8 mg/dl, GPT 103 mg/dl, GGT 133 mg/dl, PCR 166 mg/dl, procalcitonina 1 ng/ml, resto (incluido hemograma, coagulación y PSA) sin alteraciones. Radiografía de tórax sin cambios respecto a previas. Se realiza ecografía clínica con hallazgo de esteatosis hepática sin otros hallazgos.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Fiebre Q.

PLAN ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN

Se interconsulta con Medicina interna, a través de servicio de Urgencias hospitalarias, consensuando ingreso para estudio. Se realizan cultivos y serologías resultando negativas, así como uroTC. Finalmente, a pesar de no tener entorno epidemiológico compatible, se extrae serología frente zoonosis y se inicia con doxiciclina 100mg cada 12 horas, dando positivo frente a *Coxiella burnetii* y resolviéndose la clínica.

CONCLUSIONES

En el estudio de un paciente con fiebre persistente, es importante realizar un estudio completo de todos los posibles focos infecciosos, así como investigar el entorno epidemiológico del paciente y sus conocidos en los días o semanas previos al inicio de la sintomatología, en vista a llegar a un diagnóstico certero y temprano y evitar complicaciones secundarias.

PALABRAS CLAVE

Fiebre de origen desconocido; Fiebre Q; *Coxiella burnetii*.

37. 8/514 HELLP! ¡AYÚDAME!

M^a Ylenia Manzano Vázquez

Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Antequera. Málaga

Pablo Trujillo Franco

Médico Residente de MFyC. CS de Campillos. Málaga

Paloma Vicente Alcoba

Médica Especialista en MFyC. CS Almargen. Antequera. Málaga

MOTIVO DE CONSULTA

Hipertensión en embarazada.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Embarazada de 31+3 semanas que acude al médico de familia por cifras tensionales elevadas de forma casual.

La paciente refiere que esa tarde se ha encontrado “destemplada” y por ello se ha tomado la Tensión arterial en su domicilio y al ver que la tenía elevada ha acudido al médico de familia.

Antecedente personal: neurofibromatosis tipo 1

Exploración: Asintomática, la paciente no presenta focalidad neurológica, no cefalea, no náuseas, pares craneales sin alteraciones.

Cifras TA: 170/100mmhg, por lo que se procede a realización de Combust test con resultados: hemáties ++ proteínas ++++

Debido a dichos resultados su médico de familia procede a derivación a urgencias hospitalaria para valoración por parte de ginecología.

En ginecología se objetiviza HTA 170/100 mmhg por lo que se comienza con la administración de labetalol 200mg vía oral.

Se realiza ecografía fetal de control: peso fetal 1490gr (percentil 6), DAU con diástole ausente en todas las ondas, ACM: IP 1.14 (diagnóstico de CIR II).

Se solicita analítica de sangre y orina, obteniendo los siguientes resultados:

Analítica de orina: sedimento orina con índice proteína/creatinina patológica (mayor a 500).

Analítica de sangre destaca: creatina 0.71, LDH 625, AST 331, ALT 350, plaquetas 50000.

Tras labetalol vía oral mantiene TA 160/100mmhg por lo que se pasa a medición intravenosa para control de TA: se administra bolo IV de 20 MG de labetalol, persiste TA 170/100mmhg, se administra segundo bolo IV de 40 MG de labetalol además de bolo inicial de sulfato de magnesio (3gr) seguido de perfusión continua de sulfato de magnesio y primera dosis de maduración pulmonar fetal.

La paciente a pesar de presentar dichas cifras tensionales no presenta sintomatología neurológica.

Tras ello persiste TA 163/101mmhg por lo que se administra labetalol iv 80mg.

Ante el no control de dichas cifras tensionales se procede a gestionar la derivación de la paciente a un hospital de tercer nivel (en este caso fue a hospital Reina Sofía en Córdoba) debido a que Antequera es un hospital de segundo nivel.

El traslado se realiza con UVI móvil manteniendo perfusiones de magnesio y de labetalol. Tras 4 días de ingreso en el hospital Reina Sofía, llegar a semanas 32+1 de embarazo se procede a cesárea urgente por no control de TA y pasar a ser CIR tipo III el feto.

Tras cesárea el bebé nace con peso 1290 gr, pagar 8/10 y la paciente ya presenta cifras tensionales controladas.

Debemos de prestar especial atención a los antecedentes personales de nuestros pacientes, realizar una buena historia clínica, exploración, apoyarnos en enfermería (la toma de constantes y administración de medicación) y ayudarnos de las pruebas complementarias que disponemos en atención primaria (realización de Combust test) para así poder orientar de forma correcta los diagnósticos y realizar un correcto tratamiento desde el inicio.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas: tenemos a una mujer embarazada de 31+3 semanas que presenta como antecedente personal Neurofibromatosis tipo 1, además si accedemos a sus controles obstétricos podríamos ver que presentaba Arterias uterinas patológicas en semana 20 de embarazo a pesar de que el Ratio SFLT-1/PLGF:37 (negativo) hace 3 semanas.

Como diagnóstico diferencial: preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP.

CONCLUSIONES

Debemos de prestar especial atención a los antecedentes personales de nuestros pacientes, realizar una buena historia clínica, exploración, apoyarnos en enfermería (como en este caso sería la toma de TA, realización de Combur test y administración de medicación) y ayudarnos de pruebas complementarias que disponemos en AP (Combur test) para orientar los diagnósticos y realizar un correcto tratamiento.

PALABRAS CLAVES

Hipertensión, síndrome de HELLP, eclampsia.

Disponemos de permiso por parte de la paciente para presentación de caso en congreso.

38. 8/510 HAY AMORES QUE ENFERMAN, LITERALMENTE

Ivette Verónica Castro Bustos

Médica Residente de MFyC. CS Alborán. Almería

Pilar Casas Reyes

Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Alborán. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Dolores generalizados y astenia de larga data.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes Fibromialgia desde los 18 años, síndrome de Fatiga Crónica, Trastorno de Personalidad tipo Clúster C, Depresión, Alergia estacional, Portadora del Gen de Distrofia Muscular Oculo-faríngea (origen paterno).

Anamnesis: paciente, mujer, de 30 años, acude frecuentemente a consulta, más o menos un par de veces al mes desde hace 4 años aproximadamente, por mismos motivos de consulta siempre: Dolor generalizado, cansancio extremo que le impide realizar sus tareas diarias, dolor de garganta crónico y rinitis alérgica continua. Llama la atención que siempre consulta por misma sintomatología y nunca responde a ningún tratamiento pues todos le acaban produciendo alguna reacción adversa. En historia clínica registrados > 15 fármacos que le han producido alguna RAM. En su Historial se evidencia varias valoraciones por especialistas:

- Reumatología: donde persiste con misma sintomatología, sin tolerancia a tratamientos se le diagnostica de Fibromialgia severa de mal curso clínico.
- Otorrinolaringología (quienes diagnostican de rinitis alérgica, (intentando inmunoterapia por 3 ocasiones (2 subcutáneas y una oral) con reacciones alérgicas, la última ocasión ha usado dosis más bajas sin mejoría.
- Neurología: desde el 2024 por cuadros de temblor y decaimiento donde solicitan TAC craneal y RM los cuales no tienen relación alguna con la clínica relatada de la paciente por lo cual solicitan prueba genética por la enfermedad que padece su padre, el cual es positivo y solicita cita en consulta específica de neuromuscular. Otro dato interesante es que nunca acude sola, siempre acompañada de su madre y la paciente nunca interviene en la consulta, es su madre la que siempre habla por ella. Pérdida de varios trabajos por bajo rendimiento. Múltiples bajas laborales. Hace un mes le conceden 40% de discapacidad.

Exploración: habla su madre. Lo poco que deja interactuar a su hija se muestra introspectiva, incapacidad para mantener la mirada, retraída, con signos de miedo o fobia a expresarse, tendencia a esconderse. Desilusión por su vida, por la ineficacia de los tratamientos. No alteración del pensamiento, del contenido ni de la forma. Su madre expresa todo el rato negativismo, sensación de haber tirado la toalla con ella. "Mi hija no acepta lo que tiene". "Mi hija no acepta que no puede llevar una vida normal". "Mi hija quiere dejar su trabajo". "No se va a poner bien nunca y no es capaz de aceptarlo".

En numerosas ocasiones tenemos la sensación de que la madre frustra a la hija en sus intentos de quedar con amigos, desempeñar un trabajo (siempre al final acaba dejando todo, aunque de inicio se encuentre feliz y motivada haciéndolo).

En unas de las valoraciones de la USM es su madre quien llama a salud mental para informar del estado de la paciente quienes solicitan hablar con la paciente, pero su madre comenta que su hija no sabe que fue ella quien llamó. Casi nunca hay mejoría ninguna porque no pueden tratarse de forma adecuada por la mala tolerancia a fármacos.

Pruebas complementarias: se repite por varias ocasiones pruebas de alergias que solo dan positivo a Neumoalérgenos, no hay muestra suficiente para IgE específicas.

RMN: Hipertrofia de Cornete inferior sin patología sinusal Prink.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La paciente y su madre, sobre todo, se muestran reacias a hablar de la familia, lo cual nos llama la atención. Al padre apenas lo mencionan y en alguna ocasión hablan de una hermana mayor que ya no vive en el entorno familiar. Nos sorprende el hecho de que a pesar de que vienen al centro de salud con bastante frecuencia, la madre apenas consulta para ella, por lo que indagamos en el tema y vemos que ni siquiera pertenece al centro de salud (cada miembro de la familia tiene un médico de cabecera distinto) Se indago un poco en la HC de su madre de USM, la cual esta tratada desde el 2011 donde se evidencia mucha similitud de sintomatología que la paciente presenta (fatiga, cansancio, intolerancia a fármacos, necesidad que otros miembros de la familia la cuiden, sobredimensiona cualquier acontecimiento). Motivo por el que empezamos a sospechar de un posible Trastorno Facticio o Síndrome de Munchausen por poderes.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Trastorno Facticio por poderes.
- Síndrome de Simulación (malingran).
- Trastorno Somatomorfo.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se comenta con Psiquiatra de Referencia para estudio en conjunto con la madre de la paciente. Se dan sucesivas revisiones en consulta donde intentamos que la paciente acuda sola para hacer intervención individual con refuerzos de conducta positivos.

Quedamos pendientes de reunirnos los médicos de cabecera de ambas partes (madre e hija) con el Psiquiatra para valorar la situación y coordinarnos para el seguimiento de las pacientes.

CONCLUSIONES

Es de especial interés para la Consulta de Atención Primaria, no sólo abordar síntomas aislados, sino valorar al paciente en su conjunto, con una atención y un enfoque multidisciplinar con la finalidad que la paciente no abandone el tratamiento, ya que el SM su tratamiento es muy complejo y tiene una pobre respuesta. Finalmente se vio que la madre padece la misma clínica que le "ha impuesto" a su hija y que le está condicionando de una forma más que evidente su calidad de vida. En resumen: Hay amores que matan, y otros que enferman.

PALABRAS CLAVE

Munchausen Síndrome, depresión, astenia.

Bibliografía

- » Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto revisado (DSMIV-RT). 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2002.
- » Alkhatabi F, Bamogaddaml, AlsagheirA, Al-Ashwal A, Alhunthil R. Munchausen Syndrome by prox: a case report. JJ Med Case Rep. 2023.

La paciente presta su consentimiento para la realización y publicación de este caso clínico en las Jornadas Andaluzas de Residentes y Tutores 2025.

39. 8/513 HEMATOSPERMIA EN EL SIGLO XXI: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA PARA UNA ENFERMEDAD MILENARIA

Francisco Martínez García

Médico Residente en MFyC. CS Huércal-Overa. Almería

Gonzalo Tena Santana

Médico Residente de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva

Esteban Requena Carrión

Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Huércal-Overa. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Hematospermia.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 28 años que acude a consulta por presentar hematospermia en cuatro episodios separados durante el último mes. El paciente refiere que la emisión de sangre se produjo al eyacular, sin objetivar hematuria durante las micciones ni en otras secreciones. Manifiesta además fiebre nocturna intermitente, no cuantificada, sin escalofríos ni sudoración profusa. Niega dolor o molestias miccionales, como disuria o polaquiuria, así como síntomas obstructivos o irritativos. No refiere dolor, inflamación ni eritema en genitales externos ni sensación de pesadez o malestar en la región perineal o abdominal baja.

En la anamnesis por sistemas, niega síntomas sistémicos asociados como pérdida de peso, astenia, adinamia o cambios en el apetito. No presenta síntomas respiratorios, digestivos ni neurológicos de relevancia. No ha notado aumento de volumen en áreas inguinales o linfadenopatías. Tampoco refiere episodios previos similares ni antecedentes de traumatismos en la región genital o pélvica.

En cuanto a antecedentes personales, niega enfermedades crónicas, alergias o cirugías previas. No toma medicación habitual ni ha usado recientemente antibióticos ni antiinflamatorios. No ha recibido ninguna vacuna relacionada con infecciones de transmisión sexual. Refiere una pareja sexual estable desde hace más de un año, con la que mantiene relaciones sin uso habitual de métodos barrera, aunque sí con prácticas monógamas. No hijos.

Exploración física:

- Genitales externos: pene sin lesiones, úlceras ni secreciones anómalas. Escroto simétrico, sin signos de inflamación, masas, o sensibilidad a la palpación. Testículos de tamaño y consistencia normales, móviles y no dolorosos. Epidídimos discretamente palpables y sin dolor.
- Área perineal: sin masas ni signos inflamatorios visibles o palpables.
- Exploración abdominal: no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Se palpa el área suprapúbica sin molestias. No signos de retención urinaria.
- Tacto rectal: próstata de tamaño normal, no doloroso ni nodular, con superficie lisa y sin irregularidades. No se detectan masas ni sensibilidad en la región perirrectal.
- Exploración dermatológica: piel íntegra, sin lesiones, eritema ni signos de infección en la región genital, perineal ni área circundante.

Se realiza un **análisis inicial** con:

- Pruebas serológicas para enfermedades de transmisión sexual (VIH, sífilis, clamidia, gonorrea).
- Marcadores tumorales: β -HCG y alfafetoproteína.
- Análisis de orina con examen microscópico.
- Urocultivo y cultivo de semen.
- Ecografía testicular y prostática

Además, se registra una presión arterial normal y signos vitales estables, con frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de rangos normales, descartando signos de sepsis o infección sistémica grave. El paciente no presenta adenopatías periféricas palpables, lo que disminuye la sospecha de linfadenopatías generalizadas. La auscultación cardiopulmonar es normal, sin soplos, crepitanes ni otros hallazgos patológicos.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Paciente originario del Magreb, emigrante que reside en España desde hace cuatro meses. Presenta un buen nivel de integración social, con trabajo estable y redes de apoyo familiar en su comunidad local. Mantiene una relación de pareja estable y monógama desde hace más de un año. Niega consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias tóxicas. No refiere antecedentes familiares de enfermedades relevantes, ni antecedentes epidemiológicos significativos de tuberculosis ni enfermedades infecciosas.

Su situación socioeconómica es estable, con acceso adecuado a servicios sanitarios. Refiere no haber estado expuesto a ambientes con riesgo elevado de tuberculosis en su país de origen ni en España, aunque su reciente llegada limita una evaluación exhaustiva del riesgo epidemiológico. En la evaluación psicosocial, el paciente manifiesta cierto grado de ansiedad o preocupación ante los síntomas aunque no desproporcionada o excesiva; y mostrando buena adherencia a las indicaciones médicas. La comunicación es fluida, lo que facilita la comprensión y el seguimiento del plan terapéutico.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Prostatitis, vesiculitis seminal, ETS, lesiones vasculares o microtraumatismos.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Las pruebas serológicas de ETS y marcadores tumorales, arrojan resultados, todos ellos dentro de parámetros normales. Se encuentra discreta leucocitosis en el análisis de orina, sin presencia de bacterias en cultivo convencional. Cultivo seminal sin crecimiento bacteriano significativo.

La ecografía testicular y prostática revela microcalcificaciones prostáticas y una calcificación en uno de los conductos seminíferos (IMAGEN); hallazgos compatibles con procesos inflamatorios crónicos o secuelas. Dada la epidemiología y síntomas, se deriva a Urología para estudio avanzado.



Una vez valorado en urología, los compañeros solicitan la prueba molecular Xpert MTB/RIF en orina, que confirma la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, estableciéndose el diagnóstico definitivo.

Se inicia tratamiento específico según protocolo, con seguimiento estrecho tanto en atención primaria como en urología y unidades especializadas en tuberculosis. Se planifica vigilancia clínica periódica para evaluar respuesta al tratamiento y posibles complicaciones.

CONCLUSIONES

La hematospermia en varones jóvenes suele ser un hallazgo benigno y de resolución espontánea, especialmente en ausencia de otros síntomas. Sin embargo, cuando aparece asociada a síntomas sistémicos como fiebre o en pacientes con factores epidemiológicos específicos, es imprescindible ampliar el diagnóstico para descartar patologías menos frecuentes pero relevantes, como la tuberculosis genitourinaria.

Este caso resalta el papel fundamental del médico de familia en realizar una anamnesis exhaustiva, evaluar el contexto social y cultural del paciente, e identificar signos clínicos que orienten hacia un diagnóstico oportuno. La coordinación multidisciplinar con otras especialidades es esencial para garantizar un manejo integral y eficaz.

PALABRAS CLAVE

“Hemospermia”, “Mycobacterium tuberculosis”, “Calcinosis”

Autorización explícita del paciente para el uso de sus datos anónimos para la publicación de caso.

40. 8/554 INFARTO ENMASCARADO

Juan Pedro Ocaña Oncala

Médico Residente de MFyC. CS Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Lidia Mañero Viera

Médica Residente de MFyC. CS de San Roque. Cádiz

Victor Alfonso Mairena Fernández

Médico Especialista en MFyC. Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor epigástrico intenso de inicio súbito, acompañado de sudoración profusa en varón de 64 años.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: hipertensión arterial y dislipemia. No alergias medicamentosas conocidas. El paciente refiere dolor epigástrico opresivo irradiado a la espalda, sin dolor torácico típico, de una hora de evolución, asociado a náuseas y diaforesis. Niega disnea y vómitos. Exploración: TA 98/60 mmHg, FC 105 lpm, SatO₂ 95%, T^a 36,5 °C. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias

ECG inicial sin elevación del ST con infradesnivel en V1–V3 y ondas T negativas simétricas. Ante la sospecha de isquemia posterior se realizan derivaciones posteriores V7–V9, donde se objetiva elevación del ST, compatible con infarto de cara posterior. Troponina cardiaca ultrasensible: 4.200 ng/L (elevada). Analítica general sin alteraciones relevantes. Ecografía abdominal a pie de cama sin hallazgos patológicos.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Infarto agudo de miocardio con elevación del ST en cara posterior (IAMCEST posterior enmascarado). Diagnóstico diferencial considerado: pancreatitis aguda, colecistitis, disección aórtica y úlcera péptica perforada.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Actuación y tratamiento en urgencias (ESC/AHA 2023–2024)

Monitorización cardiaca continua y canalización de vía venosa. Oxígeno sólo si SatO₂ < 90%. Doble antiagregación: ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg VO de carga y ticagrelor 180 mg VO. Anticoagulación con enoxaparina 1 mg/kg SC. Analgesia con morfina IV si dolor persistente. Nitroglicerina sublingual si TA > 100 mmHg y sin sospecha de afectación del ventrículo derecho. Activación inmediata de hemodinámica para coronariografía urgente.

Procedimiento y evolución intrahospitalaria

Se realiza coronariografía urgente objetivándose lesión culpable en arteria circunfleja; se practica angioplastia con implantación de stent farmacoactivo, con buen resultado angiográfico. Evolución clínica favorable, sin complicaciones hemorrágicas ni arritmias significativas. Ecocardiograma transtorácico: fracción de eyección del 50–55%, sin alteraciones valvulares graves. Descenso progresivo de troponinas y estabilidad hemodinámica.

Tratamiento al alta y seguimiento

AAS 100 mg/día y ticagrelor 90 mg/12 h durante 12 meses, salvo contraindicación. Atorvastatina 80 mg/día, bisoprolol 2,5 mg/día y losartan 100 mg/día, todo ajustados a perfil hemodinámico y función renal. Recomendaciones: control de factores de riesgo (HTA, dislipidemia), abandono de tabaco si procede, dieta cardiosaludable, ejercicio físico progresivo y participación en programa de rehabilitación cardiaca. Seguimiento por cardiología y atención primaria.

DISCUSIÓN

El infarto 'enmascarado' puede debutar con síntomas atípicos, a menudo digestivos, lo que retrasa el diagnóstico. En pacientes con factores de riesgo, la presencia de dolor epigástrico con diaforesis debe motivar la realización de un ECG inmediato y, si hay sospecha, un ECG ampliado con derivaciones posteriores (V7–V9). La detección de elevación del ST en V7–V9 confirma la

afectación posterior y dirige la estrategia de reperfusión. La aplicación de los protocolos actualizados (ESC/AHA 2023–2024) y la coordinación con hemodinámica permiten reducir tiempo a tratamiento y mejorar el pronóstico. Este caso subraya el valor de la ecografía a pie de cama para descartar causas abdominales y evitar retrasos innecesarios.

CONCLUSIONES

1) Mantener alta sospecha de IAM ante síntomas digestivos atípicos en pacientes de riesgo. 2) El ECG ampliado con derivaciones V7–V9 es clave para detectar IAM posterior. 3) La activación precoz de hemodinámica y la DAPT con anticoagulación según guías ESC/AHA 2023–2024 mejoran el pronóstico. 4) La optimización secundaria (estatinas de alta potencia, betabloqueantes e IECA/ARA-II) y la rehabilitación cardíaca son esenciales tras el alta.

41. 8/518 INFECCIÓN UNGUEAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA ASOCIADA A UÑAS ACRÍLICAS: CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cristina Eloisa Rivera Fresneda

Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla

Sara Isabel Algorri Ferrero

Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla

Agustín Moreno Pérez

Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 32 años consulta por cambio de coloración verdosa en varias uñas de la mano derecha tras manicura permanente. Adjuntamos imágenes del caso, tras consentimiento del paciente.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente no presenta antecedentes médicos de interés, niega hábitos tóxicos y trabaja en hostelería.

Acude a consulta por coloración verdosa del lecho ungueal en varios dedos de la mano derecha que se han hecho evidentes tras el deterioro de la manicura permanente que llevaba desde hace una semana aproximadamente. Cuando la valoramos muestra importante preocupación estética por la posible percepción negativa por parte de otros, asociada al estigma de presentar uñas verdes.

Niega traumatismos previos sobre las uñas. Utiliza uñas acrílicas que se recambia cada 2 o 3 semanas en un centro de estética. La paciente muestra preocupación estética y ansiedad por el aspecto de sus uñas.

A la exploración podemos apreciar las uñas del segundo, tercer y cuarto dedo de la mano derecha con coloración verdosa intensa, sin signos inflamatorios, dolorosos o supurativos. No se observan onicolisis significativa ni afectación periungueal. Resto de uñas y piel de manos normales.



Imagen tomada con consentimiento de la paciente.

En este caso no se realizaron pruebas complementarias dado el carácter benigno y localizado del cuadro. En caso de que el cuadro no se resolviera tras tratamiento empírico se habría realizado un raspado ungueal para cultivo microbiológico.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

A nivel comunitario, se identificó un factor de riesgo laboral: la exposición repetida a agua y productos de limpieza, que favorecen la proliferación de *Pseudomonas aeruginosa*. Además, debemos tener en cuenta que el auge de manicuras agresivas tanto permanentes como semi-permanentes en la población general representa un factor de riesgo creciente que contribuyen al aumento de la prevalencia de este motivo de consulta en Atención Primaria.

Otros factores predisponentes para el síndrome de uña verde son la onicomycosis y otras patologías ungueales previas, ya que favorecen la coinfección bacteriana. La humedad, el traumatismo

ungueal y la onicolisis actúan como puerta de entrada para la colonización por *Pseudomonas aeruginosa*. Si bien nuestra paciente no presenta otros factores de riesgo, habría que prestar especial atención a pacientes que cumplan las características previas descritas o bien que pertenezcan a colectivos vulnerables como inmunodeprimidos. También cabe destacar que el síndrome de uña verde es más frecuente en mujeres.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de la uña verde leve, probablemente debido a colonización por *Pseudomonas aeruginosa* tras humedad retenida bajo esmalte deteriorado.

Diagnóstico diferencial:

- Onicomycosis
- Hematoma subungueal
- Melanoniquia o nevus subungueal.
- Pigmentaciones exógenas (tabaco, tintes ...)

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

En primer lugar, se recomendó retirar por completo la manicura acrílica hasta la resolución completa del cuadro. Se dieron recomendaciones higiénicas orientadas a evitar la humedad constante en las uñas. Asimismo, se indicó sumergir la uña diariamente en vinagre, aplicar hipoclorito sódico al 2% 2 veces al día sobre el lecho ungueal, así como utilizar crema de sulfadiazina de plata a diario hasta la curación. La evolución fue favorable con resolución progresiva.

CONCLUSIONES

El síndrome de la uña verde es una entidad benigna pero con una repercusión estética que puede influir negativamente sobre los pacientes. Típicamente se localiza en el primer dedo del pie, pero ante el auge de las manicuras permanentes y semipermanentes, cabe esperar que cada vez lo veamos con mayor frecuencia en las uñas de las manos.

La anamnesis detallada y la exploración física suelen ser suficientes para establecer el diagnóstico, sin necesidad de pruebas invasivas ni derivaciones, poniendo de manifiesto la importancia de incluir este síndrome en la lista de diagnósticos diferenciales de la patología ungueal. La identificación temprana desde Atención Primaria evita tratamientos innecesarios como antifúngicos sistémicos y reduce el riesgo de iatrogenia.

El tratamiento tópico y las medidas higiénicas suelen ser eficaces, pero en caso de fracaso, se puede indicar ciprofloxacino oral 500 mg cada 12 h durante 2-3 semanas.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades de la Uña; Infecciones Oportunistas; Centros de Belleza y Estética.

42. 8/569 LA CEFALEA NOS DA SEÑALES

Jose Manuel Andrade Sagone

Médico Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada

M^a del Mar Ferrer Frias

Médica Especialista de MFyC. CS La Zubia. Granada

Carolina Valero Solera

Médica Residente de MFyC. CS La Zubia. Granada

MOTIVO DE CONSULTA

Cefalea.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 60 años.

Antecedentes personales: dislipemia, osteopenia, rizartriosis.

No alergias medicamentosas

Tratamiento habitual: Atorvastatina 20 mg, ácido alendrónico 70 mg semanal, Calcio 1,5 g/colecalciferol 400 UI diario. Ocasionalmente ingesta de naproxeno 550 mg por dolor.

Historia de la enfermedad: la primera consulta es filtrada como crisis de ansiedad y cefalea por enfermería. La paciente se reconoce ansiosa y preocupada por problemas en gestiones con la administración pública.

La cefalea es holocraneal, de instauración súbita, sin presentar previamente cefaleas similares, de 4 horas de evolución, opresiva, escala visual analógica (EVA) 9/10, con náuseas asociadas, no fotofobia. No procesos infecciosos recientes. No antecedentes familiares de cefalea.

Exploración y pruebas complementarias: tensión arterial (TA): 170/90 mmHg, afebril, resto de constantes en rango.

Exploración neurológica sin alteraciones. No hay otros hallazgos destacables en la exploración.

Tratamiento, evolución y seguimiento: se pauta tratamiento ansiolítico con alprazolam 0,5mg VO y metamizol 2g con metoclopramida 10 mg intramuscular, con lo que mejora tras su administración.

Se le indica control tensional domiciliario, paracetamol o metamizol en caso de cefalea, y consultar a urgencias en caso de persistir con cefalea o presentar signos de alarma.

Posteriormente empeora y la cefalea la despierta por la noche.

Consulta a urgencias donde evidencian nuevamente hipertensión arterial (180/100 mmHg), pero debido a la historia de la enfermedad, con evento estresante reciente se asocia cefalea e hipertensión a dicho suceso. Pautan tratamiento captopril 25 mg vía oral, con mejoría de cifras tensionales y derivan al alta indicando observación domiciliaria y seguir con recomendaciones de su médico.

Reconsulta al día siguiente con su médico de familia insistiendo que la cefalea ha empeorado y le despierta por la noche. Han empeorado los mareos.

TA: 190/100 mmHg. Resto de constantes en rango. Afebril.

Se realiza electrocardiograma, el cual no presenta alteraciones y se deriva nuevamente a urgencias por signos de alarma con cefalea persistente.

Además, se inicia tratamiento antihipertensivo con enalapril 10mg.

Finalmente, tras la tercera derivación se realiza en urgencias una angio tomografía de cráneo donde se evidencia una hemorragia subaracnoidea extensa con una dilatación aneurismática.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Criterios de alarma de la cefalea en urgencias (SNNOOP10)	
S: Síntomas Sistémicos incluyendo fiebre	Cefalea atribuida a infección, trastorno intracraneal no vascular, carcinóide o feocromocitoma
N: Neoplasias previas	Neoplasia intracraneal, Metástasis
N: déficits Neurológicos asociados, incluyendo disminución de conciencia	Cefalea atribuida a trastorno intracraneal vascular o no vascular, absceso cerebral u otras infecciones
O: inicio (Onset) repentino, cefalea en trueno	Hemorragia subaracnoidea, cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical
O: edad de inicio (Older) por encima de los 50 años	Arteritis de células gigantes, cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical, neoplasias
P10:	
Cambio de Patrón o aparición reciente de una nueva cefalea.	Arteritis de células gigantes, cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical, neoplasias
Cefalea Posicional	Hipertensión intracraneal, hipotensión intracraneal
Precipitación por las maniobras de Valsalva	Malformaciones de fosa posterior. Anomalia de Chiari
Papiledema	Neoplasias. Hipertensión intracraneal
Cefalea Progresiva y presentación atípica	Neoplasias, Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
Puerperio o embarazo	Preeclampsia, trombosis venosa cerebral, cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical, hipotiroidismo, anemia
Dolor Periocular con síntomas autonómicos	Patología de fosa posterior o seno cavernoso, Síndrome de Tolosa-Hunt, enfermedad oftalmológica
Postrumática	Hematoma subdural. Cefalea postraumática. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal vascular
Patología del sistema inmunitario, como infección por VIH	Infecciones oportunistas, Neoplasias
Painkillers o uso excesivo de analgésicos	Cefalea por uso excesivo de medicación

Según la asociación española de neurología, casi el 90% de la población ha padecido algún episodio de cefalea en su vida. Se presenta el caso de una cefalea con signos de alarma donde la actuación del médico de familia es fundamental ya que acude al centro de salud en días consecutivos, con derivaciones hospitalarias en cada una de las valoraciones debido a los signos de alarma; y donde finalmente en la tercera visita se realizan pruebas complementarias diagnosticando una hemorragia subaracnoidea.

La importancia del caso recae en la gran morbimortalidad y la repercusión económica que conlleva dicho diagnóstico. Se estima que el 10% de los pacientes mueren antes de llegar al hospital, 25% muere en las primeras 24 horas, 50% muere en los primeros 6 meses y 1/3 de los sobrevivientes presenta déficit neurológico severo.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico diferencial: Ictus, cefalea tensional, migraña de difícil control, meningitis, encefalitis.

CONCLUSIONES

Tener en cuenta los signos de alarma de la cefalea y reconocer las pruebas complementarias oportunas a realizar como médicos de familia nos permite orientar y dar la importancia adecuada a casos que lo ameriten. En muchas ocasiones veremos pacientes con problemas del entorno social, a los cuales podremos atribuir algunas patologías; pero no debemos restar importancia a datos objetivos como los signos vitales y las características de la cefalea, que nos pueden orientar para llegar a un diagnóstico como el de la hemorragia subaracnoidea y disminuir la morbimortalidad o la discapacidad que dicha enfermedad conlleva.

PALABRAS CLAVE

Cefaleas secundarias (C10.228.140.546.699); hemorragia subaracnoidea (C10.228.140.300.535.800).

Bibliografía

- » Tibor B. Subarachnoid hemorrhage clinical presentation [Internet]. Medscape.com. Medscape; 2024 [citado el 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1164341-clinical>
- » 2. Arias S, Íliguez C, Láinez JM. Manual de urgencias neurológicas [Internet]. Madrid. Sociedad Española de Neurología; 2023 [Citado 10 julio 2025]. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2023/Manual_Urgencias_neurológicas_2023_DIGITAL.pdf

43. 8/577 LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

David Óscar Castillo Burgos

Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Maribáñez. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

M^a del Carmen Pinilla González

Médica Residente de MFyC. CS de Maribáñez. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Sofía Pallarés Padrón

Médica Especialista de MFyC. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Las Palmas de Gran Canaria

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente de 59 años que presenta dolor en hipocondrio derecho de 24 horas de evolución asociado a vómitos y escalofríos, sin fiebre termometrada. Además, desde ayer no ha realizado deposiciones. En ayunas desde anoche.

A la exploración el paciente se encuentra dolorido, aunque acude caminando. T^a 36.7°C. BHYP. Sin ictericia. A destacar del abdomen globuloso y muy doloroso a la palpación sobre todo en hipocondrio derecho con Murphy +.

Se realiza ECOGRAFÍA CLÍNICA en consulta de urgencias donde vemos la vesícula con contenido hiperecoico sin sombra, terminando esta imagen en la tríada portal coincidiendo con la zona de máximo dolor. Murphy ecográfico ++. Además, banda anecoica perivesicular compatible con líquido. OD: colecistitis probablemente enfisematosa.



PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Por todo lo anterior se pauta analgesia intravenosa deriva a urgencias hospitalarias para valoración y posible intervención quirúrgica.

En urgencias se realiza la exploración y analítica junto con ecografía compatible con colecistitis aguda litiásica y se consulta para valoración de cirugía que decide la realización de intervención quirúrgica urgente.

Resultados de la ecografía reglada hospitalaria: Vesícula biliar hidrópica, presentando paredes engrosadas y edematosas, con abundante contenido litiásico en su interior, así como líquido perivesicular. Murphy ecográfico positivo. Estos hallazgos son compatibles con colecistitis aguda litiásica.

Resultados anatomía patológica: Pieza de colecistectomía que mide 7,2 x 4,6 x 0,3 cm. La superficie serosa presenta coloración verdoso-grisácea. Asu apertura, no se identifican formaciones

litiásicas. La mucosa presenta superficie ligeramente granular. Inclusión representativa. Tipo de Estudio Órgano a) biopsia escisión-pieza vesícula biliar. diagnóstico: vesícula biliar (colecistectomía) colecistitis aguda flemono-gangrenosa.

Tras el alta el paciente evoluciona correctamente tras la cirugía y sin incidencias (consulta telefónica).

CONCLUSIONES

Como conclusiones, destacar que en plena época de múltiples consultas en urgencias con la sintomatología comentada (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre), a pesar de disponer de poco tiempo por la gran sobrecarga asistencial en los puntos de urgencias, el hecho de disponer de un ecógrafo y tardar escasos minutos en valorar lo que quieres descartar (eco clínica), hizo que este hombre no se fuese a su domicilio como la gran mayoría de los pacientes de ese día con esa sintomatología y que hubiese tenido consecuencias peligrosas para dicho paciente.

PALABRAS CLAVE

Colecistitis, litiasis, ecografía clínica.

44. 8/521 LA PIEL HABLA PRIMERO: DERMATITIS HERPETIFORME Y CELIAQUÍA

Carmen Generoso Torres

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

María Bolívar Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

M^a del Mar Cueto Camarero

Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Hipoacusia derecha.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

El paciente es un varón de 42 años, sin antecedentes personales de relevancia, sin alergias conocidas ni enfermedades de interés previas. Refiere brotes recurrentes de lesiones cutáneas codos, rodillas y glúteos, muy pruriginosas, desde los últimos 6 meses, que afectan de manera significativa su calidad de vida, alterando el sueño y la rutina diaria.

No comenta otra sintomatología acompañante.

Menciona que ha probado tratamientos, como cremas hidratantes y corticoides tópicos, sin alivio, así como antihistamínicos y corticoides sistémicos, pero las lesiones se mantienen activas y el prurito continúa siendo intenso. La duración prolongada y la resistencia a tratamientos convencionales motivaron la consulta a atención primaria para evaluación diagnóstica especializada.

A la exploración: se aprecian múltiples lesiones papulovesiculares, con presencia de excoriaciones y costras secundarias al rascado intenso, en codos, rodillas y glúteos. La simetría y localización en superficies extensas pero predilectas son hallazgos característicos.



Reunala T, Salmi T, Hervonen K, Laurila K, Collin P. Dermatitis herpetiformis: a common extraintestinal manifestation of coeliac disease. *Nutrients*. 2018;10(5):602. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu10050602>

La analítica general muestra resultados dentro de parámetros normales, excepto un aumento de inmunoglobulina A (IgA). La serología para enfermedad celíaca evidencia positividad de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (tTG-IgA).

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Desde atención primaria se identificó la dermatitis herpetiforme como un signo temprano de enferme-

dad celíaca, aún en ausencia de síntomas digestivos, permitiendo una intervención precoz. Se abordó educación al paciente sobre la importancia de la dieta estricta sin gluten, incluyendo instrucciones sobre lectura de etiquetas, selección de alimentos seguros y adaptación a contextos sociales. Se enfatizó la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad celíaca no tratada, como anemia, osteoporosis y riesgo aumentado de neoplasias digestivas. Se estableció un plan de seguimiento longitudinal, coordinando la atención primaria y el servicio de digestivo y dermatología.

Diagnóstico diferencial: dermatitis atópica crónica, eccema dishidrótico, dermatitis de contacto, eczema crónico.

Juicio clínico: celiaquía asociada a dermatitis herpetiforme.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se inició dieta estricta sin gluten y tratamiento farmacológico con dapsona. La dapsona es el fármaco de elección para controlar el prurito y la inflamación cutánea. Se realizó derivación a digestivo y a dermatología, donde la biopsia cutánea mostró hallazgos compatibles con dermatitis herpetiforme: microabscesos de neutrófilos en las papilas dérmicas y depósitos granulares de IgA en inmunofluorescencia directa.

A las ocho semanas de seguimiento, se observó una mejoría clínica notable, con disminución significativa del prurito y regresión de las vesículas y excoriaciones. La serología mostró tendencia a normalización progresiva con la adherencia estricta a la dieta sin gluten. Se planificó mantener seguimiento periódico para evaluar la evolución de lesiones cutáneas, monitorización de anticuerpos y prevención de complicaciones asociadas a la celiaquía.

CONCLUSIONES

La dermatitis herpetiforme puede ser la primera manifestación de enfermedad celíaca, precediendo síntomas digestivos. La atención primaria juega un papel fundamental en la identificación temprana, educación del paciente y prevención de complicaciones a largo plazo. La combinación de hallazgos clínicos característicos y serología positiva permiten instaurar un tratamiento eficaz y mejorar la calidad de vida del paciente. Este caso hace hincapié en la importancia de considerar manifestaciones cutáneas como indicadores de enfermedades sistémicas subyacentes.

PALABRAS CLAVE

Dermatitis Herpetiforme; Celiaquía; Prurito Crónico.

45. 8/561 LA SEÑORA SIMPSON NO SE CREE QUE SU UROCULTIVO SEA NEGATIVO

Lucía Escudero Domínguez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Ana Mateos Gómez

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Carmen Moguer Galán

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Resultados urocultivo.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 64 años que acude a consulta para recoger resultado de urocultivo (UC). La paciente se sorprende del resultado negativo del UC y nos muestra una foto con orinas colúricas, que presenta desde hace 7-8 meses.

Además refiere síndrome constitucional con astenia intensa, hiporexia por falta de apetito y pérdida de unos 7-8 Kg en los últimos meses.

No refiere consumo de alimentos mal cocinados. No contacto con animales, ni viajes al extranjero. Niega la toma de fármacos nuevos u otras transgresiones farmacológicas.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia. Esteatosis hepática diagnosticada en 2019, realizándose despistaje analítico de hepatopatía. Gastritis crónica atrófica con anemia perniciososa.

Hábitos tóxicos: No fumadora. No consume alcohol desde hace 9 meses, anteriormente bebedora ocasional de cerveza, aunque en 2019 bebía hasta 1L de cerveza al día.

Se realiza exploración física que impresiona de ictericia de piel y mucosas, abdomen blando, depresible, no doloroso, palpación hepatomegalia y dudosa esplenomegalia, resto sin hallazgos de interés.

Se realiza eco clínica en consulta en la que no se observan alteraciones.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Habitan en una vivienda salubre con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas. Cuenta con buena red de apoyo familiar.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Ictericia de probable origen hepático (hepatitis alcohólica, vírica, autoinmune...), descartar origen pre-hepático (hemólisis, fármacos...) o posthepática (colecistitis, neoplasia...).

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se solicita analítica sanguínea (AS) con estudio de hepatopatía y se cita en consulta a las 48 horas. En AS destaca hiperbilirrubinemia (9.46) a expensas de la bilirrubina directa (6.57) e indirecta 2.89 junto con aumento de enzimas de colestasis (GGT 150, FA 188) e hipertransaminasemia (GOT 1137, GPT 367), ac VHA y VHC negativo con inmunidad frente a VHB.

Ante los hallazgos de hiperbilirrubinemia con hipertransaminasemia, se deriva a urgencias de hospital de referencia, donde se confirman valores analíticos y se cursa ingreso en digestivo.

- Serología: virus hepatotropos negativos, anticuerpos antinucleares positivo con patrón homogéneo.
- Ecografía abdominal donde se observa esteatosis, vesícula biliar distendida, sin cálculos y esplenomegalia.
- Colangio-resonancia magnética: engrosamiento de la pared vesicular y líquido libre perihepático sugerente de hepatitis aguda; sin dilatación de vías intra y extrahepáticas.

Ante la sospecha de hepatitis autoinmune, se inicia tratamiento con corticoides y se realiza biopsia hepática que la confirma.

CONCLUSIONES

Se destaca la importancia de una buena exploración física, aun siendo el motivo de consulta la recogida de resultados y el papel de la ecografía clínica en consulta.

Nuestra paciente presentaba ictericia y hepatomegalia. Aunque la ictericia habitualmente no tiene carácter urgente, existen situaciones de gravedad como son la hemólisis masiva, la colangitis ascendente y el fallo hepático fulminante. En este caso fue derivada a urgencias por elevación severa de transaminasas (mayor 15 veces su valor normal).

La rápida solicitud y evaluación de pruebas complementarias ante la presencia de ictericia y hepatomegalia facilitaron el diagnóstico definitivo de hepatitis autoinmune, una entidad infrecuente que afecta preferentemente a mujeres, pero relevante por su potencial gravedad y buen pronóstico con tratamiento inmunosupresor precoz.

Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

PALABRAS CLAVE

Ictericia, hepatitis autoinmune, biopsia con aguja gruesa.

46. 8/546 LESIÓN CEREBRAL OCUPANTE DE ESPACIO EN PACIENTE MAYOR CON CONTEXTO FAMILIAR COMPLEJO

Francisco Conde Ruiz

Médico Especialista en MFyC. CS de Vúcar. Almería

M^a Dolores Iglesias Almagro

Médica Residente de MFyC. CS de Adra. Almería

Silvia Pérez Sánchez

Médica Especialista en MFyC. CS de Adra. Almería

ÁMBITO

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

MOTIVO DE CONSULTA

Astenia y anhedonia.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 72 años, independiente para las ABVD, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular, síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con CPAP y depresión en seguimiento por salud mental. En los últimos meses presenta labilidad emocional con tendencia al llanto, pérdida de apetito, disminución de su actividad basal y social. La paciente consulta en varias ocasiones por astenia, descuidos de memoria y anhedonia.

Exploración física: paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, aspecto descuidado y decaída. Exploración neurológica sin alteraciones. Exploración por aparatos y sistemas: hipertensión arterial de 220/110, resto sin hallazgos significativos. No cuadro constitucional presente.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea y TC craneal solicitadas en atención primaria. TC craneal y radiografía de tórax solicitadas en urgencias. Ecografía de tiroides y bodyTC solicitados en neurocirugía y oncología.

Pruebas complementarias en atención primaria

Analítica sanguínea: dislipemia ya conocida, resto sin alteraciones.

TC craneal: pendiente de citar.

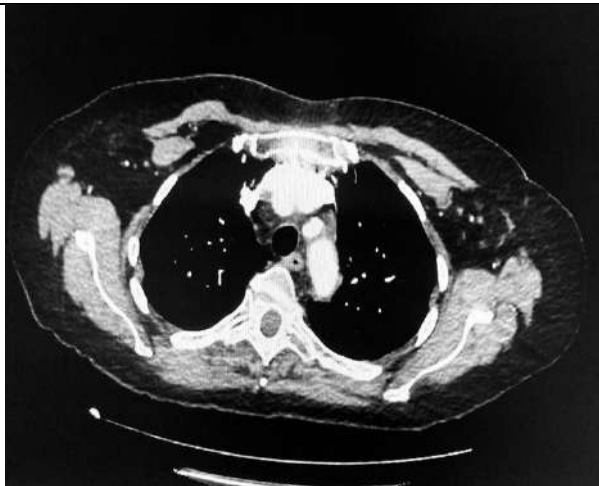
Pruebas complementarias en urgencias hospitalarias (la paciente es remitida desde atención primaria urgencias hospitalarias por las cifras tensionales)

Radiografía de tórax: infiltrado micronodular en ambos campos pulmonares con ensanchamiento mediastínico y desviación traqueal.

TC craneal (1): lesión hipodensa en cuerpo calloso, esplenio e hipocampo izquierdo, mal delimitada, con efecto de masa y edema perilesional, sugestiva de glioblastoma multiforme.



1. TC CRANEAL



2. BODY TC

Pruebas complementarias solicitadas posteriormente en neurocirugía y oncología BodyTC (2): múltiples nódulos pulmonares bilaterales, sugestivos de metástasis. Tiroides aumentado de tamaño de aspecto muy heterógeno con múltiples lesiones focales. Se recomienda la realización de ecografía tiroidea.

Ecografía de tiroides: glándula tiroidea aumentada de tamaño, con hipoecogenicidad difusa y marcada hipervascularización (hallazgos compatibles con enfermedad de Graves-Basedow no diagnosticada previamente). Presencia de nódulo sólido en lóbulo tiroideo izquierdo de 16 × 14 mm, hipoecogénico, con componente quístico central, bordes regulares, clasificado como TI-RADS 4.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El contexto familiar de la paciente es complejo: nieto de 20 años con síndrome de Asperger y gran consumidor de opiáceos, estupefacientes y alcohol, conllevando a problemas legales, grandes disputas familiares entre madre (hija de la paciente) e hijo (nieto de la paciente) y múltiples ingresos por intoxicaciones con paracetamol de carácter autolesivo. El entorno familiar adverso llevó inicialmente a interpretar la clínica depresiva y el llanto continuo de la paciente como reactivos a la situación social.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Lesión ocupante de espacio cerebral sugestiva de glioblastoma multiforme.
- Metástasis pulmonares bilaterales.
- Enfermedad de Graves-Basedow con nódulo tiroideo TIRADS 4 pendiente de PAAF.
- Diagnósticos diferenciales: demencia con manifiesto inicial de cuadro depresivo vs cuadro depresivo en contexto familiar de la paciente vs clínica depresiva y pseudodemencia de origen orgánico.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Derivación a Neurocirugía y Oncología para completar estudio (RMN craneal, biopsia cerebral/pulmonar).

Estudio funcional tiroideo y citología del nódulo tiroideo (PAAF).

Control sintomático de la hipertensión arterial.

Abordaje multidisciplinar con participación de Oncología, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso complejo de paciente mayor con LOE cerebral sugestiva de glioblastoma, metástasis pulmonares y patología tiroidea concomitante (Graves-Basedow y nódulo TIRADS 4). La clínica depresiva enmascaró el cuadro neurológico de origen orgánico, al atribuirse inicialmente como consecuencia del contexto familiar. En cualquier caso, se actuó siguiendo los protocolos establecidos para el estudio del inicio de un cuadro de demencia como diagnóstico diferencial posible, al igual que la detección de la tensión arterial en consulta ante la gran referencia de astenia por parte de la paciente, derivando a urgencias hospitalarias al observar la hipertensión arterial (220/110).

Este caso ilustra la importancia de integrar los factores biológicos, psicológicos y sociales junto con la clínica en la valoración global del paciente para llevar a cabo un correcto abordaje.

PALABRAS CLAVE

Glioblastoma, metástasis, depresión, factores biológicos, factores sociales, psicología.

El consentimiento de la paciente ha sido obtenido de forma verbal para la realización de esta comunicación.

47. 8/519 LUMBALGIA COMÚN, DIAGNÓSTICO EXTRAORDINARIO: UN LLAMADO A LA VIGILANCIA CLÍNICA

Clara Andrés Belmonte

Médica Especialista en MFyC. CS Ejido Norte. Almería Eva

Linkimaite Lazauskas

Médica Residente de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

Cristina Esther Ruíz Rull

Médica Especialista en MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor lumbar.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 44 años, jardinero, con enfermedad celíaca controlada. No fumador, sin comorbilidades cardiovasculares ni intervenciones quirúrgicas previas.

Consulta por dolor lumbar de características mecánicas, sin irradiación ni síntomas sistémicos. Menciona aparición progresiva de edema bilateral en miembros inferiores durante la semana previa. También refiere un episodio reciente de edema en pierna derecha tras un pinchazo, tratado con antibióticos.

Exploración física:

- Buen estado general, afebril.
- Dolor leve a la palpación lumbar, sin contractura.
- Edema con fóvea hasta tercio medio de ambas piernas, sin signos de infección.
- Pulsos distales conservados.

Se realiza analítica general y estudios de imagen. Se identificó función renal y hepática normales, sin reactantes de fase aguda elevados. Se encontró un déficit leve de proteína S (pendiente de confirmación).

El ecodoppler venoso muestra trombosis venosa profunda bilateral con extensión hacia la VCI, confirmada por angio-TAC. BodyTAC y endoscopias descartan neoplasias ocultas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico final: Trombosis extensa de vena cava inferior no provocada, con antecedente familiar de trombosis y déficit leve de proteína S.

Diagnóstico diferencial: el diagnóstico se abordó en dos fases: dolor lumbar inicial y aparición de edema bilateral, lo que llevó a reevaluar la hipótesis inicial.

1. Dolor lumbar inicial. La lumbalgia es frecuente y con etiología diversa. En un paciente activo físicamente, el diagnóstico inicial más probable era lumbalgia mecánica. Sin embargo, la evolución del dolor y la aparición de edemas obligaron a ampliar el estudio. Se consideraron varias causas:
 - a. Lumbalgia mecánica o postural. Causa más común (≈90 %). Asociada a sobrecarga o microtraumatismos.
 - A favor: inicio tras esfuerzo, sin síntomas sistémicos.
 - En contra: persistencia del dolor y edema no explicables por origen muscular.
 - b. Lumbalgia inflamatoria. Característica de espondiloartropatías, con dolor nocturno y rigidez.
 - Ausencia de rigidez, antecedentes familiares o hallazgos analíticos.

Descartada.

- c. Lumbalgia infecciosa o neoplásica. Dolor persistente, fiebre o pérdida de peso pueden sugerir infección o neoplasia.
 - Pérdida ponderal leve, sin otros signos o hallazgos en imagen.

Descartadas.

- d. Dolor lumbar referido visceral. Dolor de origen retroperitoneal o visceral (renal, pélvico, digestivo).
 - Sin síntomas urinarios ni hallazgos en imagen.

→ Poco probable.

e. Lumbalgia vascular. La trombosis venosa de la VCI puede causar dolor lumbar por congestión venosa.

- Dolor sordo y profundo, que no mejora con el reposo. El diagnóstico se volvió más probable al aparecer edema bilateral.

Conclusión fase I: un cuadro que parecía mecánico ocultaba un proceso vascular.

2. Aparición de edema bilateral. El edema simétrico obligó a considerar diversas etiologías. Ante edema con fovea, las principales causas incluyen patologías venosas, cardíacas, renales, hepáticas, endocrinas o trombóticas.

a. Insuficiencia venosa crónica. Asociada a varices y cambios cutáneos.

- En este caso, el edema fue agudo, sin varices.

Descartada.

b. Insuficiencia cardíaca. Edema con disnea, ortopnea, crepitantes.

- Exploración y ECG normales.

Poco probable.

c. Síndrome nefrótico / insuficiencia renal. Edema generalizado con proteinuria.

- Analítica y proteinuria normales.

Descartado.

d. Insuficiencia hepática. Edema con ascitis y alteraciones cutáneas.

- Función hepática normal.

Descartada.

e. Causas endocrinas o medicamentosas. Hipotiroidismo o fármacos pueden causar edema.

- No toma medicación, sin signos de hipotiroidismo.

Descartadas.

f. Trombosis venosa profunda bilateral / trombosis de VCI. Debe sospecharse ante edema simétrico sin otra causa sistémica evidente.

- Mecanismo: obstrucción al retorno venoso.
- Signos orientadores: dolor lumbar, edema bilateral, ausencia de fiebre.

Confirmado por imagen.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El antecedente familiar de trombosis en primer grado refuerza la sospecha de trombofilia hereditaria, lo que subraya el valor del consejo genético desde atención primaria.

Desde una perspectiva comunitaria, se consideró la exposición laboral a fitosanitarios como posible factor ambiental, aunque no está claramente relacionado con trombosis. La educación sanitaria y prevención laboral resultan esenciales.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, luego sustituida por anticoagulantes orales. No fue necesaria cirugía.

Durante el ingreso, el paciente mejoró clínicamente, con desaparición del edema y alivio del dolor lumbar. Fue dado de alta con seguimiento por Medicina Interna, Hematología y su médico de familia. Se planificó reevaluar el déficit de proteína S.

CONCLUSIONES

Este caso recuerda que la presentación frecuente de un síntoma no siempre implica una causa banal. El dolor lumbar puede ocultar patologías graves como una trombosis de VCI.

El cambio en el razonamiento clínico ante nuevos hallazgos (como el edema) fue decisivo para un diagnóstico precoz.

El enfoque del médico de familia —integral, contextual y multidisciplinar— es clave para identificar estas situaciones atípicas.

En medicina, la sospecha clínica, la atención a los detalles y la capacidad de reformular diagnósticos siguen siendo herramientas fundamentales.

48. 8/527 MALESTAR PSICOLÓGICO, UN ABORDAJE COMUNITARIO

Inmaculada Gallardo García

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Chana. Granada

Inmaculada López Melguizo

Facultativa de Archivos y Bibliotecas. Biblioteca P. M. Granada

Miriam Huertas Barros

Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada

Adrián García Barbarroja

Médico Residente de MFyC. CS La Chana. Granada

MOTIVO DE LA CONSULTA

Tristeza.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 68 años que acude a consulta verbalizando tristeza, comenta que su estado de ánimo se encuentra deprimido. Refiere que lleva 2-3 años con disminución del estado de ánimo, anhedonia, baja autoestima, disminución leve del apetito y falta de interés por las actividades día a día. Esto se acompaña de una alteración en el patrón del sueño mixta con insomnio de conciliación y de mantenimiento. En cuanto a su vida social, no sale apenas del domicilio, únicamente para realizar alguna compra. No realiza actividades en su día a día, su rutina consiste en dar un paseo por las mañanas, hacer algún recado y, por la tarde, ver la televisión en su domicilio. No dispone de grandes amigas en Granada, únicamente alguna vecina. Se realiza una anamnesis completa para valorar el riesgo de suicidio, la paciente niega ideación autolítica en el momento actual.

Exploración física: dentro de la normalidad, con exploración neurológica igualmente sin hallazgos. Además, se evaluó a la paciente mediante tres escalas: escala de soledad de la Universidad de California (UCLA), escala de Hamilton para la ansiedad y escala de bienestar psicológico de Ryff.

Pruebas complementarias: se realiza analítica general para despistaje de enfermedades crónicas y patologías relacionadas con alteraciones en el estado de ánimo. En dicha analítica se obtuvieron resultados normales en todos los parámetros, incluidos el perfil glucémico, hepático, renal, vitamínico, tiroideo y hemograma.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

paciente independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se trata de una mujer viuda migrante que vive sola en su domicilio habitual, un segundo piso con ascensor. Tiene dos hermanas y varios sobrinos en su país de origen (Bolivia), con los que habla una o dos veces al mes. Como acontecimiento vital estresante, la paciente tenía un hijo que murió hace cinco años en un accidente de tráfico. No tiene grandes amistades, más allá de una vecina con la que sale a hacer alguna compra de manera ocasional.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Distimia, situación de soledad no deseada. Lista de problemas: Hipertensión arterial, dislipemia. Diagnóstico diferencial: depresión mayor, hipotiroidismo, trastorno mixto ansioso-depresivo.

PLAN DE ACCIÓN

Dada la alta prevalencia de problemas de salud mental leve-moderados relacionados con distimia/ánimo deprimido y ansiedad en nuestra población además de situaciones de soledad no deseada, se decide diseñar en conjunto con el activo de salud de la biblioteca del barrio un proyecto dirigido a combatirlas. El proyecto consiste en una serie de actividades de expresión creativa como la lectura, la escritura, la narración oral, actividades de estimulación cognitiva y de socialización, desarrolladas a lo largo de un año. Dicho proyecto se ha dirigido a población mayor de 60 años en situación de soledad no deseada o con problemas de ansiedad o ánimo depresivo en estadio leve o moderado. La intervención incluyó orientación, acompañamiento y facilitación para la participación en actividades de ocio, culturales y comunitarias, diseñadas y adaptadas a

los intereses de cada participante.

EVOLUCIÓN

Tras seis meses de proyecto, a pesar de no disponer aun de datos de evaluación definitiva, hemos notificado una mejoría clínicamente significativa en nuestra paciente. El proyecto contribuyó a la socialización de la paciente, de forma que ha adquirido nuevas amistades con las que actualmente hace planes en su día a día. Además, le ha permitido vincularse con otras personas con las que ha descubierto que comparte algunas situaciones vitales. Por otra parte, le ha proporcionado un sentimiento de empoderamiento que le ha permitido tomar las riendas de su vida. Actualmente la paciente presenta una mejoría significativa de su estado de ánimo, tiene una vida mucho más activa y dispone de amistades y vínculos que le aportan satisfacción vital y plenitud.

CONCLUSIONES

La distimia, la ansiedad y la soledad no deseada son problemas de salud cada vez más prevalentes en las consultas de medicina de familia. En numerosas ocasiones los médicos de atención primaria sentimos que algunos de estos problemas de salud “nos quedan demasiado grandes” o que no somos capaces de darles una respuesta adecuada. Esto se añade a la tendencia de psicopatologización y medicalización de la vida cotidiana, con una presión creciente hacia el uso de fármacos y con la consecuente catalogación de pacientes no enfermos o situaciones no patológicas como enfermedad.

Este proyecto demuestra la fuerza de la comunidad como activo en salud. Refleja la importancia del abordaje biopsicosocial y de la salud comunitaria, y cómo la propia comunidad puede ofrecer una respuesta integral a problemas de salud con un gran impacto en nuestra población. Por tanto, evidencia la importancia de que los médicos de atención primaria tejamos redes con los activos en salud de nuestro barrio y la necesidad de un cambio de paradigma de “ausencia de enfermedad” a “completo bienestar”.

PALABRAS CLAVE

Distimia, salud comunitaria, patologización.

49. 8/581 MAREOS DE CAUSA MULTIFACTORIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Garzón Polanco

Médica Residente de MFyC. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla

M^a de los Ángeles Toboso Campos

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS La Cabezas de San Juan. Sevilla

Álvaro López Unzu-López

Médico Residente de MFyC. CS El Arahal. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Vengo sin cita porque me encuentro mal, necesito la medicación y el otro día en urgencias no me encontraron nada.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: cirugía de cataratas, HBP, HTA, DLP, Meralgia parestésica, Infarto isquémico agudo en la arteria cerebral media izquierda en el año 2012 sin secuelas.

Medicación en receta XXI: losartán 50 mg/hidroclorotiazida, tapentadol 100 mg, tapentadol 50 mg, tapentadol 25 mg, sulpirida, zolpidem, domperidona, torasemida 10 mg, trazodona 10 mg, omeprazol 20 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, candesartan, pravastatina/fenofibrato, manidipino, dutasterida 500 mg/tamsulosina, paracetamol 1g, metamizol 575 mg

PLAN DE ACCIÓN

Varón de 79 años que consulta sin cita en el consultorio por mareos con sensación de inestabilidad de la marcha de dos meses de evolución asociado a visión borrosa, sin giro de objetos. El paciente refiere haber sido valorado en urgencias hospitalarias donde no le han encontrado "nada" y que la medicación no le hace nada.

El paciente fue derivado dos semanas antes de nuestra consulta por inestabilidad de la marcha con aumento de la base de sustentación, con una exploración neurológica anodina, electrocardiograma y constantes en rango.

En urgencias hospitalarias se realiza una analítica sanguínea sin alteraciones, radiografía (imágenes 1 y 2) cervicales y dorsales con marcadas artrosis, rectificación cervical y disminución de los espacios vertebrales y un TC de cráneo con discreta atrofia y sin patología aguda isquémica.



Imagen 1



Imagen 2

Se le da de alta con aumento progresivo de tapentadol en 25 mg mañana y noche cada 4 días si no hay control del dolor.

Acude solo a nuestra consulta, no sabe qué medicaciones está tomando realmente, nos refiere que ha abandonado totalmente los antihipertensivos porque estaba tomando mucha medicación ya. A nuestra valoración en consulta pico hipertensivo de 210/120, con exploración neurológica normal salvo discreto aumento de la base de sustentación. Se trata la crisis hipertensiva (captopril + furosemida), se recita para que acuda junto a su hija para revisar el tratamiento, se reduce tapentadol progresivamente bajando 25 mg cada 3 días, se retira la medicación duplicada de la tarjeta, se insiste en que retome losartán con hidroclorotiazida, se retira domperidona y se explican los riesgos del abuso del zolpidem y de su influencia acentuando los vértigos.

EVOLUCIÓN

Se recita al paciente a las 48 horas, esta vez acude con su hija, aporta los AMPA de ambos días con TA 150 de sistólica, se le explica la importancia de retirar zolpidem y sulpirida y de conseguir un adecuado control tensional. Volvemos a recitar para reexplorar tras la retirada de la medicación y ver como continua la clínica. Tanto el paciente como su hija están de acuerdo en dejar un periodo de lavado de 10 días para la retirada completa de opioides.

Tras estos 10 días el paciente aporta AMPA en rangos, refiere mejoría de los mareos, aunque no así de la astenia y debilidad generalizada, junto con dolor cervical que se ha acentuado, además de ello ha comenzado con pérdida de fuerza simétrica en ambos brazos y refiere además dificultad para la alimentación. Por sospecha de mielopatía se deriva preferentemente a rehabilitación que solicita una resonancia preferente donde se objetiva una lesión medular incompleta C3 secundaria a estenosis del canal de etiología degenerativa.

A la espera de la consulta de revisión con rehabilitación el paciente comienza con imposibilidad para la marcha, por lo que se deriva a Urgencias hospitalarias para valoración. Desde allí se interconsulta a neurocirugía que indican ingreso en su servicio para descompresión medular.

Tras cirugía el paciente ha mantenido un Barthel de 100, precisando únicamente ayuda durante el postoperatorio inmediato. Ha recuperado la fuerza en ambos miembros superiores e inferiores y ha desaparecido los mareos, persiste sin embargo dolor en hombro izquierdo.

CONCLUSIONES

Es importante recitar y hacer un seguimiento en los casos no filiados adecuadamente. Pactar los pasos a seguir con el paciente y familiares beneficia la relación médico paciente y deja la puerta abierta a otros diagnósticos y

Los vértigos y mareos son síntomas inespecíficos y muchas veces multifactoriales, no hay que olvidar la polimedicación y la cascada terapéutica y de efectos adversos.

PALABRAS CLAVE

Vértigos, polifarmacia, estenosis espinal.

Este caso clínico consta de la autorización expresa del paciente tal y como consta en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

50. 8/528 MAREOS Y CEFALEA EN UN JOVEN: CUANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA DESTAPA UNA URGENCIA VITAL

Manuel Calero Pérez

Médico Residente de MFyC. CS Los Marines-Cortelazor. Aracena. Huelva

Ángela López de Tejada Galisteo

Médica Residente de MFyC. CS Aracena. Huelva

María Cinta Gómez Salgado

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Los Marines-Cortelazor. Aracena. Huelva

ÁMBITO

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

MOTIVO DE CONSULTA

Mareos y cefalea.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 32 años, sin antecedentes médicos relevantes. No alergias medicamentosas salvo olopatadina colirio. No hábitos tóxicos. Antecedente de amigdalectomía.

Refiere cefalea de tres días de evolución, sin sonofobia ni fotofobia, precedida por episodios de mareo con sensación de giro de objetos y desorientación espacial. Se acompañaba de parestesias en hemicuerpo derecho. Niega pérdida de conciencia, relajación de esfínteres ni traumatismos.

En la última semana había presentado dolor muscular intenso en cuádriceps izquierdo, epistaxis autolimitada de gran cuantía y faringoamigdalitis bacteriana en tratamiento con amoxicilina-clavulánico.

Exploración física: buen estado general. Consciente, orientado, normocoloreado.

Neurológico: pares craneales conservados, fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, sensibilidad conservada, Romberg negativo. Protocolos vestibulares: impulso óculo-cefálico normal, nistagmo horizontal con fase rápida hacia la derecha, test de Skew negativo.

Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos patológicos. Solicitamos TC craneal por cefalea con signos de alarma+Analítica con HG y BQ.

Pruebas complementarias:

- TC craneal sin contraste: sin hallazgos agudos. Formación polipoidea en seno maxilar izquierdo.
- Analítica sanguínea: leucocitos 19.290/ μ L, Hb 7.3 g/dL, plaquetas 64.000/ μ L.
- Frotis periférico: promielocitos patológicos con bastones de Auer.
- Bioquímica: LDH 682, GOT 57.2, GPT 80.1, GGT 460.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Paciente joven, residente en Aracena, convive con su familia. La aparición de un diagnóstico hematológico grave impacta en la red de apoyo familiar, genera incertidumbre laboral y supone un cambio vital brusco en un paciente previamente sano. La cercanía del equipo de Atención Primaria resulta fundamental para acompañar a paciente y familia durante el proceso diagnóstico y terapéutico, garantizando continuidad y accesibilidad.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas:

- Cefalea y mareos recurrentes.
- Episodios hemorrágicos (epistaxis). Pancitopenia con blastos en sangre periférica.
- Sospecha de leucemia promielocítica aguda.

Diagnóstico diferencial:

- Accidentes cerebrovasculares.
- Síndromes vertiginosos periféricos.
- Infecciones del SNC.

- Anemias agudas.
- Leucemias agudas.

Plan de acción:

- Reposición con fibrinógeno IV y sueroterapia.
- Sintomáticos: paracetamol, sulpirida y antieméticos.
- Estabilización clínica y monitorización.
- Coordinación inmediata con Hematología.
- Traslado urgente a hospital de referencia (HU Juan Ramón Jiménez).

EVOLUCIÓN

En el hospital de referencia se confirmó el diagnóstico de leucemia promielocítica aguda de alto riesgo, iniciándose tratamiento con protocolo AIDA (idarubicina + ATRA). El ingreso cursó con complicaciones infecciosas, hemorrágicas y trombóticas propias del proceso y del tratamiento, pero con buena evolución posterior. Al alta, el paciente había alcanzado remisión clínica y hematológica inicial, iniciando tratamiento de consolidación.

CONCLUSIONES

Los síntomas inespecíficos como cefalea y mareos suelen tener causas banales en Atención Primaria, pero en ocasiones esconden patologías graves y potencialmente mortales. El médico de familia debe mantener un alto grado de sospecha clínica, apoyándose en una anamnesis completa, exploración dirigida y pruebas básicas.

Este caso ejemplifica el papel esencial de Atención Primaria en la detección precoz de enfermedades hematológicas graves y en la correcta derivación urgente. La coordinación ágil entre niveles asistenciales permitió iniciar tratamiento precoz y mejorar el pronóstico vital.

Bibliografía

- » Sanz MA, Montesinos P. How we treat acute promyelocytic leukemia. *Blood*. 2019;133(16):1630–1644.
- » Grupo PETHEMA. Protocolo LPA 2017. Programa Español de Tratamiento en Hematología.
- » Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2021.

51. 8/570 MÁS ALLÁ DE LA FIEBRE

Blanca Roldán Pérez

Médica Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva

Amalia Filella Sierpes

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva

Marcelo Vázquez de Toledo

Médico Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva

MOTIVO DE CONSULTA

Aparición de petequias en miembro inferior derecho tras fiebre de 39 °C de 24 h de evolución, sin prurito ni dolor.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 81 años con antecedentes personales de fibrilación auricular paroxística, disfunción ventricular izquierda leve, insuficiencia cardiaca crónica y dislipemia. Acude por aparición de petequias en miembro inferior derecho tras episodio febril de 39 °C de 24 h de evolución, sin dolor ni prurito asociado.

El paciente refiere que desde el año 2020 ha presentado episodios similares coincidiendo con picos febriles autolimitados. En cada ocasión, las lesiones cutáneas desaparecen progresivamente tras la resolución de la fiebre, sin dejar secuelas.

Antecedentes y evolución cronológica

- 2020: episodio de fiebre y celulitis en extremidad inferior. Fue tratado con antibióticos, con resolución completa.
- 2021: Recurrencias de fiebre acompañadas de petequias autolimitadas. Se descartó trombo-sis venosa profunda mediante ecografía doppler.
- - 2024: Nuevo episodio febril con erupción petequial bilateral; estudios serológicos (Rickettsia, VIH, CMV, VEB) y autoinmunidad negativos.
- 2025: Último episodio evaluado en urgencias. Hemograma normal (plaquetas 221 000), coagulación normal y PCR discretamente elevada (128 mg/L).

Durante todos los episodios el paciente se ha mantenido hemodinámicamente estable, sin sangrados, sin afectación sistémica ni signos de infección activa.

Exploración física y pruebas complementarias

En la exploración de 2025 se observaron petequias no palpables, con distribución distal en extremidad inferior derecha, sin edema ni calor local. No signos de celulitis ni afectación articular. Resto de exploración normal, sin visceromegalias ni adenopatías.

Pruebas complementarias 2025:

- Hemograma y coagulación: normales en todos los episodios.
- PCR: discretamente elevada.
- Serologías (Rickettsia, VIH, CMV, VEB): negativas.
- Autoinmunidad (ANA y ANCA): negativa.
- Estudio de anticuerpos: sin hallazgos patológicos.
- Ecografía doppler de miembros inferiores: sin trombosis.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial y razonamiento clínico:

El abordaje diagnóstico se centró en analizar las posibles causas de petequias recurrentes asociadas a fiebre. El proceso de razonamiento incluyó las siguientes entidades:

- Púrpura trombocitopénica inmune (PTI): Sin embargo, en todos los episodios las plaquetas se mantuvieron dentro de la normalidad, sin sangrados espontáneos ni mucosos. La evolución autolimitada y la recurrencia siempre tras la fiebre hacían improbable una PTI verdadera.
- Vasculitis leucocitoclástica: Considerada ante la presencia de lesiones petequiales en extremidades. No obstante, la ausencia de púrpura palpable, de afectación sistémica (renal, articular o digestiva) y los resultados negativos de autoinmunidad descartaron esta posibilidad.
- Infección bacteriana o celulitis recurrente: Algunos episodios iniciales se asociaron a inflamación local y se trataron con antibióticos, con buena evolución. Sin embargo, en los episodios posteriores no existieron signos clínicos ni analíticos de infección bacteriana activa, y la apari-

ción de las petequias fue independiente de procesos infecciosos cutáneos.

- Reacción medicamentosa: No hubo cambios recientes en la medicación habitual ni relación temporal entre la toma de fármacos y los episodios cutáneos. Se descartó esta posibilidad.
 - Exantema vírico o fiebre exantemática: La posibilidad de una reacción cutánea secundaria al propio proceso febril cobró relevancia al observar la repetición del patrón en varios años. Las lesiones aparecían siempre durante la fiebre y se resolvían tras su desaparición, sin repercusión sistémica.
 - Fragilidad capilar o fenómeno vascular asociado a edad: Considerando la edad avanzada y la comorbilidad cardiovascular, se valoró que la fiebre o la respuesta inflamatoria sistémica podrían inducir fenómenos de extravasación capilar leve, dando lugar a petequias transitorias.
- El conjunto de datos —normalidad analítica, evolución benigna, recurrencia con patrón constante y ausencia de hallazgos sistémicos— permitió orientar el cuadro como erupción petequial secundaria a fiebre recurrente autolimitada, de carácter benigno.

PLAN DE ACCIÓN

Observación domiciliaria y control clínico por Medicina de Familia.

Tratamiento sintomático de la fiebre con antitérmicos.

Indicación de antibióticos solo en caso de sospecha infecciosa asociada.

Análítica con estudio de anticuerpos, autoinmunidad y coagulación: resultados negativos.

Educación sanitaria al paciente y su familia sobre signos de alarma (sangrado, fiebre persistente, extensión de lesiones).

Revisión en consulta tras resolución del cuadro: desaparición completa de lesiones sin recidiva inmediata.

CONCLUSIONES

Las petequias son manifestaciones cutáneas frecuentes y de etiología muy diversa, desde causas benignas hasta procesos graves como meningococemia, vasculitis o trombocitopenia. En este caso, la recurrencia del patrón clínico y la ausencia de alteraciones hematológicas o autoinmunes orientaron hacia una causa funcional más que estructural.

La fiebre actúa como desencadenante del proceso: la vasodilatación y el aumento de la permeabilidad capilar durante la respuesta inflamatoria sistémica pueden provocar extravasación leve de eritrocitos, especialmente en áreas declives y en pacientes con fragilidad vascular. Este mecanismo explicaría la aparición de petequias coincidiendo con el pico febril y su desaparición posterior.

El seguimiento longitudinal en Atención Primaria fue clave. La revisión de todos los episodios permitió identificar un patrón repetido, descartar causas graves y evitar pruebas invasivas o tratamientos innecesarios. En cada episodio se valoró cuidadosamente la indicación de antibióticos, utilizándolos solo cuando existía sospecha de infección bacteriana asociada.

El análisis secuencial y comparativo de varios años de evolución fue determinante para alcanzar el diagnóstico final. En el contexto de petequias recurrentes asociadas a fiebre, la evaluación aislada de un único episodio podría haber conducido a estudios extensos o tratamientos erróneos (como corticoides o inmunoglobulinas). Sin embargo, la continuidad asistencial permitió reconocer que:

- Las lesiones aparecían sistemáticamente tras la fiebre y remitían de forma paralela a su resolución.
- Las plaquetas, coagulación y estudios inmunológicos permanecían normales en todos los episodios.
- No existía afectación sistémica ni deterioro del estado general.
- Estos elementos apoyan el diagnóstico de erupción petequial secundaria a fiebre recurrente autolimitada, probablemente relacionada con fragilidad capilar y respuesta inflamatoria.

Este caso ejemplifica el valor de la Medicina de Familia en el análisis longitudinal del paciente. El conocimiento acumulado de su historia y la observación de patrones clínicos a lo largo del tiempo permitieron descartar patologías graves, reducir intervenciones innecesarias y ofrecer tranquilidad tanto al paciente como a su entorno.

PALABRAS CLAVE

Petequias, fiebre.

52. 8/553 MÁS ALLÁ DEL CANSANCIO: EL DESENLACE DE UN SÍNDROME CONSTITUCIONAL CON DIAGNÓSTICO TARDÍO

Ana Páez Ordoño

Médica Residente de MFyC. CS Oliveros. Almería

Carmen Mª Jiménez Felices

Médico Especialista de MFyC. CS Oliveros. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

En estudio por Síndrome Constitucional.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: paciente varón de 59 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de debilidad generalizada y pérdida de peso de 15kg en un mes. Se realizó previamente en su centro de salud una analítica destacando Hemoglobina 12 y Sangre oculta en heces (SOH) positiva. Por la noche presentó episodios de sudoración con diaforesis intensa.

Refiere que esa misma mañana se ha hecho daño a nivel lumbar al moverse.

Exploración física: regular estado general, eupneico en reposo, normocoloreado y normoperfundido.

Auscultación respiratoria: disminución generalizada de los movimientos ventilatorios.

Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, hepatomegalia, doloroso a la palpación.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea (AS) + Tomografía Axial Computarizada (TAC) cervico-torácico-abdominal.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Carcinoma renal en estadio IV + Lesión ocupante de espacio (LOEs) hepáticas.

Lista de problemas:

- Diabetes Mellitus (DM) II.
- Hipercolesterolemia.

Diagnóstico diferencial:

- Síndrome constitucional.
- Hidronefrosis izquierdas.
- Metástasis hepáticas.
- Anemia microcítica hipocrómica.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

El paciente es derivado al Servicio de Urgencias por presencia de SOH positiva y por dolor lumbar desde esa mañana más cuadro de diaforesis intensa nocturna.

Tras exploración física normal pero AS alterada y ecografía (ECO) abdominal con lesiones hipoeoicas en hígado es ingresado a cargo de Medicina Interna (MI).

En AS se diagnóstica de anemia microcítica hipocrómica y PCR 16.7.

Se ajusta el tratamiento a la espera de la búsqueda del foco primario con AS de control más pruebas de imagen para ver evolución de las lesiones.

El paciente presenta en el ingreso diaforesis nocturno a diario, niega fiebre ni náuseas, vómitos o cambios en el hábito intestinal.

Inicio cuadro de dorsolumbalgia intenso y continuo, de Escala EVA variable (refiere dolor continuo pero fluctuante del 1 al 10). Localizado a nivel de L1-L2 hacia abajo e irradiado a musculatura perivertebral a ambos lados, no relacionado con ningún sobre esfuerzo. Empeora con los cambios de postura y lo despierta con la noche.

TAC cervico-torácico-abdominal:

TORÁCICO: Atelectasias subsegmentarias en LID.

ABDOMEN: Hepatomegalia por presencia de innumerables lesiones focales hipercaptantes en anillo distribuidas por el parénquima de ambos lóbulos en relación con metástasis hepáticas. Lesión diana en segmento III de aproximadamente 38 mm y en segmento VI de aproximadamente

27 mm.

Masa renal izquierda sólida con focos de necrosis central y captación heterogénea; invade seno renal, fascia perirrenal anterior y vena renal izquierda con presencia de trombosis.

Masa sólida heterogénea en la glándula suprarrenal izquierda compatible con metástasis adrenal.

Adenopatía paraaórtica izquierda de 19 mm en eje menor e hiliares renales de aproximadamente 11 mm.

HUESOS: Lesión lítica con masa de partes blandas asociada localizada en muro posterior y pedículo D12 y lesión lítica en arco costal medio de la 4ª costilla izquierda compatible con metástasis óseas.

Conclusión: Carcinoma renal izquierdo estadio IV con invasión y trombosis de la vena renal ipsilateral y metástasis en hígado, suprarrenal izquierda y hueso. Adenopatías paraaórtica e hiliares izquierdas.

Se programa con radiología realización de Biopsia con Aguja Gruesa (BAG) por LOE hepáticas, tras la explicación al paciente de diagnóstico y posibles tratamientos a la espera de confirmación histológica.

Se realiza Interconsulta (IC) con Urología y Nutrición.

A los 2 días, valoración por parte de Nutrición Clínica y Dietética tras estudio con peso habitual de 115 kg, peso actual 98 kg, talla 1.88 m, IMC 32 Kg/m² MUST 2-3.

El paciente es revaluado a diario por parte de MI presentando buen control del dolor con analgesia pautada. Diuresis mantenida, sin sensación distérmica ni disnea. Únicamente refiere dolor en zona glútea izquierda que lo define como características más óseas que musculares que ocasionalmente lo despierta por la noche. Se plantea la posibilidad de realizar BAG al día siguiente y el resto de estudios de forma ambulatoria si no existen incidencias.

No complicaciones tras la realización de BAG, refiere ciertas molestias pero buen control del dolor.

Se realiza IC con el equipo de Cuidados Paliativos para control del dolor disruptivo y posible seguimiento al alta, aunque pendiente de resultado de biopsia y plan de tratamiento. Se plantea alta al día siguiente.

A la valoración por Paliativos se encuentra con buen estado general, afebril pero por la noche pico febril de 38° con desorientación según acompañante y mal descanso nocturno.

Se acude a valorar al paciente para posible alta pero la acompañante refiere que ha precisado 3-4 rescates de Morfina por dolor en zona lumbar que le dificulta la movilización, niega sensación distérmica o dolor abdominal pero sí aumento del prurito. Dificultad para el descanso nocturno por inquietud a pesar de fármacos pautados y se observa empeoramiento de la saturación y en analítica de control función renal y perfil hepatobiliar.

Se informa a la familia de la situación de mal pronóstico del paciente.

Comienza con deterioro del estado general, tinte icterico generalizado, disminución de la ingesta por hiporexia, anorexia extrema, requiriendo rescates de morfina constantes.

A los 2 días se comienza a gestionar aislamiento social para muerte digna, se informa a la familia nuevamente de la situación siendo perfectamente conscientes. Se plantea la opción de iniciar sedación paliativa comenzando con ella por la tarde de ese mismo día.

Se reevalúa al paciente a lo largo del día en varias ocasiones avisando de exitus en la madrugada del día siguiente.

CONCLUSIONES

Con este caso evidenciamos la necesidad del abordaje multidisciplinar incluyendo las distintas especialidades, orientado al diagnóstico y al tratamiento tanto al manejo integral del paciente en fase avanzada de la enfermedad.

También podemos observar la importancia del estudio de manera exhaustiva del síndrome constitucional en pacientes adultos puesto que pueden esconder neoplasias malignas.

Y la intervención temprana del Equipo de Cuidados Paliativos permite el control adecuado del dolor y una muerte digna y acompañada, siendo un componente fundamental del cuidado humanizado en oncología avanzada.

PALABRAS CLAVE

Síndrome constitucional, pérdida de peso, metástasis hepática.

53. 8/537 MÁS QUE UN DOLOR ABDOMINAL: DIAGNÓSTICO DE MIELITIS TRANSVERSA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

María Bolívar Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

Carmen Generoso Torres

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

M^a del Mar Cueto Camarero

Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en hemiabdomen derecho de inicio súbito.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 56 años que acude a consulta urgente en su centro de salud por dolor en hemiabdomen derecho de inicio súbito mientras conducía, seguido de dificultad para mover la pierna derecha.

Anamnesis: la paciente refiere que, mientras conducía hacia su trabajo, presentó dolor punzante en el hemiabdomen derecho que se irradiaba hacia la región lumbar. Al detener el coche y descender, notó debilidad en la pierna derecha que le impedía caminar con normalidad.

En las horas siguientes apareció una sensación de acorchamiento que progresivamente se extendió desde el abdomen hacia el miembro inferior derecho, acompañándose de pérdida de sensibilidad y debilidad creciente.

Niega dolor lumbar previo, traumatismo, pérdida de control de esfínteres o alteraciones visuales. Como antecedente inmediato, refiere cuadro diarreico con fiebre hace una semana, de 3 días de duración, autolimitado, sin estudios complementarios ni antibióticos.

Antecedentes personales: NAMC, HTA, No hábitos tóxicos, no antecedentes neurológicos previos ni enfermedades autoinmunes conocidas.

Antecedentes familiares: madre con diabetes mellitus tipo 2. Sin antecedentes neurológicos familiares.

Exploración física:

- Constantes: TA 132/80 mmHg, FC 84 lpm, T^a 36,6 °C, SatO₂ 98%.
- Exploración general: buen estado general, consciente y orientada, sin fiebre.
- Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias.
- Sistema neurológico:
 - » Fuerza en miembro inferior derecho 3/5 (hipotonía leve).
 - » Hipoestesia táctil y dolorosa en hemiabdomen derecho y miembro inferior derecho.
 - » Rotuliano derecho disminuido, aquiliano abolido.
 - » Signo de Babinski derecho positivo.
 - » Miembro inferior izquierdo sin alteraciones.
 - » Pares craneales normales.
 - » Marcha inestable, precisa ayuda.
- Esfínteres y sensibilidad perianal: conservados.

La exploración orienta hacia un síndrome medular incompleto, por lo que se decide derivación urgente a hospital de referencia con sospecha de lesión medular de causa inflamatoria o vascular.

Pruebas complementarias (en ámbito hospitalario):

- Analítica general: hemograma y bioquímica normales.
- VSG y PCR: discretamente elevadas.
- Serologías: negativas (VIH, VHB, VHC, VEB, CMV, Mycoplasma, Borrelia).
- RMN médula espinal (cervical y dorsal): lesión hiperintensa en T2 a nivel torácico medio (T7-T9), sin captación de contraste significativa, compatible con mielitis transversa aguda.
- Punción lumbar: pleocitosis linfocitaria leve, proteínas moderadamente elevadas, glucorraquia normal.
- Potenciales evocados somatosensoriales: alterados en extremidad inferior derecha.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La paciente vive con su esposo, ambos con empleo activo. Refiere buena red de apoyo familiar y social.

No antecedentes de estrés familiar significativo ni sobrecarga de cuidados.

Desde el equipo de Atención Primaria se realiza:

- Apoyo emocional y acompañamiento durante la hospitalización y rehabilitación posterior.
- Información y coordinación con fisioterapia y enfermería comunitaria para seguimiento domiciliario.
- Educación sanitaria a paciente y familia sobre la evolución esperada, signos de alarma y estrategias de adaptación al posible déficit funcional temporal.
- Se ofrece contacto con trabajadora social por previsión de baja laboral prolongada.

El abordaje integral permitió un afrontamiento adecuado de la enfermedad, con buena adherencia a las recomendaciones médicas y rehabilitación activa.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico principal: mielitis transversa aguda postinfecciosa (de probable etiología autoinmune tras infección viral o bacteriana).

Diagnóstico diferencial considerado en Atención Primaria:

- Radiculopatía lumbar o lumbociática atípica: descartada por afectación sensitiva y motora que no seguía un dermatoma concreto.
- Accidente cerebrovascular (ACV): ausencia de afectación facial o braquial y nivel sensitivo bien delimitado en tronco orientaron a lesión medular.
- Esclerosis múltiple: primera manifestación posible, pero RM sin lesiones diseminadas ni antecedentes previos.
- Compresión medular (tumoral o vascular): descartada por RM sin masa ocupante ni hemorragia.
- Síndrome de Guillain-Barré: simetría ausente y afectación sensitiva unilateral inicial, poco compatible.

PLAN DE ACCIÓN

Actuaciones iniciales en Atención Primaria:

- Valoración neurológica y sospecha de lesión medular → derivación urgente al hospital.
- Educación sanitaria sobre reposo y observación de esfínteres durante traslado.
- Tratamiento hospitalario:
- Metilprednisolona IV en altas dosis (1 g/día x 5 días).
- Posteriormente prednisona oral descendente.
- Rehabilitación precoz y fisioterapia intensiva.
- Se descarta causa infecciosa activa, por lo que no se añade antibiótico específico.

EVOLUCIÓN

Durante las primeras semanas, la paciente mostró mejoría parcial de la fuerza y la sensibilidad. A los 3 meses, deambula con mínima ayuda, persiste leve parestesia en miembro inferior derecho.

A los 6 meses, recuperación funcional casi completa, sin recidivas.

El seguimiento en Atención Primaria se centró en:

- Control de tensión arterial y ajuste de medicación antihipertensiva.
- Apoyo psicológico y adaptación laboral progresiva.
- Coordinación con Rehabilitación y Neurología.
- Promoción de actividad física gradual y alimentación equilibrada.

CONCLUSIONES

La mielitis transversa es una urgencia neurológica poco frecuente, pero potencialmente grave, que puede debutar con síntomas inespecíficos como dolor abdominal o parestesias localizadas, fácilmente confundidos con patologías digestivas o musculoesqueléticas.

El médico de Atención Primaria desempeña un papel esencial en la sospecha inicial y derivación precoz, decisiva para el pronóstico neurológico. La anamnesis detallada y la exploración neuro-

lógica básica en consulta permiten identificar signos de alarma que orientan hacia patología medular.

El enfoque biopsicosocial, con atención a las repercusiones familiares, laborales y emocionales, es clave en la recuperación funcional y la reintegración del paciente.

Este caso resalta la importancia de la Atención Primaria como primer eslabón diagnóstico, integrando la valoración clínica, la coordinación asistencial y el acompañamiento continuado en patologías neurológicas poco frecuentes.

54. 8/534 NEUMO PARECE, PERO AIRE NO ES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lidia Mañero Viera

Médica Residente de MFyC. CS de San Roque. Cádiz

Juan Pedro Ocaña Oncala

Médico Residente de MFyC. CS Velada. La Linea de la Concepción. Cádiz

Silvia Salvado Romero

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Roque Sur. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 47 años que consulta por vómitos inconcebibles, dolor moderado en epigastrio, malestar general y palidez cutánea.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: exfumador. FRCV: HTA en tratamiento. con Losartán. Trastorno depresivo y ansiedad en tratamiento con sertralina 150 mg, aas 100 mg, lyrica 75 mg. Lesión medular postraumática anestésica a nivel D9-D10.

Exploración física: afebril, sudoración profusa, taquipneico, hipotenso, AC rítmica sin soplos ACr sin ruidos añadidos. MVC bilateral. ABD: Blando depresible no timpanismo no aumentó RHA. no masas palpables. Murphy negativo. Se desconoce presencia de dolor abdominal por paciente con patología radicular previa. Vómitos de más de 10 ocasiones sin restos patológicos.

Pruebas complementarias: se realiza hemograma, bioquímica y coagulación, así como gasometría venosa. Resultados: leucocitos 25.000×10^3 , Proteína c reactiva 240 mg/dl. Amilasa 345 g/dl, gasometría venosa ph 7.35 resto de analítica normal.

RX TÓRAX/ABDOMEN: se observa presencia de aire en ambas cámaras gástricas y en mediastino compatible con neumoperitoneo.



ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Vive con su mujer. DABVD. Niega sintomatología familiar ni contexto epidemiológico.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de Neumoperitoneo por perforación gastroduodenal. Se realiza contacto con cirugía general para valoración. El cirujano indica realizar TAC abdomen pero ante la exploración abdominal sin irritación peritoneal se contacta con radiólogo de guardia que indica sospecha de pseudoneumoperitoneo con posible hallazgo de signo de Chilaiditi.

Diagnóstico diferencial: signo de Chilaiditi, gastroenteritis aguda, perforación gastroduodenal.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se ayuda a descomprimir cámara gástrica del paciente favoreciendo expulsión de aire, se realiza sueroterapia y tratamiento antibiótico y analgésico mejorando el paciente a las 48 h.

CONCLUSIONES

En esta ocasión el hallazgo radiológico sugerente de Pseudoneumoperitoneo conocido como signo de Chilaiditi evitó una cirugía innecesaria. El signo de Chilaiditi es benigno y con la patología del paciente de su patología medular podría haberse relacionado con parálisis del nervio frénico y una malrotación intestinal, interponiendo asas intestinales entre el hígado y el diafragma. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta con tratamiento a domicilio.

PALABRAS CLAVE

Signo de Chilaiditi, inhibidores bomba protones, gastroenteritis.

55. 8/550 NO TODO LO QUE BRILLA ES APENDICITIS

Sofía Martín López

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Jaime Juan López Gómez

Médico Especialista de MFyC. Tutor. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 52 años que acude a consulta por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha (FID), palpándose bultoma en la zona desde hace unos días. No fiebre. No pérdida de peso. Asocia astenia, síntomas del tracto urinario inferior como oliguria y dolor que aumenta al coger peso. Acude a la Mutua por este motivo, donde realizan ecografía clínica visualizándose ganglios linfáticos inguinales bilaterales.

A la **exploración**, presenta BEG, COC, se encuentra eupneico en reposo y afebril. El abdomen es blando y depresible, con dolor a la palpación de fosa ilíaca derecha, sin defensa abdominal, sin signos de irritación peritoneal y conservación de ruidos hidroaéreos. A la palpación, se hallan varias adenopatías inguinales dolorosas, menores de 1 cm, lisas y rodaderas.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: hemograma normal y bioquímica donde destaca aspartato transaminasa (AST) 38 y colinesterasa 12355. Hormonas tiroideas y proteinograma en rango de normalidad. Antígeno carcinoembrionario (CEA) 3.32.
 - Análisis de orina: normal.
 - Serología con IgG positiva para Citomegalovirus (CMV), Virus Epstein-Barr (VEB) y Virus Hepatitis A (VHA).
 - Ecografía abdominal reglada: En FID, entre vejiga y ciego, se observa una estructura ovoidea bien delimitada de unos 6x3 cm, parcialmente anecoica, sin flujo en su interior, compatible con mucocele apendicular como primera posibilidad.
 - TC abdomen-pelvis con contraste: en íntimo contacto con la base del ciego, se observa una imagen ovalada, de contornos bien delimitados, con dimensiones de 3.7x6 cm, con coeficiente atenuación líquido (13 unidades H) sin realce de aspecto patológico. Se sitúa medial a los vasos ilíacos, en contacto con el psoas y medial a colon sigmoideo. Es compatible con un mucocele apendicular.
- Endoscopia digestiva: sin hallazgos patológicos.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: mucocele apendicular.

Diagnóstico diferencial:

- Apendicitis aguda.
- Hernia inguinal.
- Adenopatías inguinales reactivas, secundarias a mononucleosis infecciosa.
- Diverticulitis de colon derecho.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Ante el hallazgo en las pruebas de imagen de un posible mucocele apendicular, se realizó una apendicectomía laparoscópica con biopsia que dedujo que se trataba de una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado, que no afectaba a la capa muscular propia (neoplasia in situ). El paciente presentó buena evolución, pero al reunirse el Comité de Tumores, finalmente se consensuó que ante la imposibilidad de asegurar la ausencia de moco en la sección de la base apendicular, se debía reintervenir al paciente llevando a cabo una hemicolectomía derecha. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento por parte de Cirugía General y se debe realizar colonoscopias anualmente.

CONCLUSIONES

Con este caso me gustaría destacar la importancia de la realización de una buena anamnesis y pruebas complementarias dirigidas por la misma. De la misma forma, podemos observar cómo algunas pruebas de imagen de las que disponemos en el centro de salud (Ecografía clínica), podrían descartar un notable número de patologías tal y como presentamos.

PALABRAS CLAVE

Mucocele, apéndice, cirugía general.

56. 8/536 OPTIMIZACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTE POLIMEDICADO

María Bolívar Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

Carmen Generoso Torres

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

M^a del Mar Cueto Camarero

Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Aviso a domicilio por tos no productiva en paciente oncológica.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Francisco, varón de 81 años, acude a revisión programada en consulta de Atención Primaria por seguimiento de sus patologías crónicas. Durante la consulta, la hija que le acompaña refiere preocupación por episodios frecuentes de mareos matutinos, somnolencia diurna excesiva y tres caídas en el último mes, una de ellas con contusión en brazo derecho. El paciente confirma estos síntomas y añade dificultades para recordar las tomas de medicación, describiendo la rutina como "muy complicada".

Antecedentes personales: HTA de 15 años de evolución, DM2 de 10 años, EPOC moderada con antecedente de tabaquismo (abandonado hace 8 años), artrosis de rodillas y caderas con limitación funcional moderada, y trastorno de ansiedad generalizada diagnosticado hace 3 años.

Medicación actual: toma 12 fármacos diarios: amlodipino 10mg/24h, enalapril 20mg/12h, hidroclorotiazida 25mg/24h, metformina 850mg/12h, glicazida 80mg/24h, tiotropio inhalado/24h, salbutamol inhalado a demanda, lorazepam 2mg antes de dormir, ibuprofeno 600mg/8h, omeprazol 20mg/24h, simvastatina 20mg/24h y paracetamol 1g/8h.

El paciente refiere que los mareos aparecen principalmente al levantarse por las mañanas, con sensación de inestabilidad que mejora progresivamente durante el día. La somnolencia diurna interfiere con sus actividades habituales, quedándose dormido viendo televisión. Las caídas han ocurrido al levantarse por las noches para ir al baño.

Exploración física: tensión arterial: 110/65 mmHg en sedestación, 95/60 mmHg tras 1 minuto de bipedestación (hipotensión ortostática positiva). Frecuencia cardíaca: 68 lpm. Peso: 72 kg. Talla: 168 cm. IMC: 25.5

Exploración neurológica: orientado en las tres esferas, minimental 26/30. Marcha lenta con base de sustentación ampliada. Test de Romberg positivo. Reflejos osteotendinosos conservados pero bradirrefléxicos. Fuerza muscular 4/5 en extremidades inferiores.

Exploración cardiopulmonar: soplo sistólico II/VI en foco aórtico. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y algún roncus disperso. Extremidades inferiores sin edemas.

Pruebas complementarias:

Análítica reciente (2 meses): glucemia basal 145 mg/dl, HbA1c 7.2%, creatinina 1.3 mg/dl (FG 52 ml/min/1.73m²), urea 65 mg/dl, iones normales, perfil hepático normal.

ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, sin alteraciones agudas.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Francisco vive con su esposa de 78 años en un segundo piso sin ascensor. Tiene dos hijas que viven cerca y le visitan regularmente. La hija mayor, enfermera jubilada, es el principal apoyo para el manejo de la medicación. El nivel socioeconómico es medio, con pensión de jubilación suficiente.

El entorno presenta barreras arquitectónicas (escaleras, alfombras) que aumentan el riesgo de caídas. La familia muestra preocupación creciente por la dependencia progresiva y los episodios de caídas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico principal: Polifarmacia con prescripción potencialmente inapropiada según criterios STOPP/START causante de efectos adversos (mareos, somnolencia, caídas).

Diagnósticos secundarios:

- Hipotensión ortostática secundaria a polifarmacia
- Síndrome de caídas de repetición en anciano
- Deterioro de adherencia terapéutica por complejidad del régimen

Diagnóstico diferencial: Se descartaron causas cardiovasculares (ECG normal, ausencia de arritmias), neurológicas centrales (exploración neurológica sin focalidad), causas metabólicas (análítica normal) y patología vestibular (ausencia de vértigo rotatorio).

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se aplicaron los criterios STOPP/START y criterios de Beers para identificar medicación potencialmente inapropiada.

Criterios STOPP identificados:

- Lorazepam (benzodiazepina de vida media intermedia) en anciano con riesgo de caídas
- Ibuprofeno crónico con insuficiencia renal leve (FG <60 ml/min) y edad >65 años
- Posible sobredosificación antihipertensiva (triple terapia con hipotensión ortostática)

Intervenciones realizadas:

1. Deprescripción gradual del lorazepam: reducción a 1mg durante 2 semanas, después 0.5mg 2 semanas más, y suspensión posterior con sustitución por técnicas de higiene del sueño
2. Suspensión del ibuprofeno: retirada inmediata y optimización del tratamiento analgésico con paracetamol pautado 1g/8h y aplicación de medidas no farmacológicas
3. Ajuste antihipertensivo: reducción de amlodipino de 10mg a 5mg/24h manteniendo objetivo tensional <140/90 mmHg en diabético anciano
4. Simplificación del régimen: unificación de tomas matutinas y vespertinas, uso de pastillero semanal

Evolución a los 6 meses:

El paciente refiere mejoría significativa de los mareos matutinos y la somnolencia diurna. No ha presentado nuevas caídas en los últimos 4 meses. La tensión arterial se mantiene en 125/75 mmHg sin hipotensión ortostática.

Expresa mayor satisfacción con el tratamiento simplificado: "ahora entiendo lo que tomo y para qué". La adherencia terapéutica mejoró del 60% al 90% según test de Morisky-Green. El control metabólico de la diabetes se mantiene estable (HbA1c 7.1%) y no ha precisado analgesia de rescate para el dolor articular.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la importancia de la revisión sistemática de la medicación en el anciano polimedcado mediante criterios explícitos como STOPP/START y Beers. La identificación y corrección de prescripciones potencialmente inapropiadas puede mejorar significativamente la calidad de vida, reducir efectos adversos y optimizar la adherencia terapéutica.

Puntos clave para la práctica clínica:

- Los criterios STOPP/START deben aplicarse sistemáticamente en pacientes >65 años con ≥ 5 fármacos
- Las benzodiazepinas y AINEs crónicos requieren especial atención en ancianos por su perfil de riesgo-beneficio desfavorable
- La deprescripción debe ser gradual, consensuada y con seguimiento estrecho
- La simplificación del régimen farmacológico mejora la adherencia y reduce errores de medicación

La medicina de familia está en posición ideal para implementar estas estrategias de optimización farmacológica, conociendo el contexto biopsicosocial del paciente y manteniendo la continuidad asistencial necesaria para un seguimiento seguro y efectivo.

57. 8/557 PARESTESIAS QUE SON MÁS DE LO QUE PARECEN

Marina Espinal Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

María Gámez Navarro

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Ana Mateos Gómez

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

ÁMBITO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Hipoestésias en miembros inferiores (MMII).

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 32 años que acude a consultas por hipoestésias y parestesias en MMII de 1 mes de evolución.

Niega fiebre, pérdida control de esfínteres, síndrome constitucional, dolor lumbar o traumatismo.

Refiere episodio previo hace un año, pero en miembros superiores, sin saber especificar tiempo de evolución, con resolución espontánea completa.

Antecedentes personales: sin interés.

Se realiza exploración física presentando marcha conservada, Bragard y Lasegue negativos, fuerza miembros inferiores 5/5 y sensibilidad conservada.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Situación basal: Funciones superiores conservadas, independiente para ABVD, buen apoyo familiar. Habita en una vivienda salubre con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Esclerosis múltiple (EM) vs desplazamiento del disco intervertebral vs accidente cerebrovascular vs neuropatía vs atrapamiento nervio.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se solicita analítica sanguínea en la que destaca déficit de vitamina D y radiografía columna completa, en la que se visualiza disminución del espacio intervertebral entre C5-C6.

Ante los hallazgos solicitamos resonancia magnética (RM) de columna donde se observan lesiones glióticas que podrían corresponder con enfermedad desmielinizante.

Se deriva a Neurología de hospital de referencia, donde realizan RM craneal con contraste que evidencia lesiones de morfología nodular hipointensidad en T1 e hiperintensos en T2 y secuencias FLAIR que se localizan periventricular frontal izquierda, periventricular occipital derecha en sustancia blanca subcortical frontoparietal, en región temporal silviana izquierda y en cuerpo calloso con captación de contraste muy sugestivos de EM. Punción lumbar sin incidencias para estudio de bandas oligoclonales en LCR y estudio de Ac anti-IgG-NMO-AQP4 y Ac anti-MOG, que resultan negativos.

Tras ello se comienza tratamiento con Natalizumab ante el diagnóstico de EM remitente-recurrente con factores clínico-radiológicos de mal pronóstico.



Imagen de RMN de columna (de la paciente, bajo consentimiento informado) donde se visualizan las desmielinizaciones típicas de la Esclerosis Múltiple

CONCLUSIÓN Y APLICABILIDAD

Ante paciente joven con clínica parestesias y disminución de sensibilidad debemos descartar Esclerosis Múltiple, una enfermedad autoinmune desmielinizante del sistema nervioso central. Entre la clínica destaca entumecimiento, debilidad, dificultad para caminar, cambios en la visión...

En nuestro caso la paciente presenta la forma más frecuente de EM, caracterizada por brotes que pueden ser diagnosticados mediante resonancia magnética o aumento de la clínica.

PALABRAS CLAVES

Esclerosis múltiple recurrente-remitente, hipoestésias, Natalizumab.

Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

58. 8/532 PICADURA DE ARAÑA EN LA CUENCA MEDITERRÁNEA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Eva Linkimaite Lazaustas

Médica Residente de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

Clara Andrés Belmonte

Médica Especialista en MFyC. CS Ejido Norte. Almería

Cristina Ruiz Rull

Médica Especialista en MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en el dorso de la mano derecha.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 35 años, jardinero, sin antecedentes personales relevantes ni alergias conocidas. No fumador, sin enfermedades crónicas ni medicación habitual.

Acuda a consulta de urgencias por una lesión dolorosa en el dorso de la mano derecha de 15 horas de evolución. Refiere no notar nada, pero sí ver arañas mientras movía macetas.

En las horas siguientes presentó edema y dolor local progresivo, eritema y aumento de temperatura, que evolucionaron a una lesión violácea. No fiebre ni síntomas generales inicialmente, pero refiere malestar.

Exploración física:

Buen estado general, febrícula (37,6 °C).

Lesión en cara dorsolateral de mano derecho de 4x3 cm, con centro eritematoso violáceo y dolor intenso a la palpación.

No hay linfangitis ni adenopatías palpables.

Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos patológicos.



Pruebas complementarias:

- Analítica: leve leucocitosis (13 000/mm³), PCR 45 mg/L. Función renal, hepática y coagulación: normales.
- Ecografía de partes blandas: celulitis superficial sin abscesos ni gas subcutáneo.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico final: picadura cutáneo secundaria a picadura de araña no especificada.

Diagnóstico diferencial: el proceso diagnóstico se centró en diferenciar entre una infección bacteriana común y una lesión por arácnido venenoso, ya que ambas pueden cursar con necrosis y signos inflamatorios.

1. Lesiones infecciosas comunes

Celulitis bacteriana: inflamación difusa, eritematosa y dolorosa, sin necrosis inicial.

→ Descartada: la necrosis central precoz y el halo violáceo no son típicos.

Absceso cutáneo: suele presentar fluctuación y signos de colección purulenta.

→ Descartado: ecografía sin absceso.

Fascitis necrosante: curso rápido, dolor desproporcionado y afectación sistémica severa.

→ Poco probable: paciente hemodinámicamente estable y sin gas subcutáneo.

2. Lesiones no infecciosas

Picadura de insecto (avispa, hormiga, mosquito): reacciones locales, raramente necróticas.

→ Descartado por evolución rápida y necrosis central.

Úlceras vasculares o por contacto químico: localización y antecedentes incompatibles.

→ Descartadas.

3. Lesiones por arácnido venenoso

Loxoscelismo: caracterizado por lesión en “ojo de buey” (centro necrótico rodeado de halo eritematoso), dolor progresivo y eventual necrosis. Puede asociarse a síntomas sistémicos (hemólisis, fiebre, mialgias).

→ Compatible con la clínica y el contexto laboral.

Latrosectismo: cuadro neurotóxico con dolor muscular generalizado, diaforesis e hipertensión, sin necrosis.

→ Descartado por ausencia de síntomas neuromusculares.

Diagnóstico final: Picadura de araña localizada.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El paciente vive con su pareja e hijos pequeños en una vivienda rural y su trabajo requiere aún más exposición a zonas cálidas y húmedas, lo que aumenta el riesgo de exposición a arácnidos. Se brindó educación sobre medidas preventivas: uso de guantes, revisión de ropa y calzado antes de su uso y control de plagas en el entorno doméstico y laboral.

Desde un enfoque comunitario, se comunicó el caso a salud ambiental para promover campañas informativas sobre identificación de especies potencialmente peligrosas y primeros auxilios ante picaduras.

PLAN DE ACCIÓN

Tratamiento inicial en urgencias:

- Limpieza exhaustiva con suero fisiológico.
- Analgesia con paracetamol e ibuprofeno.
- Antihistamínico oral (loratadina).
- Corticoide sistémico corto (prednisona 30 mg/día por 3 días) ante inflamación marcada.
- Mupirocina y Cloxacilina en crema.
- Profilaxis antitetánica actualizada.
- Observación y control evolutivo con citas con DUE cada 48 horas.

EVOLUCIÓN

En las 24h siguientes, el edema y la supuración aumentaron, por lo que se indicó antibioticoterapia empírica (Mupirocina y Cloxacilina tópica) para prevenir sobreinfección bacteriana secundaria.

No se administró antiveneno por tratarse de forma cutánea localizada y buena evolución clínica. A los 7 días, después de drenajes y curas cada 48 h, se pudieron visualizar ambos orificios de entrada. Desde los mismos, en la cura siguiente, se extrajeron dos esferas de medio cm cada una donde parece ser que encapsuló el veneno. Al realizar dicha exéresis, comenzó a fluir libremente la sangre y se empezó realmente a acelerar la curación; no fue necesario realizar desbridamiento quirúrgico menor, pero si continuar con curas locales con pomada antibiótica.

Evolución favorable con epitelización completa en 6 semanas.

Sin secuelas funcionales ni complicaciones sistémicas.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la importancia de considerar las picaduras de araña en el diagnóstico diferencial

de lesiones eritemato-edematosas agudas, especialmente en pacientes que viven o trabajan en la cuenca mediterránea, y en especial en entornos húmedos y cálidos, con presencia de arañas. El diagnóstico temprano y la observación estrecha permiten evitar complicaciones graves y poder realizar las curas evitando la sobreinfección.

Asimismo, el abordaje integral —que incluye medidas preventivas laborales y comunitarias— resulta esencial para disminuir la incidencia de estos casos.

La anamnesis detallada, el reconocimiento clínico y la valoración contextual son las principales herramientas del médico de familia para orientar un manejo oportuno y seguro.

PALABRAS CLAVE

Picadura, araña, infecciones cutáneas.

59. 8/579 POLIMEDICACIÓN CUANDO NO TOCA: DEPRESCRIPCIÓN ACTIVA A PRO- PÓSITO DE UN CASO

María Garzón Polanco

Médica Residente de MFyC. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla

Raquel Luque Vargas

Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla

Paloma Romero Fernández

Médica Residente de MFyC. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Solicita resultados analíticos de control y renovación de medicación.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 57 años que consulta para los resultados de control analítico bianual para control de diabetes tipo 2 y dislipemia. Esta paciente no es de mi cupo. Lleva sin médico de familia asignado 1 año por jubilación de su médico de familia.

En su receta XXI constan 18 medicamentos en activo:

- Ácido acetilsalicílico 100mg
- Citalopram 30 mg
- Levodopa 100mg/ Carbidopa 25 mg
- Omeprazol 20 mg
- Rosuvastatina 20 mg/ Ezetimiba 10 mg
- Bisoprolol 5 mg
- Metformina 1g/empagliflozina 5 mg
- Hierro Protein succinato 800mg
- Semaglutida 7 mg oral
- Lorazepam 1 mg
- Ebastina 20 mg
- Eutirox 100 mcg
- Eutirox 88 mcg
- Ozempic
- Abasaglar 30 U al día
- Torasemida 10 mg
- Moxonidina 400 mcg
- Nitroglicerina 1 mg/cafeína 25mg

RAM anotados: AINES, Metformina, Valsartan, IECAS, Manidipino

Antecedentes personales que constaban en su historia:

- Ferropenia leve
- Mioma
- Discopatía degenerativa L5-S1
- Espondiloartrosis
- Pólipo endometrial
- Hipotiroideismo tras yodo 131. Hipertiroidismo
- Nefropatía
- Fibromialgia
- Síndrome del túnel del carpo
- Hiperuricemia
- Hiperlipemia
- Hidronefrosis derecha
- Hiperparatiroidismo
- Lumbalgia

LLama la atención la cantidad de medicación que la paciente tomaba a diario además de haber duplicidades, que se han ido renovando por inercia.

• Resultados analíticos:

Glucemia	104*	Triglicéridos	159
Creatinina	0.67	Na	142
Filtrado Glomerular	98	K	4.6*
Colesterol total	110	Hemoglobina Glicada	6.2*
HDL	31	Tirotropina	0.33*
LDL	63	Tiroxina	1.06
Cociente HDL/LDL	2.01	Triyodotironina	2.63

Pregunté el motivo de la toma de levodopa/carbidopa ya que en su historia constaba historia de neurología y me comentó que llevaba años tomándolo por las piernas inquietas, pero sin revisar. Algo similar ocurría con la cafinitrina, que fue pautaada por un dolor torácico que posteriormente fue estudiado por cardiología con pruebas cardiacas sin hallazgos de patología cardiaca (ECG. RS a 80 lpm, PR normal, Eje izquierdo HBIA, T negativas en precordiales derechas, Ecocardiograma sin alteraciones, ergometría clínicamente negativa, pero con dudas a nivel eléctrico por lo que se solicita un SPECT de estrés farmacológico que es negativo para isquemia)

Además de ello, con respecto a su diabetes la paciente solo se estaba poniendo la semaglutida subcutánea ya que la oral la tuvo por problemas de desabastecimiento y de insulina lenta se ponía 24 U al día.

Con respecto al eutirox la paciente tomaban correctamente las dosis de 88 de lunes a viernes y de 100 mg los sábados y domingos

PLAN DE ACCIÓN

Visita 1: en esta consulta se retira la medicación que no usaba: ebastina, la semaglutida oral, el hierro ya que no hay anemia y la paciente me refiere mala tolerancia oral, retiro el eutirox de 100 mg. Tras esto recito a la paciente para tratar de ajustar más la medicación, le explico los resultados analíticos y refuerzo la baja de insulina diaria ya que tiene muy bien controlada la diabetes, se pacta una reducción de 4 U a la semana para tratar de retirarla. Pacto con ella tratar de reducir o retirar la levodopa/carbidopa.

Solicité analítica de orina para ver la albuminuria e indico aportar AMPA para valoración del tratamiento antihipertensivo.

Visita 2: la paciente aporta AMPAs entre 125-130/65-70. Por lo que por el momento actual no ajusto la medicación antihipertensiva. Refuerzo las medidas dietéticas, refrescos, enlatados, aceitunas, embutidos, ...

La paciente insiste en que los síntomas de las piernas inquietas son muy limitantes por lo que cambio la levodopa/carbidopa por pramipexol a dosis bajas (tras revisar la evidencia disponible a día de hoy no hay resultados robustos que indiquen superioridad de una medicación sobre la otra. Se han destacado otras causas previamente (la paciente no bebe alcohol y no abusa de la nicotina y la anemia ya ha sido tratada). Realizo una escala Epworth (6, sueño normal) para descartar SAOS.

Explico a la paciente la toma de pramipexol para que inicie con un comprimido de 0.088 mg 2 horas antes de acostarse. En caso de no mejoría subir a la semana a 1.5 comprimidos, en caso de no mejoría podría aumentar hasta 2.

Aprovecha esta visita para advertir sobre los riesgos de las benzodiazepinas y su consumo durante años, ya que toma Lorazepam desde hace años para dormir.

Analítica de orina: Glu 2018, Cr 108, Albumina 0.57 (no hay albuminuria).

Visita 3: la paciente se encuentra con buen control de los síntomas de piernas inquietos con 2 comprimidos de pramipexol. Está en proceso de reducir el lorazepam, tomando en el momento actual medio comprimido diario y de forma puntual 1 entero.

En el momento actual ha retirado la insulina con BMTs en ayunas que aporta entre 100-120.

Se hizo un cálculo del SCORE 2 (bajo riesgo, exfumadora, hipertensa y diabética bien controlada) con los valores actuales de colesterol con la medicación. Al estar pautadas las estatinas en prevención primaria podría reducirse la dosis de rosuvastatina a 10 mg y reevaluar en la próxima analítica.

EVOLUCIÓN

A día de hoy en la receta de la paciente constan 12 medicamentos. Tiene una nueva médica de familia con la que he comentado los cambios realizados y está de acuerdo con ellos.

La paciente debe de seguir controles cada 6 meses para control de hormonas tiroideas, dislipemia y diabetes tipo 2. La paciente fue dada de alta en endocrino por buen control metabólico.

CONCLUSIONES

La importancia de este caso clínico radica en que es muy habitual encontrarnos este tipo de pacientes en nuestras consultas y no abordarlos.

La polimedicación inadecuada es un problema actual que fácilmente puede ser identificado en la consulta y debe ser abordado con los pacientes.

Pactar citas de revisión o incluso darlas directamente refuerza la relación médico paciente, fomenta la adherencia terapéutica a medicaciones necesarias y ayuda a la retirada de medicación innecesaria.

Las consultas que aparentemente son sencillas para dar unos resultados analíticos, solicitar una analítica de control, pueden ser una gran oportunidad para abordar el problema de la polimedicación.

Palabras clave: Polifarmacia, Deprescripciones, Seguimiento

Este caso clínico consta de la autorización expresa de la paciente tal y como consta en en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

60. 8/578 PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN VIH NO OCUPACIONAL

Amalia Millán López

Médica Residente de MFyC. CS Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla

Maria José Fernández Morán

Médica Especialista de MFyC. CS Montequinto. Sevilla

Lidia Acuña Zambrano

Médica Residente de MFyC. CS Olivar de Quintos. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 39 años que consulta porque ha tenido relación sexual de riesgo con un hombre con penetración anal sin método de barrera hace 36 horas. Acude a consulta de Centro de Salud porque se ha informado de que podría recibir profilaxis postexposición frente VIH y desea recibirla.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

A la exploración física el paciente se encuentra con buen estado general, afebril, eupneico en reposo sin trabajo respiratorio. No se objetivan lesiones en cavidad oral ni se palpan adenopatías. A la exploración genital no se observan exudados, lesiones ulceradas ni verrugas.

Se realiza analítica básica con Hemograma, bioquímica básica y perfil hepático. Se solicita serología frente VIH, VHB y VHC. Al tratarse de exposición por vía sexual, solicitamos también cultivo para gonococo y serología para clamidias y sífilis. Adicionalmente se pauta profilaxis antibiótica frente ETS en dosis única con Ceftriaxona 125 mg im y Azitromicina 1 g vía oral.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Como Médicos de Atención Primaria deberemos además de hacer una correcta anamnesis y exploración física junto con las pruebas complementarias necesarias, hacer una intervención posterior para informar sobre prácticas de riesgo y sus medidas de prevención en ocasiones futuras como recomendar métodos de barrera mientras dure el seguimiento y en cualquier ocasión de riesgo posterior.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Ante paciente con exposición frente VIH no ocupacional hace menos de 72 horas con riesgo apreciable, estaría recomendada la profilaxis post-exposición por lo que se contacta con el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Referencia y se deriva al paciente para comienzo de esquema de tratamiento con antirretrovirales durante cuatro semanas y seguimiento posterior. En el caso de este paciente las serologías iniciales y de seguimiento fueron negativas y el paciente no tuvo ninguna incidencia durante el período de tratamiento.

CONCLUSIONES

Ante caso de relación sexual de riesgo deberemos de valorar tiempo de evolución y riesgo tanto de VIH como de ETS y administrar si está indicado tratamiento profiláctico y derivar a Unidad de Referencia para seguimiento hospitalario si es preciso. Adicionalmente se debe hacer una valoración integral con una entrevista sexual para asesorar sobre conductas de riesgo y evitar posibles exposiciones posteriores.

PALABRAS CLAVE

VIH. Profilaxis. Riesgo.

61. 8/526 PRURITO PERSISTENTE Y ASTENIA: LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Carmen Generoso Torres

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

María Bolívar Sánchez

Médica Residente de MFyC. CS de Torredonjimeno. Jaén

M^a del Mar Cueto Camarero

Médico especialista en MFyC. Tutora. CS de Torredonjimeno. Jaén

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 54 años que consulta en atención primaria por prurito generalizado de predominio nocturno y astenia progresiva en los últimos meses.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente con antecedentes personales de dislipemia en tratamiento con estatinas y menopausia a los 50 años. No fumadora ni bebedora de alcohol. No antecedentes familiares de interés.

En una primera consulta, la paciente presentaba prurito generalizado sin lesiones cutáneas evidentes. Se interpretó como una posible dermatitis, iniciándose hidratación tópica exclusiva, sin mejoría significativa. En visitas posteriores, ante la persistencia del cuadro y la afectación del descanso nocturno, se pautaron antihistamínicos orales, con escasa respuesta.

La paciente comenzó a referir además astenia marcada, por lo que se decidió solicitar una analítica.

En la revisión para recoger los resultados de la analítica, refirió molestias abdominales inespecíficas, sin clínica digestiva acompañante. En la exploración física se objetivó dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de defensa abdominal. Resto de exploración sin alteraciones. En la analítica se detectó elevación de fosfatasa alcalina y gamma-glutamil transferasa, transaminasas discretamente aumentadas, e hipercolesterolemia (ya presente previamente). Resto sin alteraciones.

Ante el patrón de colestasis, se decidió ampliar estudio con una ecografía abdominal en la que el hígado se encontraba de tamaño conservado, sin dilatación de la vía biliar.

Finalmente, se realizó una serología autoinmune, con resultado positivo de anticuerpos antimitocondriales (AMA).

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El papel de la Medicina Familiar y Comunitaria fue crucial en este caso, ya que los síntomas en un primer momento parecía que carecían de conexión. El seguimiento continuado en atención primaria permitió reconocer la evolución insidiosa y persistente del cuadro, facilitando la integración de síntomas en una visión global de la paciente. Esta mirada longitudinal permitió generar la sospecha de una enfermedad autoinmune, evitando retrasos diagnósticos significativos y permitiendo un diagnóstico en estadios iniciales, cuando la repercusión clínica era leve.

Diagnóstico diferencial: dermatitis crónica, colestasis por fármacos, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmune, neoplasia hepática.

Juicio clínico: Colangitis biliar primaria en estadio inicial, con repercusión clínica leve.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

La paciente fue derivada al servicio de digestivo, y se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico de forma crónica e indefinida. Presentó buena tolerancia y adherencia al tratamiento. Se realizó un manejo sintomático del prurito y un seguimiento estrecho para control clínico y analítico por parte de atención primaria y servicio de digestivo.

A los seis meses de tratamiento y seguimiento, la paciente presenta mejoría del prurito y astenia, con estabilización de parámetros analíticos.

CONCLUSIONES

La colangitis biliar primaria es una enfermedad autoinmune poco frecuente que puede debutar con síntomas inespecíficos y dificultar su diagnóstico precoz. La continuidad y la visión integral propias de la Medicina Familiar y Comunitaria resultan claves para detectar signos de alarma, orientar un adecuado diagnóstico diferencial y acompañar al paciente en el manejo global de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Colangitis biliar primaria; Prurito; Astenia.

62. 8/571 PRURITO Y ESTRÉS

Victoria Sánchez Casas

Médica Residente de MFyC. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Paulina Ramos Luna

Médica Residente de MFyC. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Teresa Cristina Ollero Rodríguez

Médica Residente de MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

ÁMBITO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Lesión cutánea pruriginosa.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: Paciente varón de 31 años sin antecedentes médicos de interés que consulta por presentar desde hace 2 meses unas lesiones en muñecas y región interdigital de ambas manos muy pruriginosas. Niega uso de cosmética nueva, textiles o fármacos nuevos. Ha probado a tomar antihistamínicos por cuenta propia pero no cede el picor.

Exploración y pruebas complementarias: Lesión en muñecas y región interdigital de ambas manos en forma de pápulas planas confluyentes, eritematovioláceas que a dermatoscopia se consigue ver una fina escama adherente o un fino retículo blancolechoso en su superficie.



JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio Clínico: liquen plano papuloso

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria, morfológicamente heterogénea, de etiología no bien conocida, que afecta el epitelio escamoso estratificado de la piel y las mucosas. Puede cursar de forma autolimitada, aunque también puede presentarse en brotes o cronificarse sin remisión.

Dentro de las distintas variables cutáneas, el más frecuente es el papuloso (el de nuestro paciente), encontrándose también el oral y genital. Suele aparecer en adultos de edad media (30-60 años). El liquen plano oral es más frecuente en mujeres y en personas de mayor edad (50-75 años).

años).

A pesar de que se desconoce su causa, está relacionada con factores psicológicos como la ansiedad y la depresión. Además, se ha observado mayor prevalencia de liquen plano en su variante cutánea en pacientes con infección crónica del virus de la hepatitis C.

Diagnóstico: el diagnóstico es fundamentalmente clínico, donde el síntoma clave es el prurito, junto con lesiones papulares planas, poligonales, eritematovioláceas, simétricas y bilaterales. Es patognomónico el hallazgo de las Estrías de Wickham, que son un fino retículo blanco-lechoso en la superficie de las pápulas. La localización más frecuente es en muñecas, tobillos y región lumbar. Podremos encontrar el signo de Koebner.

Diagnóstico diferencial: se puede realizar con múltiples lesiones cutáneas:

- La más frecuente y más difícil de diferenciar es la erupción liquenoide por fármacos: esta suele afectar a personas de mayor edad, donde las pápulas son más descamativas, no veremos las estrías de Wickham. Se localiza mayormente en tronco, superficies extensoras, distribución diseminada o fotodistribución. Es clave ver la remisión de las lesiones al retirar el fármaco que provoca las lesiones.

- Dermatitis atópica
- Liquenificación por rascado
- Psoriasis
- Lupus eritematoso cutáneo
- Prurigo nodular

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

A pesar de la sospecha clínica de liquen plano en nuestra consulta de Atención Primaria, se realizó una teleconsulta al Servicio de Dermatología que confirmó el diagnóstico. Se inició corticoterapia a dosis altas con propionato de clobetasol 2 veces al día durante 3 semanas, luego una vez al día hasta recudir la lesión, para luego usar de mantenimiento inhibidores de la calcineurina tópico como el tacrólimus. Se puede añadir un antihistamínico para controlar el prurito. Importante controlar y manejar los factores externos como el estrés que pueden agravar la lesión.

La evolución de nuestro paciente fue buena, al cabo de dos meses las lesiones habían prácticamente desaparecido.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El papel del Médico de Atención Primaria en un paciente de 30 años con liquen plano y que además presenta estrés debe ser integral, combinando tanto el diagnóstico, como el tratamiento del brote, así como, la identificación y el manejo de los factores psicológicos.

El primer paso es confirmar el diagnóstico, que en liquen plano es fundamentalmente clínico con ayuda de la dermatoscopia. Es importante apoyarnos en compañeros de otras especialidades, en este caso con los Dermatólogos, ya que nos orientan en los diagnósticos y los tratamientos.

Por otro lado, el Médico de Familia debe abordar el ámbito psicológico del paciente, dándole a entender la conexión entre el estrés y la enfermedad cutánea que padece nuestro paciente. Se debe evaluar la necesidad de intervención específica si el estrés o la ansiedad son graves y si fuera necesario, derivar a Salud Mental. En el caso de nuestro paciente, no fue necesario tratar farmacológicamente ni utilizar nuestros recursos de salud mental ya que el paciente, una vez que fue consciente de la repercusión somática que estaba teniendo su situación laboral, consiguió manejar el estrés por cuenta propia.

CONCLUSIONES

Para este caso ha sido crucial la clínica ya que ha sido la que nos ha dado el diagnóstico, sin olvidar que podemos apoyarnos en otros especialistas médicos siempre que tengamos dudas. Además, el Médico de Familia debe tener conocimientos en dermatoscopia y tener en la consulta un dermatoscopio ya que la patología cutánea es muy frecuente en nuestra consulta del día a día y nos puede ayudar y orientar en muchos diagnósticos. Importante también para este caso que siempre debemos indagar más allá de los que nos cuenta superficialmente el paciente, haciendo hincapié en los factores psicológicos sobre todo cuando se trata de patologías que afectan a la piel.

Palabras clave DeCS/MeSH: prurito, eritema, dermatoscopia, estrés psicológico

63. 8/562 ¡QUÉ PUBERTAD MÁS MALA!

Alberto Pajarón Álvarez

Médico Residente de MFyC. CS Poniente. La Linea de la Concepción. Cádiz

Lidia Mañero Viera

Médica Residente de MFyC. CS de San Roque. Cádiz

Silvia Salvado Romero

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS San Roque Sur. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Cefalea y vómitos.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Varón de 11 años que consulta por cefalea y vómitos de varias ocasiones cuando se encontraba en su domicilio almorzando después de salir del colegio. Su madre le administró un ibuprofeno 400 mg que le mejoró la clínica y le recomendó reposo en casa. El paciente se fue a jugar al fútbol con sus amigos, pero empezó a sentirse cansado, con hormigueo miembro superior derecho y empeoró la cefalea por lo que acudieron a urgencias.

Anamensis

Antecedentes personales: no presencia de hábitos tóxicos. Migraña episódica de tres ocasiones al año sin tomar tratamiento médico IQ: no presenta antecedentes de interés.

Exploración física: Buen estado general. Afebril. Consciente y orientado. Cefalea opresiva y punzante que le provoca vómitos. PINLA.MOET ROT. no presencia de alteraciones pares craneales. No presenta rigidez cervical ni signos meníngeos. Moviliza las 4 extremidades y tronco. ACc y ACr tonos puros sin ruidos con MVC. ABD sin dolor. Vómitos de varias ocasiones sin productos patológicos.

Pruebas complementarias: Se realiza Analítica completa con hemograma serie roja y blanca normal, bioquímica con cpk 423 y proteína c reactiva 27, coagulación normal.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Su madre dice que últimamente está muy distraído, duerme poco, le cuesta concentrarse y discute mucho en casa. Cree que es por el cambio hormonal. Vive con dos hermanos de 7 y 9 años y sus padres.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se diagnostica de migraña episódica con aura.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión craneal, ACV, Meningoencefalitis, ansiedad, etc.

PLAN DE ACCIÓN

Se administra analgesia al paciente en servicio de urgencias mejorando la clínica por lo que se pauta alta con tratamiento.

EVOLUCIÓN

A las 8 h el paciente consulta por empeoramiento de la clínica con aumento de la cefalea y presenta pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho completo, llegando a arrastrar la pierna. Ante esto se activa CÓDIGO ICTUS. Se realiza de manera urgente TAC de cráneo donde se observa lesión hipodensa compatible con Ictus isquémico en territorio de la ACP. El paciente es trasladado HUPM (Cádiz) donde se le realiza Trombectomía.

CONCLUSIONES

En un paciente joven que presenta clínica de cefalea intensa, vómitos y focalidad neurológica progresiva estaría indicado valorar riesgo beneficio de realizar TAC craneal para descartar ACV isquémico. El cuadro clínico es infrecuente pero la persistencia de la clínica favoreció su traslado a Cádiz realizando el tratamiento específico. El paciente evolucionó favorablemente. El trombo se mandó a anatomía patológica y actualmente se encuentra en seguimiento por neurología y rehabilitación con realización de estudios de coagulabilidad y pruebas complementarias

PALABRAS CLAVE

Hemicránea paroxística, Migraña, Hipertensión intracraneal.

64. 8/535 RECUERDA IR A TUS REVISIONES. ABORDAJE DE ADENOPATÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ignacio Marín Serralvo

Médico Residente de MFyC. CS Antequera Estación. Málaga

Iván Reche Fernández

Médico Residente de MFyC. CS Mollina. Málaga

Montserrat Fontalba Navas

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Antequera Estación. Málaga

MOTIVO DE CONSULTA

Bultoma supraclavicular derecho.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 60 años, sin alergias medicamentosas, que acude a consulta por posible adenopatía supraclavicular derecha de reciente aparición, sin cambios en piel, sin cambios de temperatura, no fiebre, no disnea, no sudoración nocturna, no pérdida de peso ni comenta otra sintomatología asociada. Viene preocupada por antecedente neoplásico pulmonar de mismo lado.

Antecedentes personales: dislipemia, hipotiroidismo por hemitiroidectomía por nódulo tiroideo, lobectomía superior derecha en 2010 por neoplasia de pulmón con controles de PET anuales posteriores sin progresión, operada de prótesis mamarias en 2003 sin controles posteriores

Exploración: buen estado general, auscultación cardiaca y respiratoria sin alteraciones, se palpa bultoma de bordes lisos, no fluctuante, apenas depresible, no aumento de temperatura

Constantes: TA 123/70, Sat 100%, Fc 65 lpm.

Análítica: Hemograma normal. Bioquímica: sin alteraciones. Perfil reumático sin alteraciones. Perfil infeccioso negativo.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Casada, vive con su marido. Dos hijos independientes.

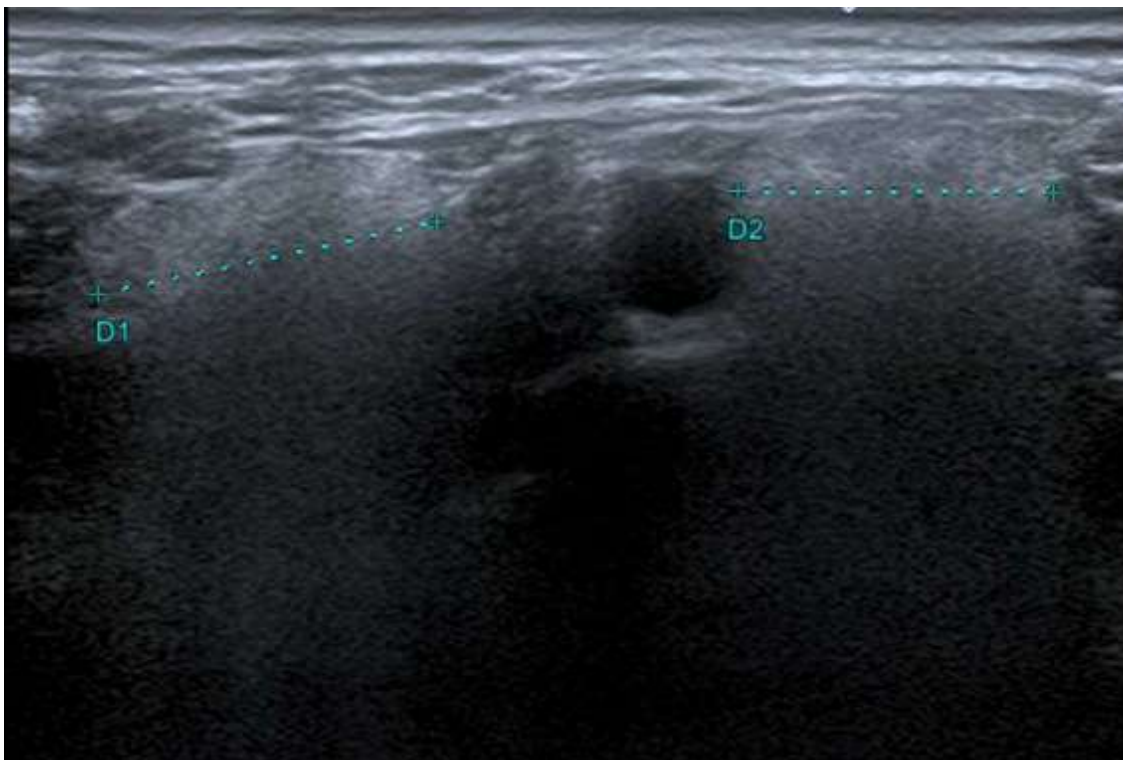
JUICIO CLÍNICO (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: recidiva oncológica, lipoma, liponecrosis.

Juicio clínico: adenopatía a filiar

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Tras la consulta se realiza interconsulta con Medicina Interna. Debido a antecedentes oncológicos de la paciente y rápida aparición de la lesión, se da cita preferente para realizar ecografía de región supraclavicular. En la misma se describe imagen ecogénica lobulada de 40mm, siendo probable liponecrosis/ paniculitis, recomendando completar con una RM.



Hallazgos ecográficos

En la RM se describen dos lesiones de hace 3.3cm, describiendo artefacto en “tormenta de nieve”, dando posibilidad diagnóstica de siliconomas. Para confirmar diagnóstico, realizan petición de PAAF.

En la PAAF se confirma diagnóstico de siliconoma.

Acude a cita de patología mamaria que tras anamnesis y estudio ecográfico, se descubre alteración de prótesis mamaria derecha, provocando infiltrado pectoral concluyendo en el siliconoma.

Actualmente paciente está esperando a cita para exéresis de prótesis mamarias.

CONCLUSIONES

Aun teniendo hallazgos de características benignas, los antecedentes de la paciente nos indicaban tanto factores de riesgo de malignidad como el antecedente quirúrgico responsable de la patología presente. Una anamnesis correcta y completa ofrece muchísima información sobre patologías que tratamos en consulta día a día. También, desde atención primaria debemos animar a realizar revisiones de aquellas intervenciones que lo requieran.

PALABRAS CLAVE

Silicon compounds, lymphadenopathy, breast implantation.

65. 8/533 RETRASO DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eva Linkimaite Lazaustas

Médica Residente de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

Clara Andrés Belmonte

Médica Especialista en MFyC. CS Ejido Norte. Almería

Cristina Ruiz Rull

Médica Especialista en MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor epigástrico y anorexia progresiva de larga evolución.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 54 años, sin antecedentes familiares oncológicos conocidos. Hipotiroidismo tratado con levotiroxina. No fumadora, consumo esporádico de alcohol.

Consulta por dolor epigástrico de ocho meses de evolución, continuo, de tipo opresivo, que aumenta tras las comidas y se acompaña de pérdida progresiva de apetito (anorexia) y pérdida de peso de aproximadamente 7-10 kg. Describe además estreñimiento alternando con episodios de diarrea tras el uso de laxantes.

Durante estos meses había sido valorada en múltiples ocasiones tanto en su centro de salud como en urgencias, donde se interpretó el cuadro como “trastorno funcional intestinal” o “síndrome de intestino irritable”. Se pautaron laxantes y protectores gástricos, sin mejoría. La paciente refiere sentirse “desesperada, incomprendida y agotada” ante la falta de respuesta médica y el dolor persistente.

En la última analítica realizada por su médica de familia destaca un valor de GGT 3270 U/L, con discreta elevación de fosfatasa alcalina, bilirrubina normal y leve anemia normocítica (Hb 11,2 g/dL).

Exploración física

Buen estado general, aunque delgada y visiblemente angustiada.

Abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en epigastrio y fosa iliaca derecha. No masas ni visceromegalias palpables. Sin ictericia ni signos de hepatopatía crónica.

Pruebas complementarias iniciales

- Analítica completa: anemia leve, GGT 3270 U/L, FA 450, resto normal.
- Ecografía abdominal: hígado discretamente heterogéneo, sin dilatación de vías biliares; vesícula y páncreas normales.
- Test de sangre oculta en heces: positivo.

Ante estos hallazgos, la médica de familia solicita colonoscopia preferente y analítica ampliada con marcadores tumorales (CEA y CA 19.9).

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico final: cáncer colorrectal (adenocarcinoma de colon derecho con metástasis hepáticas múltiples).

Diagnóstico diferencial: durante la mayor parte del proceso, el cuadro fue interpretado como **trastorno funcional digestivo o dolor abdominal inespecífico**, lo que generó un retraso diagnóstico significativo. El razonamiento clínico incluyó las siguientes posibilidades:

1. Trastornos funcionales digestivos

El síndrome de intestino irritable (SII) es una causa frecuente de dolor abdominal crónico, especialmente en mujeres de mediana edad. Sin embargo, la aparición de anorexia, pérdida ponderal y anemia son signos de alarma que lo hacen improbable.

→ Descartado por evolución progresiva y síntomas constitucionales.

2. Enfermedad ulcerosa péptica

El dolor epigástrico posprandial podría sugerir úlcera gástrica o duodenal, pero la ausencia de hematemesis o melena, junto con la alteración hepática, orientan hacia otra etiología.

→ Descartado tras endoscopia digestiva alta normal.

3. Patología hepatobiliar

La GGT muy elevada motivó inicialmente la sospecha de colestasis o hepatopatía tóxica. Sin embargo, la bilirrubina y las transaminasas eran normales, y la ecografía no mostraba obstrucción biliar.

→ Sospecha de afectación hepática secundaria.

4. Neoplasia gastrointestinal

La combinación de dolor abdominal persistente, pérdida de peso, anemia y test de sangre oculta positivo obligó a descartar una neoplasia digestiva.

→ Confirmado mediante colonoscopia y TAC abdominal, que mostraron una masa en colon ascendente con metástasis hepáticas múltiples.

Este razonamiento evidencia la necesidad de mantener una actitud proactiva ante síntomas digestivos persistentes, incluso en pacientes sin antecedentes oncológicos ni factores de riesgo aparentes.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El diagnóstico tuvo un fuerte impacto emocional en la paciente y su familia. Marisol había experimentado una sensación prolongada de desatención y descrédito en su relación con el sistema sanitario. Durante meses se sintió etiquetada como paciente “nerviosa” o “psicosomática”, lo que deterioró su confianza en la atención médica.

El médico de familia desempeñó un papel esencial al retomar la escucha activa, validar su sufrimiento y orientar el estudio de manera integral. Se trabajó con la paciente y su entorno cercano para restaurar el vínculo terapéutico, explicar el proceso diagnóstico y acompañarla emocionalmente durante la derivación a Oncología.

A nivel comunitario, este caso pone de relieve la importancia de reforzar la formación de los profesionales de atención primaria en la detección precoz de síntomas de alarma oncológicos, especialmente en mujeres de mediana edad donde la presentación puede ser atípica. La promoción de programas de cribado y la educación sanitaria en población general son pilares esenciales.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Tras la colonoscopia, se confirmó la presencia de una lesión estenosante en colon ascendente. La biopsia mostró adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El TAC toracoabdominal reveló múltiples metástasis hepáticas, confirmando la enfermedad avanzada.

Se inició tratamiento con quimioterapia paliativa (FOLFOX) y control sintomático. Desde Atención Primaria se coordinó el seguimiento conjunto con Oncología, Enfermería y Psicología, priorizando el control del dolor, la nutrición y el apoyo emocional.

A nivel sintomático, se ajustó la analgesia con pauta escalonada (paracetamol, tramadol y, posteriormente, opioides menores). Se añadieron protectores gástricos, laxantes suaves y apoyo nutricional. La paciente mostró mejoría del dolor y tolerancia al tratamiento.

Durante el proceso, la médica de familia realizó visitas domiciliarias frecuentes, gestionó los informes de incapacidad y acompañó al núcleo familiar en la toma de decisiones terapéuticas, priorizando siempre la calidad de vida.

A los tres meses de tratamiento, la paciente mantenía buen estado funcional y una actitud positiva, agradeciendo finalmente haber sido escuchada y comprendida.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia la trascendencia del papel del médico de familia en la detección temprana de enfermedades graves a partir de síntomas inespecíficos. La persistencia del dolor abdominal, la anorexia y la alteración analítica debieron considerarse señales de alarma desde las primeras consultas y deberían de haber orientado al diagnóstico precoz.

El retraso diagnóstico, en parte motivado por el etiquetado de la paciente como “funcional”, pone de manifiesto la necesidad de evitar el sesgo de género y el exceso de atribución psicógena en mujeres con dolor crónico.

La atención primaria debe combinar escucha, continuidad y mirada global, integrando los factores biológicos, psicológicos y sociales. La historia de Marisol recuerda que detrás de cada síntoma persistente puede ocultarse una enfermedad grave, y que la confianza médico-paciente es una herramienta fundamental en el proceso.

PLALABRAS CLAVE

Cáncer colorrectal, Dolor abdominal, Atención primaria.

66. 8/574 SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABÉTICO “TECNIFICADO”

Antonio Grande Ruiz

Médico Residente de MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

Amalia Millán López

Médica Residente de MFyC. CS Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla

Rosa María Claro Fabrellas

Médica Especialista en MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Hipoglucemia.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 54 años, sin antecedentes familiares oncológicos conocidos. Hipotiroidismo tratado con levotiroxina. No fumadora, consumo esporádico de alcohol.

Consulta por dolor epigástrico de ocho meses de evolución, continuo, de tipo opresivo, que aumenta tras las comidas y se acompaña de pérdida progresiva de apetito (anorexia) y pérdida de peso de aproximadamente 7-10 kg. Describe además estreñimiento alternando con episodios de diarrea tras el uso de laxantes.

Durante estos meses había sido valorada en múltiples ocasiones tanto en su centro de salud como en urgencias, donde se interpretó el cuadro como “trastorno funcional intestinal” o “síndrome de intestino irritable”. Se pautaron laxantes y protectores gástricos, sin mejoría. La paciente refiere sentirse “desesperada, incomprendida y agotada” ante la falta de respuesta médica y el dolor persistente.

En la última analítica realizada por su médica de familia destaca un valor de GGT 3270 U/L, con discreta elevación de fosfatasa alcalina, bilirrubina normal y leve anemia normocítica (Hb 11,2 g/dL).

Exploración física

Buen estado general, aunque delgada y visiblemente angustiada.

Abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en epigastrio y fosa iliaca derecha. No masas ni visceromegalias palpables. Sin ictericia ni signos de hepatopatía crónica.

Pruebas complementarias iniciales

- Analítica completa: anemia leve, GGT 3270 U/L, FA 450, resto normal.
- Ecografía abdominal: hígado discretamente heterogéneo, sin dilatación de vías biliares; vesícula y páncreas normales.
- Test de sangre oculta en heces: positivo.

Ante estos hallazgos, la médica de familia solicita colonoscopia preferente y analítica ampliada con marcadores tumorales (CEA y CA 19.9).

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico final: cáncer colorrectal (adenocarcinoma de colon derecho con metástasis hepáticas múltiples).

Diagnóstico diferencial: durante la mayor parte del proceso, el cuadro fue interpretado como **trastorno funcional digestivo o dolor abdominal inespecífico**, lo que generó un retraso diagnóstico significativo. El razonamiento clínico incluyó las siguientes posibilidades:

1. Trastornos funcionales digestivos

El síndrome de intestino irritable (SII) es una causa frecuente de dolor abdominal crónico, especialmente en mujeres de mediana edad. Sin embargo, la aparición de anorexia, pérdida ponderal y anemia son signos de alarma que lo hacen improbable.

→ Descartado por evolución progresiva y síntomas constitucionales.

2. Enfermedad ulcerosa péptica

El dolor epigástrico posprandial podría sugerir úlcera gástrica o duodenal, pero la ausencia de hematemesis o melena, junto con la alteración hepática, orientan hacia otra etiología.

→ Descartado tras endoscopia digestiva alta normal.

Mujer de 36 años con diabetes mellitus tipo 1, dependiente de bomba de insulina y sensor des-

de hace tres años. Consulta en Centro de Salud por hipoglucemia mantenida en torno a 50 mg/dL pese a ingestas adecuadas. Refiere mareo y náuseas, sin otra clínica relevante. Constantes, auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Se objetiva discordancia entre glucemia capilar (120 mg/dL) y sensor (50 mg/dL), junto a cetonuria.

Minutos después desarrolla somnolencia y taquipnea con patrón Kussmaul. Se confirma una glucemia capilar en 50 mg/dL, por lo que se administra glucagón y se contacta con 061 para derivación hospitalaria ante sospecha de cetoacidosis diabética. En hospital, la gasometría venosa evidencia alcalosis, descartando situación de cetoacidosis diabética. No obstante, se objetivan glucemias fluctuantes entre 50–274 mg/dL, por lo que se sospecha fallo del sistema. Dado ausencia de datos de cetoacidosis diabética y estabilidad clínica durante estancia en Urgencias, se procede alta y se deriva a Unidad de Día de Endocrinología para valoración al día siguiente.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Los médicos de Atención Primaria debemos realizar un correcto seguimiento de la diabetes, así como un adecuado cribado y manejo de sus posibles complicaciones. Además, desde Atención Primaria y Endocrinología se debe proporcionar educación diabetológica para empoderar al paciente diabético. Todo ello con el objetivo de aportar seguridad al mismo, disminuyendo la ansiedad ante hipoglucemias, detectando otras complicaciones y aumentando la adherencia al tratamiento. Se reafirma el papel de los médicos de familia como eje coordinador entre Atención Primaria y Especializada, así como principales acompañantes del paciente.

Es fundamental la formación en el uso de nuevas tecnologías de control diabetológico. Así mismo, requiere una actualización constante, dado su rápido desarrollo y su complejidad. Debemos tener en cuenta la posibilidad de errores técnicos. En un estudio realizado entre 2001-2009, se observó que de 232 bombas de insulina, el 36% presentaron alteraciones durante un seguimiento de 15 meses. De ellas, se observaron desde errores mínimos, fallos que conducían a inutilización del producto, desconexiones de alarma o necesidad de recambio de piezas¹. Se han llegado a describir casos de alteración en la dosis de infusión de insulina por cambios en la presión atmosférica². A colación de lo anterior, se señala la importancia de notificar incidentes de seguridad para evitar eventos futuros mediante portales de la Junta de Andalucía y otras instituciones gubernamentales como “Notific@”, “NotificAsp”, “Aemps”. Este caso se encuentra aún por notificar.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: diabetes mellitus tipo 1 dependiente de bomba de insulina, con episodios de hipoglucemia e hiperglucemia alternantes secundarios a disfunción del sensor. Descompensación metabólica (HbA1c 9%).

Diagnóstico diferencial: malabsorción de glúcidos; fallo de bomba de insulina; error medición capilar; hipoglucemia facticia.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Consulta al día siguiente en Unidad de Día de Endocrinología, donde se verifica fluctuaciones hipo-hiperglucémicas atribuidas a disfunción del sensor. Se realiza recambio de sensor. No modificación de pauta de bomba.

Semanas después, tras nuevo episodio de cetoacidosis y objetivación de HbA1c fuera de rango (9%), se determina falta de beneficio de uso de bomba y posible disfunción del sensor. Por lo tanto, se cambia la marca del sensor y se sustituye bomba por terapia bolo/basal.

CONCLUSIONES

“Se trata al paciente, no al monitor”: importancia de contrastar siempre la información tecnológica con la clínica.

Es necesaria una adecuada formación en nuevas tecnologías para evitar y saber solucionar dichos errores. Entender que se trata de tecnología que se encuentra en constante evolución y que pueden presentar errores técnicos.

Fomentar cultura de seguridad y notificación de incidentes.

- La educación diabetológica es fundamental para empoderar al paciente ante la seguridad en el uso de su tratamiento, favoreciendo adherencia y previniendo complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus Tipo 1; Sistemas de Infusión de Insulina; Automonitorización de la Glucosa Sanguínea.

Bibliografía

- » Guilhem I, et al. Insulin pump failures are still frequent: a prospective study over 6 years from 2001 to 2007. *Diabetología*. 2009.
- » AEMPS. “La AEMPS informa de una posible administración errónea de insulina en determinadas bombas Minimed de las series Paradigm, 600 y 700 debido a cambios en la presión atmosférica”. AEMPS. 2025.

67. 8/572 TEMBLOR ESENCIAL O ALGO MÁS: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL DIAGNÓSTICO

Blanca Roldán Pérez

Médica Residente de MFyC. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva

Amalia Filella Sierpes

Médica Especialista de MFyC. Tutora. CS Luís Taracillo. Bollullos Par del Condado. Huelva

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 28 años que consulta por temblor en las manos, de tres años de evolución, progresivo y más perceptible en situaciones de reposo o tensión emocional. No refiere pérdida de fuerza, alteraciones de la marcha ni otros síntomas neurológicos. El temblor le preocupa especialmente porque interfiere con su afición musical (toca la trompeta).

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

El paciente presenta un antecedente relevante de hemocromatosis hereditaria heterocigota compuesta (C282Y/H63D), en seguimiento por el servicio de Aparato Digestivo. Ha sido controlado periódicamente mediante analítica y ecografía hepática, con hallazgo de esteatosis hepática leve sin sobrecarga férrica ni alteraciones analíticas. No presenta signos de hepatopatía crónica ni manifestaciones sistémicas.

Niega consumo de alcohol o tóxicos. No toma medicación habitual. No refiere antecedentes neurológicos previos.

Describe un temblor fino, simétrico, de predominio distal y ocasionalmente visible al mantener las manos en posición antigravitatoria. Refiere que aumenta con la ansiedad o el estrés y mejora con el reposo o tras dormir. No refiere rigidez, lentitud ni cambios posturales.

Exploración física:

- » Temblor leve en reposo y al mantener postura, de frecuencia media y baja amplitud.
- » Sin signo de rueda dentada, sin bradicinesia ni rigidez.
- » Coordinación y sensibilidad normales. Pruebas de Romberg y tándem negativas.
- » No alteraciones craneales ni signos de afectación cerebelosa.
- » Sin hepatomegalia ni estigmas de hepatopatía.

Pruebas complementarias: analítica general, perfil hepático, función tiroidea, glucemia y niveles de ferritina normales.

JUICIO CLÍNICO (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Temblor esencial: es la causa más frecuente de temblor en jóvenes y adultos sin otra afectación neurológica. Se caracteriza por ser bilateral, simétrico, postural o cinético, con empeoramiento en situaciones de estrés o cansancio y con buena respuesta a betabloqueantes. En este caso, el temblor cumple esas características: simétrico, progresivo, sin otros signos neurológicos y con relación clara con el estrés.
- Temblor fisiológico exacerbado: el temblor fisiológico puede intensificarse con ansiedad, consumo de cafeína o fatiga, especialmente en individuos jóvenes y delgados. Dado que el paciente refiere incremento previo a los conciertos o en situaciones de nerviosismo, este diagnóstico también es plausible, aunque el carácter persistente y progresivo lo orienta más hacia un temblor esencial.
- Temblor secundario a hemocromatosis: el antecedente genético fue un punto clave en el diagnóstico diferencial. La hemocromatosis hereditaria puede cursar con depósitos de hierro en ganglios basales en fases avanzadas, generando temblor, rigidez o parkinsonismo secundario. Sin embargo, esto suele aparecer en pacientes con mutación homocigota o sobrecarga férrica significativa.

En este paciente, portador heterocigoto compuesto (C282Y/H63D), las revisiones por Digestivo muestran ferritina y saturación de transferrina normales, por lo que no hay evidencia de acumulación férrica ni daño hepático o neurológico. Así, la mutación se considera un hallazgo incidental, sin relevancia clínica actual.

- Temblor parkinsoniano: descartado por edad, simetría del temblor, ausencia de rigidez, bradicinesia o alteraciones posturales. El temblor parkinsoniano es más lento, de reposo puro y asimétrico, con otros signos extrapiramidales que no están presentes.
- Temblor por fármacos o causas metabólicas: No hay uso de estimulantes, antidepresivos ni litio. La analítica normal descarta hipertiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia hepática o renal.

Se establece el diagnóstico de temblor esencial leve, con posible componente emocional o fisiológico exacerbado, sin relación causal con la hemocromatosis heterocigota.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Tratamiento farmacológico: se pauta propranolol 10 mg cada 12 horas, con posibilidad de uso previo a situaciones de estrés (conciertos).

Medidas generales: evitar cafeína, tabaco y otros estimulantes; fomentar ejercicio físico regular y técnicas de relajación.

Control metabólico: seguimiento anual con analítica y revisión hepatológica, dado su antecedente genético.

Derivación: se realiza derivación a Neurología para valoración especializada y confirmación diagnóstica.

CONCLUSIONES

Este caso refleja la importancia del enfoque integral del paciente joven con temblor, considerando antecedentes personales, familiares y genéticos.

El diagnóstico diferencial incluyó causas fisiológicas, neurológicas y metabólicas, destacando la necesidad de descartar hemocromatosis sintomática ante el hallazgo genético C282Y/H63D.

No obstante, la evidencia clínica y analítica confirmó que la alteración genética era heterocigota compuesta sin repercusión clínica actual, descartando su papel causal.

El razonamiento clínico se apoyó en:

- La ausencia de otros signos neurológicos (rigidez, bradicinesia, alteración de la marcha).
- Simetría y patrón postural del temblor.
- Normalidad de la exploración y las pruebas complementarias.
- Respuesta favorable al propranolol.

Se concluye que el cuadro corresponde a un temblor esencial leve, con probable componente emocional. El manejo se centra en control sintomático, reducción de factores desencadenantes y seguimiento periódico.

Este caso pone de manifiesto la utilidad del seguimiento longitudinal en Atención Primaria, la coordinación entre Digestivo, Neurología y Medicina de Familia, y el valor de integrar los antecedentes genéticos dentro del contexto clínico real del paciente, evitando sobrediagnósticos o pruebas innecesarias.

El paciente mantiene buena calidad de vida, continúa su actividad musical y permanece estable a los controles.

PALABRAS CLAVE

Temblor esencial; Temblor fisiológico; Hemocromatosis hereditaria; C282Y/H63D.

68. 8/573 TEP DE RIESGO INTERMEDIO QUE SIMULA SCASEST

Juan Pedro Ocaña Oncala

Médico Residente de MFyC. CS Velada. La Linea de la Concepción. Cádiz

Alberto Pajarón Álvarez

Médico Residente de MFyC. CS Poniente. La Linea de la Concepción. Cádiz

Victor Alfonso Mairena Fernández

Médico Especialista en MFyC. Hospital de La Linea de la Concepción. Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

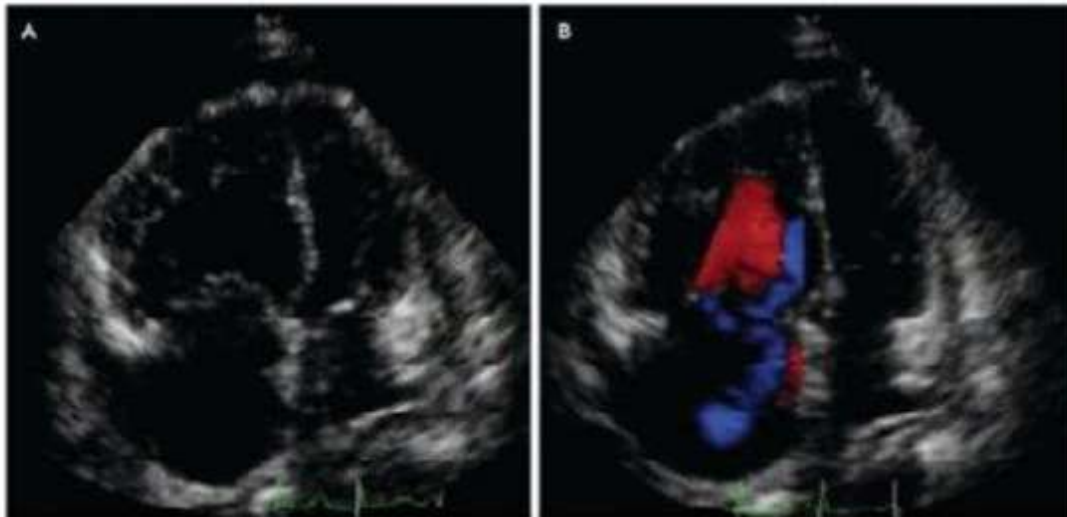
Dolor torácico.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Varón de 60–70 años, antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Consulta por dolor torácico opresivo de 4–6 horas de evolución. En triaje: TA 118/72 mmHg, FC 104 lpm, FR 22 rpm, SatO₂ 92% en aire ambiente, T^a 36,6 °C. ECG: ritmo sinusal, bloqueo de rama derecha (BRD) completo con QRS 132 ms, sin alteraciones claras de repolarización. Troponina de alta sensibilidad: 250 ng/L (VN <14), 410 ng/L a las 3 h y 360 ng/L a las 6 h. Fue inicialmente clasificado como SCASEST.

Evolución inicial: en la unidad de críticos, pese a oxigenoterapia con gafas nasales a 3 L/min, la saturación no superó el 88%. Presentó disnea progresiva sin crepitantes ni signos de edema pulmonar, lo que, junto con el BRD, sugirió sobrecarga del ventrículo derecho (VD) y motivó reevaluar el diagnóstico diferencial.

Pruebas complementarias: gasometría arterial con O₂ 3 L/min: pH 7,44; PaCO₂ 33 mmHg; PaO₂ 58 mmHg, compatible con hipoxemia y gradiente alveolo-arterial elevado. D-dímero 3.500 ng/mL; NT-proBNP 1.000 pg/mL. Radiografía de tórax sin condensaciones ni edema. La angio-TC pulmonar evidenció defectos de repleción bilaterales lobares/segmentarios y relación VD/VI 1,1, confirmando TEP y disfunción del VD.



Estratificación de riesgo: el sPESI fue ≥ 1 (SatO₂ <90% en algún momento), por lo que el paciente no se consideró de bajo riesgo. La combinación de normotensión, biomarcadores de daño miocárdico elevados y disfunción del VD en imagen lo situó en un perfil intermedio-alto, con mayor probabilidad de deterioro clínico en las primeras horas.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Se inició anticoagulación terapéutica con enoxaparina (1 mg/kg cada 12 h) y oxigenoterapia titulada. Dado que se mantenía hemodinámicamente estable, no se indicó trombólisis sistémica de entrada, pero se dejó preparada fibrinólisis de rescate en caso de empeoramiento. A las 24–48

horas se objetivó mejoría clínica con $\text{SatO}_2 >94\%$ a bajo flujo y descenso de biomarcadores, realizándose transición a anticoagulación oral con DOAC (p. ej., rivaroxabán o apixabán). Se planificó una duración de 3–6 meses, condicionada a factores de riesgo y reevaluación en consultas de cardiología y atención primaria.

DISCUSIÓN

La elevación de troponina no es exclusiva del SCA. En el TEP refleja lesión miocárdica secundaria a sobrecarga de presión y dilatación aguda del VD, y se asocia a mayor riesgo de complicaciones. La presencia de hipoxemia refractaria a bajo flujo, un BRD nuevo o acentuado y la ausencia de signos de congestión pulmonar deben disparar la sospecha de TEP en pacientes con dolor torácico y troponinas elevadas. Las escalas clínicas (Wells, Ginebra), el sPESI y los biomarcadores ayudan a seleccionar pruebas de imagen y a estratificar el pronóstico. El ecocardiograma a pie de cama permite identificar signos de sobrecarga del VD (dilatación, hipocinesia, signo de McConnell) y priorizar la angio-TC. En perfiles intermedios-altos, la anticoagulación precoz es esencial; la trombólisis debe reservarse para deterioro hemodinámico o alto riesgo, manteniendo una estrategia de rescate disponible.

CONCLUSIONES

Un TEP de riesgo intermedio puede mimetizar un SCASEST por dolor torácico y troponinas elevadas. La combinación de hipoxemia refractaria y BRD nuevo, junto con la ausencia de congestión pulmonar, debe orientar al diagnóstico de TEP. La integración de clínica, biomarcadores, ecocardiografía y angio-TC permite un manejo ágil y seguro, evitando retrasos y reduciendo eventos adversos.

MENSAJES CLAVE

- (1) No toda troponina elevada es SCA.
- (2) Hipoxemia refractaria + BRD: pensar en TEP.
- (3) Angio-TC confirma; eco y biomarcadores estratifican.
- (4) Anticoagulación precoz y plan de rescate salvan vidas.

69. 8/538 UN DIAGNÓSTICO NO TAN COMÚN

Sara Isabel Algorri Ferrero

Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla

Teresa Cristina Ollero Rodríguez

Médica Residente de MFyC. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

Pablo Estrada Ayala

Médico Especialista de MFyC. CS Montellano. Sevilla

MOTIVO DE CONSULTA

Pérdida de peso.

ENFOQUE INDIVIDUAL (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: varón de 20 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que acude a nuestra consulta refiriendo pérdida de peso de unos 4kg aproximadamente en el último mes. Niega que esta pérdida de peso haya sido de forma intencionada, no está haciendo dieta ni tampoco ejercicio excesivo. Interrogando al paciente nos comenta que además de la pérdida de peso también ha estado presentando en las últimas semanas diarrea, sin productos patológicos y que tampoco presenta dolor abdominal o vómitos. No ha presentado fiebre.

Antecedentes personales: no realiza tratamiento de forma diaria. Revisando historia clínica únicamente consta de un diagnóstico de alergia para el que usa antihistamínicos exclusivamente de forma puntual.

Exploración: presenta buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico sin trabajo respiratorio. La exploración abdominal es blanda, depresible, sin signos de irritación peritoneal, sin palpase masas ni megalias. No se palpan adenopatías.

Analítica: Se solicita una analítica completa, estudio de heces y una serología. Analítica con hemograma que es normal, bioquímica con ligera elevación de transaminasas (AST 38 y ALT 54). Calprotectina 158. SOH negativa. Sustancias reductoras y anticuerpos antitransglutaminasa negativos. En cuanto a la serología, encontramos un resultado positivo para VIH (que se confirma posteriormente observándose carga viral).

Revisando analíticas previas tiene una serología de 2022 con un VIH negativo.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

HSH con pareja nueva desde hace 3 meses. Previamente había tenido pareja estable durante los últimos dos años. Se realiza estudio de VIH a su pareja actual obteniéndose un resultado negativo.

JUICIO CLÍNICO (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Infección por VIH.

- Patología abdominal: Enfermedad celíaca, enfermedades inflamatorias intestinales, infecciones por parásitos.
- Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipertiroidismo.
- Neoplasias.
- Fármacos o tóxicos: laxantes, drogas...
- Enfermedades infecciosas: VIH, hepatitis.

En este caso es cierto que los resultados de la analítica dejan poco lugar a dudas a la hora de llegar al diagnóstico. Si que es importante realizar el estudio de las diferentes intolerancias alimentarias, un estudio de heces y una serología. Además, en este caso el paciente no consumía ningún tipo de tóxico y tampoco tratamientos de forma diaria que pudieran hacernos sospechar que fueran los causantes de la sintomatología que presentaba.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

En este caso en cuanto el laboratorio obtiene el resultado positivo para la infección por VIH se pone directamente en contacto con enfermedades infecciosas del hospital porque precisa de una confirmación del resultado. Este resultado se confirma y en ese momento comienzan con el tratamiento por su parte.

El paciente presenta buena adherencia al tratamiento oral. Es seguido por parte de enfermedades infecciosas cada tres meses. La carga viral ha disminuido notablemente.

CONCLUSIONES

El VIH es una patología cada vez menos frecuente en atención primaria, pero no por ello debemos dejar de sospechar su diagnóstico frente a una serie de síntomas.

La diarrea y la pérdida de peso son dos síntomas muy poco específicos por lo que siempre requieren un estudio amplio de diferentes tipos de patologías. Es cierto que en pocas ocasiones solemos pedir pruebas como serología ante una diarrea sin productos patológicos, pero en este caso sumado a la pérdida de peso y a la edad del paciente sí que era un criterio que debía tenerse en cuenta.

JART 2025