REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 10 · Vol. 10 · Noviembre 2021 ISSN: 2254 - 4410

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Revista Andaluza de Atención Primaria se distribuye exclusivamente entre los profesionales de medicina.

Consejo Editorial

> Editora Jefe

Dra. Dª. María Rosa Sánchez Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Presidenta de SEMERGEN Andalucía.

> Consejo asesor

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Médico de Familia. Centro de Salud Mª Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.

Dr. D. José Escribano Serrano
Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros
Médico de Familia. Centro de Salud Bailén. Jaén.

Dr. D. Lisardo García Matarín
Médico de Familia. Centro de Salud Roquetas de Mar. Almería.

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías
Universidad de Granada. Granada.

Dr. D. Fernando Leiva Cepas
Médico de Familia. Sanidad Militar. Córdoba.

Dr. D. José Mancera Romero
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud Aracena. Huelva.

Comité Organizador

> Presidenta

Dra. Dª. Ana María Cabrerizo Carvajal
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Valle de Lecrín. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN.

> Vocales

Dr. D. Pablo Arjona González
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. D. José Escribano Serrano
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Roque. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Casería de Montijo. Granada. Responsable del Desarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Congresos. Vicepresidente 3º de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dra. Dª. Rosa María Marín Montero
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Fuensanta. Córdoba. Secretaria General del Colegio de Médicos de Córdoba. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.

Comité Científico

> Presidente

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fortuny- Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> Vocales

Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Formación del Desarrollo Profesional Continuo.

Dra. Dª. María José Castillo Moraga
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN y de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías
Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública, Universidad y Medicina Basada en la Evidencia y de Precisión de SEMERGEN.

Dr. D. Fernando Leiva Cepas
Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba. Córdoba.

Dr. D. José Mancera Romero
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

Dr. D. Manuel José Mejías Estévez
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. Director del Departamento de Formación, Investigación y Divulgación del Instituto SantÁngela (ISA) para la Enfermedad Crónica, Cuidados Paliativos y Salud Mental. Miembro del Comité Técnico de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad (España) Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Comunicación de SEMERGEN.

Dra. Dª. Cristina Navarro Arco
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

Dr. D. Pablo Panero Hidalgo
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Junta Directiva SEMERGEN Andalucía

Dra. Dª. María Rosa Sánchez Pérez
Presidenta

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Vicepresidente de relaciones Institucionales

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente Económico

Dr. D. José Mancera Romero
Vicepresidente de desarrollo de proyectos científicos

Dr. D. Francisco Atienza Martin
Secretario y responsable del área de competencias profesionales

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías
Área de Universidad

Dr. D. José Luís Martincano Gómez
Área de evaluación y acreditación de actividades

Dra. Dª. Rosa Marín Montero
Área de coordinación de actividades provinciales

Dr. D. Pablo Arjona González
Área de residentes

Dra. Dª. María José Cruz Rodríguez
Vocal de Granada

Dra. Dª. María José Aparicio Cervantes
Vocal de Málaga

Dra. Dª. Manuela Sánchez González
Vocal de Sevilla

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros
Vocal de Jaén

Dra. Dª. Mercedes Ramblado Minero
Vocal de Huelva

Correspondencia Científica:
secretariaandalucia@semergen. es
Tel. 699 626 586

Editor: SEMERGEN Andalucía
Formato: Digital
ISSN: 2254 – 4410 Año10 Vol. 9 Mayo 2021
© Copyright 2021 SEMERGEN Andalucía
Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.

A los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de la Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitarán oportuna autorización.

Editorial

Estimados compañeros:

En 2021 publicamos el décimo número de la revista electrónica de SEMERGEN-Andalucía: "Revista Andaluza de Atención Primaria". Este número está dedicado al 16º Congreso Andaluz de Atención Primaria que se celebró en Granada y en él se publican los resúmenes de las mesas y talleres, así como los diferentes trabajos admitidos por el Comité Científico.

Después de estos casi dos años de pandemia hemos realizado un congreso en formato mixto, presencial y virtual, con grabación simultánea de la mayoría de las actividades. Esto nos ha permitido ofertar a los congresistas la posibilidad de tener acceso a los contenidos de las actividades científicas durante los tres meses posteriores a la celebración del congreso.

Recuperar el formato presencial ha hecho que volvamos a encontrarnos con los compañeros de toda Andalucía. Con más de 580 congresistas inscritos presenciales y 200 en formato virtual, de los que casi la mitad fueron médicos residentes, consideramos que se han cumplido sobradamente los objetivos que nos planteábamos.

En el congreso se han ofertado un gran número de talleres de Uso Racional del Medicamento, de habilidades prácticas y de mesas que han permitido la actualización de las numerosas competencias que debe dominar un Médico de Familia, como se puede ver de forma pormenorizada en el programa científico. Como ya es habitual en nuestros congresos, han participado de forma activa otros profesionales del ámbito de la Atención Primaria como enfermeras, farmacéuticos de atención primaria y fisioterapeutas.

Entre los talleres de habilidades hay que destacar el de ecografía, cirugía menor y el aula de urgencias que han ganado en participación al recuperar el formato presencial y han tenido una excelente valoración. Como siempre, y como evidencia de la calidad científica del congreso, todas sus actividades se han acreditado en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Nos sentimos orgullosos de la elevada calidad científica de las diferentes actividades y de la excelencia de nuestros ponentes.

Agradecemos la gran participación de los congresistas en las actividades científicas y en la presentación de trabajos de investigación en formatos de proyectos de investigación, comunicaciones y casos clínicos; cada año vamos superando el número de trabajos presentados.

La Conferencia Inaugural fue realizada por el Dr. José Luis Bimbela Pedrola, psicólogo y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y trató sobre el autocuidado del profesional.

Se entregó el XII Premio SEMERGEN ANDALUCIA "Atención Primaria" al Dr. Manuel Barragán Solís, primer médico fallecido en Andalucía por la pandemia, en reconocimiento a la incansable batalla de los profesionales sanitarios en la lucha contra la COVID-19 y fue entregado por el Consejero de Salud y Familias, Dr. Jesús Aguirre Muñoz.

El congreso ha sido un gran éxito de organización y de calidad a nivel científico. Aprovecho para agradecer a los comités organizador y científico el magnífico trabajo realizado.

María Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Jueves 25 de Noviembre

16.30 - 18.00 h. Taller URM: 1 El arte de deprescribir. Sesión A.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dra. Mª Rosa Sánchez Pérez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Sra. Inmaculada Moraga Ropero**
Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: 3 Kit de supervivencia en cuidados paliativos en domicilio. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dr. Manuel José Mejías Estévez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Comunicación de SEMERGEN.

> **Dra. Lina Eugenia Fernández Isla**
Médico de SAMU 061 en Ibiza (Islas Baleares)

16.30 - 18.00 h. Taller URM: 5 Recuperación funcional de pacientes crónicos y frágiles. Sesión B.

Salón Costa Tropical

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dr. Pablo Arjona González**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga.

> **Sr. Alejandro Rodríguez Moya**
Fisioterapeuta. Clínica Novophysio. Sevilla

16.30 - 18.00 h. Taller URM: 7: Manejo integrado de las condiciones musculoesqueléticas más prevalentes en Atención Primaria. Sesión B.

Salón Alpujarra

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dr. Fernando Leiva Cepas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba. Córdoba.

> **Sr. Jesús Cherino Navarro**
Fisioterapeuta. Centro de Salud Sector Sur. Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

> **Sr. Juan Luis Díaz Cerrillo**
Fisioterapeuta. Centro de Salud Limonar. Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce. Málaga.

17.00 - 18.00 h. Mesa: Ayudándote a investigar. Presentación del "Programa para el Fomento de la Investigación en Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía".

Salón Lecrin

Ponentes:

> **Dr. Jorge Caro Bautista**
Enfermero. Coordinador de Cuidados del DS Málaga-Guadalhorce. Coordinador del Programa de Mejora de la Investigación en Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

> **Dr. José Mancera Romero**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

18.00 - 19.30 h. Taller URM: 12 Demencia avanzada en Atención Primaria. Sesión A.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dr. Enrique Salido de Andrés**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Alcalá del Río. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dr. Sergio Capilla Díaz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

18.00 - 19.30 h. Taller URM: 4 Abordaje terapéutico de la EPOC basado en la evidencia. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Respiratorio/Infeccioso

Ponentes:

> **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. Antonio Hidalgo Requena**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

18.00 - 19.30 h. Taller URM: 6 Alianza frente al dolor de columna de origen musculo-esquelético. Sesión B.

Salón Costa Tropical

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

> **Sr. Jorge Álvarez Rivas**
Fisioterapeuta en Ejercicio Libre. Córdoba. Profesor Asociado. Universidad de Córdoba.

18.00 - 19.30 h. Taller URM: 8 Hombro doloroso. Nuevas perspectivas de atención desde MF y desde fisioterapia. Sesión B.

Salón Alpujarra

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dr. José Miguel Fernández Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Gestión Clínica de Motril. Granada.

> **Sra. Rosa María Cañizares Martín**
Fisioterapeuta. AGS. Málaga.

> **Sra. Cristina García Martín**
Fisioterapeuta. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

18.00 - 19.00 h. Taller: Maniobras de reposicionamiento canalicular en el Vértigo Postural Benigno.

Salón Lecrin

Ponente:

> **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Otorrinolaringología y Ecografía de SEMERGEN.

18.00 - 19.30 h. Seminario: Estos nervios, no son intensos, pero no me dejan vivir.

Salón Poniente

Patrocinado por: SCHWABE FARMA

Ponentes:

> **Dr. D. Vicente Gasull Molinera**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrent 2. Valencia. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación, de Salud Mental y de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. D. José Ángel Alcalá Partera**
Medicina Familiar y Comunitaria. Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria Córdoba Sur. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

19.30 - 21.00 h. Conferencia de Inauguración: Autocuidado del profesional. Yo decido: Ola de ilusión.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Ponente:

> **Dr. José Luis Bimbela Pedrola**
Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Granada.

21.00 - 21.30 h. Acto Inaugural

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

21.30 h. Cóctel de Bienvenida.

Viernes 26 de Noviembre

9.00 - 10.30 h. Mesa: Calendario vacunal en Andalucía, CV adulto.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Respiratorio/Infeccioso

Patrocinado por: SANOFI PASTEUR

Ponentes:

> **Dr. Juan Daniel Ocaña Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

> **Dr. José Ignacio Peis Redondo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. Miembro del grupo de trabajo de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas de SEMERGEN.

9.00 - 10.30 h. Taller URM: 6 Alianza frente al dolor de columna de origen musculo-esquelético. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

> **Sr. Jorge Álvarez Rivas**
Fisioterapeuta en Ejercicio Libre. Córdoba. Profesor Asociado. Universidad de Córdoba.

9.00 - 10.30 h. Taller URM: 1 El arte de deprescribir. Sesión B.

Salón Costa Tropical

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dra. Mª Rosa Sánchez Pérez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Sra. Inmaculada Moraga Ropero**
Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

9.00 - 10.30 h. Taller: Hepatopatías prevalentes y Atención Primaria.

Salón Alpujarra

Patrocinado por: GILEAD

Ponentes:

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

> **Prof. D. Manuel Romero Gómez**
Catedrático. Universidad de Sevilla. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

9.00 - 10.30 h. Taller: Insulinización.

Salón Poniente

Áreas temáticas

Sala de Retransmisión

Patrocinado por: SANOFI

Ponente:

> **Dr. José Miguel Fernández Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Gestión Clínica de Motril. Granada.

10.45 - 12.15 h. Mesa: Atención integral a las personas con Diabetes Mellitus 2 en la situación actual.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Diabetes

Patrocinado por: MSD

Moderador:

> **Dr. José Mancera Romero**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

Ponentes:

> **Sra. Felisa Gálvez Ramírez**
Enfermera. Gestora de Casos. Unidad de Gestión Clínica El Rincón de la Victoria. Málaga. Presidenta ASANEC.

> **Dr. Antonio Hormigo Pozo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. Javier Luis Sandoval Codoni**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aguadulce-El Parador. Almería.

10.45 - 12.15 h. Taller: Práctico Insuficiencia Cardíaca.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Cardiovascular

Patrocinado por: NOVARTIS

Ponentes:

> **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dra. Paloma Cerezo Sánchez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de Apoyo Granada-Metropolitano. Centro de Salud Santa Fe. Granada.

10.45 - 12.15 h. Taller URM: 11 Indicaciones especiales en vacunas del adulto: hepatitis, neumococo, Covid. Sesión B.

Salón Lecrin

Áreas temáticas

Respiratorio/Infeccioso

Ponentes:

> **Dra. Raquel Alfaro Greciano**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera.

> **Sra. Esther Espínola García**
Farmacéutica. Unidad de Farmarcia. Granada.

10.45 - 12.15 h. Taller URM: 10 Psicoterapia 10 minutos en ansiedad y depresión. Sesión B.

Salón Poniente

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dra. Julia Vargas Díez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Armilla. Distrito Granada Metropolitano. Granada.

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

12.30 - 14.00 h. Taller: Dos razones esenciales para que transformes cómo ves y tratas la psoriasis.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Dermatología

Patrocinado por: LEOPHARMA

Ponentes:

> **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**
Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de Apoyo. Valle de Lecrín. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN.

> **Dr. Ricardo Ruiz Villaverde**
Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

12.30 - 14.00 h. Taller: Impacto de los inhaladores en Huella de Carbono.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Respiratorio/Infeccioso

Patrocinado por: GSK

Ponentes:

> **Dr. Bernardino Alcázar Navarrete**
Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

> **Dr. Carlos Jesús Sánchez Aranda**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Íllora. Granada.

12.30 - 14.00 h. Seminario: Estos nervios, no son intensos, pero no me dejan vivir.

Salón Costa Tropical

Ponentes:

> **Dr. D. Vicente Gasull Molinera**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrent 2. Valencia. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación, de Salud Mental y de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. D. José Ángel Alcalá Partera**
Medicina Familiar y Comunitaria. Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria Córdoba Sur. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

12.30 - 14.00 h. Taller URM: 12 Demencia avanzada en Atención Primaria. Sesión B.

Salón Lecrin

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dr. Enrique Salido de Andrés**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Alcalá del Río. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dr. Sergio Capilla Díaz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

12.30 - 14.00 h. Mesa: Actualización del Manejo del paciente Cardiorrenal en Atención Primaria.

Salón Poniente

Áreas temáticas

Cardiovascular

Patrocinado por: ASTRAZENECA

Moderadora:

> **Dra. María del Mar Ferrer Frías**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada.

Ponentes:

> **Dr. Juan Luis Bonilla Palomas**
Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén. Presidente del Grupo de Trabajo de IC de la SAC.

> **Dra. María Dolores Salmerón Rodríguez**
Nefrología, Hospital Universitario Torrecardenas. Almería.

14.00 - 16.00 h. Almuerzo de Trabajo.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: 7 Manejo integrado de las condiciones musculoesqueléticas más prevalentes en Atención Primaria. Sesión A.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dr. Fernando Leiva Cepas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba. Córdoba.

> **Sr. Jesús Cherino Navarro**
Fisioterapeuta. Centro de Salud Sector Sur. Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

> **Sr. Juan Luis Díaz Cerrillo**
Fisioterapeuta. Centro de Salud Limonar. Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce. Málaga.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: 8 Hombro doloroso. Nuevas perspectivas de atención desde MF y desde fisioterapia. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dr. José Miguel Fernández Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Gestión Clínica de Motril. Granada.

> **Sra. Rosa María Cañizares Martín**
Fisioterapeuta. AGS. Málaga.

> **Sra. Cristina García Martín**
Fisioterapeuta. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: 4 Abordaje terapéutico de la EPOC basado en la evidencia. Sesión B.

Salón Costa Tropical

Ponentes:

> **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. Antonio Hidalgo Requena**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: 9 Qué hacer en Insuficiencia Cardiaca avanzada. Sesión B.

Salón Alpujarra

Áreas temáticas

Cardiovascular

Ponentes:

> **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dr. Enrique Martín Riobóo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: 2 Prevención de complicaciones en personas con diabetes tipo 2. Sesión B.

Salón Lecrin

Áreas temáticas

Diabetes

Ponentes:

> **Dr. José Mancera Romero**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

> **Sr. Antonio García Bonilla**
Farmacéutico en Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Jerez. Cádiz.

17.30 - 19.00 h. Taller URM: 5 Recuperación funcional de pacientes crónicos y frágiles. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Fisioterapia

Ponentes:

> **Dr. Pablo Arjona González**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga.

> **Sr. Alejandro Rodríguez Moya**
Fisioterapeuta. Clínica Novophysio. Sevilla

17.30 - 19.00 h. Taller URM: 3 Kit de supervivencia en cuidados paliativos en domicilio. Sesión B.

Salón Costa Tropical

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dr. Manuel José Mejías Estévez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor

y Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Comunicación de SEMERGEN.

> **Dra. Lina Eugenia Fernández Isla**
Médico de SAMU 061 en Ibiza (Islas Baleares)

19.00 - 20.30 h. Mesa Institucional: Futuro de la Atención Primaria.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Patrocinado por: BOEHRINGER-INGELHEIM RELACIONES INSTITUCIONALES Y POR LABORATORIOS VIR

Moderador:

> **Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

Ponentes:

> **Excmo. Sr. D. Jesús Aguirre Muñoz**
Consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

> **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**
Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de Apoyo. Valle de Lecrín. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN.

> **Dra. Mª Rosa Sánchez Pérez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

20.30 - 21.30 h. Entrega de Premio a la Ateción Primaria.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Sábado 27 de Noviembre

9.30 - 11.00 h. Taller URM: 9 Qué hacer en Insuficiencia cardiaca avanzada . Sesión A.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Cardiovascular

Ponentes:

> **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dr. Enrique Martín Riobóo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

9.30 - 11.00 h. Taller URM: 10 Psicoterapia 10 minutos en ansiedad y depresión. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Patologías Crónicas

Ponentes:

> **Dra. Julia Vargas Díez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Armilla. Distrito Granada Metropolitano. Granada.

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

9.30 - 13.00 h. Taller: Anafilaxia y manejo del autoinyector de adrenalina

Salón Costa Tropical

Ponentes:

> **Dra. Adoración García Claros**
Alergología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

> **Dra. Isabel Fernández de Alba Porcel**
Alergología. Hospital La Inmaculada. Granada.

9.30 - 13.00 h. Taller: Ecografía.

Salón Alpujarra

Ponentes:

> **Dra. Ana Segura Grau**
Medicina Familiar y Comunitaria. Directora Médica de Centro Diagnóstico Ecográfico. Responsable de la Unidad de Ecografía. Hospital San Francisco de Asís. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

> **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Otorrinolaringología y Ecografía de SEMERGEN.

> **Dra. María Briones Barreiro**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Las Lagunas. Mijas. Málaga.

9.30 - 13.00 h. Taller: Cirugía Menor.

Salón Lecrin

Ponentes:

> **Dr. Carlos Jesús Sánchez Aranda**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Íllora. Granada.

> **Sr. Juan Carlos García González**
Enfermero. Unidad de Gestión Clínica. La Zubia. Distrito Sanitario Granada.

> **Dr. Francisco Herrera Fernández**
Cirujano. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril. Granada.

9.30 - 13.00 h. Taller: Urgencias.

Salón Poniente

▶ Estación 1. Vía Respiratoria

Salón Poniente

Ponente:

> **Dr. Francisco Romero Morales**
Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Provincial de Salud. Jaén.

▶ Estación 2. Arritmias

Salón Poniente

Ponente:

> **Dra. Manuela Sánchez González**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidades Móviles del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación, Urgencias y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

▶ Estación 3. Movilización e inmovilización

Salón Poniente

Ponente:

> **Dra. Cristina Navarro Arco**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

▶ Estación 4. Anafilaxia y manejo del auto-inyector de adrenalina.

Salón Costa Tropical

Ponentes:

> **Dra. Adoración García Claros**
Alergología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

> **Dra. Isabel Fernández de Alba Porcel**
Alergología. Hospital La Inmaculada. Granada.

11.30 - 13.00 h. Taller URM: 11 Indicaciones especiales en vacunas del adulto: hepatitis, neumococo, Covid. Sesión A.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Respiratorio/Infeccioso

Ponentes:

> **Dra. Raquel Alfaro Greciano**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera.

> **Sra. Esther Espínola García**
Farmacéutica. Unidad de Farmarcia. Granada.

11.30 - 13.00 h. Taller URM: 2 Prevención de complicaciones en personas con diabetes tipo 2. Sesión A.

Salón Marquesado - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

Áreas temáticas

Diabetes

Ponentes:

> **Dr. José Mancera Romero**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

> **Sr. Antonio García Bonilla**
Farmacéutico en Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Jerez. Cádiz.

13.00 - 14.00 h. Acto de Clausura: y Entrega de Premios.

Salón Altiplano - Sala con Retransmisión (Congreso Mixto)

14.00 h. Almuerzo de Clausura.

Descripción

(*) El almuerzo comenzará a la finalización del acto de clausura.
(**) Para asistir al Almuerzo de Clausura, debe canjear la pre-invitación que encontrará en la hoja de tickets de su documentación personalizada antes de las 12.00h del viernes 26 de noviembre, en los mostradores destinados a la reserva en la sede del Congreso.
Importante: la pre-invitación no será aceptada en los accesos al Almuerzo.

Talleres

El arte de deprescribir.

> **Dra. Sánchez Pérez, M.**
> **Sra. Moraga Ropero, I.**

La deprescripción se define como la retirada supervisada por un médico de fármacos inapropiados. El acto de deprescribir puede realizarse en cualquier paciente, independientemente del número de fármacos que toman, siendo más relevante en pacientes frágiles y polimedicados.

La polimedicación y el uso inadecuado de fármacos es un problema cada vez más prevalente que se correlaciona con la edad y que se asocia a un incremento del riesgo de morbimortalidad, deterioro de la movilidad, hospitalizaciones y disminución de la calidad de vida.

En los últimos 10 años los pacientes polimedicados se han triplicado. El 50% de los ingresos causados por eventos adversos a medicamentos se pueden prevenir y el 70% ocurren en mayores de 65 años y con cinco o más fármacos. Se han desarrollado numerosos programas centrados en un abordaje específico con el fin de detectar y mejorar los problemas asociados al uso inadecuado de fármacos.

Es necesario realizar revisiones periódicas de la medicación con el objetivo de mejorar la efectividad de los medicamentos, disminuir los problemas asociados a estos y establecer una correcta adecuación del tratamiento en cada paciente. Las revisiones permitirán decidir si es necesario añadir, retirar o continuar con los tratamientos prescritos.

La sistemática de revisión consiste en asociar los medicamentos a cada problema de salud y establecer los objetivos terapéuticos de cada paciente. La revisión farmacológica se debe realizar medicamento a medicamento, valorando la necesidad, efectividad, la adecuación y la seguridad. Existen una serie de herramientas como los criterios Stopp/Start, guías del SNS, MedStopper, etc, que permiten que las decisiones se basen en la mejor evidencia disponible.

Cuando detectemos que hay que realizar la deprescripción de uno o varios fármacos las decisiones deben ser compartidas con el paciente. Debe existir una relación de confianza del paciente con el médico y hay que plantear las opciones que pueden ser objeto de deprescripción. Hay que explicar los riesgos y beneficios de cada opción, utilizando siempre un lenguaje sencillo, asegurándonos que el paciente lo comprende y teniendo en cuenta sus preferencias para priorizarlas. Siempre se debe realizar un seguimiento para valorar la aparición de problemas tras la retirada y monitorizar los cambios.

Desde hace unos años, en el ámbito del SSPA, se ha puesto como objetivo la revisión de pacientes con 15 o más medicamentos. En este sentido, a lo largo de este último año se ha habilitado un espacio donde los Farmacéuticos de AP y de Hospital, pueden subir informes de valoración terapéutica con recomendaciones para orientar y facilitar al profesional prescriptor la toma de decisiones respecto del tratamiento de estos pacientes.

Kit de supervivencia en cuidados paliativos en domicilio.

> **Dr. Mejías Estévez, M.**
> **Dra. Fernández Isla, L.**

Los Cuidados Paliativos proponen un modelo de atención basado fundamentalmente en el control de síntomas y en la atención a la familia, con el objetivo básico de mantener la mejor calidad de vida posible al paciente, adaptando los tratamientos a las diferentes fases de la enfermedad.

En el taller desarrollamos a través de casos clínicos el abordaje de las consultas urgentes más frecuentes en paliativos y practicamos el manejo de la vía subcutánea.

Disnea, presenta en el 70% de los pacientes paliativos, su prevalencia e intensidad se incrementan en situación de últimos días. Su tratamiento tiene que contemplar el tratamiento etiológico, el tratamiento sintomático, así como las medidas no farmacológicas. Elegiremos el mejor tratamiento teniendo en cuenta el carácter multifactorial de la disnea, la ubicación del enfermo, los recursos disponibles y el pronóstico de cada paciente. No es lo mismo tratar la disnea de las últimas horas de vida que la de un

paciente con semanas por vivir. En situaciones de disnea refractaria al tratamiento la alternativa para aliviar el sufrimiento es la sedación paliativa.

Estertores premortem, ruido provocado por la respiración al movilizar las secreciones acumuladas en la hipofaringe y en la vía respiratoria que no pueden ser expectoradas, generalmente por disminución del nivel de consciencia. No existen estudios de suficiente calidad metodológica que muestren que la intervención farmacológica sea superior a la ausencia de tratamiento. Aun así, es habitual la administración de fármacos antimuscarínicos para inhibir la producción de secreciones orales y bronquiales. Estos compuestos no actúan sobre las secreciones ya existentes por lo que es fundamental para el éxito del tratamiento empezar su administración de forma precoz

Hemoptisis leve, retirar los AINEs y/o AAS, tratar la tos mediante antitusígenos, ácido tranexámico, adrenalina nebulizada. En caso de hemoptisis masiva (más de 200ml/día o 100ml/h) considerar la sedación paliativa, constituye una urgencia en cuidados paliativos ya que conduce a la muerte del paciente por asfixia en un corto periodo de tiempo.

En el manejo de náuseas y vómitos, corregir las causas reversibles, combinar fármacos si existen varias causas y medidas no farmacológicas (tranquilizar, evitar olores desagradables...)

El dolor, es el síntoma más temido, 80% de los motivos de consulta. Los analgésicos siempre son pautados en función de la intensidad del dolor (ascensor analgésico). La analgesia basal siempre va acompañada de la prescripción de rescates, fármacos del mismo escalón y su dosis es el 10% de la analgesia total diaria. La analgesia basal se ajustará con la dosis habitual de rescates requeridos.

Delirium, estado de confusión agudo que resulta de una disfunción orgánica cerebral difusa. Se caracteriza por el trastorno del nivel de consciencia, de la cognición y de la percepción, con inicio brusco y curso fluctuante. Es el cuadro psiquiátrico más frecuente en la fase terminal (88%). Su etiología suele ser multifactorial, siendo los opioides los responsables de la mayoría de los casos (60%). El tratamiento debe ser etiológico y siempre acompañarse de tratamiento sintomático, especialmente para evitar/tratar los episodios de hiperactividad. Los neurolépticos son los fármacos de primera elección.

La situación de últimos días, representa la fase agónica, donde son evidentes los síntomas y signos del proceso de morir (deterioro completo de las funciones vitales). Nuestro objetivo es el control sintomático, la VIA SUBCUTÁNEA es la vía de elección.

En definitiva nuestro fin es conseguir la ausencia del malestar físico y/o psicológico, que repercuta positivamente en la situación espiritual de la persona y de su familia.

Recuperación funcional de pacientes crónicos y frágiles.

> **Dr. Arjona González, P.**
> **Sr. Rodríguez Moya, A.**

Durante la época de pandemia que nos ha tocado vivir, con largos periodos de confinamiento domiciliario, han supuesto que nuestros pacientes más vulnerables hayan sufrido inactividad constante y en muchos casos, regresión de su capacidad funcional previa a la pandemia.

Lo primero que debemos tener claro son 2 conceptos:

- **Cronicidad**: El enfermo crónico es el paciente que tiene una afección, condición o problema crónico, entendidos estos como una alteración de las estructuras funcionales corporales de una duración superior a los 6-12 meses y que tendrá un impacto negativo sobre su salud o su estado funcional (*OMS*)
- **Fragilidad:** Deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de capacidad intrínseca (Reserva funcional), lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos. Potencialmente reversible.

Durante el ciclo vital de una persona podemos apreciar como en los primeros años de vida se observa un incremento de la capacidad funcional, y a partir de los 40-50 años se produce un periodo meseta, que

comienza a descender a partir de los 50 años, produciéndose un deterioro de la reserva funcional del paciente; en este momento, será fundamental actuar para que dicha reserva funcional no se vea disminuida, y nuestros pacientes no se vean destinados a presentar discapacidad palpable.

La COVID-19 ha supuesto un empeoramiento de la masa muscular y masa ósea, así como deterioro de la capacidad cognitiva, disminución de estímulos, disminución del contacto social, así como mayores síntomas ansioso-depresivo. Además, se estima que las personas mayores de 85 años pierden tres veces más masa muscular y en la tercera parte del tiempo que las personas jóvenes. Por ello, tras este período, es fundamental que seamos capaces de detectar dicho deterioro, mediante algunas escalas que nos ayuda a dicha detección de fragilidad o pre-fragilidad.

Para dicha detección tendremos 2 métodos:

- **Fenotipo Linda Fried:** se describe mediante el **cuestionario FRAIL**, con 5 sencillas preguntas (¿Está usted cansado?, ¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?, ¿Es incapaz de caminar una manzana?, ¿Tiene más de cinco enfermedades?, ¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?). Según los resultados, clasificamos a los pacientes en: robusto, prefrágil o frágil.
- **Short Physical Performance Battery (SPPB):** basado en 3 pruebas: test equilibrio, test de la marcha (3-4 metros) y Stand-Up. Además, valoraremos el riesgo de caídas, que nos aportará una información más concreta, de cara a poder "clasificar" a nuestros pacientes y hacer las recomendaciones necesarias para conseguir una adecuada recuperación funcional.

Una vez hemos detectado si nuestros pacientes se encuentran en una situación de fragilidad, pre-fragilidad o autonomía; podremos programar y consensuar con los mismos un programa de ejercicio físico multicomponente que abarque tanto fuerza, resistencia, equilibrio como coordinación. Este programa debe tener una duración mínima de 8 semanas y duración recomendada de 6 meses; debiendo reevaluar tras finalizar dicho programa para poder valorar la mejoría de nuestro paciente.

Durante nuestro taller aportaremos algunas opciones de ejercicio terapéutico para poder recomendarlas a nuestros pacientes, así como algunas herramientas muy útiles e interesantes que sean fáciles de aplicar y nos facilite poder abordar dichos problemas y que las recomendaciones sean adaptadas al resultado de las pruebas que realizaremos previamente para clasificar el estado funcional de nuestros pacientes.

Además, aprovecharemos la ocasión para repasar en qué consiste la COVID persistente, y qué recomendaciones podemos dar a los pacientes afectados por la misma para una correcta recuperación de sus capacidades físicas, funcionales y respiratorias.

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL COVID PERSISTENTE

La COVID persistente es un **síndrome** que se caracteriza por la persistencia de síntomas de COVID-19 semanas o meses después de la infección inicial, o por la aparición de los síntomas tras un tiempo sin ellos, no estando relacionada su aparición con la gravedad de la infección inicial, por lo que puede afectar tanto a pacientes leves como a graves hospitalizados

Afecta a personas de cualquier edad, aunque parece más frecuente en edad media (43 años) y en mujeres (79,8%), aproximadamente el 10% de los pacientes tiene algún síntoma tras 12 semanas de la infección. **Produce un elevado impacto en la calidad de vida, ámbito laboral y social.**

Se han descrito un gran número de síntomas asociados a la COVID persistente, casi 200 síntomas, pudiéndose agrupar los más comunes en 7 grandes grupos: Generales, respiratorios, digestivos, dermatológicos, neurológicos, cardiovasculares y en ojos, oídos y garganta. Este clúster de síntomas puede producir desacondicionamiento físico, fragilidad, disfunción, desarrollo de enfermedades y discapacidad.

Con una tasa de prevalencia del 10% sobre las personas infectadas, a día de hoy con una tasa de infección acumulada de casos no fallecidos podemos estimar en más de 80.000 posibles casos en Andalucía por lo que la intervención desde Atención Primaria es fundamental para la detección de casos y tratamiento precoz; jugando la fisioterapia un papel fundamental como disciplina especializada en la disfunción y el movimiento.

INTERVENCIÓN

Aunque disponemos de cierta experiencia fundamentada en anteriores epidemias de SARS y MERS, donde se objetiva un deterioro de la función pulmonar en el 25-50% de los pacientes entre 6 meses y 2 años tras alta, la COVID-19 parece afectar a más órganos y sistemas produciendo nuevos síntomas que aún no sabemos cuál será su evolución en los próximos años.

Se han desarrollado estrategias para su diagnóstico y tratamiento tanto en Atención especializada como en Atención Primaria, donde la labor del fisioterapeuta debe ser primordial. En casi todos los casos los programas de intervención incluyen programa de Ejercicio Terapéutico que de ben ser desarrollados, tras una evaluación exhaustiva de los pacientes, y prescritas por el fisioterapeuta. Existen herramientas y escalas para establecer indicadores fiables para la derivación precoz a fisioterapia, así como criterios para la estratificación del riesgo en paciente EPOC, cardiópatas y disfunción cognitiva y priorizar así cada caso.

Figura 1. Extraída de la GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE LON COVID/COVID PERSISTENTE, SEMG (2021)

PROGRAMA DE EJERCICIO TERAPÉUTICO

Se ha demostrado ampliamente que el entrenamiento muscular, componente fundamental de los programas de rehabilitación respiratoria (RR), es eficaz para mejorar la tolerancia al ejercicio, la fuerza muscular, la disnea, la fatiga y la calidad de vida, siendo por ello una intervención terapéutica primordial para el abordaje de la disfunción muscular de los pacientes respiratorios.

Los programas deben de incluir varias dimensiones, siendo la educación sanitaria imprescindible para mejorar la adherencia de los pacientes a su programa y empoderarlo en la toma de decisiones y autogestión del autotratamiento.

Su diseño, siguiendo el método FITT (frecuencia, intensidad, tiempo y tipo), se basan en consensos ya muy fundamentados a nivel de fisiología del ejercicio y los beneficios/adaptaciones del entrenamiento físico: ejercicio aeróbico (150-300 minutos semanales distribuidos en 5-6 sesiones semana), ejercicios de fuerza (2-3 sesiones a la semana), ejercicios de movilidad y consideraciones especiales para los programas domiciliarios.

En relación con la presentación o predominio de algunos síntomas (disnea, intolerancia al esfuerzo, fatiga,

etc.); se deben realizar adaptaciones de los programas para alcanzar los objetivos marcados.

Son muchos los beneficios que aportan los programas de ejercicio terapéutico a los pacientes, tales como: mejorar la capacidad pulmonar, la disnea, la tolerancia al esfuerzo, el estado emocional, lo que ayudará a los pacientes a adquirir nuevos hábitos saludables, además de combatir el aislamiento social derivado de la enfermedad, con lo que también mejorarán su Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Manejo integrado de las condiciones musculoesqueléticas más prevalentes en Atención Primaria.

> **Dr. Leiva Cepas, F.**
> **Sr. Cherino Navarro, J.**
> **Sr. Díaz Cerrillo, J.**

Las actuales recomendaciones científicas para el manejo del dolor MSK apuntan hacia una implementación precoz en Atención Primaria de intervenciones no farmacológicas (sobretodo educación, automanejo y ejercicio), farmacológicas, y una limitación en el uso de pruebas de imagen, que no servirán para dirigir los tratamientos, y limitación de derivaciones innecesarias o prematuras a Atención Especializada. En el taller presentaremos una propuesta de Modelo de Atención a estas condiciones en AP, basado en las mejores evidencias disponibles, con un enfoque de atención centrada en el paciente y en un contexto de necesidad de atención sanitaria basada en valor que repercuta en la sostenibilidad del sistema.

Demencia avanzada en Atención Primaria.

> **Dr. Salido de Andrés, E.**
> **Dr. Capilla Díaz, S.**

Resumen actividad

- Prevalencia e impacto de demencia.
- Factores relacionados: ambientales, edad y factores genéticos relacionados con demencia.
- Tipos demencia: alzhéimer, fronto-temporal, vascular...
- Diagnóstico: Test y pruebas complementarias.
- Síntomas más prevalentes y su tratamiento con especial atención a la ansiedad, insomnio, depresión y úlceras por presión.
- Atención al entorno, la familia y redes apoyo externo (asociaciones).

Objetivos:

- Ofrecer una visión global de la actualidad y datos sobre las demencias en España
- Exponer los factores conocidos que se relacionan con la demencia.
- Explicar de forma global los distintos tipos de demencia.
- Acercar al médico de familia a las herramientas y test diagnósticos, así como otras pruebas complementarias necesarias para un correcto diagnóstico de demencia.
- Síntomas y distintas alternativas terapéuticas
- Incidir sobre la necesidad de ofrecer apoyos y asociaciones al entorno de los pacientes con demencia.

La charla se organizó en dos partes, una primera a cargo del Dr. Sergio Capilla se encargo de la definición, tipos, distribución, frecuencia y aspectos genéticos de las demencias.

La segunda parta la lleve a cabo personalmente y es la que paso a resumir:

Tratamiento farmacológico de las demencias:

- Tratamiento de los síntomas cognitivos: disponemos de los fármacos anticolinérgicos (Rivastigmina, Galantamina, Donepezilo) y antiglutaminérgicos (Memantina). Son tratamientos que presentan una limitada utilidad clínica y múltiples efectos secundarios
- Tratamiento de los síntomas conductuales psicológicos de las demencias
- Alteraciones de la actividad: Hiperactividad, agitación, inquietud, Abulia.

- Alteraciones regresivos y negativistas: Negación a comidas y aseos, hiperactividad
- Trastornos del sueño: Alteraciones en fase REM, sueño fragmentado, perdida del ritmo circadiano, deambulación nocturna
- Impulsividad/deshibición: Falto de tacto social, hiperexcitabilidad

Situaciones más frecuentes en las demencias avanzadas

- **Ulceras por presión:** Se producen por aplastamiento tisular entre una superficie ósea y una externa durante un periodo prolongado
- Los factores de riesgo pueden ser fisiopatológicos (déficits nutricionales, alteraciones de conciencia), derivados del tratamiento, situacionales y del entorno
- Para el diagnóstico es preciso una evaluación tanto del estado del paciente como de la lesión.
- En el tratamiento es fundamental extrema las medidas preventivas y el tratamiento del dolor previo a las curas o desbridamiento.
- **Síndrome confusional agudo:** Uno de los trastornos más frecuentes del anciano, produciéndose en un 20-40% de los pacientes ingresados
- Se trata de una urgencia médica y es preciso estar atento en los pacientes de alto riesgo. Para su tratamiento se usan principalmente los neurolépticos (típicos y atípicos)
- **Insomnio:** Control de medidas físicas y psíquicas y evitar en lo posible el uso de BZD.
- **Dolor:** Dolor en el paciente anciano presenta una elevada frecuencia (70% de los mayores de 65 años). En el abordaje del dolor crónico en el anciano es importante tener en cuenta la pluripatologia y polifarmacia, la diferencia farmacocinética de los analgésicos.

Ante todo, paciente con demencia usar principalmente las escalas observacionales para el diagnosticar la intensidad del dolor (Painad), contando siempre con la colaboración del familia.

En el abordaje del dolor en el paciente con demencia debemos tener en cuenta una serie de consideraciones:

- El dolor es un problema a tratar en si mismo
- En el abordaje del dolor se deben de recoger todas las características de este (ALICIA).
- Se debe recoger la influencia del dolor sobre sus capacidades
- Recoger todos los tratamientos usados.
- Tener en cuenta los tratamientos intervencionistas

Abordaje terapéutico de la EPOC basado en la evidencia.

> **Dr. Ginel Mendoza, L.**
> **Dr. Hidalgo Requena, A.**

El proceso de la atención al paciente con EPOC GesEPOC 2021 propone una evaluación del paciente en cuatro pasos: 1) diagnóstico de la EPOC y medidas generales, 2) estratificación del riesgo, 3) selección del tratamiento inhalado según los síntomas y el fenotipo clínico e 4) identificación y abordaje de los rasgos tratables.

Para establecer un diagnóstico de EPOC es necesario cumplir tres criterios: exposición previa a factores de riesgo, síntomas respiratorios y obstrucción en la espirometría post-broncodilatación.

A continuación, se debe evaluar el nivel de riesgo: probabilidad de que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, futuras complicaciones, mayor consumo de recursos sanitarios o mayor mortalidad. GesEPOC propone dos niveles: bajo y alto, según grado de obstrucción medido (FEV1%) post-broncodilatador, nivel de disnea (mMRC) y agudizaciones durante el año previo. Esta clasificación de riesgo no implica derivación entre niveles asistenciales. A mayor nivel de riesgo, mayor necesidad de intervenciones terapéuticas.

En pacientes de alto riesgo se deberá hacer una caracterización fenotípica para guiar el tratamiento farmacológico inhalado.

En cuanto al tratamiento farmacológico inicial, la guía GesEPOC propone un tratamiento basado en la

administración de fármacos inhalados y guiado por síntomas en los pacientes de bajo riesgo y por fenotipo clínico en los de alto riesgo.

Los Broncodilatadores de larga duración (BDLD) son los fármacos de primera elección en la mayoría de los pacientes y a ellos se añaden otros fármacos en el tratamiento de inicio dependiendo del grupo de riesgo y el fenotipo clínico.

El tratamiento del fenotipo no agudizador se basa en el uso de BDLD.

El tratamiento del fenotipo agudizador eosinofilico se basa en la utilización de BDLD combinados con CI.

El tratamiento del fenotipo agudizador no eosinofilico se basa en los BDLD. Los CI pueden ser útiles en algunos casos, aunque su eficacia es menor.

La denominación de rasgo tratable se utiliza para referirse a una característica (clínica, fisiológica o biológica) que se puede identificar mediante pruebas diagnósticas o biomarcadores y que tiene un tratamiento específico. Su identificación permite un tratamiento específico dirigido a las necesidades de cada paciente.

Atendiendo a su relevancia y aplicabilidad, GesEPOC identifica los rasgos tratables más importantes y frecuentes que se deben investigar en pacientes de alto riesgo, con la excepción del déficit de AAT que es un rasgo que se debe investigar en todos los pacientes con EPOC.

La adecuación del tratamiento debe realizarse en cada visita médica, en la que se deberán evaluar posibles cambios en el nivel de riesgo, fenotipo o la aparición de nuevos rasgos tratables. GesEPOC propone utilizar el control de la EPOC mediante la aplicación de una escala diseñada y validada para facilitar las decisiones terapéuticas. El paciente tiene un buen control cuando presenta estabilidad (sin exacerbaciones en los tres meses previos) y un nivel de bajo impacto (bajo nivel de disnea, sin expectoración o expectoración mucosa, uso infrecuente de medicación de rescate y un nivel adecuado de actividad física).

BIBLIOGRAFIA

- *Miratvitlles M, Calle M, Molina J, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) 2021: Actualización Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2021:S0300-2896(21)00103-4. 10.1016/j.arbres.2021.03.005*

Alianza frente al dolor de columna de origen músculo-esquelético.

> **Dra. Sánchez Martínez, I. M.**
> **Sr. Álvarez Rivas, J.**

El objetivo principal de la ponencia, no es otro que el de establecer puentes entre la Medicina de Familia y la Fisioterapia, para poder ofrecer a los pacientes con dolor músculo-esquelético una atención integral y basada en la evidencia de calidad enfocada a la recuperación de la funcionalidad.

Hombro doloroso. Nuevas perspectivas de atención desde MF y desde fisioterapia.

> **Dr. Fernández Rodríguez, J.**
> **Sra. Cañizares Martín, R.**
> **Sra. García Martín, C.**

La prevalencia de las distintas enfermedades que afectan al hombro, hace que sea una de las patologías osteoraticulares más frecuentes en la consulta de atención primaria.

El síndrome de hombro doloroso, síndrome subacromial etc, con las diferentes denominaciones que se le ha dado al término que engloba dolor en la articulación del hombro, son una manera de clasificar a una patología muy frecuente. Las características de esta articulación la hacen muy vulnerable a las patologías degenerativas que provocan entre otras cosas dolor, motivo por el que consultan con gran frecuencia los pacientes.

La patología de hombro incluye diferentes enfermedades y causas, conocerlas y saber hacer una buena exploración son esenciales para hacer un diagnóstico correcto, con el consiguiente tratamiento, elección de exploraciones complementarias y derivaciones si es preciso.

En este taller vamos a repasar la anatomía del hombro, sus características mecánicas y de forma razonada que músculos intervienen en cada movimiento

para establecer donde se encuentran las lesiones. Haremos exploraciones básicas y sencillas para determinar enfermedades y cuáles son las alternativas terapéuticas, exploratorias y de derivación de cada una de las patologías.

Competencias y autonomía profesional del fisioterapeuta:

- Valoración del estado funcional, diagnóstico de Fisioterapia (alteración del movimiento).
- Diseño, dirección y coordinación del plan de tratamiento.
- Evaluación y elaboración de informes, historia clínica. Utilización de procedimientos manuales, materiales y terapéuticos.

Presentación del Plan de renovación de Atención Primaria.

Caso clínico de patología prevalente:

- Esguince de tobillo desde AP: Valoración, exploración y comprobación del BA, BM, integridad de los ligamentos y estabilidad articular

Hombro doloroso Patología prevalente Nuevas directrices basadas en la evidencia científica (Diercks R, Bron C, Dorrestijn O, et al. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. Acta Orthop. 2014;85(3):314-322)

- El diagnóstico de SAPS se puede hacer utilizando solo una combinación de pruebas clínicas.
- El SAPS debería tratarse preferiblemente sin cirugía. •El dolor agudo puede tratarse con analgésicos si es necesario.
- La infiltración subacromial con corticosteroides está indicada para síntomas persistentes o recurrentes.
- Las imágenes de diagnóstico son útiles después de 6 semanas de síntomas. El examen por ultrasonido es la imagen recomendada, para descartar una rotura del manguito rotador.
- La terapia ocupacional es útil cuando los síntomas persisten durante más de 6 semanas.
- La terapia de ejercicio debe ser específica y debe ser de baja intensidad y alta frecuencia, combinando entrenamiento excéntrico, atención a la relajación y la postura, y se puede considerar el tratamiento de los puntos desencadenantes miofasciales (incluido el estiramiento de los músculos).
- No se recomiendan técnicas estrictas de inmovilización y movilización.
- La tendinosis calcificante se puede tratar mediante onda de choque (ESWT) o con aguja bajo guía de ultrasonido (barbotaje).
- La rehabilitación en una unidad especializada se puede considerar en SAPS crónico y resistente al tratamiento, con un componente persistente del dolor.
- No hay evidencia convincente de que el tratamiento quirúrgico para SAPS sea más efectivo que el tratamiento conservador.
- No hay indicación para el tratamiento quirúrgico de los desgarros asintomáticos del manguito rotador.

Enfoque bio-psico-social en el abordaje de la patología y el dolor.

Recomendación del uso de test de valoración al principio y al final del tratamiento para la valoración del progreso.

Importancia de la visión global y la implicación de todas las estructuras en el movimiento.

FLOW MOTION Propuesta de Tratamiento alternativo para algias vertebrales. Experiencia práctica que nos habla de la gran importancia de la cantidad, calidad y fluidez del movimiento en el tratamiento de las algias vertébrales en Atención Primaria. Importancia de la participación de la cintura escapular y pélvica en relación a la movilidad y estabilidad de la espalda

Maniobras de reposicionamiento canalicular en el vértigo postural benigno.

> **Dr. Martín Enguix, D.**

Introducción

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) representa la mitad de los pacientes que presentan un vérti-

go periférico y tiene una prevalencia del 2,4% durante la vida. El riesgo de padecer esta patología aumenta con la edad y en más frecuente en las mujeres.

En cuanto a frecuencia la mayor parte de los VPPB acontecen en el canal posterior (90%), seguidos por el horizontal (9%) y el anterior (1%)

Objetivos:

- Repasar los aspectos fundamentales sobre el VPPB
- Aprender a realizar e interpretar las pruebas de provocación para el VPPB canal semicircular posterior (CSP) y horizontal (CSH)
- Aprender a realizar las maniobras de recolocación para el VPPB CSP

Etiología:

- Idiopático (35%)
- Secundario a otra patología vestibular (30%) como el Sdr Meniére, la neuritis vestibular, el Ramsay Hunt y la Hipoacusia neurosensorial súbita.
- TCE o latigazo cervical previo (15%)
- Relacionado con isquemia. Arteritis de células gigantes, FRCV
- Secundario a cirugía del seno maxilar ¿Vibraciones?
- Enfermedad por descompresión ¿Burbujas de nitrógeno?
- Osteoporosis

Clínica

Episodios recurrentes de vértigo, de duración 1 minuto o menos de duración. Generalmente se desencadenados por movimientos cefálicos (mirar hacia arriba, acostarse / levantarse o voltearse en la cama). Puede ir acompañado de náuseas y/o vómitos y no se acompaña de hipoacusia ni otras manifestaciones neurológicas. Algunos pacientes pueden describir sensación de inestabilidad en intercrisis.

Maniobras

Canal semicircular posterior

- Diagnóstico. Prueba de Dix-Halpike. Sensibilidad 50-88%.
- Tratamiento. Maniobras de Epley. Efectividad del 85%; probabilidad del curarse x37 superior. Predicción de éxito: Visualización del nistagmo. Generalmente aparecen síntomas posteriores como desequilibrio no posicional 2-3 semanas(37%) y como complicación principal es la migración de os otolitos al CS horizontal

Canal semicircular horizontal

- Diagnóstico. Prueba de Pagnini-McClure o rotación cefálica. El inconveniente principal es que ambos canales semicirculares se estimulan bilateralmente
- Tratamiento. Maniobra de Gufoni

Consideraciones tras el tratamiento

- NO hay evidencia científica de recomendaciones postmaniobra: collarín, evitar decúbito lateral, dormir semisentado
- El tratamiento farmacológico (betahistina, sulpirida...) no se recomiendan en el VPPB por su escasa evidencia.
- Se recomienda revisión a la semana
- Consideramos VPPB resuelto si al hacer las maniobras de provocación son negativas (A la semana).

Hepatopatías prevalentes y Atención Primaria.

> **Dr. Atienza Martín, F.**
> **Prof. D. Romero Gómez, M.**

Las hepatopatías producen una importante carga de enfermedad, especialmente en países europeos por la alta prevalencia de los factores etiológicos como diabetes tipo 2, obesidad, consumo de alcohol y he-patitis viral como determinantes de las patologías hepáticas que más influyen en la mortalidad como la cirrosis y el hepatocarcinoma.

En relación a la cirrosis y enfermedad hepática crónica su prevalencia en Europa oscila entre los 447 (Islandia) a los 1.100 (Rumanía) casos por 100.000 habitantes, con un promedio de 833 casos/100.000 habitantes encontrándose un gradiente Este/Oeste en relación a su etiología, predominando el consumo

de alcohol en los países occidentales y la hepatitis viral en los orientales.

El hepatocarcinoma tiene un gradiente Norte/Sur que va desde los 2 a los 15 casos por 100.000 habitantes.

La mortalidad oscila entre las 36 muertes por 100.000 habitantes de Rumanía y las 10 de Noruega e Islandia.

Entre las hepatopatías prevalentes destaca el papel del médico de atención primaria en la detección activa de hepatitis C no tratadas dado que se dispone de un tratamiento curativo eficaz.

Por otra parte, asistimos a otra "pandemia" silenciosa cómo es la enfermedad hepática grasa tanto de origen alcohólico, cómo de origen metabólico (diabetes, obesidad) dada la alta prevalencia estimada del 23-25 % y la potencial evolución desde la esteatosis a la esteato-fibrosis y la cirrosis y hepatocarcinoma.

Es importante que el médico de atención primaria sea consciente de este problema y se propicien intervenciones diagnósticas cómo el uso de fibroscan en sus consultas y terapéuticas, basadas, en este momento, en la abstinencia de alcohol y el control de la obesidad y la diabetes.

Insulinización.

> Dr. Fernández Rodríguez, J.

Como hacer una buena insulinización es esencial para el tratamiento de una enfermedad como la diabetes tipo 2, que además es de gran prevalencia en la consulta de atención primaria.

La diabetes tipo 2 tiene una alta prevalencia en la consulta de atención primaria, además es una de las enfermedades metabólicas que más complicaciones presenta y más deteriora la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Tiene una relación directa con las enfermedades que representan un riesgo cardiovascular elevado lo que hace que la mortalidad en estos pacientes por esta causa sea extremadamente alta.

Se agrupa entre las llamadas enfermedades cardiovasculares como son la hipertensión arterial, las dislipemias y otras enfermedades que hacen aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Sus complicaciones como son las neurológicas, derivadas de la enfermedad arteriosclerótica en forma de ICTUS, la retinopatía diabética, la enfermedad vascular periférica que acaba provocando amputaciones o la enfermedad cardiaca, bien en su forma aguda como pueden ser infartos o insuficiencia cardiaca. Además de los efectos sobre órganos tan importantes como el riñón, hacen que los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo dos sean estrechamente vigilados y controlados.

Sobre estos pacientes se hacen diversos exámenes precisamente para anticiparse o evitar las complicaciones. Exámenes como fondo de ojo, detección de alteraciones en los pies, el llamado "pie diabético y sus cuidados", controles analíticos etc.

La terapéutica en esta enfermedad ha aumentado en los últimos años de forma muy importante, ayudándonos a tener alternativas para cada uno de nuestros pacientes, incluso muchos de estos fármacos nos ayudan a reducir el riesgo cardiovascular que esta enfermedad presenta.

La insulina es unos fármacos que clásicamente se ha usado para esta enfermedad. Hace unos años casi como única alternativa, pero que también ha sufrido cambios y mejoras a lo largo del tiempo. Las insulinas son más seguras y con perfiles que se pueden ajustar más a las necesidades de cada paciente, el tiempo de duración de su efecto, el tiempo de inicio de su efecto, mezclas de distintas insulinas etc.

Si bien es cierto que la terapia con insulina se ha relacionado con el fracaso de tratamientos orales, y por consecuencia en etapas más avanzadas de la enfermedad, con la siguiente relación con las complicaciones que hacen que este tipo de terapia sea asociada con frecuencia por los pacientes como un tratamiento con complicaciones, incluso relacionado con la muerte.

El hecho de que sea una terapia inyectada también contribuye al rechazo de este tipo de tratamiento por parte de los pacientes. Las precauciones con respecto a los efectos secundarios de su uso, como son el aumento de peso, o el riesgo de provocar hipoglucemias hacen que sea una terapia rechazada en gran cantidad de casos.

Hay que tener en cuenta que la historia natural de la enfermedad hará que la mayoría de nuestros pacientes tengan un déficit total de insulina que provocara que esta terapia sea necesaria en ellos.

Por lo que formar de forma adecuada al profesional para su uso racional, evitar caer en los falsos mitos de la insulina, y no tratar de usarla como "castigo" al paciente es esencial para el éxito de la terapia y del consiguiente beneficio de salud para el paciente.

En este taller se abordará de forma rápida y sencilla los diferentes tipos de insulina que disponemos, las distintas estrategias y las evidencias clínicas que apoyan el uso de las insulinas. Tratar de evitar y resolver los mitos sobre el uso del fármaco y hacer un uso adecuado de la terapia.

Práctico Insuficiencia Cardíaca.

> **Dra. Castillo Moraga, M.**
> **Dra. Cerezo Sánchez, P.**

Resumen

La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud pública. Las guías recientemente publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología han introducido cambios fundamentales en el manejo estos de pacientes, planteando una nueva estrategia de tratamiento con fármacos que frenan la progresión de enfermedad y reducen hospitalizaciones y un abordaje basado en equipos multidisciplinares donde la Atención Primaria cobra protagonismo.

La Insuficiencia Cardiaca en Atención Primaria: magnitud del problema

La enfermedad cardiovascular ocupa más del 50% de las consultas diarias de atención primaria (AP)[1]. La insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud pública y genera una gran carga asistencial, no solo en el ámbito hospitalario sino también en AP. Su prevalencia aumenta de forma exponencial con la edad así como con la comorbilidad asociada[2]. En España la prevalencia de la IC en el año 2019 era del 1,89% de la población mayor de 18 años. Además, la IC es un problema de salud asociado con el envejecimiento y alcanza una prevalencia del 9% de los octogenarios[3].

En la actualidad se dispone de herramientas de diagnóstico y tratamiento que han cambiado la historia del manejo del paciente con IC, y que son de especial utilidad en AP [2,4].

Recientes publicaciones insisten en que el equipo de AP, liderado por el médico de familia puede y debe tomar el protagonismo que le corresponde en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y manejo de las comorbilidades y el acompañamiento del paciente con IC hasta el final de la vida [5,6].

El paciente con IC es un paciente complejo, en el que la optimización del tratamiento, que incluye cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico adecuado tanto para la IC como para el resto de comorbilidades, y el empleo de dispositivos, en su caso, es fundamental para disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y retrasar la progresión de la enfermedad. Las recientemente publicadas Guías Europeas sobre el manejo de la IC [7] aconsejan el trabajo en equipos multidisciplinares con un nivel de evidencia IA.

Concepto y clasificación de la Insuficiencia Cardiaca

En las últimas guías de la ESC [7] se define la IC como un síndrome clínico que se caracteriza por síntomas cardinales (por ejemplo disnea, edema en los tobillos y fatiga) que puede estar acompañado de signos (por ejemplo elevación de presión venosa yugular, crepitantes pulmonares y edema periférico) causados por una anomalía estructural y/o funcional del corazón que provoca una reducción en el gasto cardíaco y/o elevación de las presiones intracardíacas en reposo o durante el ejercicio.

Se emplean numerosos criterios para clasificar correctamente al paciente con IC, tal y como se detalla en la tabla 1.

Diagnóstico de la Insuficiencia Cardiaca en Atención Primaria

El diagnóstico de la IC debe hacerse de manera secuencial, comenzando con una valoración exhaustiva de la historia clínica que incluya los antecedentes personales, familiares y una correcta anamnesis.

Entre los antecedentes más relevantes para presentar IC destacan la cardiopatía isquémica, la

Criterio de clasificación	Tipos
Según el ventrículo afectado	Izquierda, derecha o biventricular.
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)	FEVI reducida: ≤ 40%. FEVI ligeramente reducida: 41-49%. FEVI preservada: >50%.
Clase funcional según la NYHA (New York Heart Association)	I, II, III, IV.
Estado evolutivo (American Heart Association)	A, B, C y D.
Etiología	Isquémica, miocardiopatía dilatada, Hipertensión arterial, valvular, congénita, miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía restrictiva, miocardiopatía.

Tabla 1: Clasificación de la IC en base a diferentes criterios. Adaptada de Seferovic et al [8]

hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la enfermedad renal crónica (ERC), el abuso de alcohol, la quimioterapia o los antecedentes de miocardiopatía, entre otros. La presencia de uno o varios de ellos aumenta la posibilidad de que, ante una clínica típica, el paciente presente IC [5].

La etapa fundamental en el diagnóstico de la IC es la detección de la presencia de síntomas y/o signos más o menos típicos y/o específicos (tabla 2) [5]. El proceso diagnóstico puede resultar complejo debido a que estas manifestaciones también pueden estar presentes en otras situaciones clínicas.

La reciente definición universal de la IC precisa que, además de la presencia de los signos y/o síntomas, el diagnóstico de la IC se corrobore con concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos (PN) y/o la evidencia objetiva de congestión pulmonar cardiogénica o sistémica mediante modalidades de diagnóstico de imágenes o medición hemodinámica en reposo o con provocación [8].

En pacientes con síntomas sugestivos de IC, es muy recomendable la determinación de los PN como prueba diagnóstica inicial, ya que valores inferiores a los de corte descartan, con una alta probabilidad,

Tabla 2: Síntomas y signos típicos de Insuficiencia Cardiaca. Traducida y modificada de Wagner y Dimmeler [4]

Síntomas	Signos
Típicos	**Más específicos**
• Disnea. Ortopnea. • Disnea paroxística nocturna. • Tolerancia al ejercicio disminuida. • Fatiga, astenia, mayor tiempo de recuperación tras el ejercicio. • Hinchazón de tobillo u otras zonas.	• Presión venosa yugular aumentada. • Reflujo hepatoyugular. • Tercer tono cardiaco (ritmo de galope). Desplazamiento lateral del impulso apical. • Respiración de Cheyne-Stokes.
Menos típicos	**Menos específicos**
• Tos nocturna. • Sibilancias. • Sensación de hinchazón. • Pérdida de apetito. • Confusión (especialmente en ancianos). • Decaimiento. Depresión. • Palpitaciones. • Mareo. Síncope. • Bendopnea.	• Aumento de peso (>2 kg/semana). • Pérdida de peso (Insufiencia cardíaca avanzada). Caquexia. • Edemas periféricos (maleolar, sacro, escroto). • Soplo cardiaco. Taquicardia. Pulso irregular. • Presión de pulso estrecha. • Crepitantes pulmonares. • Derrame pleural (matidez a la percusión en bases). • Taquipnea (>16 rpm). • Hepatomegalia. Ascitis. • Extremidades frías. Oliguria.

el diagnóstico de IC y FEVI reducida (IC-FEr), aunque no excluyen el diagnóstico de IC-FEp. En el ámbito ambulatorio esto adquiere especial relevancia cuando se desconoce la etiología de la disnea de nueva aparición.

El ecocardiograma transtorácico es una prueba clave en el diagnóstico de la IC, ya que además de aportar información sobre la estructura y función cardiacas, sirve para determinar la medición de la FEVI, parámetro determinante en el momento actual para tomar una decisión terapéutica.

Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca

El uso racional de las nuevas terapias en pacientes con ICC debe ser conocido y adaptado a las diferentes etapas evolutivas de la enfermedad y a aquellos pacientes con condicionantes clínicos concretos.

En los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Crónica, el tratamiento farmacológico persigue los siguientes objetivos:

- Reducir la mortalidad
- Retrasar la progresión de la enfermedad
- Aliviar la sintomatología clínica
- Reducir la frecuencia de descompensaciones e ingresos hospitalarios
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida

Tratamiento farmacológico del paciente con IC y fracción de eyección reducida

Fármacos de primera línea en insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida

En la actualidad la estrategia del manejo farmacológico que ha demostrado mayores beneficios clínicos en pacientes con IC-FEr (FEVI < 40%) incluye 4 grupos terapéuticos: el inhibidor dual de neprilisina y angiotensina (sacubitrilo/valsartán) o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores beta, antagonistas de los receptores mineralcorticoides (ARM) (espironolactona/eplerenona) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT- 2) (dapagliflozina/empagliflozina)[7].

Existe un amplio consenso en la necesidad de iniciar los 4 grupos de fármacos lo más precozmente posible, aunque no sobre cuál debe ser el orden de inicio de cada fármaco, dejando esta decisión a criterio del clínico en función de las características individuales de cada paciente.

Cada fármaco debe titularse hasta alcanzar la dosis óptima o si no es posible, la dosis máxima tolerada por el paciente (tabla 3).

Tabla 3: Titulación de dosis de fármacos para el paciente con IC FEVI r. Traducido y modificado de McDonagh TA, et al[7]. IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARNI: Asociación de un antagonista del receptor de angiotensina II y un inhibidor de la neprilisina; ARM: Antagonistas del receptor mineralocorticoide; iSGLT2: Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2

Subgrupo terapéutico	Fármacos de elección	Dosis inicial	Dosis objetivo
ARNI	Sacubitrilo-valsartán	49/51 mg c/12 h	97/103 mg c/12 h
IECA	Captopril	6,25 mg c/24 h	50 mg c/24 h
	Enalapril	2,5 mg mg c/24 h	10-30 mg c/24 h
	Lisinopril	2,5-5 mg mg c/24 h	20-35 mg c/24 h
	Ramipril	2,5 mg mg c/24 h	5 mg c/24 h
	Trandolapril	0,5 mg mg c/24 h	4 mg c/24 h
ARM	Eplerenona	25 mg c/24 h	50 mg c/24 h
	Espironolactona	25 mg c/24 h	50 mg c/24 h
Betabloqueantes	Bisoprolol	1,25 mg c/24 h	10 mg c/24 h
	Carvedilol	3,125 mg c/24 h	25 mg c/24 h
	Metoprolol succinato	12,5-25 mg c/24 h	200 mg c/24 h
	Nevibolol	1,25 mg c/24 h	10 mg c/24 h
iSGLT2	Dapagliflozina	10 mg/día	10 mg/día
	Empagliflozina	10 mg/día	10 mg/día

El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para detectar pacientes tanto con IC de novo como aquellos ya diagnosticados y que precisen optimizar el tratamiento.

Otros fármacos en insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida

Actualmente los diuréticos no han demostrado reducir ni la mortalidad ni la progresión de la IC. Su uso se recomienda para mejorar la clínica en pacientes con IC que muestran signos o síntomas de congestión. El objetivo es conseguir una situación de euvolemia a la dosis mínima posible.

Otros grupos terapéuticos como ARA-II, ivabradina, digoxina, o la combinación de dinitrato de isosorbida e hidralacina pueden tener indicación en situaciones clínicas concretas en pacientes con IC-FEVI reducida, añadidos a los fármacos de primera línea o en caso de intolerancia a alguno de ellos[7].

Tratamiento farmacológico del paciente con IC y fracción de eyección ligeramente reducida (FEVI lr)

Hasta la fecha no existen ensayos con algún fármaco específicamente diseñados para pacientes con IC-FElr, aunque diferentes estudios han arrojado resultados beneficiosos para pacientes en este rango de FEVI. Tanto el candesartán como la espironolactona han demostrado reducción de hospitalizaciones en pacientes con FEVI < 55%, aunque no de la mortalidad cardiovascular ni global [7]. En este grupo de pacientes se pueden emplear IECA/ARA-II, bloqueadores beta y ARM para reducir su sintomatología y las hospitalizaciones.

Tratamiento farmacológico del paciente con IC y fracción de eyección preservada (FEVI p)

Se han descrito características clínicas diferentes entre los dos perfiles clásicos de pacientes, según la FEVI. Los pacientes con FEVI p suelen ser más frecuentemente mujeres, de edad más avanzada, con menor probabilidad de tener enfermedad coronaria, y con mayor comorbilidad asociada, especialmente hipertensión, diabetes y fibrilación auricular, en comparación con los pacientes con ICFEr. Las hospitalizaciones y muertes de pacientes con ICFElr e ICFEp suelen ocurrir por causas no cardiovasculares[5].

Por esta razón, la búsqueda en estos pacientes de comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares es fundamental. Éstas deben ser tratadas con intervenciones que hayan demostrado que mejoran los síntomas, la calidad de vida y la evolución de los pacientes sin exacerbar la IC.

Hasta la fecha ningún fármaco había demostrado reducir la morbimortalidad de los pacientes con IC FEVI p. Recientemente, el estudio EMPEROR-preserved[9] con empagliflozina ha demostrado una reducción del 21% frente a placebo del objetivo primario compuesto (muerte cardiovascular y hospitalizaciones por IC), en pacientes con IC y FEVI preservada tanto diabéticos como no diabéticos, observándose este beneficio de forma muy precoz.

Manejo de las comorbilidades y atención al paciente con IC al final de la vida

La insuficiencia renal (IR) es una comorbilidad muy frecuente en pacientes con IC y empeora el pronóstico. La prevalencia puede alcanzar el 30% de los pacientes con IC. En pacientes con IC FEVI r, la estrategia de tratamiento basada en la inclusión precoz de los cuatro grupos farmacológicos modificadores de la enfermedad (ARNI/IECA, betabloqueante, ARM, IS-GLT-2) en pacientes con ERC no difiere en esencia del de cualquier paciente con IC [7]. Es necesario monitorizar la función renal y los niveles de potasio sérico 1 ó 2 semanas tras el inicio o el cambio de dosis de INRA/IECA/ARA-II, y en el caso de ARM, a los 2-3 días y a los 7 días. Posteriormente, se deben hacer controles según la estabilidad de la función renal y el estado de congestión, pero por lo general 1 vez al mes los primeros 3 meses y trimestralmente después [6].

La prevalencia estimada de DM2 en la IC puede ser hasta 3 o 4 veces mayor que en la población sin IC. De igual manera, los datos de los ensayos clínicos y estudios observacionales en pacientes con IC demuestran una mayor incidencia de DM2 comparado con los pacientes sin IC.

El tratamiento de la IC es similar al del paciente sin DM2, siendo la presencia de IC un condicionante clínico fundamental a la hora de decidir el tratamiento antidiabético [6].

Los ISGLT-2 han demostrado de forma consistente en los estudios de seguridad cardiovascular un efecto beneficioso de clase sobre la prevención, disminución de hospitalizaciones y reducción de la mortalidad por insuficiencia cardiaca, así como un efecto en la reducción de eventos cardiovasculares en pacientes con ECV establecida. Aunque la eficacia metabólica disminuye al hacerlo el filtrado glomerular, su beneficio sobre la IC permanece al deberse a diversos mecanismos independientes [7].

La FA es la arritmia más prevalente en la IC. Los pacientes con FA e IC independientemente de la fracción de eyección, tienen indicación de anticoagulación, debiendo considerarse los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) como primera opción de tratamiento[7].

Para el abordaje del paciente anciano con IC, la coordinación entre niveles asistenciales, el abordaje multiprofesional y la colaboración con la familia o el cuidador son estrategias fundamentales El médico de familia debe liderar este proceso desde con un enfoque holístico e integral [5,6].

A la hora de establecer un plan terapéutico en estos pacientes es fundamental considerar en primer lugar la fragilidad a través de herramientas validadas para ello e identificar causas reversibles del deterioro clínico.

Los objetivos terapéuticos deben ser establecidos en función de la evaluación pronóstica del paciente y su perspectiva vital, priorizando ante todo la calidad de vida del paciente.

Indicaciones especiales en vacunas del adulto: hepatitis, neumococo, COVID.

> **Dra. Alfaro Greciano, R.**
> **Sra. Espínola García, E.**

Se ha puesto de relieve la importancia del calendario de vacunación del adulto, que ayuda a mejorar la concienciación individual y colectiva sobre el riesgo de contraer patologías infecciosas. En la edad adulta, en los enfermos crónicos y en los inmunodeprimidos, existe un claro déficit formativo y asistencial por parte de los profesionales sanitarios. El profesional médico de atención primaria debe tener una participación activa a la hora de promover la vacunación.

Otro aspecto fundamental para el médico de AP es la vacunación en el adolescente, que ha pasado con 14 años a la consulta del médico de familia y son pacientes que acuden poco a consulta y además es un colectivo de características especiales en cuanto a la vacunación por la edad que tienen y es importante completar vacunaciones que hayan quedado pendientes.

Comentar asimismo la pauta de vacunación recomendada en las embarazadas

Psicoterapia 10 minutos en ansiedad y depresión.

> **Dra. Vargas Díez, J.**
> **Dr. Atienza Martín, F.**

En Atención Primaria, el manejo no sólo farmacológico de pacientes con cuadros anímicos de leve o moderada intensidad es crucial. El aprendizaje en gestión de emociones, y la adquisición de habilidades de comunicación interpersonal, además de la mejoría clínica del paciente, repercute en el correcto uso de los servicios sanitarios y en la mayor satisfacción del médico en la resolución de problemas de la esfera psicosocial. Este taller pretende la adquisición de estas herramientas por parte del profesional, de una manera sencilla y práctica, desde una perspectiva holística (bio-psico-socio-eco-espiritual) del paciente. Así, se expondrán las habilidades en intervenciones cognitivo conductuales indicadas en los trastornos afectivos de ansiedad y depresión.

Dos razones esenciales para que transformes cómo ves y tratas la psoriasis.

> **Dra. Cabrerizo Carvajal, A.**
> **Dr. Ruiz Villaverde, R.**

La psoriasis, junto con la dermatitis atópica, son probablemente las dos dermatosis inflamatorias crónicas más frecuentes en la infancia atendida en dermatología. De hecho, afecta al 4% de los pacientes menores de 16 años atendidos en unidades de dermatología y pediatría.

En cuanto a su etiología, la hipótesis preponderante actualmente postula que la psoriasis es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos

y ambientales que determinan, en última instancia, una respuesta inmunológica y epidérmica aberrante.

Aparte del espectro clínico de manifestaciones cutáneas, las alteraciones inmunitarias encontradas en los pacientes con psoriasis también producen alteraciones sistémicas que ayudan a entender las diferentes comorbilidades que asocia. Muy importantes son comorbilidades como la diabetes mellitus, la hipertensión y la dislipemia (incluidos en los criterios diagnósticos de síndrome metabólico), el hígado graso no alcohólico o la obesidad.

La mayoría son casos leves que se controlan con tratamientos tópicos. En sus formas más graves (hasta un tercio de los casos) se requiere de tratamientos sistémicos para el control de la enfermedad. En este último grupo se incluyen las terapias biológicas, dirigidas selectivamente contra una serie de citocinas clave en el circuito patogénico: el TNFα, las interleucinas 12/23,17 y 23. Estas son muy eficaces en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave y su uso es cada vez mayor.

En esta ponencia aprenderemos a realizar una correcta aproximación diagnóstica, evaluar de forma holística al paciente con psoriasis y entender las diferentes comorbilidades que puede presentar asociadas y finalmente cuando tratar en atención primaria y cuando derivar a atención especializada.

Impacto de los inhaladores en Huella de Carbono.

> **Dr. Alcázar Navarrete, B.**
> **Dr. Sánchez Aranda, C.**

Dado el problema ya constatado por diversos estudios del impacto que suponen los PMDI para el ecosistema y la huella de carbono, tenemos que responder a la pregunta de si además estamos realizando una buena técnica inhalatoria con dichos dispositivos.

Hablando en términos de adherencia, queda demostrado por diversos estudios como el estudio ATAUD que la adherencia a los tratamientos mejora cuanto más fácil es la técnica y menor la cantidad de veces que hay que tomarlo, demostrándose así que en aquellos pacientes que no cumplen dicha adherencia terapéutica, la técnica inhalatoria que llevan a cabo es peor. De igual manera, el número de errores al realizar la técnica aumentan con la gravedad de la afección pulmonar que padezcan (asma/EPOC) así como la edad de los pacientes, siendo relativamente proporcional a estas.

En cuanto a términos de facilidad de uso, existen diversos estudios como el de Plaza V, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018, donde se han ido analizando las diferencias en cuanto a errores cometidos en técnicas inhalatorias en dispositivos de polvo seco y presurizados, objetivándose siempre un aumento de los errores en la práctica de la técnica inhalatora, en especial cuando se usa sin cámara inhalatoria. Este estudio se ha realizado en profesionales sanitarios y pacientes, arrojando datos similares a lo largo de los años hasta prácticamente la actualidad.

En características generales de los dispositivos, destaca la dificultad para llevar a cabo la coordinación en la técnica para el uso de los presurizados, la necesidad de agitarlo antes de usarlos y la existencia de propelentes. En cuanto a los dispositivos de polvo seco, se elimina esta necesidad de coordinar la técnica, pero presentan por lo general un mayor impacto orofaríngeo y no son compatibles con ventilación mecánica. Debemos destacar el uso de cámara si usamos un dispositivo presurizado, en especial en aquellos pacientes que por su patología de base puedan tener serios problemas a la hora de coordinar la inhalación.

Posteriormente, se llevó a cabo un taller práctico donde se mostró como se realizaría la técnica inhalatoria de los principales dispositivos presurizados y en polvo seco

Prevención de complicaciones en personas con diabetes tipo 2.

> **Dr. Mancera Romero, J.**
> **Sr. García Bonilla, A.**

El objetivo del taller es capacitar a los alumnos en la elección de las mejores alternativas terapéuticas, basadas en la evidencia, para evitar la aparición de complicaciones crónicas y agudas en las personas con diabetes tipo 2.

Nos basaremos en el documento "Recomendaciones para la selección del tratamiento farmacológico en diabetes Mellitus tipo 2", realizado por el Grupo de

trabajo Uso Adecuado del Medicamento-Diabetes por encargo de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones, el Plan Integral de Diabetes y la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. En la elaboración del documento han participado las diferentes Sociedades Médicas andaluzas (entre ellas SEMERGEN Andalucía) relacionadas con la atención a las personas con diabetes.

Incidiremos sobre la importancia del abordaje integral de la persona con diabetes (buenos estilos de vida, control de la presión arterial y de los lípidos, etc.).

Propondremos diversas herramientas para su uso en la individualización de los objetivos de control glucémico.

De una manera interactiva analizaremos los criterios clínicos y de eficiencia para la selección de los fármacos de los diferentes grupos terapéuticos (metformina, sulfonilureas, glinidas, glitazonas, iSGLT2, iDPP4, arGLP1 e insulinas).

Se prestará especial atención a los objetivos de control y al abordaje terapéutico en el paciente frágil y mayor, teniendo en cuenta que una gran proporción de los pacientes con diabetes se encuadran en ese grupo.

Anafilaxia y manejo del autoinyector de adrenalina.

> **Dra. García Claros, A.**
> **Dra. Fernández de Alba Porcel, I.**

La anafilaxia es una emergencia clínica que los profesionales sanitarios necesitan ser capaces de diagnosticar inmediatamente para poder iniciar el tratamiento adecuado de la forma más rápida posible.

Se produce como consecuencia de la liberación explosiva de sustancias, entre las que destaca la Histamina, por parte de los mastocitos y basofilos que inducen los síntomas típicos de una reacción alérgica.

Esta reacción es motivada por la unión de un alérgeno (fármaco, alimentos, picaduras de insectos, ...) a una IgE existente en la superficie de las células del sistema inmunitario.

La anafilaxia afecta entre 3.2 y 30 individuos por cada 100.000 personas y año. Esto significa que en España por ejemplo cada año pueda haber entre 1.500 y 15.000 reacciones anafilácticas, con una mortalidad entre 1 y 300, que podrían evitarse con un buen diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. No existe ninguna prueba médica que la pueda confirmar o descartar en el momento y ante su sospecha se debe realizar el tratamiento adecuado e instruir al paciente para su cuidado con los autoinyectores de adrenalina que evitaran una posible reacción mortal mientras se deriva al alergólogo que realizará las pruebas pertinentes para poder llegar a un diagnóstico de presunción y evitar recaídas futuras, de ahí a importancia de este taller para el Médico de Familia, primera vía de entrada para el reconocimiento de esta patología potencialmente mortal.

Ecografía.

> **Dra. Segura Grau, A.**
> **Dr. Martín Enguix, D.**
> **Dra. Briones Barreiro, M.**

La importancia de la ecografía en cualquier especialidad médica es actualmente indiscutible. En los últimos años se está implantando en atención primaria otorgando a la especialidad una herramienta fundamental para mejorar la asistencia a los pacientes. Para un médico de atención primaria, la incorporación de la ecografía a su actividad diaria supone un complemento perfecto a la anamnesis y la exploración física y también permite avanzar en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Además, en el ámbito de la medicina rural puede, en muchos casos, evitar desplazamientos innecesarios, orientar mejor al paciente y mejorar la capacidad resolutiva del médico. Es por esto por lo que la formación en esta técnica es imprescindible para hacer un adecuado uso de la misma, conocer sus indicaciones, su utilidad en las distintas patologías y, en el caso del taller que se va a impartir en el congreso de Semergen Andalucía, obtener algunas habilidades necesarias para realizar una ecografía abdominal básica.

Cirugía Menor.

> **Dr. Sánchez Aranda, C.**
> **Sr. García González, J.**
> **Dr. Herrera Fernández, F.**

En los últimos años existe un intento por parte de la Administración, pero también motivado por el deseo de los profesionales de Atención Primaria de prestar una atención más integral a los usuarios, de crear equipos con interés especial por el desarrollo de la cirugía menor en Atención Primaria, como de hecho ya está ocurriendo en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) donde ya está siendo incluido en el Contrato Programa de algunos Centros de Salud.

El presente Taller tiene como objetivo el facilitar a los médicos de Atención Primaria los conocimientos teórico-prácticos básicos y las habilidades mínimas para iniciarse en la práctica de técnicas de cirugía menor, lo que les permitirá efectuar suturas tanto en el plano cutáneo como en el plano subcutáneo tras una correcta valoración de las heridas, conocimiento de las zonas anatómicas de riesgo y de las técnicas de anestesia.

El programa teórico constará de unas breves pinceladas sobre el diagnóstico de las lesiones cutáneas, principalmente benignas, susceptibles de tratamiento con técnicas de cirugía menor en Atención Primaria. Así, por ejemplo, se estudiarán en este apartado los quistes dermoides, los fibromas blandos, la queratosis actínica y seborreica, las verrugas vulgares, los nevus y los queloides. Dentro de este mismo apartado, se hablará de una patología bastante frecuente y fácil de resolver en este nivel asistencial, como es la patología ungueal, y a nivel de Urgencias, el tratamiento de heridas y abscesos.

Es esencial que el médico de Atención Primaria que va a realizar cirugía menor, tenga conocimiento del instrumental básico a manejar, así como del material de sutura (tipos de hilo, calibre, agujas...etc). Un capítulo aparte merece la anestesia local, como uno de los pilares de la cirugía menor. Se estudiarán los anestésicos locales más frecuentes, así como sus presentaciones farmacológicas, dosis tóxicas y técnicas de aplicación.

Por último, y enlazando ya con el programa práctico, que será, como no puede ser de otra forma, al que dediquemos la mayor parte del tiempo, aplicaremos sobre modelo tisular las principales técnicas de sutura, así como de realizar nudos y las soluciones a pequeños problemas (heridas anfractuosas, irregulares, orejas de perro, tensión...etc).

Urgencias.

> **Dr. Romero Morales, F.**
> **Dra. Sánchez González, M.**
> **Dra. Navarro Arco, C.**

Esta formación tratará de aportar los conocimientos y destrezas para poder realizar una primera atención cualificada de la parada cardiorrespiratoria (PCR), arritmias cardíacas y traumatismos graves.

Con la estructura de estaciones de urgencias simultáneas, por las que rotarán todos los alumnos, se realizarán talleres eminentemente prácticos de técnicas de: aislamiento de la vía aérea, manejo de arritmias cardíacas y movilización en inmovilización de pacientes politraumatizados.

Los alumnos al finalizar la formación deben ser capaces de:

1. Identificar una PCR.
2. Conocer y aplicar los fundamentos básicos y avanzados de la resucitación cardio-pulmonar (RCP).
3. Realizar la intubación orotraqueal (IOT)
4. Conocer las alternativas a la intubación endotraqueal (mascarilla laríngea)
5. Identificar y tratar las arritmias graves.
6. Aprender técnicas de movilización e inmovilización en politraumatizados (PLT).

MESAS

Ayudándote a investigar. Presentación del "Programa para el Fomento de la Investigación en Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía".

> **Dr. Caro Bautista, J.**
> **Dr. Mancera Romero, J.**

ANTECEDENTES: La Atención Primaria dispone de todos los elementos para poder desarrollar una investigación de calidad, con una potencial transferencia de los resultados obtenidos a la práctica clínica. Sin embargo, tradicionalmente la investigación en AP es, en términos de grupos, investigadores y actividad, prácticamente testimonial en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía. A los problemas generales para el desarrollo de actividad investigadora, en el caso de la atención primaria se describen, como causas singulares de la escasa actividad investigadora, la alta presión asistencial, la lejanía del mundo académico, la dispersión de los profesionales con las dificultades que dicha situación conlleva para la coordinación, las dificultades para competir por recursos generales (no específicos para AP) y las dificultades para la obtención de apoyo y asesoramiento. **OBJETIVO:** Divulgar las acciones que, dentro de la Estrategia de I+i en Salud 2020-2023, se están desarrollando específicamente en Atención Primaria. **CONTENIDOS:** Descripción de las 4 acciones y actividades que se están llevando a cabo en el marco del Programa de Mejora de la Investigación en Atención Primaria: 1) Implementación del Itinerario Formativo en Metodología de Investigación, 2) Elaboración de un registro de investigadores de AP por área de expertía y localización, 3) Desarrollo de la Red de Investigadores en AP de Andalucía y 4) Elaboración del Plan de Incorporación de los grupos de AP a los Institutos de Investigación. **DISCUSIÓN:** La Atención Primaria en Andalucía tiene la entidad suficiente para disponer de una Red de Investigadores que conformen grupos competitivos en convocatorias de financiación y que generen producción.

Calendario vacunal en Andalucía, CV adulto.

> **Dr. Ocaña Rodríguez, J.**
> **Dr. Peis Redondo, J.**

Este programa de vacunación sistemática, a lo largo de toda la vida, vigente desde el 3 de Noviembre de 2021, recoge las dosis necesarias para hacer frente a 14 enfermedades y se sitúa, tal y como recalca el propio documento, "en uno de los calendarios de vacunaciones más avanzados actualmente, tanto a nivel nacional como internacional, redundando esta circunstancia "en una mejor salud de la población residente en Andalucía".

Las novedades principales respecto al calendario de 2020 son las siguientes:

- Inclusión de la vacuna frente al meningococo B 4CMenB (Bexsero®) desde el 1 de diciembre de 2021, a todos los lactantes nacidos a partir del 1 de octubre de 2021, con la pauta de 3 dosis: primovacunación con dos dosis, a los 2 y 4 meses de edad, y una dosis de refuerzo a los 15 meses de edad (esquema 2+1).
- En relación con la vacunación frente a papilomavirus en chicas de 12 años, con rescate de 13 a 18 años de aquellas parcialmente o no vacunadas, cambio de preparado, comenzando a emplearse únicamente la de 9 genotipos (Gardasil 9®).
- Ampliación de la edad de vacunación sistemática frente a neumococo en adultos: todas las personas nacidas a partir de 1951 que tengan 60 años o más. Es decir, desde 60 a 70 años en 2021 (de 60 a 71 en 2022).
- Respecto a la vacunación antigripal, empleo únicamente de preparados tetravalentes en todos los grupos indicados.
- Autorización para coadministración de vacunas de gripe con vacunas de neumococo o gripe. También con Tdpa en embarazadas.
- Se han incorporado nuevas tablas y anexos.
- Se han actualizado los datos del apartado de coberturas vacunales.

Atención integral a las personas con Diabetes Mellitus 2 en la situación actual.

> **Dr. Mancera Romero, J.**
> **Sra. Gálvez Ramírez, F.**
> **Dr. Hormigo Pozo, A.**
> **Dr. Sandoval Codoni, J.**

Durante la situación de pandemia por COVID-19 la atención a las personas con patologías crónicas se ha visto afectada por diferentes factores: dificultad de acceso a los centros sanitarios, desconocimiento de los circuitos, miedo, sobrecarga asistencia de los profesionales. Además, se han producido cambios evidentes en la actividad asistencial con una disminución de las visitas presenciales y un aumento espectacular de las visitas telefónicas. Por otra parte, el seguimiento, control, cribado y vacunaciones de los pacientes en Atención Primaria se redujeron significativamente.

En este contexto surgen varias iniciativas para el seguimiento y control de las personas con enfermedades crónicas. En el caso concreto de la diabetes son de destacar el documento elaborado por la redGDPS "Protocolo Tele-Consulta pacientes con DM2" y el Programa "Reconnet" auspiciado por MSD.

En la mesa se hablará sobre las consultas telefónicas y las presenciales, se presentarán estrategias para abordar ambas modalidades y se darán pautas para priorizar la atención a los pacientes en función de sus situaciones particulares.

Abordaremos las mejores opciones terapéuticas adaptadas a la situación actual basándonos en las Guías de Práctica Clínica y en los perfiles individuales de los pacientes. Analizaremos las "Recomendaciones para la selección del tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2" del SAS.

El papel primordial de la enfermera en el seguimiento y control de las personas con diabetes será analizado con detalle.

Por último, se presentarán diversas experiencias llevadas a cabo en diferentes ámbitos (rural y urbano) que pueden servir de ayuda a los asistentes a la mesa para adaptarlos a su realidad asistencial.

SEMINARIO

Estos nervios, no son intensos, pero no me dejan vivir.

> **Dr. Gasull Molinera, V.**
> **Dr. Alcalá Partera, J.**

Ansiedad normal versus ansiedad patológica.

Diagnóstico diferencial de las categorías diagnósticas más frecuentes de ansiedad según CIE-11.

Opciones farmacológicas y no farmacológicas más recomendables para los trastornos de ansiedad.

Comunicaciones

Médico de familia

576/8. DEXAMETASONA EN PACIENTES NO HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Autores:

Martínez - Zaldivar Moreno, M.[1], Espinosa Barta, P.[2], Aguilera Maestre, E.[3], Navarro Ortiz, N.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Introducción (incluyendo objetivos)

El papel de la dexametasona en la fase inicial y su influencia sobre la segunda fase no está bien establecido, pudiendo ser incluso perjudicial al poder producir un aumento en la carga viral del SARS-CoV-2. Recientemente se ha publicado una serie de casos de pacientes hospitalizados por COVID-19 que habían recibido tratamiento ambulatorio con dexametasona, haciéndose una llamada a su uso con precaución en estos grupos de pacientes .

El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas, analíticas y radiológicas y la evolución clínica final de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 que no tenían criterios de neumonía grave y por tanto, no requirieron ingreso hospitalario inicial, y que recibieron tratamiento con dexametasona.

Material y métodos

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que se les prescribió tratamiento con dexametasona desde Atención Primaria, en la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2, sin criterios iniciales de gravedad. Describimos las características clínico-demográficas y los datos radiológicos y analíticos de tormenta de citoquinas, así como su evolución final.

Resultados

Se incluyeron un total de 9 pacientes, 6 mujeres y 3 hombres con una edad media de 56,6 (34-74) años. El motivo de consulta fue en todos los casos fiebre, con un tiempo medio desde inicio de los síntomas hasta su consulta de 4 (2-7) días. Todos los pacientes presentaron una relación entre saturación de oxígeno y fracción inspirada de oxígeno mayor de 450. De ellos, 5 pacientes presentaron hallazgos radiológicos compatibles con COVID y en 4 no se observaron infiltrados. Ningún paciente presentaba datos analíticos de síndrome de tormenta de citoquinas. La dosis de dexametasona recomendad fue de 6mg/d durante 7 días. En tres casos se requirió ingreso hospitalario, dos al tercer día y uno al cuarto del inicio de la dexametasona, resolviéndose el proceso intrahospitalario con pulsos de corticoides y antibióticos, sin necesidad de oxigenoterapia de alto flujo, ni de ventilación mecánica.

Conclusiones

El uso de dexametasona en pacientes con infección SARS-CoV-2 sin criterios de ingreso hospitalario no parece prevenir el riesgo de evolución a formas más graves. En ausencia de más datos, no parece recomendable el uso de dexametasona en esos casos, salvo que se requiera por otros motivos.

576/17. EFICACIA DE LA VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19 EN MUJERES GESTANTES DE ANDALUCÍA

Autores:

Martín Enguix, D.[1], Guisasola Cárdenas, M.[2], Sánchez Cambronero, M.[3], Hidalgo Rodríguez, A.[4], Quitián Martín, A.[5], López Chávez, D.[6]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Realejo. Granada, (5) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bellavista. Cájar. Granada, (6) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada

Introducción (incluyendo objetivos)

La COVID-19 puede afectar al embarazo, al parto y la lactancia. Al inicio de la campaña de vacunación hubo controversias acerca del balance riesgo-beneficio en las gestantes, ya que los estudios de seguridad se hicieron posteriormente a los de la población general. Nuestros objetivos fueron: Conocer porcentaje de gestantes vacunadas en Andalucía y analizar la eficacia de esta vacunación mediante el cálculo del riesgo de ingreso hospitalario y estancia en UCI.

Material y métodos

Estudio de cohortes prospectivo con mirada hacia atrás. Se incluyeron todas las gestantes de Andalucía a día 30 de Julio de 2021 (n=57.151). Obtuvimos los datos de hospitalización por COVID-19 en gestantes y se registró si habían sido o no vacunadas y si tenían una dosis o la pauta completa.

Resultados

57.151 gestantes; 30.147(53%) no vacunadas y 27.004(48%) vacunadas. Entre las vacunadas 11.961(21%) tenía una dosis y el resto: 15.043(26%) tenían la pauta de vacunación completa. De las 39 gestantes hospitalizadas por COVID-19 hubo un mayor número de no vacunadas (38) frente a las vacunadas (1), P<0,001; riesgo relativo 34(4,67-247.91 IC95%;P<0,001). En cuanto a ingreso en UCI sólo hubo 6 gestantes y ninguna estaba vacunada, P=0,06). Riesgo relativo 9,8(0,54-178,19 IC95%;P=0,12).

Conclusiones

El día 30 de Julio de 2021 menos de la mitad de las gestantes de Andalucía tenían al menos una dosis de vacuna frente a la COVID-19. Una de cada cuatro embarazadas tenían la pauta completa y una de cada cinco sólo una dosis. La vacuna ejerce un efecto protector frente a la hospitalización por COVID-19 en embarazadas; las gestantes no vacunadas tienen un riesgo de ser hospitalizadas por COVID-19 34 veces superior frente a las que si lo están. También, hubo un número mayor de gestantes no vacunadas ingresadas en UCI. Desde el ámbito de la atención primaria es prioritario concienciar a las mujeres gestantes de los beneficios de la vacunación frente al COVID-19 ya que el balance riesgo-beneficio en esta población es favorable.

576/28. INFORMACIÓN OFICIAL EN SALUD FRENTE A LA DESINFORMACIÓN

Autores:

Reyes Requena, M.[1], Reyes Requena, M.[1], Fernandez Reyes, A.[2], López Ramón, I.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Cabimer. Sevilla

Introducción (incluyendo objetivos)

Es importante conocer los lugares que brindan información en salud. La desinformación en un problema clave para las sociedades democráticas contemporáneas. A comienzos de 2020 la pandemia de COVID19, se convirtió en foco destacado de la desinformación a escala global.

OBJETIVOS: General -Identificar y contribuir a fomentar, el uso de información en salud. Específicos-Describir el problema de la desinformación.-Determinar el rol de la OMS, ONU y Ministerio de Sanidad de España en la producción y difusión fiable sobre salud.-Analizar la información que producen y difunden.-Realizar propuestas que contribuyan a potenciar la difusión de esta información institucional en diferentes ámbitos y colectivos.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema en estudio así como un análisis de los sitios web de estos organismos oficiales de salud mas representativos para nuestro país , dicho análisis incluye sus características, prestaciones y contenido. Se

han examinado los tipos de documentos y recursos publicados por estas tres instituciones en diferentes formatos en contraposición con la desinformación y proliferación de faje news y bulos.Finalmente se proponen algunas estrategias para luchar contra este preocupante problema.

Resultados

Las tres Organizaciones se caracterizan por su prestigio, neutralidad y carentes de intereses, priorizando la información de autores reconocidos, cuyos contenidos hayan sido redactados por personas expertas en el tema, la información que difunden es lógica, sin contradicciones, aportando datos suficientes y estando debidamente referenciada, contrastan con diferentes fuentes para valorar con excelencia la información en salud que difunden, tratan de adaptar la información a ciudadanos de su ámbito geográfico o país y confirman que la información este actualizada.

Conclusiones

La información errónea en redes sociales puede tener efectos adversos en la salud publica, debido a la pandemia de la COVID 19, este problema de desinformación cobra mayor protagonismo y probablemente en futuros debates públicos en torno a asuntos científicos y médicos, volverán a aflorar parecidos fenómenos de desinformación.Debido a la magnitud del problema el papel de los organismos oficiales (OMS, ONU y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) es fundamental en la propagación de información actualizad y fiables sobre temas de salud.

576/206. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES E IMPACTO SOBRE LA PRESIÓN HOSPITALARIA

Autores:

Gascón Jiménez, J.[1], Lázaro Marmol, J.[2], Aguilera López, M.[3], Fonseca Del Pozo, F.[4], Romero Rodríguez, E.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Director de Salud. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba., (2) Director de Cuidados. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba, (3) Enfermera. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (4) Gerente. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba

Introducción (incluyendo objetivos)

Una de las causas de una mayor presión hospitalaria en la pandemia por COVID-19 han sido los ingresos desde centros residenciales. El objetivo de este estudio es disminuir la presión hospitalaria por ingresos COVID-19 en pacientes institucionalizados tras puesta en marcha de un protocolo de actuación proactivo en centros residenciales.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo en centros residenciales desde septiembre de 2020 hasta marzo 2021. La muestra de estudio fue la totalidad de usuarios institucionalizados positivos por COVID-19 y sus contactos estrechos.

El periodo comprende dos olas epidémicas, septiembre de 2020 y enero de 2021, dónde en la primera no había protocolo y en la segunda sí. En él se incluyen la valoración continúa por los equipos asistenciales incluyendo fines de semana, monitorización de constantes y síntomas y la instauración de tratamiento en fases precoces de la enfermedad.

La variable principal fue el número total diario de ingresos hospitalarios en pacientes COVID-19 positivos provenientes de centros residenciales con independencia de la causa y el número de casos positivos en cada residencia.

Resultados

El protocolo de seguimiento se presentó a todos los profesionales el 29 de septiembre, fecha a partir de la cual se estableció el manejo, seguimiento y tratamiento a emplear en los pacientes institucionalizados con resultados de COVID-19 positivos así como los criterios de ingreso y traslado a hospital.

Se analizaron 52 residencias con un total de 2737 residentes, durante el periodo 01/09/20 al 30/03/21, que a su vez se dividió en 3 periodos: inicial del 1 al 28 de septiembre, intermedio del 29 de septiembre

al 3 de noviembre y final del 4 de noviembre al 31 de marzo.

La media de ingresos producidos en el periodo inicial, intermedio y final fueron 10,96 (±13,10), 12,78 (±10,40) y 4,47 (±4,30), respectivamente. Se obtuvieron diferencias significativas al comparar los ingresos registrados en el periodo inicial e intermedio (p<0,001) y los ingresos producidos entre el periodo intermedio y el periodo final (p=0,013)

Conclusiones

Se demuestra que un protocolo de seguimiento proactivo en la valoración y atención de pacientes COVID+ en centros residenciales permite disminuir la presión hospitalaria de ingresos de pacientes institucionalizados.

576/249. USO INADECUADO DE UN QUERATOLÍTICO TÓPICO. INSEGURIDAD E INEFICIENCIA

Autores:

Moreno Ruiz, P.[1], Espejo Pérez, B.[1], Garcia Ruiz, T.[1], Gonzalez Guitia, M.[2], Fernández Oropesa, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Caniles. Caniles. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Caniles. Caniles. Granada, (3) Farmacéutico. Hospital de Baza. Baza. Granada

Introducción (incluyendo objetivos)

La base para el uso adecuado de un medicamente es la ficha técnica de la AEMPS. Hay una presentación de diclofenaco a dosis queratolítica (30 mgr/G), con una sola indicación autorizada el diagnóstico de queratosis actínica, y otra antiinflamatoria (11mg/G), ambas en gel y que aparecen juntas en el programa informático, una financiada y otra no..

Observamos que había indicaciones en urgencias y hematologia, sin patología dermatológica diagnosticada asociada.

Comunicamos la situación a farmacia y elaboramos un diseño para hacer estudio con el fin de determinar si esta era una situación habitual o una observación que hubiéramos detectado en nuestra práctica clínica de forma casual.

Material y métodos

Listado de todas las indicaciones realizadas en el toda el Área de salud en los 12 meses previos

Selección de una muestra aleatorizada del total de indicaciones que fuera representativa

Valoramos el diagnostico al inicio de indicación de la medicación y el origen (especialidad) de la misma

Resultados

Sobre una muestra de 550 usuarios diferentes con indicación en los últimos 12 meses, se escogieron 50 pacientes y 5 de reserva.

La distribución por sexo fué del 50%, la distribución por edad fué del 4% menores de 25 años, 18% entre 25 y 55 años, 16% entre 55 y 75 años, y un 62% mayores de 75 años.

Un 40 % de la muestra tenia registrado en su historia el diagnóstico de queratosis actínica.

Un 28 % de las indicaciones habían sido valoradas e iniciada la indicación por dermatología.

El 60 % no tenian la indicación correcta. Se iniciaron por procesos dolorosos o inflamatorios.

De estos el 46 % se inicaron en urgencias, un 46 % por su médico de familia y un 8% por hematologia.

Un 6% tenia recogidos en su historia episodios de irritación dérmica relacionados con el uso inadecuado de la medicación.

Conclusiones

Más de la mitad de las indicaciones iniciadas en nuestra Área de salud no se adecúa a la indicación de ficha técnica.

Este uso es inadecuado e ineficiente. Generando yatrogenia innecesaria.

Debemos ser más preciso en el uso adecuado de los medicamentos por su ficha técnica para mejorar la seguridad y la eficiencia.

576/263. APLICACIÓN DE CRITERIOS STOPP EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO EN ÁMBITO RURAL

Autores:

Moreno Ruiz, P.[1], Casares Gomez, N.[1], Lorenzo Hernandez, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Caniles. Caniles. Granada, (2) Enfermera. Consultorio Local Caniles. Caniles. Granada

Introducción (incluyendo objetivos)

Hay medicamentos que siguiendo las guias de uso seguro de medicación generan más riesgo que beneficio en su uso diario en pacientes con edad avanzada, al no adecuarse a indicaciones estrictas o al usarse de forma no razonable más tiempo del que preciso, lo que conduce a generar incremento de riesgo no preciso

En nuestra practica diaria asistimos a una residencia socio sanitaria, nos planteamos valorar el uso inadecuado de algunos medicamentos usando como guia algunos de los criterios STOPP.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal

Selección de los items STOPP que vamos a valorar en los pacientes de la residencia

Valorar a los paciente que han estado ingresados en el último año.

Revisión del uso inadecuado de estos tratamientos los paciente igresados en nuestro centro sanitario

Valorar según estos criterios de necesidad o eimina-ción de estas indicaciones.

Resultados

Se han atendido algunos de forma mantenida y otros un periodo de ese tiempo a 60 pacientes, con una edad media de 78 años, con distribución por sexo de un 44% de hombres y un 56% de mujeres.

Usaban más de 150 mg de AAS diario un 45 % de los pacientes.

Habían usado más de 8 semanas IBP un 90 %, sólo el 20 % tenían en su historia razón clínica diagnósticos (ERGE y/o gastritis o ulceras) que justificaran su uso diario. En un 55% se justificaba por el uso de AINEs (AAS u otros)

Utilizaban AINEs junto con antihipertensivos en un 10 % de los pacientes

Existia un uso prolongado de benzodiazepinas en el 55% de los pacientes.

Presentaban duplicidades un 20 % , de éstos el 50 % usaban más de una benzodiazepina, un 25 % usaban 2 antihipertensivos del mismo tipo (diuréticos), un 10% usaban dos beta adrenergicos y un 15% usaban tratamientos redundantes para el dolor y coadyuvantes no recomendables en uso conjunto

Conclusiones

Debemos de mejorar el uso seguro de tratamiento en pacientes frágiles

Hay un uso excesivo de benzodiacepinas en nuestro centro sociosanitario

Se abusa del uso de IBP sin adecuarse a las indicaciones estrictas para su uso

576/365. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES EPOC EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:

Hidalgo Martín, F.[1], Guzmán Quesada, E.[1], Martín Nicás, C.[1], Goreva, A.[1], Moreno Sánchez, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga

Introducción (incluyendo objetivos)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial con una alta prevalencia. En el último año debido a la pandemia por COVID-19 se ha visto mermado el seguimiento de los pacientes EPOC.

El objetivo de este estudio fue analizar las características sociodemográficas de los pacientes EPOC de un centro de salud rural durante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 142 pacientes. Los datos se recogieron de la historia de salud informatizada de los pacientes incluidos en el PAI EPOC.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años incluidos en PAI EPOC.

Variables de estudio: sexo, edad, hábito tabáquico, intervención antitabáquica avanzada, grado de disnea, realización de espirometría en al año previo, exacerbaciones moderadas o graves, ingresos hospitalarios en año previo, vacunación antigripal y neumocócica.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los datos a través del programa informático SPSS® v23.

Resultados

La edad media fue 72 ± 11,5 años. La prevalencia de la patología fue superior en hombres (78%) que en mujeres (22%) (IC 95% 70-84).

El hábito tabáquico estaba registrado en el total de pacientes estudiados, habiendo 84 (59%) no fumadores (IC 95% 50-66) y 58 (41%) fumadores. Recibieron intervención antitabáquica avanzada 58 (41%). No se realizaron espirometría en el último año 123 pacientes (86%) (IC 95% 80-91).

En cuanto al grado de disnea medido por la escala mMRC presentaron el 47% disnea grado 0-1 y el 53% disnea grado ≥ 2. 67 pacientes (74%) presentaron exacerbaciones moderadas y 21 (15%) graves, con necesidad de ingreso hospitalario 15 pacientes (11%).

Se vacunaron de gripe 111 pacientes (78%) (IC 95% 70-84) y 81 (57%) recibieron vacuna antineumocócica (IC 95% 48-64).

Conclusiones

La edad media y la prevalencia de la patología está en concordancia con los estudios previos. La intervención antitabáquica estuvo ajustada a los pacientes fumadores. El registro del grado de disnea mMRC fue difícil de encontrar en la HC, estando presente en las consultas de neumología. La realización de espirometría ha sido uno de los puntos débiles del estudio que puede deberse a la pandemia causada por COVID-19.

576/369. SEGUIMIENTO Y MANEJO DE LOS PACIENTES EPOC EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:

Hidalgo Martín, F.[1], Guzmán Quesada, E.[1], Martín Nicás, C.[1], Goreva, A.[1], Moreno Sánchez, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga

Introducción (incluyendo objetivos)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa importante de morbimortalidad con una alta prevalencia. Actualmente supone la cuarta causa de muerte en el mundo y la OMS estima que será la tercera en el año 2030.

El objetivo de este estudio fue analizar el seguimiento y tratamiento de los pacientes EPOC de un centro de salud rural.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 142 pacientes. Los datos se recogieron de la historia de salud informatizada de los pacientes incluidos en el PAI EPOC.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años incluidos en PAI EPOC.

Variables de estudio: edad, sexo, espirometría en último año, grado de disnea mMRC, estratificación del riesgo, fenotipo, adherencia al tratamiento, tratamiento inhalado.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los datos a través del programa informático SPSS® v23.

Resultados

La edad media fue 72 ± 11,5 años. La prevalencia de la patología fue superior en hombres (78%) que en mujeres (22%) (IC 95% 70-84).

No se realizaron espirometría en el último año 123 pacientes (86%) (IC 95% 80-91). En cuanto al grado de disnea medido por la escala mMRC presentaron el 47% disnea grado 0-1 y el 53% disnea grado ≥ 2.

La estratificación del riesgo estaba anotado en el 35% de los pacientes estudiados. Estaban diferenciados por fenotipo agudizador 37 (26%) y no agudizador 105 (74%) (IC 95% 66-80). No se diferenciaba dentro del fenotipo agudizador entre eosinofílico o no eosinofílico.

No presentaban registro de adherencia al tratamiento 95 pacientes (67%) (IC 95% 58-74). En los pacientes con tratamiento permanente, la opción farmacológica más empleada fue la doble broncodilatación LABA+CI 49 (35%).

El tratamiento más usado en fenotipo no agudizador fue LABA + CI (22%) y en el agudizador LABA + CI (12%), seguido de triple terapia LAMA+ LABA + CI (7%).

Conclusiones

La edad media y la prevalencia de la patología está en concordancia con los estudios previos. La realización de espirometría en el último año fue muy deficiente. Pacientes en tratamiento con CI no tenían indicación según las nuevas actualizaciones de la guía GesEPOC.

576/394. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES VALORADOS EN URGENCIAS HOSPITALARIA

Autores:

Abril Rubio, A.[1], Abril Rubio, J.[2], Arjona González, P.[1], Salmerón Portela, P.[3], Sanuy Perdrix, I.[4], Paniagua Gómez, F.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga, (2) Enfermero. Hospital General Universitario de Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga, (4) Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga

Introducción (incluyendo objetivos)

Los médicos residentes de Medicina Familia y Comunitaria (MFyC) ejercen su formación en el área de policlínica de Urgencias hospitalarias durante el primer año de residencia. Nuestro objetivo fue analizar algunas características de las personas que acudieron a urgencias de un Hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes asignados a médicos residentes de MFyC durante la jornada de guardia en la puerta de urgencias de un hospital de 3º nivel. Datos recogidos de la historia clínica digital e informes de urgencias. Cuatro meses de los años 2019 y 2020 previo a la declaración del estado de alarma por la pandemia COVID-19. Variables: demográficas, clínicas y farmacológicas. Medidas de frecuencia. Se consideró un nivel de significación de α=0,05. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 209 pacientes, 109 varones (52%, IC95%: 45-59). Edad media de 54 ±21 años (mínimo 15 y máximo 92). Entre los antecedentes personales destacaban 77 pacientes con HTA (36%, IC95%: 29-43), 33 con diabetes (16%, IC95%: 11-21) y 41 con dislipemia (19%, IC95%: 14-24). Los diagnósticos más prevalentes fueron de patología infecciosa 47 pacientes (22%, IC95%: 17-28), seguidas de procesos digestivos en 36 pacientes (17%, IC95%: 12-22) y los procesos musculoesqueléticos en 30 (14%, IC95%: 10-19). Se realizaron pruebas complementarias en 146 pacientes (69%, IC95%: 14-24); muestras de laboratorio en 105 (51%, IC95%: 44-58), y Rx tó-

rax en 54 (26%, IC95%: 20-32). En la resolución de los casos 162 pacientes (78%, IC95%: 72-84) fueron dados de alta a domicilio, 35 pacientes (14%, IC95%: 9-19) requirió derivación a consultas externas y 8 pacientes (4%, IC95%: 1-7) ingresó en el hospital.

Conclusiones

Los diagnósticos infecciosos fueron los más habituales. En la mayoría de los pacientes se solicitó alguna prueba complementaria. Solo una escasa minoría requirió ingreso hospitalario.

576/395. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DIABETES

Autores:

Abril Rubio, A.[1], Arjona González, P.[1], Hidalgo Martín, F.[2], Sanz Ortega, T.[3], Sanuy Perdrix, I.[4], Salmerón Portela, P.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. AGS Málaga-Axarquía. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurin el Grande. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga, (4) Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga

Introducción (incluyendo objetivos)

Nuestro objetivo fue analizar la influencia del estado de pandemia COVID-19 en relación al registro de exploración y constantes, petición de análisis y la utilización de servicios en personas con diabetes atendidas en un centro de salud.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado en los años 2019 y 2020. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 2663. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 216 pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Centro de salud urbano. Variables: demográficas, exploración, constantes y consultas de medicina y de enfermería. Medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación de α=0,05. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 216 pacientes. Varones 113 (52%, IC95%: 45-58). Media de edad de 68±13 años (más en mujeres 71 vs 66, p=0,014). Duración media de12±7 años.

La exploración de los pies pasó de 25 (11%, IC95% 7-16) antes de la pandemia a 10 (4%, IC95% 2-8) durante la pandemia (disminución del 60%, p=0,002). La retinografía pasó de 42 (19%. IC95% 14-25) a 19 (9%, IC95% 6-13), disminución del 53% (p=0,014). El peso se registró en 108 pacientes (50%, IC95%: 43-56) antes de la pandemia y en 56 (26%, IC95%: 20-32) durante la pandemia (disminución del 49%, p=0,004). El registro de la presión arterial pasó de 113 (52%, IC95%: 45-58) a 56 (26%, IC95%: 20-32), disminución del 51% (p=0,03). Había constancia de petición de hemoglobina glicada antes de la pandemia en 168 pacientes (78%, IC95%: 71-82) y durante la pandemia en 148 (68%, IC95%: 62-74), disminución del 12%. Las visitas al médico pasaron de 6,16±4 a 6,29±5 (aumento del 2%) y las visitas a la enfermera pasaron de 1,9±4 a 1,73±4 (reducción del 9%).

Conclusiones

Durante la pandemia se produjo una reducción significativa en la exploración y en el registro de constantes de las personas con diabetes. Hubo un discreto aumento en las visitas del médico.

576/397. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS COV-2 DESDE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Autores:

Quintero Perez, E.[1], Aguayo Sánchez, C.[2], Chacon Caso, P.[3], Zuza García, E.[3], Jurado Mancheño, M.[3], Alonso Gallardo, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria SCCU. Hospital Virgen de Valme. Sevilla., (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Norte Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción (incluyendo objetivos)

Creamos desde el servicio de urgencias hospitalarias del Hospital Virgen de Valme, una consulta para realizar seguimiento telefónico a pacientes con neumonía por COVID-19 sin insuficiencia respiratoria, evitando el ingreso de inicio. Nuestro objetivo principal es valorar si ingresan los pacientes incluidos en la consulta y secundariamente conocer otros parámetros de la población (distribución, días de sintomatología, tiempo de seguimiento, tratamiento, parámetros analíticos...).

Material y métodos

Previo a la inclusión en la consulta, se confirma infección por SARS-CoV2, se realiza analítica y radiografía de tórax y se tienen en cuenta ítems clínicos y socio demográficos. Los médicos de urgencias se encargan de las revisiones telefónicas hasta que se supere el periodo de riesgo.

Realizamos un estudio descriptivo observacional retrospectivo transversal. Incluimos todos los pacientes de la consulta sin aleatorización desde el 13 de enero al 31 de marzo de 2021. Estudiamos las variables sexo, edad, días de síntomas en la primera consulta, diagnostico radiológico, motivo de ingreso, días de síntomas al ingreso, ingreso en UCI, éxitus, días de síntomas al alta, número de revisiones y días de seguimiento en la consulta. Realizamos una tabla de Excel con los datos de diraya, estación clínica, visor de radiografías y analíticas. Utilizamos el programa R 4.0.3. para el análisis estadístico.

Resultados

Obtuvimos una muestra de 161 pacientes (51,2% mujeres y el 48,7% hombres) con una edad media de 52 años. Sólo el 20,7% ingresó (día 10 de enfermedad) a pesar de que el 52% presentaba neumonía bilateral. De estos el 12,5% precisó atención en UCI. El 1,9% del total falleció. De media, consultan a los 7,5 días de síntomas. Los días en seguimiento han sido 5,3 precisando la mayoría 2 revisiones y siendo dados de alta en el día 15,9.

Conclusiones

La telemedicina es herramienta de uso diario, fácil de aplicar y económica. Nuestro proyecto se inicia y se desarrolla por el servicio de urgencias con un feedback positivo de nuestros compañeros de atención primaria y del hospital, ya que se optimizaron los recursos hospitalarios y el seguimiento no recayó sobre su médico de familia disminuyendo la carga asistencial.

576/56. PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN DE RIESGO ALTO

Autores:

Hervás Jeréz, J.[1], Hervás Molina, A.[2], Ruíz Moruno, F.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Especialista en Gastroenterología. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Introducción (incluyendo objetivos)

El cáncer colorrectal (CCR) es neoplasia más frecuente del aparato digestivo y segunda más habitual en mundo occidental, tras pulmón en varones y mama en mujeres. Se considera pertinente plantear la utilidad de la colonoscopia en pacientes con anteceden-

tes familiares (AF) de CCR primer grado. Además otros objetivos como: analizar adecuación intervalos seguimiento con colonoscopia, estudiar tasa pólipos, adenomas, displasias alto grado y CCR en sucesivos controles. Observar relación hallazgos con variables demográficas. Desarrollar implantación Unidad de Alto Riesgo de CCR que enlace Digestivo con Atención Primaria y centralice este grupo pacientes, evaluando coste-utilidad y efectividad.

Material y métodos

Estudio con base poblacional, observacional, descriptivo y longitudinal que incluye pacientes con domicilio en área sanitaria Centro Córdoba (España) con al menos un antecedente familiar de CCR en primer grado a los que se les realiza una colonoscopia basal y seguimiento entre 2012 y 2017. Se analizan criterios de calidad, procedencia petición pruebas, características de lesiones halladas y grupo de pacientes. Se aplican criterios de Guía Europea (ESGE) y Americana (AGA) de Calidad. Estudio estadístico SPSS 15.

Resultados

640 colonoscopias (8,15% del total de las exploraciones bajas). 85,5% petición de Aparato Digestivo de Hospital Reina Sofía de Córdoba. Edad media: 49,4 años, 56,1% mujeres. 90% exploración completa. 16,4% preparación inadecuada. Cinco casos cuadro vasovagal. 24,4% pacientes presentan pólipos, de los cuales: 53,5% son adenomas, 5,5% adenocarcinoma, 1,5% displasia de alto grado, 26,4% hiperplásicos. 14,8% no recuperados de pólipos extirpados. 69,8% colonoscopias sin hallazgos patológicos. Media por paciente: 1,85 pólipos, 65,9% distal. Coste total: 77.900,8 euros. Reducción de coste motivado por CCR de 3.336.000 euros a 145.000 en colonoscopia 10 años.

Conclusiones

El CCR es neoplasia susceptible ser prevenida. Realización periódica de colonoscopias mediante intervalos es útil en reducción incidencia y mortalidad por CCR en población con AF primer grado de CCR. Demostrada importancia y efectividad de medidas prevención CCR en población alto riesgo, es fundamental creación una UAR-CCR entre Hospitales y Centros de Salud para reducción de impacto del pronóstico y calidad de los vida pacientes.

576/309. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TRATADAS CON ISGLT2 Y AGLP1 EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Abril Rubio, A.[1], Arjona González, P.[1], Salmerón Portela, P.[2], Sanuy Perdrix, I.[3], Abad Sánchez, S.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Introducción (incluyendo objetivos)

El uso concomitante de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1) es relativamente reciente y poco utilizado en Atención Primaria. Nuestro objetivo fue analizar algunas características de las personas con diabetes mellitus tratadas al mismo tiempo con iSGLT2 y aGLP1 en un centro de salud.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado diabetes y en tratamiento con iSGLT2 y aGLP1. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 64 pacientes. Centro de salud urbano. Año 2020. Variables: demográficas, clínicas y farmacológicas. Medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación de α=0,05. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de los 64 pacientes, 32 varones y 32 mujeres. Edad media de 62 años (mínimo 27 y máximo 79). Duración de la diabetes 14 años (1-45). Media de 10 fármacos (2-20). Fumaban 11. Había hi-

pertensión arterial en 55 y dislipemia en 53. Las complicaciones más prevalentes fueron la enfermedad renal diabética (17), retinopatía (10) y neuropatía (8). La enfermedad coronaria (9) fue la complicación macrovascular más prevalente. Tomaban metformina 54. Estaban tratados con insulinas 35 pacientes. Dentro de los iSGLT2 el más usado fue empaglifozina (32), canaglifozina (18) y dapaglifozina (14). El aGLP1 más utilizado fue dulaglutide (42), seguidos de semaglutide y liraglutide (11 cada uno de ellos). La prescripción del tratamiento fue realizada por especialistas hospitalarios en 49 pacientes y el seguimiento se hizo por especialistas hospitalarios en 44 pacientes. En ninguna de las variables analizadas se encontraron diferencias entre ambos sexos.

Conclusiones

La hipertensión arterial y la dislipemia estaban presentes en casi todos los pacientes. Las complicaciones microvasculares fueron las más habituales. Metformina fue el hipoglucemiante más usado. Empaglifozina (iSGLT2) y dulaglutide (aGLP1) fueron los más utilizados. La prescripción y el seguimiento se realizó predominantemente por el especialista hospitalario.

Palabras clave

Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud; Hipoglucemiantes.

576/310. EFECTIVISAS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL USO CRÓNICO DE BENZODIACEPINAS. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO

Autores:

Ruíz Granado, M.[1], Ferrer López, I.[2], García-Delgado Morente, A.[3], Murillo Fernández, M.[3], Castro Torres, M.[4], Atienza Martín, F.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Farmaceutica de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud, (3) Farmacéutica Comunitaria. Sevilla, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Fuentes de Andalucía. Fuentes de Andalucía. Sevilla, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Introducción (incluyendo objetivos)

El consumo crónico de benzodiacepinas de manera inadecuada según las guías de práctica clínica supone un problema de salud pública dado que se estima una prevalencia entre el 10-15% de la población adulta.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de una intervención educativa en el ámbito de la atención primaria para el abandono de la toma prolongada de benzodiacepinas

Material y métodos

Diseño: ensayo clínico aleatorizado controlado

Emplazamiento: centro de salud urbano

Criterios de inclusión: pacientes con uso de benzodiacepinas superior a 6 meses en el último año y que aceptaran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado.

La muestra se obtuvo para una precisión del 90% y un nivel de confianza del 95% y una diferencia esperada del 20%. Se aleatorizaron mediante tabla de números aleatorios, 126 individuos a grupo de control o de intervención

Intervención: envío postal de una carta informativa sobre benzodiacepinas con invitación a dejar el consumo crónico. Se oferta la posibilidad de consejo de médico de familia, enfermera de familia o farmacéutico comunitario.

El grupo de control recibió el manejo habitual por su médico de familia.

Análisis estadístico: descriptivo e inferencial con estimación de la diferencia de proporciones mediante chi-cuadrado

Resultados

126 individuos en total (63 en cada grupo), 71,4% mujeres con una edad media de 68,2 años (DE: 12,5)

La indicación de la benzodiacepina fue:

insomnio (73.9%)

ansiedad (43.5%);

otras (17,2%)

El tiempo medio de uso: 43,7 meses (rango: 7-120)

No hubo diferencias entre el grupo de intervención y el de control en ninguno de estos parámetros.

A los doce meses de la intervención permanecían consumiendo benzodiacepinas el 65% de los pacientes del grupo control y solo el 47% del grupo de intervención lo que supone una diferencia del 18% (p= 0,031)

Conclusiones

Una intervención educativa postal consigue la deshabituación el uso crónico de benzodiacepinas en 1 de cada 5 pacientes intervenidos.

Esta intervención puede ser aplicada tanto presencialmente por profesionales del centro de salud o de farmacias comunitarias como por vía postal.

576/317. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TRATADAS CON AGLP1 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Arjona González, P.[1], Abril Rubio, A.[1], Sanuy Perdrix, I.[2], Salmerón Portela, P.[3], Paniagua Gómez, F.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Introducción (incluyendo objetivos)

Nuestro objetivo fue analizar algunas características de las personas con diabetes mellitus tratadas con agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1) en un centro de salud.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado diabetes y en tratamiento con aGLP1. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 217. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 161

pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Centro de salud urbano. Año 2020. Variables: demográficas, clínicas y farmacológicas. Medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación de α=0,05. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 170 pacientes, varones 88 (52%, IC95%: 44-59), edad media de 61±10 años. La duración media de la enfermedad fue de 14±7 años. Fumaban 22 (13%, IC95%:8-18). Tenían hipertensión arterial 138 (81%, IC95%: 74-86) y dislipemia 123 (72%, IC95%: 65-78). Las complicaciones más prevalentes fueron la enfermedad renal diabética 45 (26%, IC95%: 20-33), la retinopatía 20 (12%, IC95%: 7-17), la enfermedad isquémica coronaria y la neuropatía con 16 (9%, IC95%: 5-14). Los fármacos más usados fueron metformina 127 (75%, IC95%: 67-80), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) 83 (49%, IC95%: 41-56) e insulinas 74 (43%, IC95%: 36-51). El aGLP1 más utilizado fue dulaglutide 95 (56%, IC95%: 48- 63), seguido de semaglutide 41 (24%, IC95%: 18-31) y liraglutide 33 (19%: IC95%: 14-26). El médico de familia indicó el tratamiento en 44 (26%, IC95%: 19-32) y realizó el seguimiento en 58 (34%, IC95%: 27-41). Los varones presentaron más infartos (15%-4%, p=0,012) y más insuficiencia cardiaca (8%-1%, p=0,004) y en las mujeres había más depresión (30%-10%, p=0,001).

Conclusiones

La hipertensión arterial y la dislipemia estaban presentes en casi todos los pacientes. Las complicaciones microvasculares fueron las más habituales. Metformina fue el hipoglucemiante más usado. Dulaglutide fue el aGLP1 más utilizado. La prescripción y

el seguimiento se realizó predominantemente por el especialista hospitalario.

576/319. PERFIL DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C NO TRATADOS Y "PERDIDOS EN EL SISTEMA"

Autores:

Castro Torres, M.[1], Ruíz Granado, M.[2], Asensio Sánchez, C.[3], Atienza Martín, F.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Merced. Osuna. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Introducción (incluyendo objetivos)

La hepatitis por virus C (VHC) es una entidad curable con el tratamiento con antivirales directos, por ello es importante identificar los pacientes no tratados. El objetivo de este estudio es determinar el perfil de los pacientes con diagnóstico de hepatitis C no tratados.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: centros de atención primaria de un área hospitalaria

Metodología:

- Población y muestra: se selecciona toda la población con serología VHC positiva de la base de datos poblacional de Andalucía, perteneciente a un área hospitalaria y se cruza con la de pacientes tratados de esa área. De los 870 pacientes con serología positiva se identifican 170 potencialmente tratables.
- Mediciones e intervenciones: se estudian variables demográficas, factores de riesgo de hepatitis C y comorbilidades presentes
- Técnicas de análisis: se realiza estadística descriptiva.

Resultados

Edad media: 56,9 años (DE; 10,8)

20,6% mujeres

Factores de riesgo:

- Consumo de tóxicos: 69,4%
- Cirugía: 13,5%
- Desconocido 12.35%
- Inmigrantes 1.76%
- Transfusión 0.59%
- Hombres Sexo con Hombres 1.18%

Comorbilidades principales

- VIH 44.71%
- Diabetes 11.76%
- HTA 20.00%
- Asma/EPOC 11.18%
- Ansiedad 12.35%
- Hepatitis Crónica/Cirrosis 8.24%
- Cáncer en general 6.47%

Conclusiones

La identificación de pacientes con hepatitis C no tratada es importante en atención primaria por la posibilidad de curación con tratamiento.

Esta identificación se facilita por el uso de big data y está focalizada en el tramo de edad entra 40 y 60 años con algún factor de riesgo.

576/323. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATITIS C NO TRATADA

Autores:

Castro Torres, M.[1], Ruíz Granado, M.[1], Asensio Sánchez, C.[2], Atienza Martín, F.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Introducción (incluyendo objetivos)

la hepatitis por virus C (VHC) es una entidad con riego evolutivo de desarrollar cirrosis y posteriormente hepatocarcinoma en un porcentaje no despreciable de casos. El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados a mortalidad en pacientes con infección por virus de la hepatitis C (VHC) no tratados.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal

Emplazamiento: centros de atención primaria de un área hospitalaria

Metodología

Población y muestra: se identifican los pacientes con VHC + no tratados, mediante el cruce de los datos de la base de datos poblacional de la Consejería de Salud y la base de datos de pacientes tratados en el área hospitalaria de estudio. Se obtienen 365 pacientes no tratados, de los cuales 195 son fallecidos.

Variables estudiadas:

- Demográficas
- Factor de riesgo de VHC
- Comorbilidades

Análisis estadístico: estadística descriptiva e inferencial mediante análisis bivariante con t Student para la comparación de medias y chi-cuadrado para la de proporciones, tras comprobar las condiciones de normalidad. Análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple.

Resultados

Las variables que presentaron diferencias con significación estadística en el análisis bivariante fueron:

- Edad media (vivos vs fallecidos): 56,9 vs 66,3 p= 0.00005
- % mujeres:20,6% vs 35,9%p= 0.001
- Consumo de tóxicos69,4% vs 52,3%p= 0,001
- Cirugía13,5% vs 23,6%p= 0,02
- VIH/SIDA44,7% vs 18,5%p<0,0000001
- Diabetes11,8% vs 22,6%p= 0,01
- Ansiedad12,4% vs 3,6%p= 0,003
- Enfermedad Renal Crónica3,5% vs 8,7%p= 0,04
- Hepatitis crónica/cirrosis8,2% vs 31,8%p< 0,0000001
- Cáncer6,55 VS 23,1%p= 0,00001
- Hepatocarcinoma0% vs 11,3%p= 0,00001
- El análisis multivariante mostró como variables independientes la edad y las comorbilidades VIH/SIDA, hepatitis crónica/cirrosis y cáncer.

Conclusiones

determinados factores demográficos y comorbilidades se asocian a la mortalidad en pacientes con hepatitis C. La posibilidad de detener la evolución natural de la hepatitis C mediante tratamiento con antivirales directos es importante dado que los factores evolutivos de la enfermedad se asocian con la mortalidad.

Proyectos de investigación

Médico de familia

576/39. CRIBADO ECOGRÁFICO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Martín Enguix, D.[1], Sánchez Cambronero, M.[2], Guisasola Cárdenas, M.[3], Hidalgo Rodríguez, A.[4], López Chávez, D.[5], Quitián Martín, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Realejo. Granada, (5) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada

Introducción

Durante los últimos años se observa un incremento en la incidencia del aneurisma de aorta abdominal (AAA) relacionado, sobre todo, con el envejecimiento poblacional. Esta patología se asocia a una elevada mortalidad (85-90%), sobre todo cuando se produce la rotura del aneurisma. Al existir un tratamiento reparador que disminuye esa mortalidad, el diagnóstico precoz es fundamental. El objetivo primario de este estudio es valorar la utilidad de la ecografía en nuestras consultas de atención primaria (AP) para el diagnóstico precoz del AAA. Según estudios previos, los hombres de 65 a 75 años son los más beneficiados de la realización de un screening ecográfico, ya que en este tramo de edad es cuando más alta es la prevalencia(4.2-8.8%) y cuando más posibilidad de éxito en el tratamiento hay. En cambio, en los mayores de 75 años, el riesgo de las complicaciones derivadas de una intervención supera los posibles beneficios de una detección precoz, por lo que no se recomienda su cribado. Asimismo, tampoco se recomienda en las mujeres, ya que la prevalencia de esta patología es muy inferior respecto a los varones.

Objetivos

Valorar la utilidad de la ecografía en nuestras consultas de AP para el diagnóstico precoz del AAA". Conocer la prevalencia de AAA, en nuestro medio, en hombres de entre 65 y 74 y compararla con la prevalencia a nivel nacional. Analizar los factores de riesgo relacionados con el AAA y sus comorbilidades. Tratar precozmente a los pacientes diagnosticados de AAA. Conocer las características principales de nuestra población de hombres de 65 a 74 años.

Diseño experimental

Estudio multicéntrico, descriptivo prospectivo transversal.

Emplazamiento

Muestreo aleatorio de todos los hombres de entre 65 y 74 años de edad, elaborando un listado de 373 posibles participantes y otro listado aleatorio de participantes sustitutos. Se contactaría telefónicamente con los seleccionados para citarlos, realizar la anamnesis, completar datos y realizar la ecografía. Serán sustituidos (utilizando el orden del listado de participantes sustitutos) aquellos participantes con criterios de exclusión (ya diagnosticados de AAA, no responden a la llamada telefónica, no acuden a la cita programada o rechazan participar en el estudio). Los pacientes con diagnóstico de patología aneurismática serían derivados a cirugía vascular para valoración.

Material y métodos

Según la base de datos de Servicio Andaluz de Salud, en nuestra provincia hay unos 12.600 hombres de 65 a 75 años. Por tanto, necesitaríamos un tamaño muestral de 373 pacientes(margen de error del 5% y con IC del 95%). Teniendo en cuenta que la prevalencia de AAA en este tramo de la población está situada entre el 4,2% y el 8,8%, esperaríamos diagnosticar entre 16 y 33 casos de AAA en nuestro estudio.

Aplicabilidad

Criterios de inclusión: varones entre 65 y 74 años. Criterios de exclusión: pacientes diagnosticados pre-

viamente de AAA. Personas dependientes, que no puedan acudir a realizarse el estudio ecográfico. No firmar el consentimiento informado de participación en el estudio.

Aspectos ético-legales

El estudio ha sido valorado y aprobado por el Comité Ético Local. Previa realización de la prueba se llevaría a cabo un consentimiento informado por escrito y oral de los participantes.

Médico residentes

576/147. ISGLT2 ¿NOS AYUDAN EN ATENCIÓN PRIMARIA AL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR? ADECUACIÓN, SEGURIDAD Y RESULTADOS DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (ISGLT2) EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Martín Romera, R.[1], Martínez Navarro, I.[2], Quintana Prego, R.[1], Franco Cobo, J.[3], Guerrero Cano, C.[4], Lupiáñez Ramírez, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada

Introducción

La seguridad en el uso de medicamentos en pacientes crónicos requiere individualizar, considerar criterios de recomendación y monitorizar su utilidad y seguridad clínica. El uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) para el tratamiento de la diabetes ha sido recomendado por sociedades científicas y guías de práctica clínica por sus potenciales beneficios en control glucémico y en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, significando un incremento de uso relevante.

(2) BMJ septiembre 2021 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34518273/)

(1) Diabetes Care 2021 Jan; 44 (Supplement 1):S4-S6. https://doi.org/10.2337/dc21-Srev

Objetivos

(1) Estimar la magnitud de prescripción de ISGLT2 en los diabéticos con ISGLT2 de un centro de salud urbano (2) Describir el perfil demográfico, clínico y farmacológico de los diabéticos con ISLT2 y su adecuación a criterios de recomendación clínica (3) Valorar los cambios glucémicos y cardiovasculares tras introducción de los ISGL2; así como los efectos adversos registrados, abandono y desprescripción a lo largo de un año.

Diseño experimental

Observacional con revisión restrospectiva de la historia clínica digital (HCD) siendo el marco temporal de estudio los años 2020 y 2021.

Emplazamiento

Unidad asistencial que integra dos centros y un consultorio adscritos del Distrito Granada Metropolitano. Población de referencia de 24491 habitantes de nivel socioeconómico medio-alto.

Material y métodos

La población de estudio la conforman 172 Diabéticos tipo 2 con prescripción de ISGLT2 a inicios de 2021. De la Historia clínica digital se recabará información de la dimensiones y variables de estudio. (1) Perfil demográfico y clínico: género, edad, tabaco, obesidad, hipertensión arterial, dislipemias, enfermedad cardiovascular (IAM, ictus) amputación, fragilidad, hospitalización por insuficiencia cardíaca, enfermedad renal diabética, obesidad. (2) Perfil farmacológico (metformina y otros antidiabéticos) (3) Efectos adversos como infecciones del tracto urinario, molestias digestivas, cetoacidosis y fracturas óseas. (4) Resultados de beneficio cardiovascular valorando cambios antes y después del fármaco: Cifras de tensión arterial sistólica y diastólica, peso, glucemia (mg/dl), HbA1c, albuminuria(mg/dl), tasa de filtrado

glomerular (ml/min/1,73m2) y riesgo cardiovascular (Score).

El análisis de datos se realizará con el software estadístico R. Se articulará análisis descriptivo y analítico exploratorio de carácter univariante, bivaríante y multivariante a fin de minimizar potencial confundentes.

Las limitaciones inherentes al diseño (secuencia temporal, marco temporal 2020 y 2021 y datos retrospectivos), obliga a interpretar los resultados con cautela.

Aplicabilidad

En un enfoque de calidad, prescripción y seguridad este proyecto aportará conocimiento inicial de los ISGLT2 en el ámbito de la atención primaria; siendo la proyección ampliarlo a otros Centros de salud del Distrito Sanitario y generar una cohorte de diabéticos con ISGLT2 en primaria para lo que se ha solicitado autorización.

Aspectos ético-legales

Solicitado en plataforma PEIBA dictamen al comité de ética de investigación y declaración de interés a la dirección gerencia del Distrito Sanitario. El proyecto dispone de procedimiento y compromiso rubricado de confidencialidad, protección de datos y confidencialidad; y explícito compromiso con principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y respeto a pacientes en cualquier etapa de la investigación.

Casos clínicos

Médico de familia

576/19. PICADURAS QUE NO LO SON TANTO

Autores:

Fernández Carranco, C.[1], Gómez Vargas, F.[2], Monsalvo Moro, M.[1], Borrás Estrada, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 16 años que consulta por aparición de lesiones cutáneas en forma de supuestas picaduras en región pretibial bilateral.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se aprecian lesiones cutáneas nodulares en forma de placas eritematovioláceas sobreelevadas circulares de 1.5 cm de diámetro dolorosas al tacto. Se toman imágenes mediante la aplicación Capptura y se realiza teleconsulta con Reumatología ante la sospecha de eritema nodoso, asimismo se solicita analítica con perfil inflamatorio e inmunológico así como prueba de Mantoux. En relación a las pruebas analíticas sólo destacó muy leve elevación de VSG (36 mm/h) y PCR (28.9 mg/dL), tanto la autoinmunidad como el Mantoux fueron negativos, por este motivo y dado que el paciente no había introducido fármacos nuevos ni había presentado procesos infecciosos concomitantes, se descartaron causas secundarias del eritema nodoso resolviéndose el caso como eritema nodoso primario cuyo tratamiento consiste en AINEs.

Juicio clínico

Eritema nodoso

Diagnóstico diferencial

Eritema nodoso versus Picaduras de insecto versus Enfermedad de Beçhet versus Sarcoidosis

Comentario final

Nos pareció un caso interesante, pues es una patología que no solemos encontrar en la práctica clínica habitual y compartir este tipo de casos hace que todos podamos aprender el modo de actuar ante una situación similar. El eritema nodoso primario es un cuadro que aparece sin antecedentes infecciosos y consiste en aparición de lesiones nodulares eritematovioláceas no ulceradas de predominio en región pretibial bilateral, en un primer momento el paciente puede dudar sobre la naturaleza de las lesiones al impresionar en ocasiones de posibles picaduras, sin embargo la no resolución y el dolor persistente suelen acabar haciendo que el paciente acuda a consulta. Es importante ante este tipo de lesiones descartar causas subyacentes de las lesiones, ya que, éstas pueden ser manifestaciones de otras enfermedades como tuberculosis, sarcoidosis o enfermedad de beçhet.

Bibliografía

- *Torralba-Morón Á, Alda-Bravo I. Causas de eritema nudoso en pacientes ingresados en un hospital español de tercer nivel. Actas Dermosifiliogr. 2020; 111(8): 683-687.*
- *Singer R, Özekinci S. Etiological factors and histopathological features in erythema nodosum: a 6-year retrospective cross-sectional study. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat. 2021; 30(2): 57-61.*

576/27. DEBILIDAD TRAS CONSUMO DE OPIÁCEOS. NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE.

Autores:

Martín Mañero, C.[1], Martín Riobóo, E.[2], Gallo Fernandez, C.[3], Morales Delgado, N.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real.

Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 72 años con antecedentes de DM2, DLP, HTA, vitíligo, hipotiroidismo, IAMSEST. Cirugías: estenosis del canal lumbar y cáncer de próstata. Consulta telefónica: debilidad generalizada tras incremento de dosis de buprenorfina (unidad del dolor). Se indica retirada progresiva del parche y revisión. 3 días después acude a urgencias por persistir sintomatología confirmando diagnostico inicial como efecto secundario de los mórficos. 10 días después rellamada telefónica: persisten síntomas. Cita presencial. Acude a consulta. Inspección: cabeza y cuello flexionados con imposibilidad para elevarlos por debilidad, camina con andador. Anamnesis: Cansancio generalizado. Debilidad cintura escapular y tronco, cervicalgia, somnolencia y visión borrosa ocasional. No mialgias, no déficit mnésicos. Se explora y se deriva a urgencias hospitalarias con indicación de descartar crisis miasténica aguda.

Exploración y pruebas complementarias

Ptosis palpebral bilateral (mayor en derecho). Debilidad en cintura escapular (imposibilidad para elevar brazos, cabeza y cuello de forma activa). Arreflexia rotuliana y aquilea. Resto normal. Cuello normal. ACR soplo sistólico. Abdomen normal.

En urgencias analítica normal. Se ingresa en neurología con sospecha de miastenia gravis. Se inicia tratamiento con piridostigmina y prednisona. TAC tórax: se descarta timoma. Electromiograma de Fibra única(SFEMG):se identifican al menos tres pares alterados(79 us, 108us, 116 us), confirmándose miastenia gravis. Ac(IgG) anti receptor de acetilcolina > 20,00 (limite superior 0,44). Ac AntiMUSK normales.

Juicio clínico

Crisis miasténica como debut de miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial

Crisis tirotóxica, polimialgia reumática, dermatomiositis.

Comentario final

La miastenia gravis de comienzo en ancianos está incrementándose en las últimas décadas. Característicamente no se asocia a timoma. Suele tener peor pronóstico, que mejora con un diagnóstico precoz. Destacar la importancia de una historia clínica y anamnesis detallada desde Atención Primaria para confirmar la sospecha clínica de un cuadro infrecuente pero urgente, y que puede revertirse y ser tratado adecuadamente si se diagnostica precozmente.

Bibliografía

- *Somnier F. Increasing incidence of late-oset anti-AChR antibody-seropositive myasthenia gravis. Neurology. 2005;65:928–30.*
- *Martinez S, Gómez I, Martinez R. Puesta al día en la miastenia gravis. Semergen 2018;44(5):351-354*
- *Fan L, Ma S, Yang Y, Yan Z, Li J, Li Z. Clinical differences of early and late-onset myasthenia gravis in 985 patients. Neurol Res. 2019 Jan;41(1):45-51. doi: 10.1080/01616412.2018.1525121. Epub 2018 Oct 12. PMID: 30311866.*

576/52. A PROPOSITO DE UN CASO: ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Autores:

Martín Castaño, B.[1], Lara Carvajal, A.[1], Rodríguez García, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 51 años, que demandan aviso a domicilio, ante la imposibilidad de deambular ,por dolor en pies y rodillas, así como dificultad en el apoyo. Antece-

dentes personales destaca: bulboduodenitIs, condromalacia rotuliana e hipertensión

arterial. No realiza tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado, auscultación cardio -respiratoria normal, abdomen normal, destaca infamación de

pies de forma bilateral y rodilla derecha, imposibilidad de apoyo por el dolor en dichas articulaciones. Rodilla derecha

infamada, hiperémica, dolorosa a la palpación, con signos de sepsis, no bloqueo, choque positivo, Mac Murray negativo,

estabilidad de ligamentos. Pies, infamados, hiperémicos, dolorosos al tacto. Estabilidad de ligamentos, pulsos pedios, tibiales y femorales simétricos no signos de isquemia ni trombosis venosa profunda. Se deriva a hospital, donde se procede a ingreso, se

realiza analítica con hemograma y bioquímica normal, destacando una PCR 14, ácido úrico 5. Radiografía de partes afectas,

dentro de la normalidad . Ingresa en medicina interna (enfermedades autoinmunes sistémicas), con diagnóstico de poliartritis

no erosiva, de etología no filiada, se baraja la posibilidad de de que fuera secundario a una hiperuricemia, pero se descarta.

Sigue manteniendo PCR elevada con estudio de inmunidad, ANA, ANOA y OOP negativos y con HLA B27 positivo. Inicia

tratamiento con metotrexato 2.5 mg, tomando uno semanalmente , ácido fólico, uno al día, prednisona 30 medio comprimido

al día. Se deriva a preventiva para valorar vacunaciones.

Orientación diagnostica.

Juicio clínico

Artritis migratoria.

Crisis gota .

Espondilitis anquilosante

Diagnóstico diferencial

Artritis gotosa. Artritis periférica. Entesis. Artritis psoriasica. Espondilitis anquilosante.

Comentario final

La espondilitis anquilosante es una enfermedad autoinmune, progresiva, infamatoria e incapacitante, que normalmente se

manifiesta por lumbalgias crónicas e insidiosas, con dolor marcado durante la noche. Éste es un caso atípico, afectando

articulaciones uní y bilaterales, de pies y rodillas.

Bibliografía

1. Hermann A, Althof oE, Schneider U, Zühlsdorf S, Lembcke A, Hamm B, et al. Spinal changes in patents with spondyloarthrits:

oomparison of MaR imaging and radiographic appearances.

Radiographics. 2005;25:559---70,2. dean LE. Jones GT. MaacDonald AG, Downham o, Sturrcok RD, Maacfarlane GJ. Global

prevalence of ankylosing spondylits. Rheumatology (Oxford). 2014;53:650---7

576/67. HEMATURIA

Autores:

Fernández Aranda, M.[1], Ruíz Vela, A.[2], Molina Moreno, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. Málaga

Descripción del caso

Varón de 77 años que acude a consulta de AP por clínica de astenia de unos 3 meses de evolución y he-

maturia intermitente. Exfumador desde hace 5 años. Como antecedentes destacan HTA. DL. FA paroxística. Hipoacusia. En tratamiento habitual con enalapril 10 mg, simvastatina 20mg, apixabán 5 mg. Independiente para las ABVD, vive solo en su domicilio. Tiene 2 hijas que lo visitan diariamente

Exploración y pruebas complementarias

Exploración fisica anodina.

Se realiza analítica de sangre y orina de resultado normal salvo hematíes 3+ en orina. En ese momento se decide la realización de ecografía clínica urológica en nuestra consulta, donde observamos una neoformación vesical de unos 2 cms. Se decide derivación de forma preferente a urología.

Juicio clínico

carcinoma papilar no invasivo de alto grado

Diagnóstico diferencial

Cáncer vesical. Pólipo vesical. Litiasis Vesical. Hiperplasia benigna de próstata. Infecciones del tracto urinario.

Comentario final

El cáncer de vejiga representa aproximadamente unos 390 000 casos anuales con una tasa de mortalidad anual de 150 000. La sintomatología inicial suele ser hematuria macro o microscópica o sintomatología miccional tipo irritativa. Debemos realizar un diagnóstico diferencial con infecciones del tracto urinario, prostatitis, HBP, cálculos renales...

La ecografía vesical tiene una elevada sensibilidad (95%) para detectar tumores vesicales pero es poco específica. Presenta gran utilidad en la consulta de AP como método de cribado y orientación diagnóstica de este tipo de patología, pero para ello la formación de los médicos de AP en ecografía es fundamental.

Bibliografía

- *Avellino GJ, Bose S, Wang DS. Diagnosis and Management of Hematuria. Surg Clin North Am. 2016 Jun;96(3):503-15. doi: 10.1016/j.suc.2016.02.007. PMID: 27261791.*
- *Bolenz C, Schröppel B, Eisenhardt A, Schmitz-Dräger BJ, Grimm MO. The Investigation of Hematuria. Dtsch Arztebl Int. 2018 Nov 30;115(48):801-807. doi: 10.3238/arztebl.2018.0801. PMID: 30642428; PMCID: PMC6365675.*

576/75. MUCHO MÁS QUE COVID-19.

Autores:

Reyes Requena, M.[1], López Ramón, I.[2], López Torres, G.[2], Jiménez, Á.[3], Zamora Cano, V.[3], Fernandez Reyes, A.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (3) SUAP Granada, (4) Cabimer, Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 61 años de edad, sin alergias conocidas, con antecedentes personales de diabetes mellitus e hipertensión arterial , profesión: Médico ,medicación habitual con metformina, glicazida, losartán, amlodipino y omeprazol, que ha iniciado tratamiento por cuadro respiratorio con Azitromicina, prednisona, ventolin y atrovent, con tos seca y en las ultimas 24 horas presenta fiebre y sensación disneica.

Ingresa en Observación presentando una evolución desfavorable con saturaciones bajas a pesar de mascarilla reservorio, ingresando en cuidados intensivos procediéndose a Intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica.

Tras 22 días de ingreso con evolución desfavorable, el resultado es exitus, con causa fundamental, infección por COVID-19 confirmada; causa intermedia, neumonía mulltilobar por SARS Cov2 y causa inmediata , disociación electromecánica secundaria a hipoxemia aguda grave.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se encuentra consciente, orientado y colaborador, taquipneico con respiración abdominal e hipoxemia, hemodinámicamente estable, en ritmo si-

nusal, abdomen globuloso sin signos de peritonismo, miembros inferiores sin edemas.

Radiografía de tórax se observa infiltrado intersticial bilateral lateral, se ingresa en Observación con el diagnostico de sospecha de Neumonía por COVID-19 que se confirma (SARS COV 2++).

Juicio clínico

Neumonía multilobular por SARS Cov 2.

Infección por COVID-19.

Diagnóstico diferencial

En este caso clínico habría que añadir otro diagnósticos que aparecen en la evolución del paciente durante el ingreso, Disfunción renal aguda no oligúrica y sospecha de Tromboembolismo pulmonar masivo.

Comentario final

Más del 80% de los pacientes con COVID presentan cuadro sintomático leve, pero existe un porcentaje de pacientes cuya evolución es más tórpida con complicaciones graves, e incluso, la muerte. El caso clínico expuesto es de un profesional sanitario en la primera ola, de la pandemia y que ejercía su profesión en primera línea con gran intensidad y con una enorme responsabilidad social.

Bibliografía

-Haiyang Yu; Xu Han.Aspectos importantes de prevención del personal sanitario durante la epidemia del Coronavirusa 2019. rev Esp Salud Pública 2020, Vol 94:2 /07/2020.

-Sánchez-Oro R; Torres Nuez, J; La radiología en el diagnóstico de la neumonía por SARS-CoV-2.Med Clin (Barcelona)2020; 155(I) 36-40.

576/83. TELEDERMA, UNA HERRAMIENTA DE GRAN AYUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Jiménez del Marco, N.[1], Calderón Rodríguez, A.[2], Ruf Sánchez, P.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 62 años que acude a la consulta refiriendo dolor localizado en el polo superior del pabellón auditivo derecho desde hace 2 meses aproximadamente, acompañado de una lesión dérmica en dicha zona. Refiere que no le ha dado la mayor importancia porque ha presentado quistes epidermoides previamente, pero desde hace una semana presenta sangrado intermitente y autolimitado que ha sido lo que le alertó a ir a consulta médica.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general, afebril, normohidratado y normoperfundido. Presenta dicha lesión en polo superior de cartílago del hélix de la oreja derecha, aproximadamente 1,5 centímetros de diámetro, eritematosa con cierta inflamación circundante y ligera descamación, objetivandose pequeña costra central con restos hemáticos, sin sangrado activo. Realizamos teleconsulta con dermatología donde enviamos imagen de la lesión para que nos orienten en el diagnóstico. Finalmente derivamos al paciente a dicha especialidad para realización de biopsia.

Juicio clínico

Condrodermatitis nodular del hélix.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma espinocelular, basocelular, queratitis actínica y queratosis seborreica.

Comentario final

La condrodermatitis nodular del hélix es una enfermedad inflamatoria benigna que afecta a la piel y al cartilago del hélix y con menor frecuencia del antehélix, mas prevalente en hombres de 50-70 años. Se manifiesta normalmente con un nódulo redondeado eritematoso con una escama o costra central bajo la que hay una ulceración. Se manifesta con dolor localizado y sobretodo al tacto. Su aparición se debe a isquemia local mantenida (audífonos, auriculares, posturas al dormir, traumatismos de repetición,

exposición solar y cambios climáticos). Como tratamiento se aplica corticoides tópicos, nitroglicerina al 2% o diltiazem al 2% en vaselina y en ocasiones requiere cirugía. Dada la semejanza en la inspección y exploración que tiene con lesiones malignas de la piel es necesario hacer un buen diagnóstico diferencial para descartar enfermedades potencialmente graves como el caso de carcinoma epidermoide. Actualmente en nuestro servicio optamos por recurrir a telederma, una herramienta rápida y eficaz para ponernos en contacto con especialistas y abordar el caso con menos demora.

Bibliografía

- *A.J. García-Malinis, L. Turrión-Merino, B. Pérez-García, D. Saceda-Corralo, A. Harto-Castaño, Y. Gilaberte.*
- *Observational study of chondrodermatitis nodularis helicis treated with methyl aminolevulinate photodynamic therapy.*
- *J Am Acad Dermatol, 76 (2017), pp. 1103-1108*

576/90. MUJER DE 70 AÑOS CON BRADIPSIQUIA

Autores:

Soto Febrer, F.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baza. Baza. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 70 años que acude a consulta refiriendo que desde hace meses cursa con bradpsiquia, episodios de desorientación, dificultad con el lenguaje y alteraciones de la memoria.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica con desorientación temporoespacial sin más hallazgos significativos

Analítica con perfil neurológico: Todos los valores en rango normal, salvo niveles muy bajos de Vitamina B12 (73 pg/ml)

TAC Craneal: Discreta atrofia cerebral senil sin lesiones isquémicas agudas ni lesiones ocupantes de espacio.

Minimental LOBO: 16/30

Juicio clínico

Demencia reversible por déficit de Vitamina B12

Diagnóstico diferencial

Los principales diagnósticos diferenciales fueron, la demencia fronto-tempral y la demencia tipo Alzheimer

Comentario final

El paciente se trató con cianocobalamina intramuscular 1000 microgramos al día durante una semana y posteriormente 1000 microgramos cada mes. La mejoría fue muy significativa. A los 3 meses la puntuación en el minimental era de 30/30. Hay que mencionar que este déficit se relaciona en la mayoría de los casos con la presencia de gastritis atrófica, con el consumo de fármacos (inhibidores de la bomba de protones o metfomina) o con la presencia de Helicobacter pylori cada vez más presente en nuestros días. El diagnóstico temprano en atención primaria, fue clave para la recuperación de la paciente.

Bibliografía

- *C. Lachner, N.I. Steinle, W.T. Regenold.*
- *The neuropsychiatry of vitamin B12 deficiency in elderly patients.*
- *J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 24 (2012), pp. 5-15*
- *Jatoi S, Hafeez A, Riaz SU, Ali A, Ghauri MI, Zehra M.Cureus. Niveles bajos de vitamina B12 :una causa subestimada de deterioro cognitivo mínimo y demencia. 2020 13 de febrero; 12 (2)*

576/91. NO TODO ES PIE DE ATLETA.

Autores:

Jiménez del Marco, N.[1], Ruf Sánchez, P.[1], Calderón Rodríguez, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Especialis-

ta en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 29 años que acude a la consulta refiriendo aumento de sudoración en planta de ambos pies acompañado de lesiones dérmicas, de 10 días de evolución. Como dato de interés nos comenta que es deportista y practica 3-4 veces en semana natación.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración se objetiva hiperhidrosis, placas de aspecto geográfico formadas por la confluencia de múltiples hoyuelos redondeados crateriformes de escasos milímetros de diámetro, localizada en planta y pulpejos del pie izquierdo y planta del pie derecho, acompañado de mal olor. En primer lugar se pauto antifúngico, pero el paciente acudió nuevamente una semana después sin remisión de las lesiones por lo que derivamos a dermatología para pruebas complementarias. La realización de luz de Wood tiñe con fluorescencia rojo coral que junto a la clínica y aspecto de lesiones dan el diagnóstico definitivo.

Juicio clínico

Queratolisis punctata

Diagnóstico diferencial

Tiña plantar, dermatitis de contacto y queratolisis exfoliativa.

Comentario final

La queratolisis punctata se debe a una invasión de la capa córnea de la piel por bacterias con enzimas queratolíticas, siendo la más frecuente Corynebacterium. Formando lesiones en la piel muy características, pits u hoyuelos, crateriformes. Es más frecuente en varones que practican deporte con calzado cerrado. Se manifiesta con hiperhidrosis, seguida de mal olor y posteriormente la aparición de dichas lesiones, que son más frecuentes en las zonas de mayor presión (primer dedo del pie, almohadilla plantar y talón), las lesiones suelen ser bilaterales. Pueden referir también dolor, calor y quemazón en la deambulación. El diagnóstico principalmente es clínico, se puede realizar Luz de Wood y en menor medida es necesaria la biopsia. Su tratamiento son antibióticos tópicos (ácido fusídico, mupirocina, eritromicina o clindamicina), si lesiones muy extensas eritromicina via oral, también se usa toxina botulínica para la hiperhidrosis. El cuadro suele resolverse en 3-4 semanas. La importancia de un diagnóstico diferencial, planteándonos patologías menos comunes, es necesario para no demorar un tratamiento eficaz.

Bibliografía

- *Portela Romero M, Iglesias Otero M, González Lema I. Adolescente con bromhidrosis plan-tar secundaria a queratolisis punctata. Form Med Contin Aten Prim. 2013;20:372-3.*

576/128. MEJOR TE VEO EN LA CONSULTA

Autores:

Gasset Giráldez, J.[1], Jiménez Muñoz, N.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga

Descripción del caso

Varón de 81 años con AP: HTA, DM tipo 2, Litiasis biliar, Temblor esencial, SCACEST. Acude al centro de salud para solicitar cita por dolor de cuello, a causa de la pandemia de tipo telefónica. Por casualidad se encuentra a su medico de familia que le indica a la UAC que se le proporcione una cita presencial dado que hacia tiempo que no lo había visto.

En la consulta el paciente refiere cervicalgia de carácter mecánico, detectando en la exploración una bradicardia de 30 lat/min, por lo que se le solicita EKG urgente objetivándose un bloqueo AV completo.

Rehistoriando al paciente refiere episodios autolimitados de mareos inespecíficos y cansancio leve.

Se activa para el traslado a la ambulancia medicalizada.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, discreta palidez cutánea, eupneico, normotenso,

AC: tonos cardíacos rítmicos a 30 lat/min.

AP: MVC disminuido en bases.

Edemas maleolares bilaterales fóvea +.

EKG: bloqueo AV completo con FV a 30.

Juicio clínico

Bloqueo AV completo sintomático

Diagnóstico diferencial

Las causas mas frecuentes de bloqueo AV son:

- Hipersensibilidad del seno
- Causas metabólicas: Hiperpotasemia, hipermagnesemia, hipotiroidismo, Insuficiencia renal.
- Fármacos: betabloqueantes, calcioantagonistas, digoxina, litio, antiarritmicos.
- Infecciones: endocarditis, TBC, sífilis...
- Enfermedades inflamatorias: Artritis reumatoide, LUPUS,...
- Canceres: linfomas
- Enfermedad coronaria.
- Enfermedad degenerativa, generalmente asociadas con la edad,
- Enfermedades hereditarias del corazón y los músculos.
- Otras enfermedades como sarcoidosis y amiloidosis.

Comentario final

El bloqueo AV completo es un trastorno en el que se produce una interrupción total de la conducción AV, provocando una desconexión entre las aurículas y los ventrículos.

En ausencia de causa reversible en las bradicardias sintomáticas se precisa la colocación de un marcapasos permanente, que fue lo que ocurrió con nuestro paciente.

Si bien la pandemia nos ha hecho cambiar nuestra forma de trabajar y muchas de las consultas pueden ser resueltas de forma telefónica, no podemos olvidar la importancia que tiene la exploración física de nuestros pacientes, especialmente cuando los motivos de consulta son inespecificos (mareos, cansancio, dolores, ...).

Bibliografía

- *Vogler J, Brerthardt G, Eckardt. Julio 2012. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Revista Española de Cardiología. Vol. 65, Num. 7, pag 656-667.*

576/136. MENOS MAL QUE VINISTE

Autores:

Jiménez Muñoz, N.[1], Gasset Giráldez, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga

Descripción del caso

Varón de 64 años con AP: HTA, DM tipo 2, Obesidad, Dislipemia, Fumador 10 cig/dia, EPOC, SAOS que se encontraba en situación de incapacidad temporal por lumbalgia y que había solicitado cita administrativa para parte de confirmación.

Se contacta telefónicamente con el paciente indicándole que acudiera a consulta para valorarlo dado que hacía varias semanas que no había sido explorado.

Se interrogó sobre sus problemas osteomusculares y se efectuaron las exploraciones oportunas cuando manifiesta que llevaba unos 8 días con episodios de dolor epigástrico irradiado a tórax con sensación de "pellizco", que mejoraba cuando tomaba ibuprofeno, bebía agua o inhalaba salbutamol, restandole importancia al tema. No refería síntomatología vegetativa asociada pero sí empeoramiento de su disnea habitual.

Se solicitó EGK urgente.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, taquipneico 26 rpm, TA 126/91, FC 92, Tº 35.4º, Sat. 02 94%.

ACP: tonos arritmicos, hipoventilación generalizada.

Abdomen: anodino.

EEII: aumento de perimetro gemelar derecho , Homans negativo, fóvea hasta tercio medio.

EKG: fa a 95-100lpm, BRIHH no conocido.

Analítica: troponinas elevadas (128) y dimero D elevado (1200)

RX torax: cardiomegalia sin infiltrados ni derrame.

AngioTAC: no defectos en replección de arterias pulmonares principales, ni lobares o segmentarias que sugieran TEP. Patrón delustrado parcheado bilateral, en campos medios y bases sugerentes de infiltrados intersticiales de origen cardiogénico.

Juicio clínico

Síndrome coronario agudo sin elevación del ST tipo angor inestable. Fibrilación auricular de data incierta. Insuficiencia cardíaca congestiva en GF III/IV. Arteriosclerosis coronaria severa con lesiones en coronaria derecha y circunfleja. Función sistólica de ventrículo izquierdo severamente deprimida (FE 20-25%)

Diagnóstico diferencial

Cardiovascular: SCA, disección aórtica, miocarditis, pericarditis, ...

No cardiovascular:

- Digestivas: espasmos esófagicos, RGE, gastritis, ...
- Respiratoria: neumotorax, TEP, Hipertensión pulmonar grave, neumonia,...
- Musculoesqueleticas y parietal
- Psicógenas

Comentario final

Desgraciadamente la situación de aislamiento vivida durante la pandemia nos impidió atender a nuestros pacientes de la forma debida, en ocasiones por el temor de los pacientes a acudir a los servicios sanitarios.

Bibliografía

Córdoba -Soriano JG et al. Marzo 2014. Diagnostico diferencial del dolor torácico: un caso de síndrome aórtico agudo. Medicina de Familia. Semergen. Vol. 40, Num 2, pag 37-42.

576/139. PRURITUS ANI

Autores:

López Gómez, J.[1], Navarrete Vega, P.[1], Borrego Goncer, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 59 años que consulta por prurito anal de meses de evolución, que aparece sobre todo en reposo. Ritmo intestinal conservado con heces de consistencia normal, sin productos patológicos.

Antecedentes personales: Lupus cutáneo. Ex-fumador. Bebedor de unos 30-40 g de alcohol diarios.

Antecedentes familiares: madre con cáncer colorrectal a los 60 años.

Exploración y pruebas complementarias

Eritema perianal sin lesiones visibles. Tacto rectal sin palpar masas, dedil limpio.

Parásitos en heces: negativo.

Colonoscopia: hemorroides internas. A 38-40 cm del margen anal se observa lesión polipoidea de gran tamaño, con base de implantación amplia, mayor de 4 cm, muy friable al roce, con zonas de fibrina superficial y aspecto degenerativo, del cual se toman múltiples biopsias y se tatúa su localización. A 15 cm se reseca pólipo de unos 10 mm, con pedículo corto y pequeño. A 10 cm se reseca pólipo diminuto.

Anatomía patológica: Adenoma tubular con displasia citoarquitectural de alto grado.

TAC toraco-abdominal: Diverticulosis de sigma sin signos de complicación. Imagen pseudonodular en sigma en probable relación con la lesión polipoidea referida en colonoscopia, sin signos de afectación transmural, con pequeña adenopatía inespecífica perilesional.

Juicio clínico

Adenoma con displasia de alto grado no resecable por endoscopia sobre colon sigmoide. Hemorroides internas. Diverticulosis en sigma.

Diagnóstico diferencial

Idiopático

Colorrectal: idiopática, hemorroides, fisura anal, fístulas, lesiones neoplásicas, parasitosis, diarrea crónica, estreñimientcrónico, pliegues anales, pólipos adenomatosos.

Dermatológico: dermatitis, psoriasis, enfermedad de Bowen, liquen plano, liquen escleroso, infecciones bacterianas, infecciones víricas.

Sistémico: diabetes mellitus, enfermedad tiroideas, trastornos vitamínicos, uremia, policitemia vera, hiperbilirrubinemia, psicológico.

Comentario final

El prurito anal afecta al 1-5% de la población, siendo más frecuente en hombres con una relación 3,7:1, con un rango de edad de 30-70 años. Los síntomas aparecen en el orificio anal pero pueden extenderse a áreas cercanas. Este síntoma es muy complejo y llama a hacer una evaluación clínica cuidadosa. Las causas del prurito anal son numerosas siendo el cáncer colorrectal el responsable del 23% de todas las causas proctológicas del prurito anal.

Bibliografía

- *Zuccati G et al. Pruritus ani. Dermatologic Therapy. 2005. 18: 355-362.*
- *Sahnan K, Lever L, Philips R K S. Anal itching. 2016. 355: i4931. Disponible en: http://www.bmj.com/*

576/155. INFLAMACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE DIABÉTICO

Autores:

Arjona González, P.[1], Ruíz Vela, A.[2], Sanuy Perdrix, I.[3], Sánchez Pérez, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Ciudad Jardín, Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés, Torcal. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín, Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín, Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Varón de 69 años, antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 con regular control metabólico, polineuropatía diabética en miembros inferiores, dislipemia, cardiopatía isquémica, hipertesión arterial. En tratamiento con insulina mixta 26 UI-0-16 UI, linagliptina 5 mg cada 24 horas, rosuvastatina 10 mg cada 24 horas, amlodipino/valsartán 10/160 mg cada 24 horas, omeprazol 20 mg cada 24 horas, clopidogrogel 75 mg cada 24 horas, pentoxifilina 600 mg cada 12 horas, bisoprolol 10 mg cada 24 horas. Ex-fumador de 35 paquetes-año. Acude a urgencias hospitalarias en numerosas ocasiones por aumento de volumen de MII frente contralateral, dolor en dorso del pie y enrojecimiento; en urgencias sospechan de TVP, que se descarta tras analítica con dímero-D y eco-Doppler negativos. Ante persistencia de clínica acude a nuestra consulta; apreciamos inflamación del MII con enrojecimiento y dolor, de predominio en dorso del pie, además, presenta úlcera en planta del 1º dedo del pie izquierdo. Ante sospecha de pie diabético complicado, derivamos a unidad de pie diabético de endocrinología; donde solicitan pruebas complementarias, y ante la sospecha de pie de Charcot agudo prescriben utilización de bota de descarga Walker y realizan seguimiento en conjunto con traumatología.

Exploración y pruebas complementarias

Inflamación y enrojecimiento a nivel de MII distal y dorso del pie, dolor a la palpación. Rx MII: No líneas de fractura, no deformidad ni signos de luxación. RNM: artropatía y Charcot con afectación de 1º-2º articulación cuneo-metatarsiana, 2º-3º articulación metatarso-falángica y fractura 2º-4º-5º metatarso.

Juicio clínico

Pie diabético complicado con Charcot agudo

Diagnóstico diferencial

TVP, insuficiencia venosa

Comentario final

En pacientes diabéticos que comienzan con inflamación unilateral de miembros inferiores con dolor, que no mejora a pesar del paso del tiempo y del tratamiento analgésicos, deberemos sospechar un cuadro de Charcot agudo. Esta patología debe ser detectada de forma precoz para evitar futuras complicaciones irreversibles que supongan una alteración grave en la calidad de vida de los pacientes, pudiendo llegar a implicar la pérdida de la articulación por la propia artropatía y las posibles úlceras y/o infecciones concominantes.

Bibliografía

- *Rogers LC, Frykberg RG, Armstrong DG, et al. The Charcot foot in diabetes. Diabetes Care. 2011;34(9):2123-2129. doi:10.2337/dc11-0844*

576/182. ESTE EKG NO ES NORMAL

Autores:

Pérez Razquin, E.[1], Barbosa Cortés, M.[2], Adame Herrojo, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Alonso. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva

Descripción del caso

Antecedentes personales: NO RAM, HTA, Fumador de 2 paquetes/día. HTA.

Anamnesis: Varón, eslavo, 55 años, acude a consulta para receta de pentoxifilina y aceclofenaco pautados en su país sin informe, por supuesta claudicación intermitente. Se solicita analítica para estudio de FRCV, índice tobillo/brazo, rx tórax PA y EKG programado. A la entrega de ITB resulta 0 en MII y 1.2 en MID y ante EKG se aprecia elevación ST V2V6, remitiéndose a urgencias hospitalarias y quedando ingresado e Cardiología

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: 102768, 59lpm, Sat O2 98%. BEG CYC BHYP, Eupneico, nc, no tiraje. EF por aparatos sin hallazgos.

Pruebas complementarias: HG normal. GSV normal. EC normal. BQ: glu 130, cat 1.13, urea 38, Hba1c 7, PROBNP 625.4, TT seriadas 103.5-87.2-75. Rx Tórax PA sin hallazgos. EKG ; rs 95lp, eje normal, PR normal, Q en cara antero-lateral(V2V5) e inferior(II, III y aVF), elevación persistente 1 mm V2, 2 mm V3 y 1 mm V4

Juicio clínico

IAMCEST anterolateral evolucionado.

DM2, Claudicación intermitente

Diagnóstico diferencial

Miopericarditis.

Comentario final

Tratamiento: AAS 300mg, Ticagrelor 180 mg

Evolución: buena con alta a domicilio.

La entrega del EKG al MF se produjo en sobre y una vez había salido el paciente de consulta. La falta de rigor en la filiación de datos personales del paciente, y su barrera idiomática, pudieron haber sido fatales para el paciente.Se consiguió localizar al paciente para indicarle acudiera a centro sanitario mediante convivientes tras haber sido contacto estrecho de caso + por COVID en 06/21. Son necesarios cursos de formación de EKG para todo el personal sanitario en aras de reconocer que un trazado eléctrico puede con llevar patología potencialmente grave

Bibliografía

- *Stepinska J , Lettino M et als. Diagnosis and risk stratification of chest pain patients in the emergency departments: focus on acute coronary syndrome , European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 2020;vol 9(1):76-89.*
- *PALABRAS CLAVE: Chest pain, biomarkers, troponin, acute myocardial infarction.*

576/198. ESTA FIEBRE NUNCA ACABA

Autores:

García Sánchez, M.[1], López Chaves, D.[2], Granados Alba, A.[3], Cano Talavera, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (3) Enfermero. Centro de Salud Góngora. Granada

Descripción del caso

Paciente de 55 años que acude a consulta por fiebre de un mes de evolución, de hasta 38.5ºC,vespertina y que cede parcialmente con paracetamol 1 gr cada 8 horas. Asocia sudoración fría por las noches.

Además presenta artralgias generalizadas, cefalea, hiporexia, astenia, y pérdida de peso. Deposiciones liquidas sin productos patológicos durante unos días

No prurito ni lesiones cutáneas

No semiología respiratoria (no tos ni disnea ni molestias faríngeas), ni clínica urinaria o abdominal.

Acudió varias veces al servicio de urgencias donde se tomó exudado nasal PCR SARS-coronavirus-2 siendo siempre negativo.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 134/76, FC: 67lpm

BEG. Eupneica, sin ictericia. Sin adenopatías

ACR normal.

Abdomen normal, no doloroso. Sin masas ni megalias

Neurologica: sin focalidad

Pruebas complementarias: hemograma en el que destaca sólo una leve linfocitosis y aumento de VSG: 60 PRC: 56. Aumento de transaminasas (GOT 259, GPT 190, GGT 200, F Alcalina 177, LDH 709) proteinograma, uroanálisis, urocultivo y coprocultivo normal. Autoinmunidad con ANA y ENAS negativos. Serología en la que se detecta coxiella IgM positiva. Negatividad para Treponema, Brucella, Leishmania, Chlamydia, Legionella, Salmonella, virus de la hepatitis A , B y C,VEB, CMV , VIH y Mycoplasma,

RX tórax: sin infiltrados ni condensaciones

Se deriva a medicina interna de forma preferente pautandose doxiciclina 100: 1-0-1 14 días. Buena evolución del cuadro con remisión completa sintomática y normalización de transaminasas

Juicio clínico

Fiebre prolongada por fiebre Q aguda con hepatitis asociada

Diagnóstico diferencial

Otras infecciones : VEB, CMV, H influenza, hepatitis A,B,C, dengue, parvovirus, enterovirus, ViH,tuberculosis,brucella, salmonella...

Neoplasias: hematológicas (leucemias, linfomas),melanoma y metastasis hepáticas

Vasculitis: Lupus y fiebre reumática

Otras: sarcoidosis, tiroiditis,enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final

La fiebre Q es una zoonosis causada por Coxiella burnetti.

Las formas clínicas más frecuentes de presentación aguda son el síndrome febril aislado, la hepatitis y la neumonía, y las menos frecuentes pero más graves son la pericarditis o miocarditis, meningitis aséptica y la encefalitis.

NO se pudo precisar la fuente de contagio en esta paciente

Bibliografía

- *Angelakis E, Raoult D. Q Fever. Vet Microbiol. 2010;140(3-4):297-309. PubMed PMID: 19875249*

576/209. CÁNCER DE MAMA EN VARÓN

Autores:

Sousa Montero, M.[1], Martín Brioso, E.[2], Linares Canalejo, A.[3], Fernández Bernal, N.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Ámbito del caso: Atención Primaria

Motivos de consulta: Masa en mama izquierda

Historia clínica:

Varón de 78 años, sin alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperplasia benigna de próstata.Tratamiento: Enalapril 10mg/24h, simvastatina 20mg/24h, tamsulosina 0.4mg/24h.

Sin antecedentes familiares oncológicos.

Anamnesis: Acude por notarse masa en mama izquierda de unos 2 meses de evolución, pérdida ponderal de 2 kilos este meses y astenia moderada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloreado, eupneico.

Constantes estables.

Auscultación cardiopulmonar normal.

Mama izquierda: Se palpa masa pétrea e irregular, adherida a planos profundos, de 1.5 centímetro de diámetros en cuadrante superior medio a 1,5 centímetros de la areola, con depresión de areola y pezón invertido. Sin galactorrea ni otras secreciones. Mama derecha sin alteraciones. No palpo masas a nivel axilares ni supraclaviculares.

Pruebas complementarias:

Radiografía de tórax normal.

Mamografía. Mama derecha sin alteraciones. Mama izquierda: Nódulo retroareolar de 15x7mm, vascularizado, márgenes irregulares y espiculado. Categoría 4C.

Ecografía axilar bilateral: No se identifican ganglios sospechosos de malignidad.

Punción aspiración con aguja gruesa: Carcinoma ductal infiltrante, de tipo no especial, grado 1 de Nottingham

Factores inmunohistoquímicos pronósticos: R. Estrógeno positivo (95%), R. Progesterona positivo (95%), Her-2-neu negativo, CK19 positiva, Cadherina-E positiva.

Juicio clínico

Carcinoma ductal infiltrante T1CN0M0.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma amelanocítico, mastitis crónica, ganglio linfático intramamario, infiltrado leucémico.

Comentario final

Según el Sistema Europeo de Información del Cáncer, en España se diagnosticaron 34088 nuevos casos de cáncer de mama, con una incidencia de 132 casos/100000hab, con una probabilidad de 1/8mujeres, y de cada 100 casos de cáncer de mama 1 es en varón.

Con estos datos, es cierto que es muy raro que aparezca cáncer mamario en varón, sin embargo, debemos conocer que existe esta posibilidad para poder sospecharlo y que se pueda diagnosticar rápidamente para evitar diagnósticos en estadios avanzados.

En este paciente y gracias al diagnóstico en fase precoz el tratamiento fue mastectomía radical y BSGC, más tratamiento adyuvante con tamoxifeno 20mg/24h durante 5 años.

Bibliografía

- *P-658 - Diagnóstico diferencial de masa mamaria: Linfoma de mama.*

- *https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana*

576/211. MANEJO LESIÓN OCULAR PERFORANTE

Autores:

Andrés Vera, J.[1], Lozano Kolesnikov, V.[2], Moreno Jiménez, I.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 31 años con antecedentes personales de trastorno de personalidad en tratamiento con olanzapina 10mg, clorazepato dipotásico 50mg y lorazepam 5mg, acude a urgencias por disparo accidental en el ojo izquierdo con una escopeta de balines.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada, buen estado general, BHNyP, ansioso e inquieto, poco colaborador. No focalidad neurológica. Glasgow 15/15. AV OI: movimiento de manos. Cámara formada, hipema total, herida perforante escleral a las XI horas de 3mm aproximadamente con exposición uveal y sangrado activo. Mínima herida palpebral sin afectación de borde libre. PIO: hipotonía. OD sin alteraciones. TAC de órbitas: se aprecia cuerpo extraño metálico intraocular izquierdo con abundante hemorragia y aire en su interior. Se cursa ingreso a cargo de oftalmología para intervención urgente con cierre de herida escleral perforante.

Juicio clínico

Herida perforante ojo izquierdo con cuerpo extraño intraocular.

Diagnóstico diferencial

traumatismo ocular no penetrante, erosión corneal, fractura orbitaria

Comentario final

La prioridad con las lesiones oculares penetrantes es reparar la integridad del globo. Los cuerpos extraños intraoculares deben eliminarse durante la reparación primaria. Si se retrasa la cirugía para extirpar el cuerpo extraño, los antibióticos intravítreos pueden reducir el riesgo de endoftalmitis. Para áreas de laceración conjuntival y hemorragia subconjuntival, puede ser necesaria una exploración quirúrgica para excluir una herida escleral oculta de espesor total.

El traumatismo ocular sigue siendo un problema de salud pública mundial importante y prevenible con un impacto socioeconómico devastador. Durante las últimas tres décadas, se han logrado mejoras en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento posterior de las lesiones oculares. Una anamnesis y un examen exhaustivos en todos los casos de traumatismo ocular sigue siendo esencial para facilitar el tratamiento adecuado y reducir la incidencia de la discapacidad visual subsiguiente.

Bibliografía

- *Ore-oluwa C Erikitola, Syed M Shahid, Salman Waqar, Simon A Hewick. Ocular trauma: classification, management and prognosis. Br J Hosp Med (Lond). 2013 Jul;74(7):C108-11.*

576/218. LESIONES EN PIEL FLUCTUANTES PRIMER HALLAZGO DE LINFOMA.

Autores:

Guillén Montero, M.[1], Madrid Martos, M.[2], González Vico, C.[2], García Arjona, Á.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 50 años,sin antecedentes de interés,acude por lesiones cutáneas faciales de 4 meses de evolución,de carácter fluctuante,a nivel de la frente y en la zona de la bolsa palpebral,de inicio con-

sistía en edematización y posteriormente tomó coloración violácea.Durante la noche presentaba rubor facial.Tras un episodio de vómitos aparece una lesión violácea de aspecto vascular en frente,región lateral de cara y región cervical de predominio izquierdo.No cuadro constitucional asociado ni síntomas, lo asocia a un factor estresante en su vida.

Exploración y pruebas complementarias

En la primera ocasión,la paciente no presentaba ninguna lesión visible.En la segunda consulta ya presentaba lesiones violáceas en la parte frontal con exploración normal, analítica normal.Derivada a medicina interna con lesiones evolucionadas siendo negruzcas-verdosas que se extienden por frente,mejilla y cuello bilaterales.Palpación de aenopatias lateroce rvicales,supraclaviculares bilaterales(derecha con conglomerado adenopático)y adenopatía axilar izquierda.

Analítica:destaca inversión fórmula leucocitaria (levemente más linfocitos que neutrófilos, sin leucocitosis).TAC craneal:normal; Ecografia Abdominal: esplenomegalia.TAC cervicotoracicoabdominal: adenopatías voluminosas axilares, adenopatias voluminosas retroperitoneales,preaórticas,interaorto cava e iliacas.Esplenomegalia.Probable linfoma en estadio IV.Biopsia piel:lesiones faciales paraneoplasicas vs angiogenesis por algún factor tumoral con evolución a sufusiones hemorrágicas.Biopsia axilar derecha y Biopsia medula ósea:infiltración nodular por linfoma No Hodking B compatible con linfoma folicular.

Juicio clínico

Linfoma No Hodkings Difuso de células grandes B.

Diagnóstico diferencial

Lupus, dermatomiositis, lesiones de tipo vascular, facticia, proceso linfoproliferativo.

Comentario final

La enfermedad de Hodking puede afectar a la piel entre el13% y el 53% de los pacientes.La mayoría de forma inespecífica, en forma de numerosas afecciones, entre las que destacan la hiperpigmentación, el prurito, la ictiosis, la urticaria, eritrodermia, dermatitis exfoliativa, eritema nodoso, eritema multiforme, erupciones psoriasiformes y herpes zoster. La afectación cutánea especifica es menos frecuente y aparece entre el 0, 5-7, 5% en etapas avanzadas. Mucho menos frecuente

descrito como primera manifestación clínica,como fue el caso de nuestra paciente,aunque es de difícil diagnóstico incluso histológicamente,debe de ser parte del diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- *Rizos E,Milionis H, Pavlidis N, Elisaf M.Adquired icthyosis:a paraneoplasic skin manifestation of Hodking's disease.Lancet Oncol 2002 DEC;3(12):727*
- *Hayes T G, Rabin V R, Rosen T, Sulber M A.Hodgkin's disease presenting in the skin: case report and review of the literature.Am Acad Dermatol.1990 May;22 (5 Pt 2):944-7*
- *Macaya A,Servitje O,Moreno A, Peyerí J.Cutaneous granulomas as the first manifestation of Hodgkin's disease.Eur J Dermatolo 2003;13(3):299-301.*
- *Mukesh M,Shuttleworth D,Murray P.Primary cutaneous Hodgkin's lymphoma.Clin Exp Dermatol 2009 Dec;34(8):673-5.*

576/221. CORAZÓN ROTO

Autores:

Campillo Tomaino, F.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente que acude por dolor centrotorácico de dos días de revolución, que aumenta con la inspiración profunda , también se acrecienta cuando se acuesta. sin irradiación.

Se solicita ECG donde se observa taquicardia sinusal sin alteraciones de la repolarización y se solicita analítica con troponinas las cuales son negativas con elevación de LDH.

En Rx se observa aumento se la silueta cardiaca mayor al 50 %

Ante la clinica y la valoración radiológica se diagnostica de Pericarditis Aguda y se solicita cita preferente a Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias

Leucocitos 14,17 (N 9,71; L 3,12; M 1,22; E 0,06; B 0,07), Hb 12,8

CPK 40, LDH 309, Troponina 9,7

PCR 106,4

ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm sin otras alteraciones de la repolarización

RX: ICT > 50 %

CardioRMN: Disquinesia apical extensa con realce tardio subendocárdico casi transmural

Juicio clínico

Síndrome de Tako-Tsubo

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo (SCA), Pericarditis, EAP, arritmias, valvulopatías

Comentario final

El síndrome de Tako-Tsubo, llamado también síndrome de discinesia apical transitoria, fue descrito por primera vez en Japón en los años noventa. Es una entidad poco frecuente cercana al 1% de todos los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo. Generalmente afecta a mujeres posmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovascular. Se caracteriza por dolor precordial anginoso, cambios electrocardiográficos, elevación de enzimas de daño miocárdico, ausencia de obstrucción coronaria en la angiografía y una característica discinesia anteroapical del ventrículo izquierdo que se normaliza en unos pocos días. El estrés emocional severo es el desencadenante más común. La etiopatogenia de este síndrome está aún por definir. Aunque de naturaleza benigna y transitoria, paradójicamente no está exento de complicaciones graves, la mayor parte durante el ingreso hospitalario, en el momento agudo; la más frecuente de ellas es la aparición de grados variables de insuficiencia cardiaca

Bibliografía

- *Síndrome de Tako-Tsubo. Discinesia transitoria del ventrículo izquierdo. M. Pérez Péreza, J. Sánchez Saladob (Vol. 40. Núm. 2.), páginas 73-79 (Marzo 2014)*

576/255. LA IMPORTANCIA DE INDIVIDUALIZAR CADA CASO.

Autores:

Sevilla Fernández, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 82 años con antecedentes personales de insuficiencia aórtica, temblor esencial y carcinoma urotelial vesical musculoinfiltrante con diferenciación escamosa pT4a Cis N0 diagnosticado en 2019. Intervenido en febrero 2020 de Cistoprostatectomía radical + Derivación Bricker con anastomosis tipo Nesbit + Linfadenectomía.

Consulta en múltiples ocasiones en AP por síndrome miccional, estreñimiento y fisuras anales siendo tratado con antibioterapia en dos ocasiones. Acude a consulta esta vez con dorsolumbalgia de reciente aparición con febrícula ocasional, sin traumatismo previo que no cede a pesar de tratamiento con paracetamol 1g a demanda.

Exploración y pruebas complementarias

Tª 36.3ºC; FC 83 lpm; Sat O2 98%; TA 125/80

Auscultación cardiopulmonar: Rítmico, no soplos ni roces. MVC

Abdomen: Blando, depresible, no masas ni megalias. RHA +. No peritonismo. Blumberg y Murphy negativos. PPRB negativa. No dolor a la palpación. Estoma sin alteraciones. No se palpa hernia inguinal. Portador de faja.

Exploración neurológica: PINR. PC normales. EEII sin pérdida de fuerza.

Exploración columna dorsolumbar: Dolor palpación en musculatura paravertebral.

Rx: Sin alteraciones osteoarticulares agudas. Degeneración artrósica.

AS preferente: Hematíes 3.9 x 10^6/µL; Hb 11.3 g/dL; Hto 37.1%; VCM 94.2fL; Leucocitos 7.11x10^3/µL (Linfocitos 1.17 x 10^3/µL; Neutrófilos 4.87x10^3/µL); Glucosa 106 mg/dl; Creatinina 1.17 mg/dL; FG 58ml/min; LDH 604 U/L, PCR 33.7 mg/dl

Se deriva el paciente a Urgencias, nos comunicamos con Médico de familia en Urgencias para comentar el caso y se realiza AS y TAC. Posteriormente RMN donde se evidencia osteomielitis vertebral con datos de compresión. Finalmente el paciente es intervenido por COT para estabilización urgente mediante artrodesis torácica, descompresión medular y drenaje de abceso epidural a nivel T6-T7.

Juicio clínico

Osteomielitis vertebral hematógena con fractura vertebral y compresión medular. Espondilodiscitis T6-T7

Diagnóstico diferencial

Pielonefritis

Osteoartritis

Estenosis espinal

Espondilolistesis

Tumores óseos

Espondilodiscitis

Comentario final

Se reafirma la importancia de tener en cuenta los antecedentes personales de cada paciente. En nuestro caso, tenía un foco infeccioso que arrastraba desde su intervención urológica que podía dar pistas para sospechar una complicación.

Bibliografía

- *Seguí Díaz M, Gérvas J. El dolor lumbar. SEMERGEN 2002; 28 (1): 21-41.*
- *Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 17a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.*

576/258. JOVEN, SANA Y MAREADA. SI NO TE ESCUCHA... ¡ES URGENTE!

Autores:

Lemos Pena, A.[1], Flores, O.[2], García Gallego, A.[3], Brata, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Mujer, 16 años, estudiante, correctamente vacunada.

Miringoplastia grasa con 8 años por otitis serosa crónica.

Sin antecedente traumático ni cuadro vírico precedente, comienza en el colegio con acúfenos de intensidad creciente en oído izquierdo. Valorada por facultativo escolar, descarta a priori patología ótica.

En las horas sucesivas comienza con hipoacusia de oido izquierdo y finalmente vértigo intenso, por el que tiene que abandonar las clases con indicación de reposo y sulpiride.

A las 24 horas del inicio del cuadro persiste sensación vertiginosa, nauseas e hipoacusia; aunque han mejorado los acúfenos, decide acudir a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

En Atención Primaria se realiza otoscopia sin apreciar alteraciones.

Acumetría (diapasón): Rine + en OD (oído derecho) y - en OI (oído izquierdo). Weber lateralizado a OD.

Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por otorrinolaringología, quien confirma los hallazgos y realiza audiometría: OD vía aérea preservada en 20 db (decibelios). OI: vía aérea ausente. vía ósea por encima de los 70-80 db

Pautan corticoides orales a altas dosis y repiten audiometría en 72 horas, sin cambios

Dada la edad de la paciente y la intensidad de la cofosis, se decide ingreso para corticoides intravenosos y se solicita RNM (resonancia magnética) dentro del estudio etiológico.

A los 10 días ante la ausencia de mejoría se inician corticoides intratimpánicos, barajándose también las sesiones de cámara hiperbárica.

Juicio clínico

Hipoacusia neurosensorial súbita.

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico

Síndrome de Meniere

Barotrauma

Traumatismo craneoencefálico

Infecciones: VIH, sífilis, meningitis

Laberintitis aguda

Neurinoma del acústico

Enfermedades autoinmunes (vasculitis) y neurológicas (esclerosis múltiple).

Fármacos ototóxicos.

Ictus (cerebelar)

Comentario final

La sordera súbita es la pérdida auditiva neurosensorial brusca e inexplicable de más de 30db en tres o más frecuencias consecutivas en menos de 72 horas, generalmente unilateral y en un oído sano.

Muchos pacientes presentan solo hipoacusia achacándola a otras causas, por lo que demoran el diagnóstico y el tratamiento, empeorando el pronóstico.

Se trata de una urgencia y el tratamiento debe iniciarse precozmente.

El médico de familia es fundamental en el diagnóstico, aumentando las posibilidades de iniciar el tratamiento y por tanto la recuperación, al menos parcial.

Bibliografía

- *Acta otorrinolaringológica española Vol 62 num 2 pag144-157 (marzo-abril 2011)*
- *Formación médica continuada- Actualización en Medicina de Familia Vol 40 Num 3 pag 149-154 (abril 2014)*

576/274. NÓDULO TIROIDEO MALIGNO: UN CASO DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE HÜRTLE

Autores:

López Gómez, J.[1], Navarrete Vega, P.[1], Borrego Goncer, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 45 años que consulta por molestias a nivel cervical de 3 meses de evolución. Refiere percibir aumento de hemicuello derecho y disfagia a sólidos. No disnea, no síntomas catarrales. No irradiación a oídos.

Exploración y pruebas complementarias

Aumento de lóbulo tiroideo derecho (LTD) visible en la inspección. Se palpa bocio difuso, con glándula aumentada de tamaño en LTD, istmo y LTI. No hay clara lesión nodular. Consistencia aumentada, no pétrea. No adherida a piel ni planos profundos. Se desplaza con la deglución.

Analítica: TSH 2,15 µUI/ml, T4 libre 0,93 ng/dl, T3 libre 3,63 pg/ml, autoinmunidad negativa.

Ecografía tiroidea: Bocio multinodular a expensas del LTD.

PAAF ecoguiada LTD: nódulo folicular benigno.

Anatomía Patológica tras tiroidectomía total: Carcinoma (oncocítico) de células de Hürthle, ampliamente invasivo, de 5 cm.

Juicio clínico

Bocio multinodular en LTD con clínica compresiva. Carcinoma de células de Hürthle, ampliamente invasivo.

Diagnóstico diferencial

Tiroideas: quiste tirogloso, carcinoma tiroideo, quiste tiroideo, tiroiditis.

Extratiroideas: aneurisma arteria carótida, nódulos linfáticos, adenoma paratiroideo, metástasis, aumento compensatorio glandular postiroidectomía, hematoma postbiopia.

Comentario final

El principal objetivo en la evaluación diagnóstica de un nódulo tiroideo es descartar malignidad, siendo para ello fundamental seguir una estrategia costeefectiva y sistemática que nos permita diferenciar su etiología. Tras realizar anamnesis y la exploración física, es necesario decidir qué pruebas complementarias solicitar. En nuestro medio, la consulta de acto único de nódulo tiroideo ha demostrado ser una opción eficiente y útil para su evaluación.

Bibliografía

- *Gómez-Pérez AM et al. Diagnostico y tratamiento del nódulo tiroideo en España. Resultados de una encuesta nacional. Endocrinol Diabetes Nutr. 2020; 67(7): 438-445.*
- *Ernaga Lorea A et al. Comparison of clinical characteristics of patients with folicular thyroid carcinoma and Hürthle cell carcinoma. Endocrinol Diabetes Nutr. 2018; 65 (3): 136-142,*

576/275. LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE LAS SOMATIZACIONES EN MEDICINA DE FAMILIA...

Autores:

Jarillo Castro, P.[1], Acosta Navarro, G.[2], Lozano Kolesnikov, V.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 52 años que acude en innumerables ocasiones a urgencias de Atención Primaria y Hospitalarias por cefalea y ansiedad. Antecedentes personales: Hipotiroidismo. Rinitis alérgica. Hiperhidrosis en manos y pies.

Exploración y pruebas complementarias

Vista en Consultas Externas de Cardiología por palpitaciones y se descarta patología . En seguimiento en consulta de primaria para intentar paliar los síntomas de migraña y ansiedad. Seguimiento en consulta de Neurología desde el año 2007 por sintomatología variada: episodios imprevisibles ocurridos en racimos, sensación de presión en la cabeza, creyendo que el brazo, piernas y dientes son más grandes con dismorfofobia, conservando la fuerza y de hasta dos días de duración. Todos los resultados analíticos, de pruebas de imagen incluido EEG fueron negativos. Estuvo con diferentes tratamientos: Carbamazepina y amitriptilina sin resultados. Se concluyó en diagnóstico de "Cefalea mixta con criterios de cefalea de tensión episódica y de migraña catameniales y episodios paroxísticos sensitivos en hemicuerpos derecho de etiología incierta". Acudió a urgencias de AP en una ocasión siendo valorada por una Médica de Familia que tenía formación en Género y era experta en violencia de género. Se la citó en diversas ocasiones para hablar con ella a través de entrevista biopsicosocial descubriendo que todos los síntomas enmascaraban una situación de violencia de género.

Juicio clínico

Somatizaciones secundaria a vivir una situación de maltrato.

Diagnóstico diferencial

Ansiedad

Depresión

Migraña

Comentario final

Es necesario la formación y sensibilización de los/as profesionales en violencia de género. Hay que saber detectar desde nuestras consultas los indicadores de sospecha de malostratos que nos hagan hacer una buena intervención biopsicosocial que nos lleve a poder ayudar a una mujer a salir de esta situación con protocolos vigentes con las diferentes instituciones implicadas. Esta paciente estuvo 10 años consumiendo recursos en salud.

Bibliografía

- *Suárez A, Borrás S, Frías S, Llamas M, Vizuete E. Protocolo Andaluz para la actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015.*
- *Suárez A, Borrás S, Frías M, Vizuete E. Guías Rápidas. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias; 2019.*

576/278. MÁS ALLÁ DE UNA GASTRITIS, COSTO-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.

Autores:

Cano Talavera, M.[1], López de Priego García, V.[2], Granados Alba, A.[3], García Sánchez, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (3) Enfermero. Centro de Salud Góngora. Granada

Descripción del caso

Paciente de 40 años con AP: Obesidad, trombocitosis, homocigota para gen MTHFR, microcitosis y ferropenia, que consulta telefónicamente durante pandemia por cansancio, caida de cabello, sensación de pesadez en miembros inferiores. No sintomas de alarma. Previamente a pandemia inicia estudio para cirugía bariátrica destacando EDA sugerente de gartritis crónica. Anatomia Patológica: gastritis crónica leve sin metaplasia intestinal, Helicobacter Pylori negativo.

Exploración y pruebas complementarias

Dados los AP de la paciente, se solicita analítica con función renal, hepatica, tiroidea. Así como glucosa, perfil anemia, acido fólico, vitamina B12 y hemograma: Glucosa 89, creatinina 0,72, sodio 139, potasio 4,07, calcio 9,6, TSH2,92, ac antiperoxidasa tiroidea 0,3, PCR 4,8, hierro 93, ferritina 132, IST 35,2, acido fólico 3,21, vitamina B12 189. Se prescribe acido fólico 5 mg 1cp/24h y vitamina B12 1 inyectable intramuscular/24h. Analitica de contro la los 3 meses: Ac(IgG) anticélulas parietales gastricas 43,42(+), Ac(IgG) antifactor intrinseco negativos, AC (IgA antitransglutaminasa negativos.

Juicio clínico

Gastritis autoinmune.

Diagnóstico diferencial

Gastritis erosiva: AINES, alcohol, estrés, ingestión de causticos, radiación. Infecciosas (gastritis necrotizante, CMV, Cándida, Anisakis). Gatropatía portal. Inflamación crónica granulomatosa: TBC, Sífilis, sarcoidosis, Enf Crohn. Gastritis linfocítica.

Comentario final

Es necesaria la visión global de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para profundizar y anticiparse, en las diferentes patologías del paciente.

La gastritis autoinmune puede causar malabsorción de hierro produciendo anemia ferropénica sintomática, antes de que comience a producurse el déficit de vitamina B12. En un estudio con distribución aleatoria, se compararon la vo con la im en pacientes con anemia megaloblastica debido al déficit de vitamina B12. El tratamiento oral con vitamina B12 fue tan efectivo como el intramuscular, y también fue mejor tolerado y más económico en comparación con el intramuscular. No existe ninguna presentación farmaceutica comercializada especificamente por vo, por lo que puede recurrirse a la formulación magistral (cianocoblamina 500 mcgr por cápsula, n=capsulas) financiada por el SNS.

Bibliografía

- *Bolaman Z, Kadikoylu G, Yukeselen V, Yabasoglu I, Barutca S, Senturk T. Oral versus intramuscular cobalamin treatment in megaloblastic anemia. a single-center, prospective, ramdomized, open-label study. Clin Ther 2003 Dec 1;25(12):3124-34.*
- *Zielenewski Centenero J, Castañeda Pérez-Crespo A. Menánguez Puche J.F. Vitamina B12. AMF2020;16(4):216-221. ISSN (papel):1699-9029. ISSN (Internet): 1885-2521.*

576/287. CUIDADOR DE 3 HIJAS DEPENDIENTES, PADRE DE FAMILIA, DIAGNÓSTICOS QUE TE CAMBIAN LA VIDA

Autores:

Quesada Moraga, R.[1], Luque de Haro, E.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada

Descripción del caso

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

Acude a consulta por cefalea de dos meses de evolución que no cede con analgesia, asociando molestias en oído izquierdo.

Tras persistencia de clínica decide acudir a urgencias hospitalarias donde se solicita TAC urgente con ocupación de partes blandas en mastoides compatible con otitis media crónica, derivándose a otorrinolaringología, realizan RMN, toma de biopsia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración alteraciones destacables, solicita Rx Senos PN y TAC de Craneo ambulatorio

Juicio clínico

Carcinoma Nasofaríngeo de células escamosas no queratinizante.

Diagnóstico diferencial

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

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

Se llegó al diagnóstico de carcinoma nasofaríngeo de células escamosas no queratinizante.

Fue importante analizar la problemática social del caso por la situación familiar y poner a disposición del paciente los recursos sociales de los que disponíamos en el centro así como de una atención integral y personalizada por parte de todo el equipo.

Comentario final

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

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

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

Bibliografía

- *12 OCTUBRE*
- *MURILLO*

576/294. LA IMPORTANCIA DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR. UN CASO PARA REFLEXIONAR.

Autores:

Morero Guerra, J.[1], Villalba Alcalá, F.[2], Romero Cañadillas, A.[3], Galvez Guerrero, F.[2], Navas Jiménez, B.[4], Cardeñosa Márquez, M.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (3) Enfermera. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (5) Investigador. Hospital La Merced. Osuna. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 36 años. Niega hábitos tóxicos. Niega FRCV. Sin tratamiento médico.

Acude por palpitaciones ocasionales desde hace varios días, sin dolor torácico, síncope ni disnea. EKG fibrilación auricular a unos 70 lpm. Ante la cronología incierta se desestima cardioversión urgente y se incluye en protocolo de cardioversión programada. Al alta no se anticoagula por CHA2DS2-VASc: 0 y de tratamiento solamente atenolol 25 mg/12 h.

Al día siguiente acude por episodio brusco afasia mixta, paresia facial y hemiparesia derecha. Se diagnostica de ICTUS isquémico hemisférico izquierdo de perfil cardioembólico. Se realiza Fibrinolisis con mejoría de la clínica neurológica desestimándose trombectomía.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Constantes TA: 145/84 mmHg, FC: 78 lpm, SatO2: 98 % basal.

Exploración neurológica a su llegada: confuso, emite palabras incompresibles aunque comprende órdenes. Paresia facial. Hemianopsia derecha por amenaza. Desviación de la mirada a la izquierda. Debilidad de miembros derechos 3/5 extensores y 4/5 flexores.

ACR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Tonos arrítmicos con soplo sistólico.

EKG: fibrilación auricular a unos 80 lpm.

Analítica sin hallazgos incluyendo hemog/bioquímica, perfil hepático, lipídico, función renal, reactantes de fase aguda en rango.

Angio-TC se aprecia oclusión de M2 (división superior) de ACM izquierda.

Ecocardiograma Transtorácico: FEVI 60%. Hipertensión pulmonar significativa. Dilatación biauricular severa. Válvula mitral de aspecto reumática con velos engrosados y bordes calcificados originando estenosis mitral severa. Insuficiencia tricúspidea grado II

Juicio clínico

En ingreso el ecocardiograma evidenció estenosis mitral severa probable origen reumático intervenida (recambio y anuloplastia de tricúspide. El paciente tuvo una magnifica evolución, sin apenas secuelas del ICTUS, quedó con fibrilación auricular permanente anticoagulado con sintrom.

Diagnóstico diferencial

ICTUS

Comentario final

Aún con CHA2DS2-VASc: 0 (no anticoagulable) este caso pone de manifiesto la importancia de completar el estudio diagnóstico en Fibrilación auricular con un Ecocardiograma de esta forma podemos detectar alteraciones estructurales que supongan un riesgo para nuestros enfermos.

Bibliografía

- *Lip GY et all. Oral anticoagulation, aspirin, or no therapy in patients with nonvalvular AF with 0 or 1 stroke risk factor based on the CHA2DS2-VASc score. J Am Coll Cardiol. 2015 Apr 14;65(14):1385-94.*
- *Kumar K. Overview of atrial fibrillation. En: Zimethbaum PJ, Saperia GM, editors. UpToDate; 2019 (consultado el 27-10-21). Disponible en: https://*

www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/overview-of-atrial-fibrillation

576/299. DERMATOSCOPIA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MELANOMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Sánchez Serna, M.[1], Márquez Estudillo, M.[2], Miranda García, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 54 años.

No RAM.

No antecedentes personales relevantes.

Antecedentes familiares: Cáncer de pulmón padre y hermano.

Consulta por presencia de nevus en abdomen con aparición y crecimiento progresivo desde hace dos meses. Asintomática.

Exploración y pruebas complementarias

En primer lugar, realizo una inspección con presencia de nevus abdominal de coloración negruzca intensamente pigmentada.

En segundo lugar, realizo dermatoscopia: lesión pigmentada melanocítica de 5 mm de diámetro con patrón en estallido de estrellas.

Aplico el algoritmo diagnóstico en dos etapas para lesiones pigmentadas para dermatoscopia:

Primer etapa; presencia de red de pigmento y proyecciones cumple criterios de lesión pigmentada melanocítica

Segunda etapa: nevus frente a lesión melanocítica sospechosa o melanoma. Aplico como método analítico método de argenziano (regla de los 7 puntos): > o igual a 3 puntos cumple criterios de lesión melanocítica maligna se recomienda exéresis.

Derivo a la paciente a dermatología de manera urgente.

En dermatología realización éxeresis del mismo con resultado de anatomía patológica: Melanoma in situ, de tipo extensión superficial sobre nevus melanocítico compuesto.

Juicio clínico

Melanoma in situ, de tipo extensión superficial sobre nevus melanocítico compuesto.

Diagnóstico diferencial

Melanoma versus Nevo de Reed

Comentario final

La dermatoscopia ha demostrado ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma con un entrenamiento adecuado del profesional, la realización de la misma no aumenta el tiempo de consulta de manera significativa y además se trata de una técnica no invasiva.

Bibliografía

- *Malvehy, J; Puig, S; Braun, R; Marghoo, A; Kopf, A. Manual De Dermatoscopía. CCS; 2006.*
- *Pons, S; Figueras, O. Método diagnóstico en dos etapas. AMF. 2017: 556-571. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2140*

576/300. HERRAMIENTAS DISPONIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA.

Autores:

Sánchez Serna, M.[1], Moreno Jiménez, I.[1], Andrés Vera, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 58 años

No alergias medicamentos

Profesión: camarero

Hábitos tóxicos: fumador 30 paquete-año

Tratamiento habitual: losartán 50 mg cada 24 horas y lorazepam 1 mg de manera puntual si ansiedad.

Antecedentes personales: Ansiedad. Factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Hipertenso.

Motivo de consulta: el paciente refiere dolor en muslo izquierdo al caminar 200 metros que cede con el reposo, desde hace 3 meses. Niega dolor en reposo. No traumatismo asociado.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general.

Miembros inferiores:

Inspección: No alteración de la piel. No asimetría con respecto a contralateral. No signos Trombosis venosa. No presencia de varices ni edema. Anodina.

Palpación de miembro inferiores:

Izquierdo: Ausencia pulso femoral izquierdo. Pulso poplíteo, tibial posterior y pedio débiles.

Derecho: pulsos presentes a nivel femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio.

Exploración osteomuscular: normal.

Tensión arterial: 130/ 85

Solicito analítica con FRCV: a destacar colesterol total 240, LDL: 130.

Solicito a enfermería índice tobillo brazo con resultados: izquierdo: 0,5 (moderado) derecho 0,8 (leve) al ser inferior de 0,9 sugiere enfermedad arterial periférica.

Recomiendo dejar de fumar derivo a grupo de deshabituación tabáquica.

Ajusto tratamiento farmacológico añado ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas, simvastatina 20 mg cada 24 horas y pentoxifilina 400 mg cada 12 horas.

Curso derivación a cirugía vascular en dicho servicio solicitan Angio-RM de miembro inferior informe: obstrucción de segmento de 6 cm de arteria femoral común izquierda con colaterales asociadas e indican angioplastía.

Juicio clínico

Enfermedad arterial periférica moderada en miembro inferior izquierdo: obstrucción de segmento de 6 cm de arteria femoral común izquierda con colaterales asociadas.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente ante la clínica del paciente Insuficiencia venosa, patología osteomuscular o enfermedad arterial periférica tras la exploración y pruebas complementarias como índice tobillo brazo alta sospecha de enfermedad arterial periférica.

Comentario final

Ante la sospecha de enfermedad arterial periférica realizar exploración sistemática, solicitar índice tobillo brazo y valoración de FRCV.

Bibliografía

- *Suárez D, Vargas J.C., ,Salas J. et al. Manual diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 De Octubre. 8 edición. Madrid: MSD, 2016.*
- *Casado V, Cordón F, García Velasco G, editores. Exploración Física. Basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. 2º Edición.Semfyc; 2020.*

576/308. HIPERTRANSAMINEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Vega Galindo, M.[1], Manzano Guzmán, A.[1], Quesada Moraga, R.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada

Descripción del caso

Paciente varón de 62 años, trabaja como administrativo, exfumador de 20-25 cigarros al días durante 40

años, obesidad, dos stents cardíacos (tratamiento con estatinas), bebedor fin de semana. Consulta por tos seca irritativa de 4 meses de evolución, no fiebre, no disnea, no hemoptisis, no síndrome constitucional. Se trató durante 1 mes con corticoides inhalados sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: eupneico, normocoloreado, auscultación cardiorespiratoria normal, abdomen globuloso, no doloroso, sin masas ni megalias

Analítica general: GOT 69, GPT 113, GGT 2.243***, ferritina 387 (6 meses previos valores normales), serología hepatitis negativa

Radiografía tórax: Imagen paramediastínica en lóbulo superior derecho.

Ecografía abdomen preferente: hígado heterogéneo metastásico.

TAC tóracoabdominal (realizado servicio radiología tras ecografía): masa para hiliar derecha, nódulos pulmonares en lóbulo superior derecho, metástasis hepática, correspondiente a proceso neoformativo primario de pulmón

Juicio clínico

Neoplasia pulmón con metástasis hepáticas

Antecedentes: Paciente exfumador, obesidad, toma de estatinas, alcohol fines de semana.

Hallazgos analítica y pruebas complemetarias solicitadas desde atención primaria

Diagnóstico diferencial

Hipertransaminemia:

Causas hepáticas:

corta duración: procesos agudos tóxicos, colangitis, virales

prolongada: alcohol, fármacos, exposición virus hepatitis, cirrosis biliar primaria, hígado graso, autoinmune, metabólicas (hemocromatosis)

Causas no hepáticas: patología muscular, hipertiroidismo, paraneoplasias

Comentario final

La hipertransaminemia asintomática es un hallazgo frecuente en atención primaria. Una evaluación inicial debe incluir una historia clínica detallada, con exploración física y pruebas complementarias. Al examinar los resultados, podremos hacer un diagnóstico etiológico de presunción razonable con las causas más frecuentes, para efectuar las recomendaciones terapéuticas más oportunas (suspender estatinas, pérdida de peso, no tomar alcohol...) A pesar de tomar las medidas indicadas y realización de estudios complementarios, no siempre llegamos al diagnóstico

Bibliografía

- *12 octubre*
- *Harrison*

576/313. EPIGASTRALGIA PERSISTENTE

Autores:

Gómez Sánchez, L.[1], Román De Sola, B.[2], Lozano Kolesnikov, V.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Antecedentes personales:Síndrome de Zollinger Ellison en 1993 con realización de gastrectomía de 2/3 con gastroenteroanastomosis,sin otro antecedente.

Paciente de 60 años que acude a consulta por epigastralgia persistente que achaca a toma de antibióticos para infección de orina prescrito por clínica privada.Acudío hacía un mes a revisión por Digestivo con EDA con resultado cambios adenomatosos y displasia epitelial leve que trataron con inhibidores de bomba de protones y dieron de alta con diagnós-

tico de gastritis por reflujo.Describe el dolor epigástrico intenso,constante,no mejora con cambios posturales,con tenesmo vesical asociado.Además cuenta una falta de apetito y pérdida de peso por la que está satisfecho,de aproximadamente 12-14 kg en un mes,con cansancio al caminar desde entonces.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica:GGT:98 y Fosfatasa alcalina:167 así como vitamina B12:1543 (en toma de B12 intramuscular).Se pide ecografía abdominal con resultado:granuloma calcificado de 9.3mm en el segmento VIII hepático y varias imágenes nodulares hipoecogénicas en el LHD de hasta 14 mm.Vesícula biliar distendida con imagen parietal sugestiva de pólipo de 20 mm.Por las LOEs hepáticas halladas se deriva a urgencias hospitalarias para ingreso y diagnóstico donde se le realiza TAC Abdomen:Extensa lesión en hipocondrio izquierdo que engloba a cola de páncreas, bazo y ángulo esplénico de colon,sin poder determinar origen de la misma,sugestiva neoplásica.Adenopatías en ligamento gastrohepático y espacio portacava.Se amplía estudio con RMN abdomen con diagnóstico de metástasis hepáticas secundarias a masa en cola pancreática de 38 mm sugerente de adenocarcinoma.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de cola de páncreas con metástasis hepáticas.

Diagnóstico diferencial

Patología esofagogástrica, patología biliar, IAM, pericarditis, ruptura de aneurisma aórtico, patología pulmonar.

Comentario final

La anamnesis en AP una vez más vemos que es fundamental para la valoración del paciente,ya que no nos podemos centrar en un diagnóstico dado previamente(en este caso prostatitis por parte del Urólogo),teniendo que ver al paciente de forma global y estando pendiente a todos los signos patológicos,ya que en este caso,la pérdida de peso para el paciente era una buena noticia y fue la pista fundamental para realizar más pruebas complementarias.

Bibliografía

- *Torgerson S,Wiebe LA.Supportive care of the patient with advanced pancreatic cancer.Oncology(Williston Park).2013 Mar;27(3):183-90.PMID: 23687787.*
- *Siegel RL,Miller KD,Jemal A.Cancer statistics,2018. CA Cancer J Clin 2018;68:7*
- *American Cancer Society.Cancer Facts and Figures 2016.Atlanta:American Cancer Society;2016.*

576/316. MASTOPATÍA DIABÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Batista Cruzado, J.[1], Marcos Alonso, C.[2], Molinero Delgado, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (3) Médico de Urgencias en CHARE La Janda. Vejer de la Fra. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente mujer de 40 años, con antecedentes de ser fumadora de 10cig/día y diabética tipo 1 desde hace 20 años, actualmente en tratamiento con bomba de insulina, sin complicaciones vasculares asociadas, que acude por presentar mastalgia derecha. Refiere que desde hace 2 semanas presenta mastalgia derecha progresiva con buena respuesta a la toma de AINEs asociado a una tumoración en mama derecha de igual crecimiento progresivo. No refiere fiebre ni traumatismos recientes. La paciente presenta una mamografía de screening dentro de la normalidad (BiRads 1 un año antes).

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración la paciente se encuentra con buen estado general. La tumoración presenta dimensiones de 3x4cm de diámetro en localización retroareolar derecha, de consistencia elástica, discretamente adherida a planos profundos y sin signos de sobreinfección adyacentes. No presenta telorrea ni se palpan adenopatías axilares ni a otros niveles ganglionares.

Se solicita analítica donde presenta hemograma, bioquímica, coagulación y PCR dentro de la normalidad, incluso se solicitan marcadores tumorales de mama y ovario sin elevación de los mismos. Si destacan valores de HBA1 c de 7,3% con función renal normal. Se solicita igualmente una ecografía de mama bilateral con hallazgos de: Nodulación con abundante vascularización periférica y refuerzo acústico posterior en zona retroareolar derecha. Adenopatías axilares derechas engrosadas, sin signos de malignidad.

Se deriva a la paciente a Ginecología donde se realiza biopsia con aguja gruesa ecodirigida, con hallazgos de: Estroma denso y fibroso con infiltración perivascular linfocítica. Hallazgos compatibles con mastopatía diabética. Al mes de la intervención ingresa nuevamente por absceso de mama en zona de biopsia, precisando drenaje y desbridamiento, sin aislamiento de microrganismos patológicos. Recuperación lenta con persistencia de supuración durante varios meses. Se lleva a cabo tratamiento sintomático con buena evolución posterior y seguimiento periódico.

Juicio clínico

Mastopatía diabética

Diagnóstico diferencial

Carcinoma de mama

Comentario final

La mastopatía diabética es una complicación infrecuente y poco conocida de la diabetes mellitus, que puede simular un cáncer de mama. La forma más frecuente de presentación es un nódulo indoloro de consistencia pétrea y de márgenes irregulares. Requiere de estudio anatomopatológico para su diagnóstico.

Bibliografía

• *DOI: 10.1016/j.gine.2012.12.005*

576/318. ERC, CADA VEZ MÁS PROTAGONISTA

Autores:

Sellamito Morales, M.[1], Duarte Fernandez, J.[2], Serrano González, C.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del caso

Se trata de una mujer de 63 años Hipertensa de años de evolución con buen control con tratamiento con ARAII y betabloqueantes en la se venía realizando controles de su función renal dado que presentaba un Filtrado Glomerular en el límite (60-45 ml/min) durante años 3 años con cifras de creatinina sérica entre 1,04-1,26 mg/dl ,con un cociente Albúmina/Creatinina normal en todo momento(ERC 3Aa). Se revisan y se corrigen las diferentes causas que pudieran justificar dicha disminución del FG. Se solicita una Ecografía Renal donde se detecta disminución del tamaño del Riñón derecho. Se decide derivar a la paciente al servicio de Nefrología para estudio de ERC junto con disminución del tamaño renal y posible asociación con HTA. Tras valoración por Nefrología se solicita AngioTAC donde se observan placas calcificadas estenosando la arteria renal derecha. Se realiza una Interconsulta al servicio de Radio-diagnóstico para proceder a una angioplastia de la arteria renal derecha.

Exploración y pruebas complementarias

La Exploración física es normal incluyendo la Auscultación cardiopulmonar, palpación abdominal, auscultación abdominal y palpación de pulsos distales.

Analíticas realizadas normales salvo las cifras de FG entre 60-45 ml/min y las cifras de creatinina sérica entre 1,06 y 1,26 mg/dl siendo el cociente A/C <30 en todo momento.

Ecografía abdomino pélvica en la que se detecta disminución del tamaño renal derecho.

Angiotac abdominal donde se observan las placas calcificadas estenosando la arteria renal derecha.

Angioplastia: Acceso femoral derecho estenosis en inicio de renal derecha tratada con stent .

Juicio clínico

HTA

ERC estadio 3a

Estenosis Arteria Renal

Diagnóstico diferencial

Enfermedad Renal Crónica secundaria

HTA primaria vs. secundaria

Comentario final

Se pone el foco en la importancia del seguimiento de la Enfermedad Renal Crónica en el ámbito de la Atención Primaria por el aumento en la prevalencia de dicha patología en los últimos 20 años. Por un lado este aumento se ha producido por el envejecimiento poblacional y por otro por el aumento en la prevalencia de enfermedades como la HTA; la Diabetes Mellitus y la Enfermedad Cardiovascular .

Bibliografía

- *Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO*
- *GPC sobre la detección y el manejo de la Enfermedad Renal Crónica*

576/327. DOCTORA, NOS QUEDAMOS EN CASA

Autores:

Sellamito Morales, M.[1], Duarte Fernandez, J.[2], Arrebola Galeote, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (3) Enfermera. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del caso

Se trata de un paciente de 57 años que, en el contexto de estudio de una hipertransaminasemia con malestar epigástrico mal definido, se detecta un Tumor neuroendocrino de páncreas estadio IV (metástasis hepáticas y óseas) .Encefalopatía hepática grado III secundaria a insuficiencia hepática por afectación tumoral,diagnosticado en julio de 2020. Ante esta situación se deriva al paciente a cuidados paliativos. Se realizan visitas domiciliarias conjuntas por parte de su medico de familia ,enfermera comunitaria y enfermera gestora de casos en coordinación con el Equipo de Cuidados Paliativos dada la complejidad del paciente. Se informa al paciente de su situación y, sobre todo, se informa los familiares de la situación clínica, fluctuaciones en el estado clínico , manejo de tratamiento y cuidados en domicilio. Debido a la situación por la Pandemia por Covid 19 los familiares optan por cuidados en el domicilio por miedo al contagio y por la posibilidad de permanecer con el paciente en todo momento a pesar de la complejidad del caso.

Exploración y pruebas complementarias

Desde atención primaria se solicitan analíticas con perfil hepático incluida función hepática y descartando hepatitis aguda.

En la E.F. destaca una pérdida ponderal de 12 kg. en paciente con I.M.C. de 42 y se palpa masa a nivel de epigastrio y en lóbulo hepático izdo, así como hepatomegalia de consistencia media de 4 traveses de dedos.

En la Ecografia abdominal se aprecia: Hígado metástasico con posible masa en colon.

En el TAC toraco-abdominal neoplasia pancreática con metástasis hepática adenopatías mediastínicas retroperitoneales y posible afectación ósea.

Juicio clínico

Tumor neuroendocrino estadio IV con metástasis hepáticas y óseas.

Encefalopatía hepática.

Diagnóstico diferencial

Tumores Neuroendocrinos de otra localización digestiva.

Metástasis hepáticas de tumor primario pulmón, pancreático, colon y otras localizaciones.

Metástasis cerebrales.

Comentario final

En el contexto de la Pandemia por Covid 19 se han producido retrasos en el diagnostico de diversas patologías tumorales.

En este mismo contexto los familiares de este paciente, a pesar de la edad, la complejidad, la sintomatología presentada , han optado por los cuidados domiciliarios.

Se enfatiza la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria, por la accesibilidad.

Bibliografía

- *Como dar malas noticias en medicina.*
- *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.*

576/334. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Cano Mora de Saavedra, M.[1], Fernández Rodríguez, J.[2], Melgares Ruiz, R.[1], Páramo Rodríguez, E.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 87 años con antecedentes personales de DM tipo II e HTA, independiente para las actividades de la vida diaria. Vive con su marido, también independiente. Acude a la consulta con su hija alegando la misma que desde hace un año la encuentra con déficit de memoria reciente.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos y murmullo vesicular conservado. Neurológico: se realiza el Test de Lobo objetivando cifras de 28: Ligero déficit cognitivo. Analítica sin alteraciones, vitamina B12 y ácido fólico dentro de la normalidad. TAC craneal: Atrofia generalizada con signos compatibles de Hidrocefalia del adulto. Se deriva al servicio de Neurología.

Juicio clínico

Hidrocefalia del Adulto.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia de Cuerpos de Lewy, demencia Fronto-temporal, demencia mixta.

Comentario final

Ante los resultados del TAC reexploramos de forma más completa a la paciente evidenciando marcha alterada que junto a la demencia leve e incontinencia urinaria, forman la triada típica de Hidrocefalia del adulto. Cabe destacar ante esta situación el error cometido y es el siguiente: la exploración neurológica del paciente debe estar enfocada a los dos campos, tanto el de la esfera física como la cognitiva y en este caso nos dejamos llevar solamente por la parte del deterioro cognitivo, bien por la falta de tiempo que poseemos en la consulta ó por pensar en que éste fuese otro de tantos casos de deterioro cognitivo acaecidos en personas mayores durante la pandemia. Por tanto, exploración neurológica tanto física como cognitiva deben ir de la mano. La paciente fue derivada al servicio de Neurocirugía con carácter urgente.

Bibliografía

- *Gata Maya, D. Domingo Santos, A. et al. Patología del LCR. Hidrocefalia, pseudotumor cerebral y síndromes de presión baja. Medicine. 2015; 11 (76): 4555-62.*
- *Aragonés, J.M. Altimiras, J. et al. Hidrocefalia normotensiva idiopática: alta incidencia en mayores de 80 años. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53 (2) : 85-88*

576/335. HIPOTENSIÓN EN PACIENTE CON PARKINSON/DEMENCIA

Autores:

Fernández Rodríguez, J.[1], Cano Mora de Saavedra, M.[2], Páramo Rodríguez, E.[2], Melgares Ruiz, R.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada

Descripción del caso

Paciente de 74 años, con diagnóstico de Parkinson, Alzheimer, HTA, fibrilación auricular paroxística con ablación, dislipemia y síndrome prostático, consulta por cuadro de mareo con pérdida de tono postural y caída, sin pérdida de conocimiento en dos ocasiones que recupera sin focalidad.

Exploración y pruebas complementarias

En dos ocasiones es atendido de urgencias constatando tensiones de 85/50 mmHg y de 60/indetectable sin otra focalidad, salvo la propia de su patología neurológica. El paciente fue remitido a urgencias del hospital recuperando las cifras tensionales tras reducción de medicación y sueroterapia intravenosa.

Juicio clínico

Síncope por hipotensión.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades que puedan causar disautonomía como la diabetes, la amiloidosis y el déficit de B12.

Comentario final

Los pacientes con enfermedad de parkinson y demencia además de la sintomatología motora pueden presentar síntomas disautonómicos que pueden abarcar desde la hipotensión ortostática, hipotensión pospandrial, hipertensión supina, estreñimiento, incontinencia fecal y disfunción sexual1,3. Se pueden producir en cualquier estadio de la enfermedad. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica, medidas de presión en decúbito y bipedestación. El tratamiento se basa en medidas no farmacológicas, como el uso de medias elásticas, consumo de líquidos o cafeína, comidas frecuentes y pequeñas, y en la hipotensión ortostática el uso de midodrina o fludrocortisona, mientras que en la hipertensión supina se usan antihipertensivos de vida media corta (ejmp. Captopril),

Bibliografía

- *Roa-Chamorro, R. Torres-Quintero, L. González-Bustos, P. La disfunción autonómica en el paciente con enfermedad neurodegenerativa. Hipertens Riesgo Vasc. 2020; 37(3) : 133-136*
- *Suárez Bagnasco, M. Hipotensión ortostática y deterioro cognitivo/demencia en adultos. Salud(i)Ciencia. 2019; 23: 524-528*
- *Zhang, Z. Chen, S. Autonomic dysfunctions in Parkinson's disease: prevalence, clinical characteristics, potential diagnostic markers and treatment. Hindawi Parkinson's Desease. Vol 2020. Article ID 8740732.*

576/338. DISNEA BRUSCA EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Lara Carvajal, A.[1], Aparicio Gallardo, V.[1], Martín Castaño, B.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada

Descripción del caso

Varón de 51 años, con antecedentes personales: obesidad mórbida. hipertensión arterial, dislipemia. Avisan por disnea brusca , de mínimos esfuerzos, mientras iba de camino a su coche. No clínica infectivo respiratoria. Días previos cuadro de lumbalgia, habiendo permanecido prácticamente cinco días en reposo absoluto

Exploración y pruebas complementarias

Al llegar, el paciente está dentro de su coche, con mal estado general, sudoroso, taquipneico. Saturación de oxígeno 76%, frecuencia cardiaca 115, tensión arterial 160/85. Auscultación: tonos rítmicos. Murmullo vesicular muy disminuido de forma generalizada, no otros ruidos sobreañadidos En miembros inferiores no aprecio edemas ni signos de trombosis venosa, pero es difícil la exploración dada la obesidad. Tras aporte de oxígeno a alto flu-

jo, saturación en torno a 90% Se decide traslado al Hospital: Analítica: Destaca BNP 1520, PCR 46 y troponina 77.5 Gasometría venosa: láctico 2.2 y acidosis respiratoria Coagulación: Destaca dímero D 7.84 Electrocardiograma: normal Ecodoppler miembros inferiores: sin signos de trombosis, pero poco valorable por al obesidad Se calcula el índice de Well: 6 (riesgo moderado de tromboembolismo pulmonar) AngioTAC de tórax: tromboembolismo agudo bilateral con varias consolidaciones bilaterales (que sugieren infartos pulmonares)

Juicio clínico

Tromboembolismo agudo bilateral con varias consolidaciones bilaterales (que sugieren infartos pulmonares)

Diagnóstico diferencial

La disnea aguda puede ser de origen pulmonar (neumonías, hemorragias, broncoespasmo, derrames pleurales, neumotórax o tromboembolismo) o extrapulmonar (edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico, síndrom de distress, hiperventilación por ansiedad, acidosis metabólica) Cabe destacar en este caso que con los datos obtenidos de una buena historia clínica se puede sospechar inicialmente el diagnóstico, sobre todo por el antecedente de la inmovilización y descartar otras causas (no clínica infectivo respiratoria, síntomas de insuficiencia cardiaca...)

Comentario final

De esta caso no sólo me parece interesante el diagnóstico, sino también el haber atendido una situación tan grave en la calle, con los pocos medios y recursos con los que disponemos en algunas ocasiones

Bibliografía

- *F Uresandi et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Archivos de bronconeumonía 2004; 40 (12): 580-594*
- *J Sandoval, M Florenzano. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Revista médico. Clinica las Condes 2015; 2 (3): 338-343*

576/339. HIPERCALCEMIA EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE EVENTO CARDIOVASCULAR

Autores:

Lara Carvajal, A.[1], Aparicio Gallardo, V.[1], Martín Castaño, B.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada

Descripción del caso

Mujer de 63 años, Antecedentes personales: hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva, dislipemia, ictus isquémico hemisferio derecho,con estenosis en arteria cerebral media izquierda. Acude a consulta por astenia, para realizar analítica general

Exploración y pruebas complementarias

Exploración general normal, no antecedentes de fracturas ni otra sintomatología. En analítica: destaca hipercalcemia (calcio corregido:11). Tras lo cual solicitamos estudio de hipercalcemia, destacando: paratrina elevada (119.9), vitamina D baja (16.3), calcio urinario alto (34), calcio/creatinina elevado (298) Derivo a Endocrinologia, donde realizan SPECT MIBI: adenoma paratiroideo inferior izquierdo en polo inferior de paratiroides izquierda Solicitan también densitometría,con diagnóstico de osteopenia y ecografía cervical, apreciandose el adenoma

Juicio clínico

Diagnostico de hiperparatirodismo primario asintomático, pendiente de intervención quirúrgica

Diagnóstico diferencial

La hipercalcemia , además de por un hiperparatiroidismo, puede ser producido por un proceso tumoral,enfermedad de paget, inmovilizados, sarcoiditis u otras enfermedades granulomatosas, antecedentes de radiación en cabeza y cuello, fármacos... Pero en esos casos no estaría elevada la hormona paratiroidea. En esos casos que si esta elevada, ademas de el hiperparatirodismo primario, en el diagnostico diferencial es fundamental descartar la hipercalcemia hipocalciúrica familiar benigna, que

se caracteriza por hipercalcemia leve,hipocalciuria y descenso del aclaramiento calcio/creatinina. Hay que tener en cuenta que puede estar en el contexto de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple,por lo que hay que estudiar antecedentes familiares de tumores endocrinos benignos e hipercalcemias en pacientes jóvenes. El hiperparatirodismo primario suele diagnosticarse cuando todavia no ha dado una clínica muy manifiesta,sino simplemente sintomas inespecificos,como astenia, depresion leve o malestar general

Comentario final

Existe un infradiagnóstico de la hipercalcemia, dada su sintomatología vaga y poco específica. Los pacientes con hiperparatiroidismo primario presentan un mayor riesgo cardiovascular. En esta paciente cabe destacar sus antecedentes de ictus previo por una estenosis de la arteria cerebral media. Este caso nos hace valorar la importancia de tener en cuenta esta patología, ya que tiene complicaciones a largo plazo (mayor riesgo cardiovascular, nefrocalcinosis, osteopneia y fracturas patológicas

Bibliografía

- *A García-Martín et al. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hiperparatirodismo primario asintomático. Endocrinol Nutric 2014;61 (10):516-522 G Alonso,M Muñoz Torres.Nuevo consenso sobre hiperparatiroidismo primario asintomatico. Osteomail 2004; 13 (3):60-63*

576/341. A PROPOSITO DE UN CASO: FIEBRE BOTONOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Moreno Jiménez, I.[1], Sánchez Serna, M.[1], Andrés Vera, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 72 años que acude a consulta por síncope con recuperación rápida completa, en el contexto de síndrome febril no termometrado que se acompaña de aparición de exantema generalizado no pruriginoso. Refiere picadura de garrapata previa y lesión costrosa en brazo que se había arrancado previamente.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Telangiectasias malares. Eupneico en reposo sin precisar oxigenoterapia con sat02 basal 92%. Tolera decúbito. ACR: tonos cardiacos rítmicos a 68 spm, apagados, hipoventilación global sin ruidos patológicos. Abdomen blando: sin hallazgos. MMII sin edemas ni signos de TVP. Se aprecian lesiones eritematosas, no palpables, que no desaparecen a vitropresión, de escasa cuantia en tronco, MMSS, MMII, afectando a palmas y plantas. A nivel de brazo izquierdo (cara lateral) se aprecia lesión redondeada algo excavada, compatible con mancha negra previa a dicho nivel.

Hemograma: dentro de la normalidad salvo neutrofilia del 82.9%.

Estudio de coagulación: dentro de la normalidad.

Bioquímica: glucosa 118 mg/dl, AST 54 U/L, sodio 130 meq/l, resto de parámetros básicos dentro de la normalidad. PCR 124.3 mg/l. Troponina I 0.065 ng/ml.

Gasometria venosa dentro de la normalidad.

Rosa de Bengala negativo.

Liquido cefalorraquídeo: 9 leucocitos (90%mononucleares), glucosa 53 mg/dl, proteínas 38.8 mg/dl, hematíes <5 hem/microl, ADA 0, no xantocromía, tinción de Gram no se observan gérmenes, LDH 30 UI/L.

EKG: Ritmo sinusal a 102 spm, falta de crecimiento de R de V1 a V3, BIRDHH, T negativa en aVL

Rx de tórax: ICT < 50%, hilios ligeramente engrosados, no se aprecian imágenes nodulares, cambios artrósicos en columna dorsal.

Tc de craneo dentro de la normalidad.

Serología: positiva para Rickettsia conorii.

Juicio clínico

Fiebre botonosa

Diagnóstico diferencial

Ricketsiosis: tifus epidémico, endémico, fiebre tifoidea.

Enfermedades exantemáticas (sarampión, rubéola, varicela en fase inicial de pápula, etc.).

Infecciones meningocócicas, infecciones virales especialmente enterovirus, púrpura de Schönlein-Henoch y otras vasculitis.

Comentario final

No descartar en atención primaria ricketsiosis ante la picadura de garrapatas.

Bibliografía

- *Rickettsia rickettsii and other spotted fever group rickettsiae (Rocky Mountain Spotted fever and other spotted fevers). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Principles and practices of infectious diseases. Nueva York: Churchill Livingstone, 1995; 1721-1727.*

576/342. ¿SERÁ UN EFECTO ADVERSO DE LA VACUNA?

Autores:

Moñiz Pérez, C.[1], Sánchez Velasco, M.[1], Fernández Bersabé, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 59 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, no alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes patológicos de interés. No hábitos tóxicos.

Acude a consulta por cefalea occipital que ha ido empeorando en las últimas semanas de manera progresiva, así mismo desde hace dos días, refiere también alteración en el habla con dificultad para la articulación y sobre todo en la nominación. Cuatro días antes de la aparición de la cefalea se le había administrado la primera dosis de la vacuna AstraZeneca.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada en tiempo y espacio, disartria de predominio nominativa, pupilas isocóricas y normorreactivas, motores oculares externos conservados, paresia facial derecha leve. Moviliza las cuatro extremidades espontáneamente, sin pérdida de fuerza por segmentos ni alteraciones sensitivas.

La auscultación cardiorrespiratoria es normal.

Derivamos a la paciente a urgencias hospitalarias para la realización de un TAC de Cráneo y analítica urgente.

La analítica (hemograma, bioquímica básica y coagulación) es normal.

TAC Cráneo Urgente: En lóbulo temporal izquierdo existe una masa heterogénea de predominio hipodenso de 36 mm en su diámetro mayor, con importante edema perilesional que provoca marcado efecto masa con desplazamiento de línea media de 3 mm y compresión del sistema ventricular ipsilateral. Quiste en cisura coroidea izquierda. Los hallazgos descritos son sugestivos de glioma de alto grado.

RM Cerebral: Hallazgos sugestivos de astrocitoma de alto grado (glioblastoma)

Juicio clínico

Glioblastoma de alto grado

Diagnóstico diferencial

Síndromes desmielinizantes, metástasis, lesiones infecciosas, lesiones ocupantes de espacio, trombosis de senos venosos cerebrales en relación con la vacuna AstraZeneca.

Comentario final

Ante una paciente con síntomas neurológicos de alarma es fundamental que, en caso de sospecha, se realice su estudio lo antes posible para poder iniciar un tratamiento precoz.

Desde nuestra consulta de atención primaria es fundamental el acompañamiento y el apoyo de la pa-

ciente y de la familia ante el afrontamiento de una enfermedad letal cuya esperanza de vida con los tratamientos convencionales es de poco más de un año.

Bibliografía

- *BM Alexander, TF Cloughesy - Journal of Clinical Oncology, 2017*
- *https://www.aemps.gob.es/*

576/347. LA IMPORTANCIA DE DISPONER DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Hammad Al-Aji, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miller Bajo. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas

Descripción del caso

Paciente mujer de 47 años con AP de cáncer de mama en remisión hace 6 años. Último control anual con oncología hace 4 meses sin hallazgos de interés. Acude a consulta para resultados de analítica por decaimiento en las últimas semanas. No fumadora ni bebedora. Sin tratamiento actual. No otros AP de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: Glucosa 97, Colesterol total 179 , HDL 45, LDL 137 Triglicéridos 138. ALT 61, AST 49, GGT 36. Ferritina: 76. Hemoglobina: 12,2. TSH: 2,3.

Exploración física: abdomen blando, compresible, no se palpan masas ni megalias, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal .

Ecografía abdominal en Atención Primaria : Hígado de morfología normal con ecoestructura homogénea, de tamaño normal con presencia de dos lesiones hipoecogénicas de bordes difusos parcialmente vascularizadas con heterogeneidad interna. Se revisan ecografías y TAC previos donde no constan. Se remite preferente al servicio de Digestivo donde le realizan TAC abdominal con confirmación de metástasis hepáticas.

Juicio clínico

Orientación diagnóstica: Hipertransaminasemia a estudio. Diagnóstico final: Metástasis hepática con origen en recidiva de cáncer de mama

Diagnóstico diferencial

Lesiones focales de naturaleza sólida: Adenoma hepático, Hiperplasia nodular focal, Carcinoma hepatocelular, Hígado graso focal

Comentario final

La importancia de disponer en Atención Primaria de la ecografía abdominal como método de diagnóstico accesible y rápido (el tiempo aproximado de realización de ecografía en nuestro medio es de 10-12 meses) y de no menospreciar alteraciones analíticas por leves que parezcan. La accesibilidad de la ecografía permitió un diagnóstico rápido y precoz.

Bibliografía

- *Friedman LS. Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests. UptoDate 2015. CM Rumack. Ecografía diagnóstica 3º Ed., (2006), pp85-135*
- *Aragon G, Younossi ZM. When and how to evaluate mildly elevated liver enzymes in apparently healthy patients. Cleve Clin J Med. 2010; 77(3):195-204.*

576/348. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

Autores:

Belando Consuegra, M.[1], Lison Pérez, M.[2], Espuche Jimenez, M.[1], Reche Rodriguéz, A.[3], Fernández Martínez, R.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia

Descripción del caso

Varón de 28 años sin antecedentes médicos relevantes que consulta por parálisis facial derecha de unas 12 horas de evolución.Se observa desviación de la comisura bucal hacia la derecha,imposibilidad para el cierre completo de ojo derecho,borramiento de arrugas frontales derechas (grado IV Escala House-Brackmann).Leve disminución de la sensibilidad del lado derecho de la cara.Asocia además cefalea intensa en zona periauricular.Tratamiento pautado para domicilio:Deflazacort 2 y 1/2 comprimidos durante cinco días, 1 y 1/2 durante los siguientes cinco días y 1/2 durante otros cinco días y finalizar. Valganciclovir 500mg 2 comprimidos cada 8 horas durante 7 días.Se recomienda al paciente protección ocular,hidratación ocular con lágrimas artificiales varias veces al día, pomada oftálmica con Vitamina A 1 aplicación por la noche.Revisión por ORL de zona para su seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Juicio clínico

Parálisis facial periférica

Diagnóstico diferencial

La localización de la lesión se encuentra en el canal facial que puede llevar a síntomas acompañantes como pérdida de gusto y salivación y preservación del lagrimeo.Con ello tenemos que barajar distintas causas que provoquen estos síntomas:parálisis de Bell,fractura de peñasco,otitis,mastoiditis,síndrome de Ramsay-Hunt,metástasis,leucemia,diabetes, infección por VIH,síndrome de Guillain-Barré y borreliosis.

Comentario final

Es una disfunción del nervio facial sin causa detectable ,aguda y unilateral.Es más frecuente entre los 15-45 años y en pacientes inmunodeprimidos,diabéticos y en embarazadas. La etiología en la mayoría de casos es vírica,aunque su mecanismo etiopatogénico es desconocido.El diagnóstico es fundamentalmente clínico.La mejoría clínica se consigue en el 85% de los casos en las 3 primeras semanas.El pronóstico es mejor cuanto menor sea el grado de paresia inicial y en pacientes sin comorbilidades.La combinación de tratamiento farmacológico con corticoides y antivirales la recomiendan la mayoría de autores por una mayor proporción de recuperación tras el seguimiento de estos pacientes.

Bibliografía

- *Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;149(3 Suppl):S1-27.*
- *Hernández JM, Sherbino J. Do Antiviral Medications Improve Symptoms in the Treatment of Bell's Palsy? Ann Emerg Med. 2017;69(3):364-5.*

576/356. DOCTOR, VENGO A RECOGER LOS RESULTADOS DE MI ANALÍTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Cózar García, I.[1], Matas Hernández, D.[2], Alcalde Molina, M.[1], Estepa Torres, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 66 años con AP de HTA, Dislipemia, BCR-DHH y DM2 en tratamiento con IDPP4, Metformina y SU, que acude a consulta para evaluar los resultados de analítica de control sobre su diabetes. En analítica se evidencia Hemoglobina glicosilada en 7.9% (4-6.5%), el paciente refiere mala adherencia a la dieta. Se decide reforzar ese aspecto, además de cambio en su tratamiento antidiabético oral suspendiendo SU y añadiendo ISGLT2. Dada la edad y los antecedentes del paciente se decide explorar al paciente para descartar enfermedad cardíaca asociada

Exploración y pruebas complementarias

Reinterrogando refiere que en los últimos meses se encuentra con mayor astenia de la habitual, aumentando la misma con la realización de esfuerzos y subiendo cuestas. También refiere que ha presentado

un dolor súbito en zona abdominal que se irradiaba hacia el tórax autolimitado. A la exploración se evidencia soplo pansistólico, sin crepitantes en bases pulmonares ni edemas en miembros.

Se solicita ECG en el que se evidencia imagen BRD-HH (ya conocido), en derivación II, III y aVF imagen en ondas de sierra, no presentes en el resto de derivaciones. Ante la alteración del ECG y la clínica se solicita consulta con Cardiología de forma Telemática confirmando el diagnóstico de presunción de Flutter auricular 4:1, ante la buena tolerancia se pauta tratamiento con NACOD y cita para descartar patología orgánica cardíaca asociada.

Juicio clínico

Flutter Auricular 4:1 con Frecuencia controlada

Diagnóstico diferencial

Flutter auricular vs IC con Valvulopatía

Comentario final

En la consulta de Atención Primaria es fundamental el control de las patologías crónicas de los pacientes, así como la exploración y establecer los distintos métodos de screening. En este caso por ser paciente con HTA, DM2 y dislipémico y tener más de 65 años es altamente probable padecer alguna patología cardíaca estructural o arritmia, por eso es fundamental la anamnesis y la exploración de estos pacientes.

Bibliografía

- *Griffin BP, Topol EJ. Manual de Medicina Cardiovascular. 4º ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 358-49. ISBN-13: 978-8415684107*
- *Borloz MP, Mark DG, Pines JM, Brady WJ. Diagnóstico diferencial electrocardiográfico de la taquicardia de complejo QRS estrecho en el servicio de urgencias: una revisión de ritmos frecuentes y sus características distintivas. Emergencias. 2010;22(1):369–80*

576/371. DOCTORA... CREO QUE TENGO HEMORROIDES

Autores:

Gómez Sánchez, L.[1], Nuez Ramos, G.[2], Sánchez Alba, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 57 años fumador (un paquete al día), bebedor crónico moderado (5 o 6 copas de vino al día). Acude a consultas refiriendo desde hace un mes dolor rectal durante la defecación con palpación de "masa" en región de ano.

Desde hace dos semanas el dolor se ha ido intensificando, llegando a ser muy intenso y constante. Sangrado ocasional con la defecación, que el paciente atribuye a la existencia de hemorroides de larga evolución, que al parecer han aumentado de tamaño.

Se realiza una exploración anal donde se objetiva una lesión dura, ulcerada, dolorosa y con restos hemáticos a la palpación, a las 9 horas en posición de litotomía, asociada a una induración que se extiende hacia el glúteo ipsilateral.

Exploración y pruebas complementarias

Se interconsulta con Cirugía General y Digestiva de forma muy preferente pidiendo colonoscopia donde se describe lesión en el margen anal, resto de exploración normal. Se decide realizar biopsia quirúrgica bajo anestesia locorregional con resultado de anatomía patológica: carcinoma epidermoide de ano. Tras un estudio de extensión local y a distancia, el paciente se deriva a Oncología Radioterápica para su tratamiento.

Actualmente el paciente recibe tratamiento radioterápico con última resonancia con resultado de Carcinoma epidermoide localmente avanzado.

Juicio clínico

Carcinoma epidermoide de ano

Diagnóstico diferencial

Enfermedades de transmisión sexual, fisura anal, fístula perianal y hemorroides. El diagnóstico definitivo

ante la ausencia de respuesta al tratamiento debe ser mediante biopsia.

Comentario final

La baja frecuencia de esta entidad y su sintomatología, aparentemente anodina en su inicio, hace que la exploración perianal completa y sistematizada en la consulta de atención primaria así como el diagnóstico diferencial sean claves en el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- *Beltrán-Pérez I, Reyes-Argudín M, Navarro-Garvey Y, Suárez-Rivera J. Carcinoma epidermoide del margen anal contra calidad de vida. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2014 [citado 2 Nov 2021]; 53 (3)*
- *Czito BG, Willett CG. Current management of anal canal cancer. Curr Oncol Rep 2009; 11:186–92.*
- *Berry JM, Palefsky JM, Jay N, et al. Performance characteristics of anal cytology and human papillomavirus testing in patients with high-resolution anoscopyguided biopsy of high-grade anal intraepithelial neoplasia. Dis Colon Rectum. 2009; 52:239–47.*

576/382. LA IMPORTANCIA DE CUIDAR A LAS QUE CUIDAN

Autores:

Jiménez Muñoz, N.[1], Gasset Giráldez, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 80 años que acude a enfermería para efectuarse un control de tensión arterial cuando se encuentra con su médica indicándole que se encuentra cansada.

Se le da una cita presencial para valorarla.

La paciente ha sido cuidadora de su marido, paciente pluripatologico, con nivel de dependencia severo hasta su fallecimiento un año antes.

Tenía antecedentes de HTA controlada, hiperuricemia y dislipemia.

Hasta el fallecimiento de su esposo, sus consultas eran poco frecuentes, limitándose a citas aisladas para controles analíticos, tensionales, renovar su tratamiento y por dolores óseos.

Tras el fallecimiento de su esposo, el hecho del confinamiento la hizo abstenerse de acudir al centro, y pese a realizarse consultas telefónicas para hacerle seguimiento y explicarle que podía consultar, no había manifestado problemas.

En la cita presencial refería disnea de mínimos esfuerzos (GF II-III), negaba haber tenido dolor torácico, sí había presentado en alguna ocasión palpitaciones, dormía habitualmente con dos almohadas y tenía edemas en piernas en los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, Eupneica. TA 130/70. Sat O2 96%. FC 75

RsCsAS con soplo sistólico panfocal. MVC con escasos crepitantes bibasales.

EEII: edemas con fobea hasta mitad de piernas.

EKG: FA a 75 lpm, eje normal, no alteraciones en repolarización.

RX torax: indice Cardiotoracico >50%, calcificación botón aórtico.

Analitica: colesterol y acido úrico elevados.

Ecocardiograma: estenosis aortica severa, insuficiencia mitral severa, HVI leve con FSG conservada, HTP severa.

Coronariografia: ateroesclerosis coronaria severa.

Juicio clínico

Cardiopatia valvular tipo estenosis aórtica severa e insuficiencia mitral severa de etiología degenerativa.

HVI con FSG conservada

Hipertensión pulmonar severa

Fibrilación auricular persistente de data incierta

Ateroesclerosis coronaria severa

Diagnóstico diferencial

Soplo sistólico: estenosis aórtica, insuficiencia mitral, miocardiopatia hipertrófica obstructiva y soplos eyectivos funcionales.

Comentario final

Tras ser atendida en AP, fue derivada a Cardiologia donde se decidió tras efectuar la coronariografia ICP percutanea sobre DA y CD y posterior implante de TAVI de forma ambulatoria.

La evolución ha sido muy favorable y no tiene limitaciones para su vida cotidiana.

Bibliografía

- *Gordillo-Higuero. Agosto-septiembre 2010. Varón de edad avanzada con soplo sistólico. Propuesta de un esquema de diagnostico diferencial. Medicina de familia. Semergen. Vol. 36. Num 7*

576/384. FENÓMENO DE MILKING

Autores:

Vera Mesa, C.[1], Peña Ruiz, A.[2], Sanchez Mena, R.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia en centro de salud Arroyo de la Miel , Benalmadena, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jimena de la Frontera. Jimena de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Prado del Rey. Prado del Rey. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 55 años como antecedentes personales presenta Hta bien controlada con medicación y Fibromialgia.

Avisan al centro coordinador por dolor torácico opresivo muy intenso irradiado a cuello y a miembro superior izquierdo de horas de evolución que no calma con analgesia.

A nuestra llegada el paciente se encuentra muy afectado por el dolor aunque no lo describe como constante sino como un dolor intenso, opresivo de carácter intermitente de segundos de duración pero muy intenso .

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración

TA 140/90

FC 86lpm

Saturación 97%

Glucemia 99

Afectado por el dolor, consciente, orientado y colaborador. Palidez cutánea, eupneico en reposo.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos , murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos

Dudoso dolor a la palpación de la zona esternal , no visualizo lesiones dérmicas.

Ante la Clinica del paciente comenzamos con analgesia , al monitorizarlo presenta un electrocardiograma con elevación ST en V4, V5, V6.

Se decide tratar al paciente como un SCACEST, por lo que se coloca perfusion de nitroglicerina, AAs y Clopidrogrel.

Se traslada al hospital de referencia, donde pasa a la unidad de hemodinámica.

En el cateterismo no se visualiza lesión coronaria pero si se hace patente un Efecto de MILKING en la coronaria descendente anterior

Juicio clínico

Fenómeno de MILKING

Diagnóstico diferencial

Infarto de Miocardio

Angor hemodinamico

Miopericarditis

Comentario final

El fenómeno de MILKING consiste en la compresión sístolica de un segmento coronario intramiocardiaco localizándose habitualmente en la arteria descendente anterior en su segmento medio.

Suele tener buen pronostico aunque a largo plazo produce dolor de tipo anginoso, infarto, arritmias o muerte súbita.

La mayoría de los casos el tratamiento consiste en betabloqueantes y rara vez se indica cirugía

Bibliografía

- *Alfonso P, McKenna WJ. Milking in hypertrophic cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 1999; 34: 949-50.*
- *Yuilliere Y, Berder V, Suty-Selton C, Buffet P, Danchin N, Cherrier I. Isolated myocardial bridges with angiographic milking of the left anterior descending artery: a long-term follow-up study. Am Heart J 1995;129: 663-5*
- *Schwarz ER, Klues HG, vom Dahl J, Klein I, Krebs W, Hanrath P. Functional, angiographic and intracoronary Doppler flow characteristics in symptomatic patients with myocardial bridging: effect of short-term intravenous beta-blocker medication. J Am Coll Cardiol 1996; 27: 1637-45*

576/388. TUMORACION LATEROCERVICAL A ESTUDIO

Autores:

Pérez Puertas, G.[1], Herrero Reyes, J.[2], Lucas Perez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villamanrique. Villamanrique. Ciudad Real, (2) Especialista en Radiología. Hospital General de Valdepeñas. Valdepeñas. Ciudad Real, (3) Enfermero. Hospital General de Valdepeñas. Valdepeñas. Ciudad Real

Descripción del caso

Paciente de 51 años de edad con Ap :

Depresión e hipoacusia 2ª a antibióticos .

Acude a consulta por presentar tumoracion supra clavicular derecha de unos 15 días de evolución acompañado de edema de MSD, no fiebre ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

AEG, a febril, eupneica en reposo.

Tumoracion cervical derecha con aumento de partes blandas perilesion, indurada,no ulcerada, adherida a planos profundos .

Orofaringe sin alteraciones.

ACP: rítmica no soplos, mvc sin ruidos patológicos.

Abdomen anodino.

EEII:no edemas ni signos de TVP.

EESS: izquierda normal, derecha con aumento de volumen y cianosis distal desde carpo derecho.

Analítica :Sin alteraciones significativas.

Rx tórax :ICT en limite,no derrame ni infiltrados .Tumoracion cervical con prolongación intratoracica derecha alterando contorno mediastinico derecho.

Ecografía de partes blandas : se identifica una lesión redondeada de aproximadamente 3 cm. De eje mayor y una alteración de las partes blandas con varias imágenes de pseudo colección con imagen de reacción periostica agresiva clavicular adyacente.

Tac torácico: tumoracion latero-cervical derecha sugestiva de sarcoma vs tumor neurogenico maligno

Juicio clínico

Neoformacion Maligna de alto grado indiferenciado infiltrando músculo esquelético

Diagnóstico diferencial

Tumor neurogenico maligno

Sarcoma de partes blandas

Plasmócitoma cervical

Comentario final

La gran mayoría de las tumoraciones de partes blandas son benignas por lo que no se contempla la posibilidad de un sarcoma dando como resultado el retraso en el diagnóstico y un tratamiento inicial adecuado.

Bibliografía

- *Migotto Cabrera WH , Leon Rivera M, León Atóche L, Vigil Rojas C.*
- *Sarcomas de tejidos blandos en el Instituto de enfermedades Neoplasicas. Biblioteca Virtual . Dic 2000.*
- *Sarcomas -Partes blandas .Sociedad Española de Oncología Médica.Febrero 2020*

576/389. CASO CLÍNICO: FIEBRE EN ANCIANO

Autores:

Vera Mesa, C.[1], Peña Ruiz, A.[2], Sanchez Mena, R.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jimena de la Frontera. Jimena de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Prado del Rey. Prado del Rey. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 88 años, sin antecedentes personales de interés salvo FA anticoagulada y bien controlada. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Acuden al centro de salud sin cita por temblores y dispepsia de un día de evolución que lo achaca atrasgresión dietética.

Niega dolor torácico, ni disnea ni alteración en las deposiciones.

Exploración y pruebas complementarias

TA 160/80

FC 90 lpm

Saturación 98%

Temperatura 39ºc

COC, BHYP, Normocoloreado , eupneico en reposo. PICNR, PC sin alteración, no dismetría ni alteraciones neurológicas.

ACP tonos rítmicos sin soplos, MVC.

Abdomen: depresible, leve dolor epigástrico, signo de Murphy negativo, no signos de irritación peritoneal

ECG : FA a buena frecuencia, sin alteraciones en la repolarizac

Ante la fiebre sin foco claro en un paciente frágil, se decide cubrir con antibióticos de forma empírica y anti térmicos.

Se explican signos y síntomas de alarma.

Al día siguiente consulta de nuevo la mujer del paciente refiriendo que persiste la fiebre, y se encuentra mareado, hipotenso y con coluria.

Ante los nuevos signos y la afectación a nivel hemodinámica se decide el traslado a urgencias hospitalarias.

Se realiza analítica sanguínea donde destaca hemograma con leucocitosis y neutrofilia. Bilirrubina en 3 mg/dl a expensas de la directa y PCR 200 mg/l.

Ecografía abdominal: no se aprecia clara obstruccion del conducto biliar aunque si aparece " barro biliar".

Ingreso en planta por parte de Digestivo

Juicio clínico

Cólico biliar y colangitis

Diagnóstico diferencial

Neumonía basal

Dispepsias

Diverticulitis

Comentario final

Tras una semana con antibioterapia Iv y dieta el paciente mejora hasta el alta a domicilio con recomendaciones y nueva revisión en consulta de digestivo.

En el caso de este paciente los signos y síntomas fueron muy larvados, lo que nos hizo no pensar que se trataba de un proceso biliar complicado y urgente

Bibliografía

- *Enric Duaso, Alfons López-Soto. Valoración del paciente frágil en urgencias. Emergencias 2009; 21: 362-369*

- *Carles Llor, Carolina Bayona. Paciente debril sin foco. FMC Volumen19, Issue 9, Novembre 2012, Pages 529-533*

Médico residentes

576/9. ELECTROCARDIOGRAMA UN ARMA DIAGNOSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Martín Guerra, L.[1], Morales Delgado, N.[2], Aranda Domínguez, L.[3], Rodríguez Mengual, A.[4], Gascon Veguin, S.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 20 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta sin cita previa por dolor torácico izquierdo irradiado al cuello. Refiere que el dolor comenzó por la mañana, empezó siendo más leve y ha ido a más, el paciente ha observado que las molestias empeoran en decúbito y con la respiración profunda.

Niega fiebre aunque reconoce mocos y tos los días previos. Correctamente vacunado, niega traumatismo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física completamente normal auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos ni soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado no ruidos sobreañadidos. No dolor a la palpación de hemitórax izquierdo. No obstante, se decide realizar un electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax de manera urgente.

ECG: ritmo sinusal a unos 85 lpm, PR corto ligeramente descendido en V4-V5, elevación de segmento ST en V4-V5-V6

Rx Tórax: normal no cardiomegalia ni derrame

Ante los hallazgos arriba descritos se diagnostica al paciente de pericarditis aguda y se deriva a urgencias hospitalarias para descartar complicaciones.

Juicio clínico

Pericarditis aguda

Diagnóstico diferencial

Traumatismo

Costocondritis

Síndrome de Tietze

Neumonía

Derrame pleural

Neumotórax

Esofagitis

Comentario final

En urgencias se le realizó una ecocardiografía descartándose derrame pericárdico y miocarditis, a demás de, una analítica con CPK-MB y troponinas T con valores dentro de la normalidad.

Dada la ausencia de factores de riesgo, finalmente se indica al paciente los signos de alarma para vigilar en el domicilio, se recomienda reposo y tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y control posterior en la consulta de atención primaria.

En conclusión, la pericarditis es una causa de dolor torácico en niños, adolescentes y jóvenes que siempre debe tenerse en consideración. Los hallazgos electrocardiográficos resultan determinantes para su diagnóstico, de ahí, la importancia de disponer conocimiento para interpretar esta técnica diagnostica en atención primaria, ya que su rápido uso y fácil disponibilidad puede llevarnos a un diagnostico certero y rápido.

Bibliografía

- *Adler, Y., Charron, P., Imazio, M., Badano, L., Barón-Esquivias, G., Bogaert, J., Brucato, A., Gueret, P.,*

Klingel, K., Lionis, C., Maisch, B., Mayosi, B., Pavie, A., Ristić, A., Tenas, M., Seferovic, P., Swedberg, K., Tomkowski, W., Achenbach, S., Agewall, S., Al-Attar, N., Ferrer and J., Arad 2021. Artículo especial Guía ESC 2015 sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio.

576/10. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DESDE UN ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Morales Delgado, N.[1], Villar García, J.[1], Ortiz Osuna, M.[2], Damián García, R.[3], Martín Riobóo, E.[4], Martín Guerra, L.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (5) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años que acude a consulta por crisis hipertensivas en domicilio de 170/90 que ceden con lorazepam . Sensación de mareo y naúseas durante el ejercicio. Niega episodios de dolor torácico o síncope.

Antecedentes personales : ictus basilar hace 5 años sin secuelas. Hipertension arterial . Síndrome de apnea e hipoapnea del sueño en tratamiento con CPAP nocturna. Hipercolesterolemia. Niega hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado en ambos hemitóraxs.

Exploración neurológica completa sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma: Ritmo sinusal a unos 70 latidos por minutos. Eje normal. PR normal. QRS estrecho. Se observa ritmo auricular bajo: onda P invertida en I, cara inferior (II III aVF) y anterior (V3-V6); además de signos de isquemia subepicárdica en cara inferior con ondas Q patológicas en II, III y aVF. Ondas T aplanadas en Cara anterolateral (V4-V6).

Tras dichos hallazgos , realizamos interconsulta a Cardiología para descartar isquemia cardiaca a pesar de ausencia de clínica anginosa.

Desde dicho servicio solicitan:

SPECT-TC de perfusión miocárdica : Estudio indicativo de necrosis no transmural infero-apical y más levemente en el resto de segmentos inferiores.

Desde Cardiología deciden ingreso programado para realización de coronariografía para valorar posibles lesiones estenóticas.

En coronariografía observaron: arteria coronaria descendente anterior con lesión severa en tercio medio. Implantaron stent a dicho nivel mejorando la clínica de mareos y naúseas del paciente durante el ejercicio. Al igual que nos permite realizar el despistaje y diágnostico de alteraciones de ritmo.

Juicio clínico

Cardiopatía isquémica

Diagnóstico diferencial

Pericarditis aguda

Tromboembolismo pulmonar

Hipertensión pulmonar

Incorrecta colocación de electrodos

Comentario final

La importancia de la realización y correcta lectura de electrocardiogramas desde nuestras consultas de Atención primaria para el despistaje de cardiopatías.

Si detectamos una alteración electrocardiográfica en esta prueba tan sencilla que se encuentra a nuestro alcance, podemos orientar el diagnóstico de patología cardiaca posteriormente confirmada con pruebas realizadas en ámbito hospitalario.

Bibliografía

- *Carbonell San Román A, Segura de la Cal T, Zamorano Gómez JL. Isquemia silente y otras formas de cardiopatía isquémica crónica. Medicine. 2013; 11 (36): 2207-13*

576/12. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Perejón Fernández, A.[1], Delgado Cerpa, Á.[2], Filella Sierpes, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva

Descripción del caso

Paciente mujer de 29 años de edad que acude a nuestra consulta debido a referir aumento de tamaño, dolor, calor y ligera coloración rojiza de miembro superior derecho, de 3 días de evolución.

Niega fiebre. Niega traumatismo o sobreesfuerzo. Niega disnea.

Antecedentes personales: Enfermedad Pelvica Inflamatoria hace 7 años y tratamiento habitual con anticonceptivos hormonales.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo sin trabajo respiratorio. Bien hidratada y perfundida. Buena coloración mucocutánea. Anictérica. TA: 123/81. Frecuencia cardiaca 73lpm. Saturacion oxigeno 100% aire ambiente. Afebril 36,2º C. Auscultacion cardiorespiratoria ritmica a unos 70 lpm, sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. Miembros inferiores sin datos de trombosis venosa profunda ni edemas.

Miembro Superior Derecho con aumento de tamaño con respecto al contralateral, junto con aumento de temperatura y leve coloración mas rojiza. Pulsos distales presentes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Dímero D 1271 ng/mL, resto de coagulación, hemograma y bioquímica normal.

Ecografía doppler miembro superior derecho: Trombosis completa de la vena subclavia y vena axilar derecha. Resto de los vasos explorados (vena yugular, tronco braquiocefálico accesible a exploración y vena braquial) sin alteraciones significativas.

TAC de Tórax y Abdomen: Ovarios poliquísticos. Sin otras alteraciones significativas.

Juicio clínico

Trombosis venosa completa vena subclavia y vena axilar derecha en probable relación anticoncepción hormonal.

Síndrome ovario poliquistico.

Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa

Trombofilia

Vasculitis

Patología osteomuscular

Comentario final

La trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad superior es una forma inusual de enfermedad tromboembólica venosa que afecta principalmente

las venas braquiales, axilares y subclavias. Sus manifestaciones clínicas incluyen dolor, edema y cianosis de los miembros superiores. Su diagnóstico requiere la utilización de ultrasonido asi como venografía de contraste. Su tratamiento farmacológico se basa en el uso de anticoagulantes.

El pronostico suele ser favorable aunque resultan claves para el mismo la rápidez en el diagnostico asi como en el inicio del tratamiento.

Bibliografía

- *Noriega, Adriana Elizabeth Yánez, et al. "Trombosis Venosa Profunda de Miembros Superiores." Correo Científico Médico, vol. 24, no. 4, 1 Oct. 2020, revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3389. Accessed 17 Sept. 2021.*
- *Rozman, C. "Farreras: Medicina Interna" 19 edición. Elsevier, 2020.*

576/13. COVID-19 PERSISTENTE: UN CASO CLÍNICO

Autores:

Boillat Oriani, G.[1], Vicente Pérez, P.[2], Vázquez Benítez, A.[2], Pérez Burgos, J.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 27 años, con antecedentes de migrañas e hiperreactividad bronquial, que tras un cuadro de COVID-19 leve (fiebre, faringodinia y malestar general), presenta a los 2 meses posteriores: cefalea, problemas de memoria, astenia, tos, disnea, distensión abdominal, estreñimiento, dismenorrea, poliartromialgias, calambres y parestesias en miembros inferiores. Valorada por infectología, cardiología, neumología y neurología, sin hallazgos anormales. Persiste sintomatología a pesar de aerosolterapia y corticoterapia. Pendiente estudio electrofisiológico.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física normal. Hemograma, bioquímica, proteinograma, hormonas, autoinmunidad, alergias, serología infecciosa, urianálisis, todo dentro de la normalidad salvo vitamina B12 191 pg/ml, Zinc 57 µg/dl, CMV IgG positivo, EBV IgG positivo y SARS-CoV-2 IgG positivo. Espirometría: FVC 4300ml (99%); FEV1 3170ml (91%); Tiffeneau 74% (mala técnica inhalación). Ecocardiograma: Normal. Angio-TAC tórax normal. RMN de cráneo normal. Pendiente nueva revisión con PFR, test broncodilatador, FeNO, DCLO, test de la marcha, RMN cervical y ENG-EMG.

Juicio clínico

COVID-19 persistente.

Diagnóstico diferencial

Déficit de vitamina B12 y Zinc.

Comentario final

El COVID-19 persistente, o síndrome post-COVID-19, no es una condición, y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención del Reino Unido (NICE) lo define como "signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19, más allá de las 4 semanas; pudiendo mantenerse más de 12 semanas y que no se explican por un diagnóstico alternativo". Los síntomas varían ampliamente de unos pacientes a otros. Incluso un cuadro leve puede estar asociado con síntomas a largo plazo, más comúnmente tos, fiebre y fatiga. Otros síntomas son dificultad para respirar, dolor de pecho (bastante frecuente, el cual describen muchos pacientes como "quemadura pulmonar"), dolores de cabeza, dificultades neurocognitivas ("niebla mental"), dolores musculares y debilidad, malestar gastrointestinal, erupciones cutáneas, alteración metabólica, condiciones tromboembólicas y depresión. Las secuelas son debidas a una lesión específica de un órgano, tales como la insuficiencia cardiaca; la fibrosis y deterioro de la función pulmonar; y las neuropatías y el deterioro cognitivo a largo plazo.

Bibliografía

- *Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo Sánchez JM. Aspectos básicos de la*

COVID-19 para el manejo desde atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2021;53(6):101966. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.007.

576/14. NO TODO PATRÓN ES PATOGNOMÓNICO

Autores:

Bento López, A.[1], Antón Martínez, A.[1], Aledo Guirao, R.[2], Miralles Pérez, M.[2], Bento López, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Los Alcázares. Murcia, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Torre-Pacheco. Murcia, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. San Javier. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 64 años que consulta a su médico de Atención Primaria por disnea progresiva de 4 días de evolución. Niega tos ni expectoración mucosa. No edemas en miembros inferiores. Afebril. No otra clínica asociada. Antecedentes médicos: No HTA ni DM. Dislipémica. Fibrilación auricular. Estenosis reumática portadora de prótesis mecánica. Trombosis venosa profunda en 2017. Tratamiento crónico: Sintrom 4 mg según pauta, atorvastatina 40 mg/d; tenormin 100 mg/d.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloreada y normohidratada. Tensión arterial en consulta: 130/80 mmHg. Exploración cardiopulmonar: Rítmica, sin soplos con murmullo conservado sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Sin edemas en miembros inferiores, pulsos pedios presentes y simétricos. Electrocardiograma: onda S en I y onda Q y T en III. Analítica sangre: Bioquímica, hemograma y coagulación sin hallazgos. Dímero D 261 ng/ml

Juicio clínico

Disnea por sobredosis farmacológica con betabloqueantes.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar. Broncoespasmo. Enfermad pulmonar aguda. Infarto agudo de miocardio.

Comentario final

Tras objetivar el patrón electrocardiográfico y dado el episodio previo de trombosis venosa profunda, se deriva a urgencias por sospecha de tromboembolismo pulmonar. Allí solicitan analítica con Dímero D, que resulta normal. Tras descartar proceso agudo se realiza interconsulta preferente a Cardiología que, con resultados de pruebas, nueva exploración física y rehistoriando a la paciente disminuyen dosis de su betabloqueante habitual, con mejoría de la disnea de forma progresiva.

Se trata de un caso que debe recordar que pese a la tendencia a relacionar el patrón electrocardiográfico "S1Q3T3" con el embolismo pulmonar por su frecuencia este patrón no es patognomónico de dicha enfermedad. En este caso, más susceptible por los antecedentes de la paciente. El patrón electrocardiográfico lo que indica es la existencia de una sobrecarga ventricular derecha que puede estar ocasionada por un tromboembolismo u otras patologías. En el caso de nuestra paciente, posiblemente fuera debido a la estenosis previa de su válvula pulmonar, que provocó la necesidad de sustituirla por una prótesis vascular mecánica.

Bibliografía

Rivera Rodríguez N, et al. Patrón S1Q3T3 como hallazgo casual. Elsevier, 2015:41

Harrigan RA, Jones K. Conditions affecting the right side of the heart. BBMJ 2002; 324:1201

576/15. ¡ESTA LASAÑA ME HUELE A RAYOS!

Autores:

Bento López, A.[1], Bento López, P.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Los Alcázares.

Murcia, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. San Javier. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 15 años valorada hasta en dos ocasiones en Urgencias con vómitos, dolor abdominal tipo cólico y dolor lumbar no irradiado catalogada como síndrome emético versus cólico renoureteral. Consulta en su médico de cabecera por presentar olor y sensación en boca desagradable en la boca que refiere le provocan los vómitos y la sensación nauseosa por los que consultó. Desde que tiene estos síntomas presenta hiporexia. La paciente padeció infección por coronavirus hace 4 meses, con seguimiento y tratamiento en domicilio y sin presentar complicaciones posteriores. Niega alergias ni antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normocoloreada, normohidratada y normonutrida. Afebril. Exploración por sistemas sin alteraciones relevantes. Analítica de sangre y orina, electrocardiograma normales.

Juicio clínico

Parosmia postcoronavirus.

Diagnóstico diferencial

Hiposmia. Gripe. Sinusitis.

Comentario final

La parosmia define como una alteración en la percepción normal de los olores, por ejemplo, en la distorsión del olor de algo familiar, o cuando algo que normalmente le agradaba de repente se vuelve desagradable. Se trata de un síntoma que recientemente se ha observado como una complicación persistente de la infección por coronavirus. Sin embargo, no es exclusiva de esta patología ya que ocurre en otras infecciones virales como la gripe aunque sí se está viendo que su incidencia es mayor. La parosmia se produce más frecuentemente en pacientes que presentaron anosmia durante el periodo activo de la infección y pese a que no es indicativo de gravedad supone una importante merma en la calidad de vida de la persona que lo padece. La fisiopatología parece estar relacionada con una alteración de la regeneración axonal neuronas olfativas que conectan en áreas "aberrantes" del cerebro. En cuanto al tratamiento, existen terapias de recuperación olfatoria que consisten en un reaprendizaje de olores de forma consciente.

Bibliografía

- *Saniasiaya J, Narayanan P. Parosmia post COVID-19: an unpleasant manifestation of long COVID syndromePostgraduate Medical Journal Published Online First: 31 March 2021. doi: 10.1136/postgradmedj-2021-139855*

576/18. ESCAYOLISTA, CUANDO LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS ACABAN EN RUPTURA

Autores:

Gómez Vargas, F.[1], Fernández Carranco, C.[2], Borrás Estrada, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 52 años escayolista de profesión, refiere omalgia derecha de forma intermitente desde hace 3 años, se solicita radiografía que es informada como normal pero ante la reagudización del dolor y la exploración compatible con posible lesión tendinosa acabamos solicitando Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y derivando al paciente a Rehabilitación. Finalmente en RMN se aprecia ruptura completa del tendón supraespinoso y enfermedad degenerativa articular acromioclavicular y desde Rehabilitación se indican ejercicios de fortalecimiento y bloqueo del nervio supraescapular.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración de Hombro derecho: dolor a la palpación de región de músculo supraespinoso y de zona superior de deltoides y de articulación acromioclavicular,

dolor con rotación externa e interna del hombro, así como con elevación tanto activa como pasiva y a contrarresistencia, siendo Test de Jobe positivo, además presenta sensación de bloqueo del hombro tanto activa como pasiva. RMN hombro derecho: Ruptura completa del tendón supraespinoso. Enfermedad degenerativa articular acromioclavicular con hipertrofia asociada.

Juicio clínico

Ruptura completa del tendón supraespinoso.

Diagnóstico diferencial

Tendinitis versus Artrosis versus Capsulitis

Comentario final

El caso nos pareció interesante dado que demuestra cómo los microtraumatismos repetidos en determinados trabajos pueden dar lugar a lesiones graves en articulaciones y tendones, en este caso se trataba de un paciente escayolista que realizaba el trabajo con elevación mantenida de los hombros y movimientos repetidos durante muchas horas y durante años dando lugar a una omalgia que terminó desembocando en ruptura tendinosa. Además con este caso queríamos volver a recalcar la importancia de la exploración física. A pesar de no haber tenido traumatismo asociado ni sobreesfuerzo la exploración del paciente fue clave para orientar el caso y solicitar la prueba complementaria que dio el diagnóstico definitivo.

Bibliografía

- *Leong HT, Fu SC, He X, Oh JH, Yamamoto N, Hang S. Risk factors for rotator cuff tendinopathy: A systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med. 2019 Oct 4;51(9):627-637.*
- *May T, Garmel GM. Rotator Cuff Injury. 2021 Jul 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.*

576/20. EFECTOS ADVERSOS DE ESTATINAS: FOTOALERGIA

Autores:

Diaz-Crespo Mora, B.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 54 años. AF: Enfermedad de Alzheimer materna y hemocromatosis paterna. Hermana con Psoriasis AP: SD Sjogren, dislipemia, HTA. En tratamiento actual con: Atorvastatina, losartan, venlafaxina y omeprazol. Fumadora de 15 cig/diarios. Bebedora de 2-3 cervezas diarias.

Mujer de 54 años que acude a consultas de atención primaria por erupción cutánea pruriginosa de reciente aparición sin relación con causa alguna. No asocia aftas orales, fiebre ni otra sintomatología. Se solicita analítica con autoinmunidad. Se pauta Dolquine (Hidroxicloroquina) 200 mg/24h/7 días que puede iniciarlo a la espera de resultados. Se baja la dosis de manera progresiva hasta su suspensión. Se puede aplicar Metilprednisolona en crema en las lesiones de la cara durante 10 días y el resto del cuerpo durante un mes.

Dos semanas después es citada en consulta para observar de nuevo las lesiones. El picor ha desaparecido y las lesiones habían mejorado excepto la que presentaba en el dorso de la mano.

Exploración y pruebas complementarias

Se observa edema infrapalpebral y maculas eritemato-descamativas mal delimitadas afectando a zonas foto expuestas de la cara, extremidades superiores y dorso de las manos.

Hemograma normal

Bioquímica: Glucosa 174; Colesterol 296. CPK 56; IgG 622. Resto normal

Coagulación normal.

Analítica de autoinmunidad: ANA Negativo, Anti SCL-70 Negativo, Anti-Jo 1 Negativo. Antihistonas Negativa

Biopsia de las lesiones:

- Antebrazo: Dermatitis espongitica. Inmunofluorescencia negativa.

Juicio clínico

Reacción foto alérgica debido a la toma de estatinas

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Sjogren

Reacción foto alérgica

Lupus eritematoso cutáneo subagudo

Comentario final

Es muy importante tener en cuenta los antecedentes personales y los tratamientos que toman los pacientes, pues muchas veces debemos fijarnos en los efectos adversos de los mismos. En este caso las estatinas producen con frecuencia reacciones alérgicas, no sospechada en un principio pues la paciente llevaba tomandolas durante años.

Bibliografía

- *Gide A. CIMA FICHA TÉCNICA ESTATINAS. Angew Chemie Int Ed 6(11), 951–952. 1967;5-24.*
- *JEAN L-BOLOGNIA JVS. Dermatología Bolognia, Cuarta edición. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. 2014.*

576/21. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN UN PACIENTE CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

Autores:

Pérez Barragán, M.[1], Polo Torres, E.[2], Prieto Bonilla, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 31 años , fumador activo de 10 paquetes/ año, con antecedentes personales de trombosis venosa profunda por déficit de proteína S, diagnosticada tras vuelo en avión hace 5 años, actualmente no toma anticoagulación. Acude a consulta por tos de varios días de evolución junto con expectoración hemoptoica y dolor costal derecho que mejora parcialmente con la toma de antiinflamatorios. Niega fiebre o tiritonas. Acudió a urgencias días previos, descartándose infección Covid mediante PCR y Test de antígenos.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar: Roce pleural bilateral, más intensa en campo derecho. Leve hipoventilación en dicho campo, Rítmico sin soplos.No alteración en mucosa oral, ni erosión. Afebril. Saturación de oxígeno 98%. Frecuencia cardiaca 70 lpm. No dolor a la movilización de tronco, ni en la musculatura torácica. En la radiografía pulmonar realizada en urgencias, se mostraba mínimo borramiento de seno costofrénico derecho. Analítica de sangre y coagulación sin alteraciones.

Juicio clínico

Ante el antecedente personal de déficit de proteína S junto el tabaquismo activo y la eliminación de la anticoagulación, habría que descartar la formación de un trombo un las arterias pulmonares o la neoformación de una masa pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Infección Covid complicada con neumonía. Neumotórax. Neoformación broncopulmonar. Tromboembolismo pulmonar con infartos pulmonares secundario al déficit de proteína S.

Comentario final

Fue derivado a urgencias, donde le realizaron el dímero D, siendo patológico y realizándose angioTAC pulmonar, diagnosticándose tromboembolismo pulmonar con infartos pulmonares múltiples.

Bibliografía

- *E. Martínez Chamorro, T.Y. Revilla Ostolaza, M. Pérez Núñez, S. Borruel Nacenta, C. Cruz-Conde Rodríguez-Guerra, L. Ibáñez Sanz Pulmonary embolisms in patients with COVID-19: A prevalence study in a tertiary hospital Radiología (English Edition), Volu-*

me 63, Issue 1, January–February 2021, Pages 13-21 REYES GUEVARA, Andrea Margarita; REVELO VILLACRÉS, Alex David. Trombosis de vena porta por déficits de proteína C, proteína S y Antitrombina III. Mediciencias UTA, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 22 - 26, abr. 2021. ISSN 2602-814X. Disponible en: . Fecha de acceso: 13 jul. 2021 doi: http://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i2.1081.2021.

576/22. DOCTOR, MI HERMANO HA COMENZADO CON VÓMITOS OSCUROS ESTA MAÑANA

Autores:

López Estepa, M.[1], Rojas Prats, C.[2], Vaquero Baena, P.[1], Ugarte Abollado, E.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 67 años, institucionalizado desde hace varios meses, que acude a urgencias derivado desde su Residencia por presentar 3 episodios de vómitos oscuros en la mañana, junto con sudoración y palidez. La entrevista clínica está dificultada por la situación basal del paciente, además viene acompañado de su hermana, que no sabe explicarnos lo que ha ocurrido y en el informe de la residencia no consta más información. A su llegada a urgencias se realiza analítica donde se constata un potasio de 2.2, pasa al circuito de críticos donde se estabiliza y posteriormente a observación.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente, orientado pero no colaborador. Tensión arterial 100/65mmHg. FC 85lpm. SatO2 96%. Afebril.

Una vez en observación, rehistoriando y explorando al paciente observamos un abdomen globuloso, distendido, doloroso a la palpación de manera generalizada y presencia de ruidos metálicos audibles sin fonendo. Volvemos a revisar todas las pruebas realizadas desde su estancia hospitalaria y constatamos una gasometría con acidosis metabólica.

Ante este giro de los acontecimientos, decidimos realizar una radiografía y TAC de abdomen, donde se observaba un vólvulo de sigma. Se contactó con Digestivo y Cirugía de guardia decidiéndose ingreso a su cargo. Se procedió a descompresión por colonoscopia presentando buena evolución del cuadro.

Juicio clínico

Vólvulo de sigma

Diagnóstico diferencial

OBSTRUCCIÓN MECÁNICA

ÍLEO PARALITICO

ACPO (OGIILVE)

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN CRÓNICA

Comentario final

Es necesario realizar una buena anamnesis y exploración física, ya esto constituye el pilar fundamental para el diagnóstico clínico. Es necesario buscar las causas que estén provocando las diferentes alteraciones hidroelectrolíticas y correlacionarlas unas con otras. En este caso el paciente estaba presentando una hipopotasemia en el contexto de una obstrucción intestinal.

Tenemos que revisar todas las pruebas realizadas porque en algunas ocasiones los resultados pueden pasar desapercibidos.

Bibliografía

- *Codina Cazador A. et al. Vólvulo de colon y recidiva del vólvulo: ¿qué debemos hacer? Elsevier [Internet]. 2013 [Consultado el 8 de octubre de 2021]; 89(4): 237-242. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-volvulo-colon-recidiva-del-volvulo-S0009739X11000042*

576/23. CANCER DE MAMA EN MUJER MENOR DE 40 AÑOS

Autores:

Vilar Castro, L.[1], León García, J.[2], Vergara Meca, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 33 años con AF de cáncer de mama de primer grado, que consulta por bultoma en mama izquierda de crecimiento rápido, retracción del pezón y un mes de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Se solicita ecografía de mamas y mamografía, con hallazgos bilaterales probablemente benignos BI-RADS 3 y recomendándose control periódico.

La paciente acude a los 3 meses, por aparición de una adenopatía axilar izquierda dolorosa. En la exploración, se observan mamas asimétricas con aumento de dureza en mama izquierda, apreciándose masa que ocupa todos los cuadrantes, que tracciona piel y palpándose adenopatía axilar.

Se deriva a la paciente a unidad de mama de forma preferente, solicitándose RMN, observándose masa que ocupa la totalidad de la mama izquierda, de características sospechosas y adenopatía izquierda de 12mm. Se realiza biopsia mamaria y de ganglio linfático.

Juicio clínico

"Carcinoma infiltrante de mama de patrón lobulillar RE+ (90%) RP + (20%) Ki67 5% CK-19 + Her2 -" y "metástasis ganglionar".

Diagnóstico diferencial

No lo consideramos dado los AP y clínica de la paciente.

Comentario final

Se interviene a la paciente, realizándose mastectomía total y linfadenectomía axilar izquierda, con posterior inicio de quimioterapia adyuvante.

El cáncer de mama es la enfermedad oncológica más común en mujeres entre los 15 y 39 años. En 2016, más de 500.000 murieron por esta causa, siendo la primera causa de muerte en población femenina (1).

Es una enfermedad frecuente, en la que se ha observado que la edad puede ser un factor pronóstico negativo (2) comparado con mujeres de mayor edad, presentado mayor predisposición genética, mayor tamaño de los tumores y mayor número de metástasis a distancia en el momento del diagnóstico (3).

Bibliografía

- *Fidler M, Gupta S, Soerjomataram I, et al. Cancer incidence and mortality among Young adults aged 20–39 years worldwide in 2012: a population-based study. Lancet Oncol. 2017; 18: 1579–89.*
- *Kroman N, Jensen M, Wohlfahrt J, et al. Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: Population based study. BMJ. 2000; 320: 474-8.*
- *Johnson R, Anders C, Litton J, Ruddy K, Bleyer A. Breast Cancer in Adolescents and Young Adults. Pediatr Blood Cancer. 2018; 65(12): e27397.*

576/24. ANGINA DE LUDWING COMO COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN ODONTOGÉNICA

Autores:

León García, J.[1], Vilar Castro, L.[2], Vergara Meca, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 47 años que consulta a su médico de familia, vía telefónica, por absceso dentario que se desarrolla sobre un molar fracturado. Se pauta amoxicilina / ácido clavulánico cada ocho horas y dexketoprofeno cada doce horas. A los cinco días vuelve a consultar, en esta ocasión de forma presencial, por dificultad para la apertura mandibular.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general y febril al tacto (38ºC). Tendencia a la hipotensión, taquicardia y taquipnea. Se aprecia induración del espacio submentoniano y submandibular, e imposibilidad para la movilización de la articulación témporomandibular.

Es derivada a urgencias hospitalarias, realizándose una analítica que revela elevación discreta de reactantes de fase aguda (leucocitosis de 13000 cls/ml con desviación izquierda y PCR 60 mg/L, sin otras alteraciones reseñables); y una tomografía computarizada de cabeza y cuello, donde se apreciaba absceso localizado compartimentalizado en suelo de la boca y linfadenopatías cervicales bilaterales.

Juicio clínico

Angina de Ludwig.

Diagnóstico diferencial

No se considera dada la clínica y el antecedente que presentaba.

Comentario final

Tras drenaje del absceso, se instaura tratamiento antibioterápico con penicilina G-Na y gentamicina endovenosa, dirigido frente estreptococos BHGA, aunque el resultado del cultivo fue de flora mixta. Tras ello, la paciente evolucionó favorablemente, pudiendo irse de alta (1).

La angina de Ludwig fue descrita por Wilhelm Fredrick von Ludwig en 1836. Es una infección difusa del tejido blando submandibular, submentoniano y sublingual, que suele desarrollarse como complicación de infecciones locales de orofaringe o cavidades óticas (2). Es un infección severa con alto riesgo de complicaciones y una mortalidad cercana al 8% (3). Rápidamente puede compartimentalizarse y generar efectos compresivos locales, de vía aérea y digestiva; del mismo modo que podría llegar a provocar un cuadro de mediastinitis aguda. Es de vital importancia la exploración y seguimiento de los pacientes con patologías proclives a desarrollar esta complicación.

Bibliografía

- *Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 2001; 110:1051-4.*
- *Candamourty R, Venkatachalam S, Babu M, Kumar G. Ludwig's angina–an emergency: a case report with literature review. J Nat Sci Biol Med. 2012; 3:206-8.*
- *Lemonick D. Ludwig's angina: diagnosis and treatment. Hospital Physician. 2002; 38:31-7.*

576/29. NO TODO ES HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Autores:

Madrid Martos, M.[1], González Vico, C.[1], Vicente Alcoba, P.[2], García Arjona, Á.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 50 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de colitis ulcerosa e hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow. Acude por urgencias del centro de salud con crisis hipertensiva (TA=180/100) junto a cefalea, diaforesis y sensación de palpitaciones. Se resuelve la crisis y se deriva a su MAP.

En consulta, presenta cifras de TA normales (125/65), por lo que se decide realizar AMPA ante la sospecha de una hipertensión enmascarada.

El resultado del AMPA aporta cifras tensionales tanto elevadas como normales, solicitándose analítica básica, radiografía de tórax y catecolaminas en orina de 24h ante la sospecha de HTA secundaria. Destacan cifras elevadas de catecolaminas (x4 Norepinefrina, normetanefrina y metoxitiramina) por lo que se deriva a consulta de M. Interna con sospecha de feocromocitoma.

Se confirma la sospecha diagnostica mediante TAC abdominal y es intervenido quirúrgicamente con respuesta satisfactoria. Tras intervenirse quirúrgicamente la tensión se encuentra controlada.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración clínica básica anodina.

Analítica básica (Función renal, perfil lipídico y glucémico sin alteraciones, potasio normal), catecolaminas en orina elevadas x4. TAC abdominal con nódulo adrenal derecho de 33mm.

Juicio clínico

Hipertensión arterial Secundaria (Fecromocitoma)

Diagnóstico diferencial

Causas a destacar de HTA secundaria:

Alteraciones endocrinas: Feocromocitoma, síndrome de Cushing, Hiperaldosteronismo, enfermedades tiroideas.

Alteraciones congénitas: Coartación de aorta, lesión renal congénita, etc

Alteraciones renales: Poliquistosis renal, ERC, displasia fibromuscular.

Otras: medicamentos y otras sustancias exógenas.

Comentario final

El diagnóstico y control de la hipertensión arterial es un pilar fundamental de la salud pública en Atención Primaria (9,4 millones de muertes anuales).

La HTA esencial alcanza el 90% de los casos. El 10% restante tienen una causa secundaria entre los que se encuentra el feocromocitoma responsable de HTA.

La posibilidad de disponer de pruebas en AP facilitaría los diagnósticos disminuyendo consultas redundantes hospitalarias.

Una buena coordinación interniveles entre hospital y AP permitiría diagnósticos más precoces y menos listas de espera.

Bibliografía

- *Harrison principios de Medicina interna . 20.º ed. McGraw-Hill Professional; 2020. p-230-249*
- *Hipertensión arterial secundaria [Internet]. Guía clínica Fisterra . 2014 [citado 4 octubre 2021]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial-secundaria/*
- *Diagnosis and management of hypertension in adults: NICE guideline update 2019 [Internet]. British Journal of general practice. 2019 [citado 1 octubre 2021]. Disponible en: https://bjgp.org/content/70/691/90*

576/30. ABORDAJE PRECOZ DE MASA TESTICULAR

Autores:

Medina Cobos, A.[1], Muñoz Gámez, A.[1], Ortiz Puertas, T.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 53 años con AP de HTA y recientemente diagnóstico de DM tipo 2 en tratamiento con lercanidipino, losartan/hidroclorotiazida, topiramato y gliclazida. En consulta telefónica

refiere llevar años con 'varicocele' que le genera molestias desde hace unos meses, aumento de cansancio, sin otra sintomatología acompañante. Se cita presencial evidenciándose masa

testicular derecha. Por sospecha de tumoración testicular y ante la posibilidad de citar al día siguiente en

urología, se le asigna cita. No se realiza ecografía en el centro de salud por problemas técnicos.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta, buen estado en general, colaborador, acudiendo por su propio pie. Talla: 184 centímetros; peso: 97 kg; IMC:28,7. A la inspección asimetría de testes (visiblemente mayor el derecho). A la palpación teste izquierdo en bolsa escrotal, no adherido, con buena movilidad. Teste derecho en bolsa escrotal con masa pétrea en el polo superior de consistencia irregular, móvil, de unos 8-9 cm. Analítica solicitada en AP sin hallazgos reseñables salvo ligera anemia, desde urología añaden marcadores tumorales que resultan normales. Ecografía testicular realizada en servicio de radiología: formación heterogénea con vascularización y calcificaciones.

Juicio clínico

Cáncer testicular; se realizó orquiectomía vía inguinal derecha sin complicaciones. Actualmente a la espera de anatomía patológica y en seguimiento por urología.

Diagnóstico diferencial

Cáncer testicular vs varicocele vs orquitis

Comentario final

Si bien el varicocele es una patología muy común en hombres (25%), el hallazgo de una masa testicular de consistencia pétrea, gran tamaño e irregular que no modificaba con las maniobras

de Valsalva nos hizo replantearnos el diagnóstico que este paciente decía tener. La ecografía a su vez sirvió de apoyo para descartar el diagnóstico inicial al encontrarse una masa heterogénea con vascularización y calcificaciones. A la espera de la anatomía patológica, hay que resaltar cómo una buena exploración física con palpación permite orientar el diagnóstico y

realizar consecuentemente las pruebas pertinentes. A su vez, la correcta gestión multidisciplinar realizada ha permitido una actuación precoz ante un posible cáncer testicular, el cual cuenta con una curación del 95% si se trata adecuadamente.

Bibliografía

- *Sola Galarza I, Martínez Ballesteros C, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de las masas testiculares. Medicine. 2007;9(83):5376–8*

576/31. VETERINARIO, UNA PROFESIÓN DE RIESGO

Autores:

Acosta Navarro, G.[1], Muñoz Gallardo, Y., Flores Guardabrazo, C.[2], Jarillo Castro, P.[3], Muñoz Mayo, L.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente que comienza con fiebre de hasta 38ºC que cede con Paracetamol y tos con expectoración que el paciente define como levemente hemoptoica, por lo que acude a Centro de Atención Primaria. Desde esa fecha el paciente presenta dolores articulares recurrentes, especialmente en región dorsal y lumbar, que obligan a reducir la actividad física. El dolor acaba acentuándose en región sacroiliaca bilateral irradiado a pierna izquierda.

Exploración y pruebas complementarias

Faringe no hiperémica, sin exudados.

Otoscopia bilateral sin alteraciones.

Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo normal, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible, sin masas o megalias. No doloroso a la palpación, no signos de periodismo o defensa. RHA presentes.

Dolor a la palpación de ambas crestas sacroiliacas.

No dolor con palpación selectiva de apófisis espinosas. Lassegue y Bragard negativos.

Se solicita Rx de sacroiliacas donde se observan signos de sacroileitis.

Se solicita analítica de rutina: sin alteraciones reseñables, salvo elevación poco significativa de reactantes de fase aguda.

Se decide solicitar aerología en la que se observa: Coxiella IgG fase I título positivo 1/320, IgG fase II positivo 1/320. Resto sin alteraciones.

Tras esto se decide realizar RNM de sacroiliacas: se observan cambios edematosos en el aspecto inferior de ambas articulaciones sacroiliacas izquierdas.

Se realiza ecocardiografía y ecografía abdominal sin alteraciones reseñables.

Juicio clínico

Sacroileitis en probable relación con Fiebre Q aguda.

Diagnóstico diferencial

En este paciente se plantea el diagnóstico diferencial con otras sacroileitis de origen autoinmune. Resultando solo sospechosa la Fiebre Q por la profesión del mismo.

Comentario final

La Fiebre Q es una patología no muy frecuente en la que no solemos pensar desde Atención Primaria; por este motivo puede pasar desapercibida. Es conveniente tener presente la relación de la profesión del paciente con las patologías que presente para poder pensar en patologías menos frecuentes y así poder tratarlas a tiempo.

Bibliografía

- *Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Castellón (2007): Fiebre Q. AN. MED. INTERNA (Madrid)*
- *Vol. 24, N.º 11, pp. 558-560, 2007.*

576/32. FRACTURAS INFRECUENTES E INDESEADAS

Autores:

Acosta Navarro, G.[1], Flores Guardabrazo, C.[2], Muñoz Gallardo, Y., Canto Martín, C.[1], Álvarez Valle, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 35 años que acude a Servicio de Urgencias por fuerte dolor en zona genital. Refiere que mientras mantenía relaciones sexuales con su pareja notó un "crujido" y a los pocos minutos comenzó con dolor que se ha ido incrementando en zona genital. Además refiere hematoma importante.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se aprecia pene con importante hematoma que ocupa toda la extensión del mismo, se palpa duro y bastante doloroso. No se aprecian secreciones por meato uretra. Exploración testicular sin alteraciones.

Tacto rectal sin alteraciones.

Se solicita analítica general sin alteraciones aparentes.

Se realiza ECG por la necesidad de cirugía.

Se solicita ecografía de zona genital en la que se objetiva fractura de capa albuginea de lado derecho de 1.2 cm.

Juicio clínico

Fractura de capa albugínea del pene.

Diagnóstico diferencial

En este caso el diagnóstico diferencial es muy reducido ya que la exploración es bastante evidente.

Comentario final

En estos casos es importante la premura en el tratamiento debido a las complicaciones que pueden derivar en una curvatura del pene que limite la penetración. Es importante aportar analgesia adecuada debido al importante dolor que esto ocasiona y mantener el pene con vendaje compresivo hasta que sea posible la cirugía.

Normalmente la cirugía conlleva reconstitución de la solución de continuidad y realizar otra en albuginea de lado contralateral para evitar así que la fibrosis de la cicatriz curve el ángulo del pene.

Bibliografía

- *Herranz Fernandez, LM et al: Fractura de Pene. Arch. esp. urol. (Ed. impr.) ; 56(10): 1079-1083, dic. 2003.*

576/33. DIARREA DE LARGA DATA SIN FILIAR

Autores:

Medina Cobos, A.[1], Medina Gámez, J.[1], Ortiz Puertas, T.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 26 años sin AP reseñables que comienza con cuadro de diarreas. Primer contacto por este problema en febrero de 2020 refiriendo 'diarreas sin productos patológicos, 4-5 deposiciones al día, sin fiebre, nauseas o vómitos. No síndrome ponderal y exploración física anodina'. Se empieza estudio con analítica, helicobacter pylori en heces y alergia a alimentos que resultan negativos. La paciente comienza a perder peso por diarreas diarias con incontinencia asociada, 7-8 deposiciones al día, sin respetar descanso nocturno y pérdida de 10kg en 2 meses. Se amplían estudios durante varios meses con colonoscopia, enema opaco, coprocultivos, calprotectina fecal y RMN pélvica siendo normales. Tras numerosas pruebas en estos dos años solo se detecta intolerancia a la lactosa y malabsorción de ácidos biliares que no explicarían la desnutrición moderada que presenta (pérdida de peso de >20% en 1 año). Se realiza interconsulta con nutrición que receta 2 suplementos de dienat al día y enriquecedores de la dieta. Tras múltiples tratamientos fallidos (rifaximina, colestiramina, espasmolíticos, gelsectán, probióticos...) actualmente solo toma mirtazapina y otilonio bromuro.

A día de hoy, sin mejoría a la espera de revisiones por parte de digestivo y nutrición y sin éxito para filiar la etiología de este cuadro crónico a pesar de las múltiples pruebas. Su situación actual la ha llevado al aislamiento social, así como pérdida de calidad de vida con marcada desesperanza y ansiedad.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física, analítica, enema opaco, colonoscopia, coprocultivos, RMN pélvica.

Juicio clínico

Diarrea crónica acuosa.

Diagnóstico diferencial

SII tipo diarrea, malabsorción de ácidos biliares, intolerancia a la lactosa.

Comentario final

Nos encontramos ante la cronificación de un problema con evolución tórpida que ha condicionado totalmente la vida de nuestra paciente, sin respuesta a tratamiento y con repercusiones en todas las esferas de su vida. Una actuación multidisciplinar como la que se está ejerciendo con el control rutinario del médico de familia puede ser fundamental para acompañar a la paciente en el proceso y buscar su estabilización o una posible mejoría.

Bibliografía

- *Longo, DL. Enfermedades colónicas y anorrectales. En: Loscalzo J. Harrison Manual de medicina. 20º edición. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2020. p 822-824.*

576/34. DOCTOR, NO PUEDO CONTROLAR MI TENSIÓN ALTA

Autores:

Román De Sola, B.[1], Márquez Estudillo, M.[2], Muñoz Gallardo, Y.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 55 años con los siguientes antecedentes: exfumador 20 cigarros/día, obesidad, hipertensión arterial(HTA) de 5 años de evolución y dislipemia. Acude a consulta del Centro de Salud por mal control de la HTA desde hace 3 meses en tratamiento con Enalapril 20 mg, consulta por cifras tensionales de 170/101 mmHg, que se objetiva mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial(MAPA) (171/97 mmHg) y se realiza cambio de tratamiento a Lisinopril 20 mg/ Hidroclorotiazida 12,5 mg. Se recita a la semana con nuevo control del MAPA, teniendo 165/93 mmHg por lo que se añade Amlodipino 10 mg en cena, con nuevo MAPA a la semana siendo de 167/95 mmHg. Niega transgresiones dietéticas con exceso de sal aunque toma una cerveza al día en el almuerzo.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente acude asintomático a consulta. Únicamente refiere cefalea ocasional vespertina occipital desde últimas dos semanas. Pérdida de 10 kg hace un mes, pero ya los recuperó. Su Médico de Familia ante estos datos pide hemograma, bioquímica, coagulación, electrocardiograma(ECG), radiografía de tórax, ecografía abdominal y deriva el paciente a Nefrología.

Juicio clínico

HTA refractaria a tres fármacos a dosis plenas: IECAS(inhibidores enzima convertidora angiotensina), Tiazida, Antagonista de Calcio.

Diagnóstico diferencial

Hiperaldosteronismo primario, HTA secundaria indetectada(tumores secretores de renina, tubulopatías, feocromocitoma, regaliz), incumplimiento terapéutico.

Comentario final

Su Médico de Familia objetiva bloqueo de conocido en el ECG, radiografía y analítica rutinaria anodinas, y añade un cuarto fármaco antihipertensivo: Doxazosina de 8 mg, a la espera de la ecografía. Finalmente, aparece imagen nodular sólida de 5 x 4,5 cm en polo inferior del riñón izquierdo. La sospecha de HTA secundaria, constituye un criterio de derivación del paciente a Nefrología desde Atención Primaria. Nuestro paciente fue diagnosticado de tumor de células yuxtaglomerulares (láminas de células tumorales con escaso estroma y hemorragia focal), que tras una temprana nefrectomía total el paciente quedó sin secuelas, al demostrarse nula invasión vascular ni ganglionar.

Bibliografía

- *Seven Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003;42:1206-1252.*
- *Wong L, Hsu T, Perlroth M, Hofmann L, Haynes C, Katznelson L. Reninoma: case report and literature review. J Hypertens 2008;26:368-73.*

576/35. "ME HA SALIDO UN BULTO DOCTORA, ¡ESTOY MUY ASUSTADO!"

Autores:

Román De Sola, B.[1], Villanueva Gil, M.[2], Bueno Navarrete, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 35 años que acude a nuestra consulta de Medicina de Familia del Centro de Salud por bultoma de crecimiento progresivo de nueva aparición en axila derecha mientras se duchaba, desde hace una semana. Sin clínica constitucional. No fumador, bebedor social. Hipotiroidismo. Mononucleosis hace 4 años. Tratamiento domiciliario con Eutirox 50 mg. Tia materna fallecida de neoplasia cerebral. Trabajador de Acerinox, mínimo contacto con amianto (2 años). No refiere viajes recientemente, ni contacto sexual de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 110/67, Frecuencia cardiaca 69. Consciente. Buen estado general. Eupneico y bien perfundido. Se palpa bultoma de 3 cm de diámetro de consistencia gomosa, redondeado con escasa movilidad, discretamente doloroso, sin signos flogóticos en axila derecha. No se palpan adenopatías a otros niveles. A la auscultación cardiaca no se aprecia soplos. No bocio. Pulso venoso yugular normal. Abdomen: blando, depresible, no se palpan megalias. Peristaltismo presente. No peritonismo. Miembros superioes e inferiores: No edemas ni datos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales presentes. Hemograma con 4.810 leucocitos/mm3 (2.880 Polimorfonucleares); Hemoglobina: 14 g/dL. Volumen Corpuscular Medio: 94 fL; Plaquetas: 205.000/mm3. Velocidad Sedimentación Globular: 5 mm/h. Coagulación normal. Bioquímica con Glucosa, Urea, Creatinina, Sodio, Potasio, Bilirrubina, enzimas hepáticas, proteína C reactiva normales. Serología negativa a virus hepatitis B y C, inmunodeficiencia humana y treponema.

Juicio clínico

Adenopatía a estudio de reciente aparición.

Diagnóstico diferencial

Infecciones de la extremidad superior, linfomas, cáncer de mama, mononucleosis, sarcoidosis, metástasis.

Comentario final

Su Médico de Familia objetiva en ecografía axilar derecha conglomerado de adenopatías de 32×20 mm con importante vascularización y aumento de la ecogenicidad del tejido celular adyacente sugestivo de proceso linfoproliferativo. No se observan otras adenopatías. El paciente se deriva de forma preferente a consulta rápida de Medicina Interna, donde se pide tomografía cérvico-toraco-abdominal: múltiples adenopatías axilares y supraclaviculares derechas. Biopsia: Linfoma de Hodgkin Clásico, subtipo Celularidad Mixta. Tras esta rápida identificación del proceso en Atención Primaria, el paciente se encuentra en seguimiento por Hematología en tratamiento quimioterápico con excelente respuesta en la actualidad.

Bibliografía

- *Fletcher R. Evaluation of peripheral lymphadenopathy. UpToDate 11.2.2003.*
- *Castro Martín J. Enfermedades que cursan con adenopatías. FMC 1999;6(Supl 6):381-91.*

576/36. ME DUELE TODO DE TANTO TOSER

Autores:

Martínez del Río, M.[1], Gómez Nieves, O.[2], Pérez Pérez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Taraguilla. San Roque. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Taraguilla. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 46 años, sin antecedentes. Acude a consulta atención primaria por tos y escasa expectoración blanquecina, 2 meses evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Glasgow 15/15. Tonos rítmicos, sin soplos, 80lpm. Murmullo vesicular conservado, sin estertores. Abdomen normal. Pulsos periféricos conservados, sin edemas.

Hemograma, bioquímica y gasometría arterial normales. ECA 23 (13-64). ANA negativo. alfa-1-antitripsina 109 (90-200). Marcadores tumorales: ACE<1.7 (0-5). Cyfra 21.11 (0.1-3.3). SCC 1.5 (0-1.5). Enolasa 10.7 (0-13.5). Ca 125 18.8 (0-25).

Radiografía torácica: Patrón intersticial nodulillar bilateral, imágenes quísticas y masa bronquial derecha.

TAC tórax: masa poli-lobulada sólida, segmento apical (S6) y segmento posterior lóbulo superior derecho (S2) 62.8x52.7x45mm, captante. No infiltrado costal. Nódulos bilaterales 2 a16 mm, sólidos, cavitados y confluentes.

Broncoscopia, Citología y cultivo BAS: sin atipias. Flora bacteriana normal.

Biopsia transbronquial: adenocarcinoma bronquio alveolar.

Estudio genético: EGFR mutado (deleción del 19). PDL1: positivo 90%

RMN de cráneo: lesión sólida metastásica hipervascular, atípica cerebelosa derecha, señal heterogénea, componente hemorrágico 22x21mm.

PET-TAC: lesión cerebelosa derecha moderadamente captante sugestiva de lesión de alto grado metastásica. Adenopatía subcarinal captante. Masa hipermetabólica lóbulo inferior derecho. Nódulos pulmonares bilaterales, cavitados, hipermetabólicos.

Juicio clínico

Carcinoma bronquio alveolar estadio IVC. Metástasis Cerebelosa Derecha y Pulmonar Bilateral. EGFR Mutado (Deleción del 19). PDL1 90%.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma células escamosas, carcinoma células gigantes, histiocitosis células de Langerhans

Comentario final

Neoplasia más frecuente y mayor mortalidad. La mutación activadora receptor factor crecimiento epidérmico (EGFR) produce adicción oncogénica, crecimiento y progresión tumoral. Los inhibidores de la tirosina quinasa (ITQ) frente a EGFR (Erlotinib y Gefitinib) y segunda generación (Afatinib) han demostrado beneficio clínico en términos de respuesta y supervivencia.

Bibliografía

- *Heng H.H., Regan S., Ye C. Genotype, environment, and evolutionary mechanism of diseases. Environ. Dis. 2016;1:14–23. doi: 10.4103/2468-5690.180332.*
- *Ye C.J., Stilgenbauer L., Moy A., Liu G., Heng H.H. What is karyotype coding and why is genomic topology important for cancer and evolution? Front. Genet. 2019;10:1082. doi: 10.3389/fgene.2019.01082.*

576/40. "DOCTOR, NO CONSIGO ACABAR CON ESTE DOLOR DE ESPALDA"

Autores:

Bueno Navarrete, P.[1], Román De Sola, B.[2], Muñoz Gallardo, Y.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 73 años con los siguientes antecedentes: Alérgico a simvastatina, exfumador de 5 cigarros/día, diabético tipo 2 de 40 años de evolución con retinopatía diabética proliferativa bilateral y polineuropatia diabética, hipertensión arterial y dislipemia. Antecedentes quirúrgicos: artrodesis L2-L3-L4 3 meses antes. Acude a consulta del centro de salud por dolor dorsolumbar persistente tras artrodesis asociando en los últimos 6 días perdida de fuerza de ambos miembros inferiores manteniendo la sensibilidad junto con incontinencia urinaria y estreñimiento. En tratamiento con metamizol 575 mg cada 8 horas, paracetamol 1 gramo cada 8 horas, tapentadol 50 mg cada 12 horas y gabapentina 600mg cada 12 horas persistiendo el dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor dorsolumbar con impotencia y adormecimiento de miembros inferiores sin afectación

de la sensiblidades. Reflejos presentes. Resto de exploración neurológica normal. No presencia de contracturas musculares, no deformidad, crepitación o apofisalgia. Afebril y sin disnea. Resto de la exploración anodina. Su médico de familia solicita: analítica con hemograma, bioquimica y coagulación. Radiografía de tórax y radiografía de columna dorsolumbar.

Juicio clínico

Compresión medular a nivel de D10 secundaria a fractura patológica asociada a masas de partes blandas (neoformativas) en D3, D6 y D7. Primario desconocido.

Diagnóstico diferencial

Estenosis de canal lumbar (compresión medular), neuropatía diabética, radiculopatía por hernia discal lumbar, tumor medular y/o metástasis, mieloma múltiple, síndrome miofascial, sacroileítis bilateral, espondiloartrosis lumbar, proceso infeccioso del material quirúrgico.

Comentario final

Ante el resultado de las pruebas complementarias su médico de familia deriva al paciente a Hematología tras objetivar en la radiografía dorsolumbar acuñamiento marcado de D-10 con compresión medular secundaria a fractura patológica asociada a masa de partes blandas con lesiones de aspecto neoformativo de menor tamaño en cuerpos vertebrales D3, D6 y D7 e infiltrado apolillado de las costillas en la radiografía de tórax. Nuestro paciente fue diagnosticado de mieloma múltiple iniciando tratamiento con esquema DRd (Daratumumab + Lenalidomida +Dexametasona) y radioterapia con intención antiálgica presentando mejoría clínica.

Bibliografía

- *M.L. Berges-Ruiz, I. Gratinuasa-Lambea, A. Trueba-Castillo.*
- *Mieloma múltiple y otras gammapatías monoclonales.*
- *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 7 (2000), pp. 437-445.*
- *Bataille R, Harousseau JL. Multiple myeloma. N Engl J*
- *Med 1997; 336 (23): 1657-63.*

576/43. UNA VEZ MÁS, LA HISTORIA CLÍNICA ES LA CLAVE

Autores:

Arroyo Morales, R.[1], Milia Pérez, F.[1], Soto Rebollo, M.[1], Bujalance Zafra, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga

Descripción del caso

Varón de 42 años. Vive en Málaga desde hace 15 días, previamente en Barcelona. Niega alergias medicamentosas u otros antecedentes personales de interés. Acude a urgencias de nuestro centro de salud por erupción cutánea tras picadura de insecto hace 4 días en el muslo. Niega fiebre, prurito u otra clínica. Se pautan corticoides y antihistamínicos orales, sin mejoría. Acude nuevamente a la semana, solicitándose una analítica con serología de Ricketsia y Borrelia ante la sospecha de picadura de garrapata.

Mientras están los resultados acude tres veces más a urgencias, dos de ellas hospitalarias, siéndoles prescritos otros antihistamínicos, antiinflamatorios e incluso antibiótico en una de las ocasiones pues al octavo día asoció odinofagia y astenia. A las dos semanas lo ve su médico, quien lo deriva a Dermatología de forma preferente ante la persistencia del exantema. Lo ven al día siguiente y durante la entrevista el paciente refiere ser homosexual y haber mantenido relaciones sexuales de riesgo, con lo que solicitan una serología de lúes que arroja un resultado positivo.

Finalmente se trata con Penicilina 2.4M intramuscular, se realizan controles serológicos y se recomienda tratamiento de las parejas sexuales de los últimos 6 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta exantema en placas eritematosas en brazos, piernas, abdomen y espalda (donde tienden a confluir) que desaparece a la vitropresión y respeta palmas, plantas y cara. No otras lesiones cutáneas.

Faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar sin exudados.

En analítica presenta leucocitosis e hipertransaminasemia leves, serología de Borrelia con IgM+ e IgG dudosa, recomendando repetir a los 15 días.

Finalmente serología de sífilis positiva.

Juicio clínico

Sífilis secundaria

Diagnóstico diferencial

Urticaria/ picadura de garrapata/ pitiriasis rosada/ sífilis secundaria

Comentario final

Una historia clínica completa es siempre la pieza fundamental para el diagnóstico. Además, este no es siempre de libro (véase este caso de un exantema sifilítico que respeta palmas y plantas).

Bibliografía

- *M Ivars Lleó, P Clavo Escribano, B Menéndez Prieto. Manifestaciones cutáneas atipícas en la sífilis. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(4):275-283. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.11.002*
- *Y Pereira Rodríguez, J Pereira Calvo, L Quirós Figueroa. Sífilis: abordaje clínico y terapéutico en primer nivel de atención. Revista Médica Sinergia. 2020; Vol.5 (8). Disponible en: https://doi.org/10.31434/rms.v5i8.559*

576/45. ACROPAQUIAS: IMPORTANCIA DEL SIGNO CLÍNICO SECUNDARIO A ENFERMEDAD.

Autores:

García Sánchez, F.[1], Rodríguez Gálvez, M.[2], Bastías Villar, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

NAMC. Exfumador de 1 paq/ día desde hace 20 años. Antecedentes personales de Enfermedad de Ménière, Sindrome Depresivo y Hernia de Hiato. Tratamiento domiciliario con Betahistina 16mg, Flunarizina 5mg, Omeprazol 40mg, y Vortioxetina 10mg. Varón de 47 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria por aparición de edemas maleolares de un mes de evolución, acompañado de dedos en palillo de tambor en ambos miembros superiores. Refiere molestias inespecíficas en hemitórax izquierdo, que no precisa tratamiento analgésico domiciliario. Refiere pérdida ponderal de 4kg. No dolor torácico ni palpitaciones. No clínica de dificultad respiratoria. No otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: AP: Disminución murmullo vesicular en base pulmón izquierdo, sin ruidos sobreañadidos. Edemas maleolares bilaterales. Acropaquias bilaterales en dedos de las manos. Ausencia de lesiones dérmicas, déficit motor o neurológico. ECG: Ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de Tórax: Elevación hemidiafragma izquierdo con atelectasia asociada. Dado los hallazgos radiológicos y clínicos del paciente, se derivó a urgencias hospitalarias para atención especializada, donde fue abordado por el servicio de neumología de forma preferente. Tras completar estudio con pruebas complementarias (TAC, PET-TAC y PBAG guiada con ecografía), se evidenció la presencia de tumor fibroso solitario en pulmón izquierdo.

Juicio clínico

Acropaquias secundario a patología pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Artritis, Celulitis, Quistes óseos en las falanges, Nódulos de Heberden, Paquidermoperiostosis y curvatura exagerada de uña.

Comentario final

Las acropaquias (dedos en palillo de tambor o hipocratismo digital), se presentan como un aumento de la convexidad ungueal sobre una falange distal engrosada. Su origen es multifactorial, siendo la causa más

frecuente las enfermedades cardiopulmonares. Dada la alta frecuencia de enfermedad maligna subyacente, es de vital importancia resaltar la importancia de una anamnesis y exploración física adecuada, con el objetivo de hacer un enfoque clínico que permita realizar un abordaje terapeútico y diagnóstico precoz.

Bibliografía

- *Benitez Falero Y, de Armas Hernandez A, de Armas Hernandez Y, Peñate Delgado R, Hernández Beltrán Y, Solis Cartas E. Osteoartropatía hipertrófica. Más allá de un caso. Rev cuba reumatol. 2015;17(3):234–8.*
- *Uribe-Valencia MA, Ocampo Chaparro JM, Parra-Camarillo M. Hipocratismo digital: conociendo sus causas. Reporte de caso. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2019;67(3):355–8.*

576/46. "DOCTORA, SIENTO BURBUJAS EN EL PECHO"

Autores:

del Milagro Vázquez, A.[1], Ortega Sánchez, P.[2], García Sánchez, F.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Varón de 20 años, alergia a amoxicilina-clavulánico, exfumador, sin otros AP de interés. Acude a consulta de Atención Primaria por sensación de "burbujeo" en hemitórax derecho de semanas de evolución. Sin otros síntomas acompañantes. Refiere sensación distérmica autolimitada algunos días aislados. Presentaba Rx tórax del año previo, aparentemente normal, realizada por cuadro limitado de tos persistente

Exploración y pruebas complementarias

*EF: sin hallazgos. Acude hasta en 3 ocasiones por mismo motivo. Impresiona de buen estado general. En su tercera visita se solicita *Rx tórax que se revisa en una cuarta visita, objetivándose una lesión quística con nivel hidroaéreo en pulmón derecho. Se remite a Urgencias hospitalarias para completar estudio. Ingresa en Neumología donde realizan *TC tórax donde describen lesión pulmonar sugestiva de previa tipo quiste broncogénico, sobreinfectada y *Broncoscopia, objetivándose en la última Haemophilus parainfluenza que se trata con ciprofloxacino

Juicio clínico

Quiste broncogénico sobreinfectado por Hemophilus Parainfluenza

Diagnóstico diferencial

Enfisema subcutáneo, Infecciónes (TBC, Neumonía, Bronquiectasia, Micosis...), Carcinoma abscesificado, Causas no infecciosas (Sarcoidosis, Silicosis...)

Comentario final

Se realizan varias visitas de revisión. Mejoría progresiva en prueba de imagen así como de clínica tras recibir antibioterapia. El paciente no ha recibido tratamiento quirúrgico de momento dada resolución de los escasos síntomas que presentaba. Una vez conocido el diagnóstico, podía intuirse en Rx tórax previas la imagen de quiste broncogénico. Los QB generalmente son asintomáticos y se descubren casualmente en controles radiográficos de rutina. Por su localización se dividen en dos grupos: pulmonares y mediastínicos. Los QB pueden dar clínica de tos, disnea, infecciones respiratorias frecuentes y disfagia por compresión de las vías aéreas, esófago u otras estructuras del mediastino. Su malignización es infrecuente

Bibliografía

- *Hernández-Solís A, Cruz-Ortiz H, Gutiérrez-Díaz Ceballos ME, Cicero-Sabido R. Quistes broncogénicos. Importancia de la infección en adultos. Estudio de 12 casos. Elsevier. 2015 Abril; Vol. 83(2): 112-116. Doi: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-quistes-broncogenicos-importancia-infeccion-adultos--S0009741115000067*
- *Amau Obrer A, Martín Díaz E, Pareja Ibars E, Ramón Capilla M, Traves Zapata, Cantó Armengod V. Variedad de presentación de los quistes broncogénicos*

de mediastino. Aportación de cuatro casos. Neumosur. 1997; 9(3). Doi: https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/1997/NS1997.09.3.A08.pdf

576/47. DOCTOR, TENGO UNA LLAGA EN EL PALADAR

Autores:

González Cosano, L.[1], Sánchez Velasco, M.[2], Alba López, M.[2], Soto Castro, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 39 años, nuevo en el cupo. Acude a consulta de atención primaria por presentar lesión en paladar, asintomática. No sabe precisar tiempo de evolución.

AP: Alergia a Metamizol. Asma. Tratamiento: Salmeterol/Propionato de fluticasona. No fumador.

Exploración y pruebas complementarias

Paladar duro con aspecto de muguet. Úlcera en paladar blando.

Niega traumatismo. Reconoce múltiples contactos sexuales con desconocidos, hetero/homosexuales.

Investigando su historia: diagnosticado de sífilis hace 12 años, revisiones por Medicina Interna semestralmente, perdió el seguimiento hace año y medio.

Solicitamos serología ETS:

Serología sífilis:

Sífilis IgG+ IgM+

RPR+ a dilución 1/64

TPHA+ a dilución 1/20480

(Previa hace un año: RPR-, TPHA+ a dilución 1/320)

Serología VHB, VHC, VIH negativas

Tras 10 días nuevas lesiones en genitales, palmas y plantas, papuloescamosas, asintomáticas.

Juicio clínico

Lúes latente tardía-reinfección

Diagnóstico diferencial

Úlceras orales: VHS, VVZ, VEB, Sífilis, Coxsackie A, Tuberculosis, Úlcera traumática, boca-mano-pie, úlcera neoplásica, estomatitis aftosa recurrente, síndrome PFAPA, síndrome de Behçet, síndrome de Sweet.

Comentario final

La sífilis es una enfermedad secundaria a la infección crónica por Treponema Pallidum. Es un proceso sistémico.

Es una ETS, también contagio transplacentario por contacto con lesiones cutáneas o transfusional en fases bacteriémicas.

Evolución natural de la enfermedad sin tratamiento:

Incubación (2-6 semanas): Asintomática, bacteriemia.

Primaria (4-6 semanas duración): Chancro con adenopatías bilaterales no dolorosas.

Secundaria (6-8 semanas posterior a la curación del chancro): fiebre, linfadenopatías generalizadas, lesiones cutáneas, alopecia parcheada, condilomas planos en pliegues, placas mucosas orales no dolorosas.

Latente: Precoz (<1 año). Tardía (>1 año).

Terciaria: Cardiovascular (aortitis, aneurismas, estenosis coronaria). Gomas (piel, hueso, paladar, tabique nasal).

Neurosífilis: cualquier estadio. Meningitis, neurovascular, parálisis general progresiva, tabes dorsal.

Diagnóstico:

Examen directo: fases precoces con serología negativa. Visualización de espiroquetas en lesiones.

PCR, hibridación in situ, inmunohistoquímica...

Estudio serológico: Treponémicas (FTA-ABS, TPHA, TTPA). No treponémicas (RPR, VDRL).

Análisis LCR: sospecha neurosífilis.

Tratamiento:

Penicilina G Benzatina

Alérgicos a Penicilina: Doxiciclina. Embarazadas/VIH: desensibilizar.

Bibliografía

- *Gargallo Moneva V, et al. Infecciones de transmisión sexual. En: Suarez Pita D, et al, editores. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8ª ed. Madrid: MSD; 2016. p. 659-670.*
- *Schemel-Suárez M, et al. Úlceras orales: diagnóstico diferencial y tratamiento. Med Clin (Barc). 2015. Disponible en:*
- *http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.04.017*

576/48. SÍNDROME DE CASCANUECES

Autores:

Linares Canalejo, A.[1], Sariego Montiel, J.[2], Santos Estudillo, M.[3], Macías Beltrán, I.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palos de la Frontera. Palos de la Frontera. Huelva, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 20 años, sin alergias ni antecedentes registrados. Toma de anticonceptivos.

Acude en varias ocasiones por dolor abdominal generalizado, 2 horas después de las comidas, que le impide comer. No se acompaña de fiebre, diarrea, ictericia... En ocasiones hematuria que tratamos con antibióticos por infeccion de orina (siendo urocultivos negativos). Niega pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normocoloreada. Auscultación cardiorespiratoria normal y abdomen depresible, sin megalias, no doloroso a la exploración, sin peritonismo ni soplos. Ruidos conservados.

Analítica con hemograma y bioquímica normal. Alergia, intolerancia a la lactosa y celiaquía normal. H.Pylori en heces negativo. Ecografía abdominal normal. Ante la normalidad de las pruebas se derivó a Medicina Interna, donde se realizó endoscopia (normal) y TAC de abdomen:

"Higado, bazo y pancreas sin alteraciones. Estenosis de la vena renal izquierda sin producir dilatacion renal. Sin compromiso de aorta o vena cava. No litiasis renales o ureterales. Vejiga sin alteraciones. No liquido libre. Diagnóstico posible de sindrome de cascanueces a valorar otras alternativas segun clinica."

Finalmente se confirmó la sospecha con una angioresonancia abdominal.

Juicio clínico

Síndrome de cascanueces.

Diagnóstico diferencial

Celiaquía, intolerancia a la lactosa, colon irritable.

Comentario final

El Síndrome de cascanueces es una patologia poco frecuente que aparece en edad pediátrica/adolescencia. Cursa con la compresión de la vena renal izquierda, causando en ocasiones hipertensión venosa renal y dilatación de las venas gonadales. Suele ser asintomatica o cursar con hematuria persistente. En algunos casos la congestion de vasos pélvicos puede producir dolor costal o abdominal al caminar.

Diagnóstico mediante pruebas de imagen. En casos de sintomatología leve su tratamiento requiere una actitud conservadora con controles periódicos. Si la clíniac es severa o progresa se plantea la cirugía.

Como idea principal de este caso, debemos pensar en el síndrome del cascanueces siempre como diagnóstico diferencial de un paciente joven con dolor abdominal y hematuria persistente.

Bibliografía

- *-Velásquez-Jonesa L, Medeirosb M, Patiño-Ortega M et al. Síndrome de cascanueces: causa de hematuria y proteinuria masiva no glomerular. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(5):298-302*
- *-Hermida Pérez JA. Síndrome de Cascanueces. Med. Gen. Fam. 2016; 5(1):21-24*
- *-Salas Salas M, López Martos G y López Salas M. Síndrome de Cascanueces. Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2320*

576/49. PIE DIABÉTICO: PROGRESIÓN MULTIRRESISTENTE

Autores:

Quero Martin, A.[1], García Sánchez, F.[2], De Hita Molina-Bailén, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Paciente varon de 76 años que acude al centro de salud para valoración de úlceras en miembros inferiores por aumento del dolor y exudado. El paciente no habia acudido a sus curas habituales con enfermeria desde hacía 15 dias, presentando mala evolución de las mismas. Remitimos al paciente a urgencias hospitalarias para valoración y realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: Leucocitos 8.31x103/ul, Neutrofilos 62%, Hb 11 g/dl, Plaquetas 238x103/ul. Glucosa 109 mg/dl, Creatinina 0.73 mg/dl, CDK-EPI 90 ml/min, CPK 330 U/L, HbA1C 6.2%. Cultivo exudado de heridas: Se aisló Pseudomonas mendocina, Achromobacter xylosoxidans y Pseudomonas aeruginosa. AngioTAC de miembros inferiores: importante afectacion vascular de ambos miembros inferiores distal a arteria poplitea.

Juicio clínico

Infección de úlceras de miembros inferiores con mala evolución y sobreinfección polimicrobiana.

Diagnóstico diferencial

celulitis, pie diabético, isquemia arterial.

Comentario final

El paciente se ingresó tras ser valorado en urgencias en el servicio de Medicina Interna. El antibiograma mostró la presencia de bacterias con dificil cobertura antibiótica. Se instauró tratamiento antibiotico durante 2 semanas, comenzando con Meropenem y posteriormente con Ciprofloxacino. Presento al principio evolución tórpida en la planta del servicio con posterior mejoría y desaparición de los exudados. Precisaba de analgesia y mórficos previo al momento de las curas. Además el paciente fue remitido a consultas externas de Cirugia Vascular para su valoración y posterior seguimiento. Tras el alta, acudió de forma reglada cada 48 horas a curas de enfermería en nuestro centro de salud, con gran mejoría final.

Bibliografía

- *Perez-Favila A, Martinez-Fierro ML, Rodriguez-Lazalde JG, Cid-Baez MA, Zamudio-Osuna M de J, Martinez-Blanco MDR, et al. Current therapeutic strategies in diabetic foot ulcers. Medicina (Kaunas). 2019;55(11):714.*
- *Everett E, Mathioudakis N. Update on management of diabetic foot ulcers. Ann N Y Acad Sci. 2018;1411(1):153–65.*
- *Spanos K, Saleptsis V, Athanasoulas A, Karathanos C, Bargiota A, Chan P, et al. Factors associated with ulcer healing and quality of life in patients with diabetic foot ulcer. Angiology. 2017;68(3):242–50.*

576/50. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TUMORACIÓN SUBMANDIBULAR.

Autores:

Solano Jimenez, L.[1], Sanz Toro, I.[2], Bosi, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

AP: NAMC. VIH. DM2. Vida activa. Tratamiento con Metformina y BIKTARVY.

EA: Paciente que consulta por tumoración submandibular de 15 días de evolución, en aumento progresivo. Niega odinofagia ni disfagia. Afebril. Ha estado en tratamiento con antibióticos y AINEs por flemón dentario desde hace 7 días, sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

-Exploración Física: TA: 130/78. Afebril. Cavidad oral y orofaringe: mala higiene, faltan piezas dentarias. Suelo de boca sin alteraciones. Palpación cervical: lesión nodular de 3 cm, de bordes bien definidos, consistencia sólida, no adherida a planos profundos.

-Analítica de sangre: a destacar PCR 17; procalcitonina negativa. Resto anodino.

-Ecografía clínica (Atención Primaria): Exploración con sonda lineal. Lesión sólida de contornos anfractuosos, heterogénea, de 2.6 x 2.5 x 2 cm. Sin vascularización intralesional, salvo vasos en su zona más profunda. Nódulo a filiar. Se realiza IC preferente a ORL para completar estudio y establecer diagnóstico definitivo.

RM Cuello (ORL): Lesión en espacio submandibular, entre músculos milohioideo y genihioideo de 43 x 37 x 28 mm, realza con contraste; compatible con lesión neoplásica.

PAAF (ORL): Linfoma B difuso de células grandes variante anaplásica.

Juicio clínico

Tumoración submandibular. Linfoma B difuso de células grandes, variante anaplásica.

Diagnóstico diferencial

Parotiditis Vs. Flemón dentario Vs. Proceso Neoformativo

Comentario final

De la idoneidad de las pruebas de imagen realizadas desde AP y la capacidad de los Médicos de Familia para practicar la ecografía clínica nadie debería dudar en el momento actual; donde cada vez son más habituales las publicaciones en congresos y jornadas de nuestro ámbito con contenidos específicos sobre la misma. Este caso es un claro ejemplo de la importancia del manejo de la ecografía clínica desde AP. Nos encontramos ante un paciente con una lesión que podría parecer, a priori, de origen inflamatoria, de causa probablemente infecciosa, que no remite a pesar de tratamiento empírico adecuado; resultando clave la actuación del Médico de Familia, que nos da una orientación rápida; permitiendo un diagnóstico precoz y mejorando pronóstico y supervivencia a largo plazo de nuestro paciente.

Bibliografía

- *Sánchez Barranco IM. Ecografía y Atención Primaria (Ultrasound and Primary Care). Aten Primaria. 2017; 49(7): 378- 380.*

576/51. AMIGDALITIS COMPLICADA, ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA?

Autores:

De Hita Molina-Bailén, L.[1], Solano Jimenez, L.[1], Luna Zamora, R.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 23 años, sin alergias conocidas, con antecedente de celiaquía. Sin tratamiento habitual. Acude a consulta de atención primaria por fiebre de 38ºC, odinofagia y otalgia de 3 días de evolución. Refiere haber tomado paracetamol sin mejoría. A la exploración física, se encuentra consciente y orientada con buen estado general, buena coloración mucocutánea y eupneica en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos con MVC. Otoscopia bilateral normal. En la cavidad oral se observa hipertrofia amigdalar derecha con placa y exudado, faringe hiperémica. A la palpación de cuello, existe adenopatía unilateral derecha. No se realizan otras pruebas complementarias. Tras la sospecha diagnóstica de amigdalitis bacteriana, se pauta antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 7 días, así como analgesia con ibuprofeno y paracetamol.

Exploración y pruebas complementarias

Al cabo de 6 días, la paciente acude de nuevo a consulta por empeoramiento de los síntomas. Refiere odinofagia intensa, disfagia y vómitos a pesar de estar tomando el antibiótico correctamente. A la exploración, se encuentra con regular estado general, buena coloración mucocutánea y leve taquipnea en reposo. Adenopatía derecha de mayor tamaño y otoscopia bilateral normal. En la cavidad oral se muestra amígdala derecha exudativa con abombamiento del pilar amigdalino que desplaza la úvula y fluctuación a la palpación. Ante la sospecha de un absceso, se le insiste en acudir a urgencias. Una vez allí, se realiza analítica de sangre con leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada.

Juicio clínico

Absceso periamigdalino

Plan: se decide ingreso en observación con medicación intravenosa e interconsulta con otorrinolaringología para drenaje-aspiración.

Diagnóstico diferencial

Principalmente con el flemón periamigdalino, donde no se obtendría pus al realizar el drenaje. También habría que tener en cuenta el flemón/absceso parafaringeo y retrofaringeo.

Comentario final

Es importante sospechar esta patología ante pacientes que presenten amigdalitis de repetición con mala evolución o inmunodeprimidos. El diagnóstico es clínico y su tratamiento con drenaje es de vital importancia para evitar graves complicaciones como el compromiso de la vía aérea.

Bibliografía

- *Cots J.M, Alós J.I, Bárcena M, Boleda X et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Elsevier. 2016; Volumen (34), número 9, pag 585-594.*

576/53. ¡SOCORRO, ME MAREO!

Autores:

Aranda Domínguez, L.[1], Martín Guerra, L.[2], Sotomayor Venceslá, Y.[3], Morales Delgado, N.[4], Bartolomé Menéndez, I.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazorla. Cazorla. Jaén, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba

Descripción del caso

Paciente 95 años, antecedentes personales de hipertensión arterial, hiperlipemia, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca e hiperuricemia, acude a urgencias por mareo, desorientación, alteración del lenguaje con desviación de la comisura bucal, además de debilidad de extremidades izquierdas, de unos 40 minutos de duración, posteriormente ha quedado somnolienta. En el momento de la consulta, la paciente se encuentra asintomática.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: soplo aórtico. Exploración neurológica: MOES conservados. PINR. Obedece a órdenes simples y complejas, lenguaje conservado sin rasgos disfásicos, no afectación pares craneales, no alteración balance motor, no hipoestesias. Romberg no valorable. Reflejos osteotendinosos conservados. Abdomen normal.

Se solicita analítica con resultado dentro de la normalidad, radiografía de tórax sin hallazgos, ECG: fibrilación auricular a 100 lpm y TAC de cráneo, en el que se observa una lesión de 2 cm heterogénea con calcificaciones puntiformes en su interior en lóbulo frontal derecho, y pequeño edema perilesional, dicha lesión es compatible con cavernoma.

Juicio clínico

Cavernoma frontal derecho.

Diagnóstico diferencial

Malformación vascular, accidente isquémico transitorio, metástasis cerebral

Comentario final

Se trata de una paciente de 95 años, anticoagulada, con imagen de cavernoma frontal derecho incidental con episodio autolimitado de focalidad neurológica. Tras ser valorada por el equipo de Neurocirugía y Neurología se orienta el caso como probable etiología comicial, debido al proceso compresivo sufrido por el cavernoma. De tratarse de un accidente isquémico transitorio la paciente ya se encuentra anticoagulada. La paciente inicio tratamiento antiepiléptico. En conclusión, la malformación cavernomatosa es una de las malformaciones vasculares comunes del SNC y que, pese a no ser habitualmente sintomática, es causa de convulsiones y déficit focales, por lo que hay que tenerla en el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- *Dres. Adolfo Aliaga Q, Tamara Palavecino B, Rodrigo Espinoza A, Holvis Dellien. Malformación cavernomatosa: Revisión de una patología clásica. Revista chilena de Radiologia. Vol 19 N.º 3, año 2013; 117-124.*

576/54. DONDE DIGO HERNIAS...DIGOXINA

Autores:

Mundt Fernández, I.[1], De Los Reyes Rodríguez, D.[2], Gallego Martinez, J.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

NO RAMC

AP:

FRCV: DM-II, HTA, Flutter auricular.

IRC, hipotiroidismo, insuficiencia venosa periférica, hernia de hiato por deslizamiento, colelitiasis, hernias abdominales (hernia umbilical y hernia de Spiegel)

IQ: cataratas

TTO HABITUAL: Edoxaban 30mg, Losartan 50mg/HCTZ 12,5mg ,Quetiapina 25mg, Vilaterol/Fluticasona, Pentoxifilina, Sulfato de hierro, Repaglinida 1mg, Monteluast 10mg, Digoxina 0,25mg, Rosuvastatina 5mg, Paroxetina 20mg, Lormetazepam 1mg, Omeprazol 20mg.

MC: Paciente de 87 años traída a consulta de AP por familiar que refiere dolor abdominal a nivel de hernias (ya conocidas) acompañado de vómitos sin productos patológicos de 3 días de evolución. Hiporexia desde comienzo del episodio.

No diarrea ni estreñimiento. No síntomas miccionales.

Fue vista en CIA por hernia umbilical y hernia de Spiegel, desestimando tratamiento quirúrgico en octubre 2020.

No otra sintomatología acompañante.

Vida cama-sillón, la paciente es dependiente para ABVD.

Exploración y pruebas complementarias

REG, COC, bien hidratada y perfundida. Afebril.

AC: ruidos rítmicos a 37 lpm sin soplos audibles.

AP: buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. SatO2 98%.

Abdomen: blando depresible, presencia de hernia umbilical y flanco izquierdo que no son posibles de reducir en consulta, doloroso a la palpación de dicho nivel. No signos de peritonismo. Blumberg -, Rosving -, Murphy -, PPRB-.

Extremidades: pulsos conservados, no signos de TVP, signos de insuficiencia venosa crónica en ambas piernas con presencia de vendaje en pierna derecha.

No focalidad neurológica. Resto de la exploración anodina.

ECG: flutter auricular ya conocido a 37 lpm, descenso generalizado del segmento ST en todas las derivaciones (probable cubeta digitálica) excepto en aVR donde encontramos un ascenso. BIRD.

Se deriva al paciente al SHU debido a hernias que no son posibles reducir en consulta y ante la sospecha de intoxicación digitálica. A su llegada al SHU se realiza AS donde destacan:

Bioquímica: Cr 2.30 (previa 1.70), Urea 125, Potasio 6.3, PCR 16.7, Digoxina 5,24 (0.80-2.00).

Hemograma: 10.3 g/dl, Leucocitos 12860, Neutrófilos 9610, Plaquetas 429000.

Coagulación: TTPa 18.2 seg, 1.58 INR,

Gasometría venosa: sin alteraciones.

Juicio clínico

Intoxicación digitálica en paciente con IRC reagudizada.

Diagnóstico diferencial

SCA con descenso de ST

Bradiarritmias

GEA

Obstrucción intestinal (hernias)

Comentario final

Importancia del examen físico en AP y tener en cuenta tanto patología del paciente como tratamiento habitual.

Bibliografía

- *Harrison*

576/55. SÍNDROME DE OGILVIE: LA GRAN SIMULADORA.

Autores:

Rodríguez Juliá, M.[1], Luna Barrones, I.[1], Gómez Nieves, O.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Mujer 70 años sin antecedentes alérgicos, patológicos o quirúrgicos. Acude a Atención Primaria por estreñimiento de 48 horas de evolución, hábito intestinal conservado. Empeoramiento con dolor y distensión abdominal, nauseas, vómitos, afectación del estado general, hipotensión arterial 80/55mmHg, taquicardia 118lpm, hipoglucemia 66 mg/dl, satO2 96%, temperatura 36,7 grados.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Física: BEG, COC. Glasgow 15/15. Normocoloreada. No disnea, murmullo vesicular conservado, no estertores. No ingurgitación yugular, ni soplos carotideos. Taquirrítmica a 118 lpm, buen tono, no soplos. Pulsos sincrónicos, no edemas. Abdomen distendido, doloroso, hipertimpánico, sin masas, ni megalias o signos de peritonismo. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Tacto rectal: no lesiones perianales, esfínter tónico, no varices, no masas, ampolla rectal vacía.

Analítica: Hemoglobina 12,5g/dl, Hto 34,5. Leucocitos 9,920 con recuento normal.

Plaquetas 169x10^3/u. Fibrinogenemia 892mg/dL Glucemia 66mg/dL Creatinina 1,98mg/dL, urea 78.

Sodio 138, potasio 3,4.

Proteina C Reactiva elevada 15,2.

Acidosis metabólica pH 7.30. Sistemático orina negativo.

Radiografía Tórax: índice cardiotorácico < 50%, sin signos de interés patológico. Radiografía abdominal: distensión generalizada asas intestinales, ausencia niveles y edema de pared.

Derivación a Hospital:

ECG taquicardia sinusal a 126lpm, eje normal, sin alteraciones de repolarización.

TC contraste iv abdomen: dilatación marco cólico, predominio recto-sigma, no cambios calibre, ni evidencias obstrucción mecánica.

Juicio clínico

Síndrome de Ogilvie: pseudoclusión intestinal aguda.

Diagnóstico diferencial

Oclusión Intestinal Mecánica, Íleo Paralítico, Megacolon Tóxico por Clostridium difficile

Comentario final

La dilatación aguda del colon en ausencia de una obstrucción asociada, define a este Síndrome . Predomina en mayores 60 años. Mortalidad depende grado funcional-comorbilidades.

Urgencia médica: descartar oclusión carácter mecánico, isquemia o perforación subsidiarios a tratamiento quirúrgico urgente.

Tratamiento inicial conservador (48-72h): monitorización, reposo intestinal, aporte hídrico, corrección electrolítica, descompresión sonda nasogástrica, cambios posturales.

Segunda línea:Neostigmina.

Tercera línea:descompresión endoscópica.

Cuarta línea:cecostomía/colocación catéter y tubo de drenaje.

Recurrencias colocar tubo rectal Faucher.

Bibliografía

- *Pereira P, Dejeudji F, Leduc P, Fanget F, Barth X. Pseudoobstruccion colonica aguda del sindrome de Ogilvie. J*
- *Visc Surg. 2015 Apr;152(2):99 105. doi:10.1016/j.jviscsurg. 2015.02.004.Epub 2015 11 de marzo PMID: 25770746Revisión*
- *Peker KD, Cikot M, Bozkurt MA, Ilhan B, Kankaya B, Binboga S, Seyit H, Alis H.Eur J.La descompresión colonoscópica*
- *debe usarse antes de la neostigmina en el tratamiento del síndrome de Ogilvie.Trauma Emerg Surg. 2017 Aug;43(4):557-566. doi: 10.1007/s00068-016-0709-y.Epub 2016 18 de julio.PMID: 27432173 Ensayo clínico.*

576/57. MIOCARDITIS VIRAL POR SARCOV-2 : A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Luna Barrones, I.[1], Rodríguez Juliá, M.[1], Gómez Nieves, O.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 25 años que presenta cuadro gripal de 2 semanas de evolución en la última quincena del mes previo, con síntomas respiratorios de vías altas con PCR positiva para Sarscov2, con cumplimiento de medidas de aislamiento, tratamiento sintomático con resolución completa de los síntomas y con PCR posterior indetectable. Presenta cuadro de instauración insidiosa de 72h, dolor retroesternal opresivo irradiado a la espalda, incrementándose con la inspiración, los movi-

mientos torácicos y con la tos, experimentando alivio con la inclinación del tronco hacia delante.

NoRAMc. Sin antecedentes de interés. No hábitos tóxicos

Exploración y pruebas complementarias

Orientado, PINRLA. Glasgow 15. Palidez cutánea, frialdad, diaforesis. Ortopnea, tiraje intercostal generalizado, sibilancias espiratorias y crepitantes bibasales. Taquirrítmico. Ruidos cardiacos

atenuados, sin soplos, roce pericárdico evanescente. ECG: taquicardia sinusal a 138lpm, elevación difusa del segmento ST de concavidad superior en DI, DII, DIII, aVL, V2-V6, ondas T positivas, segmento PQ descendido. Relación elevación segmento ST/ amplitud onda T 0,28, altamente sugestiva de pericarditis aguda.

Juicio clínico

Miopericarditis aguda secundaria a infección reciente por Sarscov2

Diagnóstico diferencial

Pericarditis tuberculosa, pericarditis autoinmune, Derrame pericárdico traumático.

Comentario final

Ingreso hospitalario a cargo de Medicina Interna. Alta domiciliaria a los 2 días con tratamiento óptimo. Posteriormente, seguimiento por Atención Primaria con buena evolución clínica. En conclusión, a pesar de que aún no se haya descrito al Sarscov2 como causa de miocarditis aguda o miocarditis fulminante, fue decisivo reconocer los signos y síntomas de alarma por los cuales el paciente debía ser derivado a urgencias.

Bibliografía

- *Zeng J-H, Liu Y-X, Yuan J, Wang F-X, Wu W-B, Li J-X, et al. First case of COVID-19 complicated with fulminant myocarditis: a case report and insights. Infection. 2020;48(5):773–7.*
- *Inciardi RM, Lupi L, Zaccone G, Italia L, Raffo M, Tomasoni D, et al. Cardiac involvement in a patient with Coronavirus disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiol. 2020;5(7):819–24.*
- *Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med. 2020;46(5):846–8*

576/58. DOLOR LUMBAR AL PRINCIPIO DE PANDEMIA COVID-19

Autores:

Hervás Jeréz, J.[1], Ruíz Moruno, F.[2], Morales Delgado, N.[3], Damián García, R.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años sin antecedentes personales de interés. Acude por dolor abdominal generalizado. Hace tres días (a finales de Marzo de 2020) presentó dolor lumbar de origen brusco cedió de forma parcial tras la administración de analgésicos prescritos por su Médico de Atención Primaria. Actualmente además vómitos de 24 horas de evolución hasta 10 diarios en "posos de café".

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente con regular estado general, mal perfundido e hidratado, frialdad cutánea generalizada con tinte ictérico en conjuntivas. Abdomen: abdomen en tabla con muy mala perfusión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA: Leucocitos: 19,070 (Neutrófilos 77%, Linfocitos 17%), Hematíes: 5,11, Hb: 15,6,

hto: 50,5, VCM: 99, Plaquetas:57.000. Coagulación: TP act%: 67. Dimero D: 24.076. Bioquímica: glucosa: 181.Creatinina: 4,95,Urea 156, NA: 136, K: 5, CL: 94, Bilirrubina: 1,3, B directa 0.9, Amilasa: 137, LDH: 190, FA: 88, GGT: 58, AST: 103, ALT: 190, Procalcitonina: 46,25, troponina: 137, PCR 589.

GSV: pH: 6,97, bicarbonato: 8,5, Láctico: 11,1.

AngioTC de aorta toracoabdominal: Disección de aorta torácica y abdominal, tipo B de

Stanford, que condiciona infartos renales bilaterales e isquemia mesentérica aguda.Infarto esplénico masivo.

Juicio clínico

Disección de aorta torácica y abdominal, tipo B de Stanford

Infartos renales bilaterales

Isquemia mesentérica aguda.

Infarto esplénico masivo.

Diagnóstico diferencial

Causas hematemesis: Úlcera péptica, Varices esofágicas, Esofagitis, Gastropatía erosiva aguda, Síndrome Mallory Weiss, Cáncer gástrico.

Causas dolor lumbar: Mecánicas, neurogénicas, no mecánicas, dolor visceral referido.

Comentario final

La disección aorta (DA) es proceso patológico poco frecuente con mortalidad elevada que supera el 60% en primera semana evolución. Desde punto de vista Atención Primaria, es importante considerar que la DA es patología grave que requiere diagnóstico precoz. La sospecha clínica basada en sintomatología es clave para llegar al diagnóstico precoz: 95.5% de casos, dolor. Además destacar como factor riesgo hipertensión arterial (HTA) mal controlada o no diagnosticada. Hacer participar al paciente en control de su HTA con participación integrada de Atención Primaria con Hospitalaria, Enfermería, asistentes sociales, etc.

Bibliografía

- *Vilacosta I. (2003). Síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol, 56: 29-39*
- *Poblete R. (2004). Aneurisma o disección, Un concepto nunca bien definido. Rev Chilena de*
- *Cirugía, 56 : 417-420.*
- *Evangelista A. (2004). Historia natural y tratamiento del síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol, 57: 667-679.*

576/59. DOCTOR, ME SIGUE DOLIENDO LA PIERNA

Autores:

Salguero Quirantes, R.[1], Galián Ordóñez, A.[2], Gallego Iglesias, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Se trata de un paciente de 32 años fumador de un paquete de cigarros al día, sin ninguna otra patología conocida. Durante dos meses acude en múltiples ocasiones a urgencias extrahospitalarias y a consulta de atención primaria por dolor intenso en miembro inferior derecho que aumenta con el ejercicio. Desde el primer momento es tratado con analgesia y antiinflamatorios ante la sospecha de una lumbociatalgia en relación con los esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias

La cuarta vez que es atendido en urgencias de centro de salud el paciente acude con pantalón corto y al ser explorado se observa palidez y frialdad de ese miembro con respecto al contralateral. Además los pulsos periféricos distales derechos se encontraban disminuidos. Ante tales hallazgos, el paciente es derivado a Urgencias Hospitalarias para valoración y ampliación del estudio. Allí se solicita una analítica (donde únicamente destaca PCR 36 mg/L), ecografía urgente y posteriormente angiografía, donde se observa oclusión a nivel de la arteria poplítea.

Juicio clínico

Tromboangeítis obliterante o síndrome de Buerger

Diagnóstico diferencial

Ateromatosis, enfermedad embólica, arterirtis de Takayasu, síndrome antifosfolípido, panarterritis nudosa clásica, crioglobulinemia.

Comentario final

La tromboangitis obliterante (TAO) es una enfermedad vascular inflamatoria segmentaria, no aterosclerótica de etiología poco clara que afecta con mayor frecuencia a las arterias y venas de tamaño pequeño a mediano de las extremidades. Los pacientes son predominantemente fumadores jóvenes que presentan dolor por isquemia de la extremidad distal, úlceras digitales isquémicas o gangrena digital.

Desde atención primaria resulta fundamental la anamnesis y exploración física completa del miembro afectado, y posteriormente evaluación vascular y exploración de laboratorio para descartar serológicamente otras etiologías. Se puede establecer un diagnóstico clínico sin la necesidad de una biopsia si se cumplen los criterios clínicos de uso común. No existe tratamiento específico. En los pacientes fumadores se recomienda dejar de fumar.

El paciente de nuestro caso, debido a la gravedad de la situación, precisó de amputación supra rotuliana. En este momento se encuentra en fase de deshabituación tabáquica y en seguimiento por nuestra parte del resto de secuelas.

Bibliografía

- *UptoDate [Internet]. Jeffrey W Olin: Thromboangiitis obliterans (Buerger disease). [Actualizado Septiembre 2021; Visitado Octubre 2021]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/thromboangiitis-obliterans-buerger-disease?search=sindrome%20buerger&source=search_result&selectedTitle=1~38&usage_type=default&display_rank=1#H86999828*

576/60. DOCTOR, ES COMO SI ESTUVIERA . CRUJIENTE

Autores:

Castilla Castillejo, J.[1], Franco Márquez, M.[2], Adame Sanz, L.[2], Morillo-Velarde Moreno, C.[3], Rodríguez Onieva, A.[4], Ruíz-Canela Gallardo, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Hombre 19 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 1 paquete/día, complexión atlética y sin antecedentes de interés. Consulta por sensación de presión retroesternal y dificultad respiratoria de 48 horas de evolución acompañadas de odinodisfagia y gangosidad en la fonación. Además, al día siguiente comenzó a notar crepitación en zona dorsal y crepitación en cuello, espalda y pecho, que describe como si estuviera "crujiente". Refiere ser muy ansioso comiendo pero niega atragantamientos, náuseas, vómitos, accesos de tos, traumatismos, fiebre, cefalea, infecciones otorrinolaringológicas recientes o clínica sugestiva de COVID.

Exploración y pruebas complementarias

TA 135/70mmHg FC 80lpm SpO2 99% Tª 36ºC FR 14rpm. Buen aspecto. Eupneico en reposo sin cianosis ni tiraje. Voz gangosa. Crepitación a la palpación a nivel cervical desde ambas mastoides hasta región superior torácica difusamente, abarcando escápulas/pectorales mayores. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal: anodinas. Rx tórax y cervical: se aprecia densidad gas a nivel de partes blandas en región cervical y costal izquierda. Analítica sanguínea: hemograma, coagulación y bioquímica normales, incluidos reactantes de fase aguda. PCR SARS-CoV-2: negativa TC cuello y tórax con contraste iv, completado por esofagograma con gastrografín, se confirma la presencia de neumomediastino y enfisema subcutáneo sin apreciar neumotórax ni alteración esofágica en esofagograma, no es posible precisar carácter secundario.

Juicio clínico

Neumomediastino (NME) sin causa secundaria objetivable. Enfisema subcutáneo.

Diagnóstico diferencial

Perforación esofágica, neumotórax y pericarditis.

Comentario final

El NME generalmente es benigno y autolimitado (se recuperan sin secuelas en unos pocos días y la recurrencia es rara). Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Los desencadenantes incluyen asma, infecciones del tracto respiratorio, vómitos o tos intensos, o esfuerzo físico intenso. El diagnóstico se confirma mediante radiografía simple de tórax y cervical. Además, en la evaluación es importante investigar posibles desencadenantes (p.ej., Asma o vómitos), evaluar y excluir otras complicaciones (neumotórax, perforación esofágica o neumomediastino a tensión). El NME no complicado tiene manejo conservador: analgesia, reposo y evitación de maniobras de Valsalva o espiración forzada (incluida espirometría).

Bibliografía

- *Moreno Castillón,C; Torra Solé,N; y Sulé Salvadó,MA; Neumomediastino, a propósito de un caso. SEMERGEN. 2009;35 (2):101-2.*
- *Saadoon Alishlash,A; Janahi,IA; Spontaneous pneumomediastinum in children and adolescents. En: Redding,G, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate,2021.*

576/62. DOCTORA, LE PROMETO QUE HA SIDO LA PRIMERA VEZ QUE OCURRE.

Autores:

Morales Delgado, N.[1], Martín Mañero, C.[2], Damián García, R.[3], Hervás Jeréz, J.[1], Aranda Domínguez, L.[4], Martín Riobóo, E.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 63 años que acude a urgencias con herida por arma blanca en dedos de mano izquierda. Acude acompañada de su hija. Antecedentes personales : Hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina. La paciente refería haber sido agredida por parte de su marido , diagnosticado de trastorno bipolar. En domicilio, el agresor se había acercado hacia ella con tono verbal elevado y amenazas; y le había herido con un corte con un cuchillo en zona palmar de mano izquierda. La paciente justificaba que su marido se encontraba con mal ajuste de su medicación y que en ocasiones él mismo ha presentado autolesiones, pero que era la primera vez que le agredía. Los vecinos habían alertado a la policía de lo ocurrido, deteniendo al agresor en el domicilio esa misma noche.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

La paciente se mostraba lábil emocionalmente. Encontramos herida abierta en zona palmar de mano izquierda con imposibilidad para la flexión en articulación interfalángica distal de 3º y 4º dedo. Flexión falange proximal conservada. Tras lavado de la herida e infiltración anestésica en consulta de urgencias se visualiza sección de ambos flexores profundos de 3º y 4º dedo.

Pruebas complementarias:

* Radiografía mano izquierda: No se observaban trazos de fractura ni luxación.

Juicio clínico

Violencia de género con agresión física

Diagnóstico diferencial

Simulación de la situación

Comentario final

La paciente fue ingresada a cargo de servicio de Traumatología para realizar sutura en quirófano de flexor profundo de 3º-4º dedo y flexor superficial de 4º. Ante una situación de agresión, debemos comenzar con una rápida intervención inicial, facilitando espacios donde predomine la confianza, la seguridad, la empatía y escucha activa. Insistir en la prioridad sobre su seguridad (física y psíquica) y sobre su necesidad de protección. A pesar de que la mujer justifique a su marido debemos plantear realizar parte al juzgado de lo ocurrido para que posteriormente se valore la situación de violencia de género de la paciente.

Bibliografía

- *Olalla PÁ. Violencia de género y responsabilidad civil. Editorial Reus; 2021.*

576/63. NO TODO ES POR EL ÁNIMO

Autores:

Castilla Castillejo, J.[1], Adame Sanz, L.[2], Franco Márquez, M.[2], García-Revillo Fernández, J.[3], Morillo-Velarde Moreno, C.[3], Sánchez Velasco, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Hombre 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador 1 paquete/día, trastorno depresivo de 1 año de evolución en seguimiento por psiquiatría: Inicialmente mejoría anímica aunque en las últimas consultas telefónicas en Atención Primaria (AP) refiere empeoramiento anímico, aislamiento social, disminución de apetito, insomnio y sentirse sin fuerzas para trabajar. Negociamos cita presencial, donde reconoce distensión abdominal, ropa más holgada y estreñimiento en últimos 4 meses, según el paciente "todo es por el ánimo". Niega productos patológicos u otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

Aspecto desaliñado, palidez cutánea. No adenopatías palpables. Auscultación: anodina. Abdomen: distensión generalizada, ruidos hidroaéreos disminuidos. Gran hepatomegalia a la palpación, de unos 10 cm respecto reborde costal. Matidez generalizada a la percusión, salvo timpanismo en fosa ilíaca izquierda. Tacto rectal: dedil limpio.

Analítica: Hb 12.9, previa 14 hace 2 años. Bilirrubina total 1.4, GGT 623, ALT 60, fosfatasa alcalina 441. CEA: 1082, CA125: 46, CA19.9: 596,2, PSA normal.

Rx tórax: anodina. Rx abdomen: hepatomegalia hasta pelvis, líneas de psoas difusas.

TC tórax y abdomen: Enfermedad metastásica en pulmones, hígado y suprarrenales, sin determinar primario.

Endoscopia digestiva alta: normal

Colonoscopia: Neoformación estenosante y ulcerada de colon transverso.

Juicio clínico

Cáncer Colorrectal Metastásico

Diagnóstico diferencial

Cáncer colorrectal (CCR), estómago, páncreas, mama, sarcomas, melanoma, tumores genitourinarios.

Comentario final

Los programas de cribado influyen en la incidencia y mortalidad por CCR. La mayor parte de los pacientes con síntomas sugestivos que acuden a AP no tendrán un CCR ni lesiones susceptibles de tratamiento, siendo sometidos a pruebas sin beneficio. En cambio, demoras diagnósticas pueden comportar gran impacto psicológico y empeoramiento pronóstico.

Es importante que el médico de AP, tenga habilidades para realizar una buena historia clínica, que permita al paciente expresarse libremente e indagar en aquellos síntomas de alarma. En ocasiones el solapamiento de síntomas entre entidades no-

sológicas y el significado que el paciente atribuye a cada uno, genera confusión y demora el diagnóstico de procesos importantes que subyacen en un segundo plano.

Bibliografía

- *Marzo Castillejo,M; Cubiella Fernández,J; Mascort Roca,J; Pastor Rodriguez-Moñino,A. Atención primaria y detección del cáncer colorrectal.Aten Primaria.2017.Vol. 49.Núm. 10.*
- *Ortega García,A; Berriochoa Martínez de Pisón,C; Sierra Santos,L; Ortega García,MM. La historia clínica: herramienta fundamental en atención primaria. Aten Primaria.1999. Vol.24.Núm.10.*

576/65. ODINOFAGIA Y HEPATITIS VÍRICA. A PROPOSIRO DE UN CASO.

Autores:

Adame Herrojo, M.[1], Pérez Razquin, E.[2], Villas Luna, P.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva

Descripción del caso

Varón de 18 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de atención primaria por odinofagia y fiebre, diagnosticándose de amigdalitis aguda. Tras 4 días de tratamiento antibiótico acude de nuevo por persistencia de la fiebre, deterioro del estado general y dolor abdominal con un vómito alimenticio. El paciente es derivado a hospital de referencia ante la sospecha de mononucleosis infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Bien hidratado. Afebril.

TA: 122/77 mmHg; SatO2: 100% a/a; FC:102 lpm

ABDOMEN: blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. No megalias.

ORL: amígdalas hiperémicas y hipertróficas con placas pultáceas.

Cabeza y cuello: adenopatías cervicales bilaterales y submandibulares, móviles y dolorosas a la palpación.

Bioquímica: Bilirrubina total 2,41mg/dL, bilirrubina directa 1,82mg/dL, LDH 797U/L, AST 348U/L, ALT 483U/L, PCR 7mg/L.

Coagulación normal.

Hemograma: Leucocitos 13060µL, Neutrófilos 1290µL, Linfocitos 9400µL, Hemoglobina 14,6g/dl.

Frotis de sangre periférica: Monocitosis y linfocitosis reactiva sugestiva de proceso infeccioso.

Ac heterófilos positivos.

Ecografía de abdomen: marcada esplenomegalia de 19,3 cm.

Juicio clínico

Síndrome mononucleósico con hepatitis vírica secundaria por Virus de Epstein-Barr.

Diagnóstico diferencial

Faringitis estreptocócica: ausencia de hepatoesplenomegalia. Fatiga y malestar menos prominente.

Otras faringitis víricas: es más frecuente que cursen con tos, y con menos linfadenopatías, exudados amigdalares o fiebre.

Comentario final

El paciente fue ingresado en Medicina Interna con buena evolución clínica y analítica.

La hospitalización puede ser necesaria en casos graves de deshidratación, dificultad respiratoria y sospecha de complicaciones tempranas. La hepatitis es una complicación temprana común y autolimitante, las pruebas hepáticas deben controlarse en casos más sintomáticos ya que se han informado eventos fatales.

Además, la esplenomegalia aumenta el riesgo de rotura esplénica, que aunque es una complicación rara, debe sospecharse en pacientes que presenten dolor abdominal o torácico agudo.

Bibliografía

- *Fugl A, Andersen CL. Epstein-Barr virus and its association with disease - a review of relevance to general practice. 2019;20(1):1-8.*
- *Sánchez García M, Rodríguez Fernández JF, Aguilar Guisado M. Manual clínico de urgencias [sede Web]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2019[acceso 10 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.hospitaluvrocio.es/manualclinico-urgencias/indice/e-infecciosas/mononucleosis/*

576/66. DOCTORA, NO ME SIENTO LA CARA

Autores:

Lupiáñez Jiménez, M.[1], Tapia Moreno, E.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Descripción del caso

Paciente de 60 años con los siguientes antecedentes personales: - HTA - Cardiopatía isquémica crónica revascularizada - EPOC tipo enfisema grave en seguimiento por Neumología - Hipercolesterolemia En tratamiento con: AAS 100mg/24h, bisoprolol 2,5mg/12h, parche de nitroglicerina 15mg/24h, amlodipino 5mg/12h, ezetimiba 10mg/rosuvastatina 20mg/24h, metamizol 575mg/24h, omeprazol 20mg/24h, roflumilast 500mcg/24h e inhalador vilanteral/bromuro de umeclidinio/fluticasona 92/55/22mcg/24h Acude a consulta por cuadro de una semana de evolución de desviación de comisura bucal derecha, pérdida de fuerza hemifacial derecha e hipoestesia de hemilengua ipsilateral. Asocia desde hace unos 10 meses hipoacusia y acúfenos en oído derecho. Niega alteraciones motoras y del habla. No refiere episodio infeccioso previo reciente, no fiebre, no otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo

PINRL, MOEC, no nistagmo, desviación de comisura labial derecha sin limitación para la movilidad de musculatura occipito-frontal, sugerente de afectación central. Disminución de sensibilidad en hemicara derecha y en lengua derecha. No dismetría ni disdiadococinesia, marcha normal. Romberg -. No meningismo.

Juicio clínico

Dada la sospecha de parálisis facial de origen central (desviación de la comisura bucal sin afectación de la musculatura occipito-frontal), se deriva al servicio de urgencias para valoración y realización de pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial

Infecciosas:

Herpes zoster: vesículas en meato externo (Sd.Ramsay-Hunt)

Enfermedad de Lyme: parálisis facial, bloqueo cardíaco, artritis, vértigo, hipoacusia.

Otitis media aguda/mastoiditis

Virus de la inmunodeficiencia humana

Autoinmunes:

Sd GuillenBarré: paresia muscular progresiva, habitualmente bilateral y simétrica, con reflejos musculares profundos disminuidos o abolidos.

Síndrome de Sjögren

Sarcoidosis

Tumorales

Comentario final

Con la sospecha de parálisis facial de origen central se derivó al paciente al servicio de urgencias, diagnosticándose mediante TAC un schwannoma vestibular. El paciente fue siendo intervenido quirúrgicamente de forma ambulatoria. Dada la alta frecuencia de la parálisis facial en nuestras consultas, es de especial importante saber los datos característicos que diferencial la parálisis facial de la periférica para un correcto manejo del paciente.

Bibliografía

- *Cinesi C, Caballero M, Álvarez F. Parálisis facial periférica en Atención Primaria. SEMERGEN 2003;29(7)350-4*
- *Guisado M, Bordas JM. Parálisis facial periférica. AMF 2015;11(2):73-81*

576/68. DOCTORA, ME DUELE MUCHO LA CABEZA

Autores:

Ortiz Osuna, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 27 años que acude al servicio de urgencias por cefalea occipital intensa de 1 semana de evolución acompañada de molestias cervicales, que no cede con analgésicos habituales. No refiere ningún antecedentes personal ni quirúrgico de interés. No ha presentado vómitos, si náuseas y niega otra sintomatología acompañante. La paciente refiere que es una cefalea diferente a las demás que había tenido en otras ocasiones.

Se le pregunta sobre algún antecedente de traumatismo previo, la paciente refiere que hacia 1 semana estuvo en la playa y sufrió una caída de una colchoneta sufriendo un traumatismo lumbar importante, pero niega traumatismo craneal reciente.

Exploración y pruebas complementarias

A nivel neurológico no presenta ninguna sintomatología focal, los pares craneales normales, pupilas reactivas, fuerza y sensibilidad conservadas y marcha estable.

Desde el servicio de urgencias de decide ampliar con analítica de 3 series y TAC de cráneo. Ambas pruebas obtienen resultados dentro de la normalidad.

Ante la intensidad de la cefalea y la duración de la misma, se decide ingreso en neurología para ampliar estudio. En planta se solicita RNM.

RNM se observa descenso de cerebelo (posición ectópica de amigdalas cerebelosas) y disminución del tamaño de las cisternas subaracnoideas. Hallazgos compatibles con cefalea por perdida de LCR. De manera que se solicita MIELOGRAFIA.

MIELOGRAFIA: Fuga de LCR a nivel de L1 y L2.

Juicio clínico

CEFALEA POR HIPOTENSION INTRACRANEAL

Diagnóstico diferencial

cefalea tumoral, migraña, HSA

Comentario final

Tras el estudio completo se llegó al diagnostico de cefalea por hipotensión intracraneal debido a rotura de duramadre a consecuencia del traumatismo que refería la paciente.

Permaneció ingresada durante varias semanas en reposo absoluto y se le colocaron parches sanguíneos para solventar la fuga de LCR y finalmente fue dada de ALTA.

Bibliografía

- *Rando TA, Fishman RA. Spontaneous intracranial hypotension: report of two cases and review of the literature. Neurology 2012; 42: 481-487.*

576/69. ME DUELE LA CABEZA Y NO ESTÁ MI MÉDICO

Autores:

Soto Castro, C.[1], López León, L.[2], Rengel Gómez, M.[2], González Cosano, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Masculino 75 años.

AP: IAM, HTA, CI, FA, NAMC.

Tratamiento habitual: candesartán, apixaban, digoxina, bisoprolol, furosemida, atorvastatina. Previamente ASA/Prasugrel.

En un periodo de 10 días, solicita asistencia sanitaria en 4 ocasiones por presentar cefalea, cervicalgia y mareos, de inicio súbito y progresivo con escasa respuesta a AINES y antiverginosos. La última fue realizada por cardiólogo privado, el cual lo deriva al servicio de urgencias hospitalarias por tendencia a la hipotensión e inestabilidad a la marcha sin claro motivo desencadenante.

Exploración y pruebas complementarias

Ugencias: BEG, Consciente, alerta, coolaborador. Eupneico. ACR: arrítmico. Exploración neurológica: PINLA, MOEC, NO FOCALIDAD. Extremidades móviles, fuerza y sensibilidad conservadas. Inestabilidad a la marcha. Romberg+. Glasgow15. FC:72, TA:142/77, SatO2:96%.

TAC: "Hematomas subdurales subagudos bilaterales con áreas de resangrado, efecto masa, compresión ventricular, desviación izquierda de línea media, herniación uncal derecha incipiente".

Juicio clínico

HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO BILATERAL

Diagnóstico diferencial

Migraña con aura del tronco: Síntomas visuales, sensitivos, vértigo/ataxia, no motores, ni retinianos. Estos son completamente reversibles. Excluir mediante pruebas complementarias otros procesos del tronco.

Vértigo periférico: Inicio brusco e intenso, asociando síntomas vegetativos, cocleares que empeoran con cambios posturales, nistagmo horizontal abolido al fijar la mirada, Romberg+, marcha inestable unidireccional. Sin otros síntomas neurológicos. Buena respuesta a tratamiento.

Infarto migrañoso: Complicación migrañosa que asocia lesión isquémica cerebral relacionada clínicamente con el territorio afectado.

Comentario final

La hemorragía subdural aguda no traumática es poco frecuente en la cual los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos (cefalea, mareo, cervicalgia), súbitos con evolución progresiva, presentando escasa respuesta al tratamiento para los diagnósticos diferenciales más frecuentes. Acompañándose de empeoramiento paulatino de la clínica neurológica en concordancia con el sitio de la hemorragia, tal y como indica la Guía ICHD.

Diagnóstico: clínico/TAC. Tratamiento: quirúrgico. Seguimiento: Consulta externa Neurocirugía/MAP.

CONCLUSIÓN:

Al encontrarnos ante un paciente con clínica insidiosa e inespecífica, anticoagulado, sin aparente traumatismo, que no responde a tratamiento analgésico o antivertiginoso como en nuestro caso, debemos pensar en una Hemorragia subdural, ya que su tratamiento precoz mejora el pronóstico.

Bibliografía

- *Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Atención Primaria y Neurología. José Antonio Heras Pérez Comité ad Hoc del grupo de Estudio de Cefaleas de la SAN/SEMERGEN/SEMFYC.*
- *Cephalalgia 2018, Vol. 38(1)1–211 ©International Headache Society 2018 Reimpresiones y permisos: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/0333102417738202 journals.sagepub.com/home/cep*

576/70. ANTICONCEPTIVOS ORALES. A TENER EN CUENTA EN EL ESTUDIO DE UN DOLOR ABDOMINAL.

Autores:

Franco Márquez, M.[1], Castilla Castillejo, J.[2], Adame Sanz, L.[3], Morillo-Velarde Moreno, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa

Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (4) Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer 47 años. No factores de riesgo cardiovascular conocidos. No hábitos tóxicos. En tratamiento con anticonceptivos orales.

Acude a consulta de Atención Primaria por segunda vez consecutiva en 4 días. Presenta dolor abdominal en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, continuo. No fiebre, ni nauseas ni vómitos. No diarrea. No clínica miccional asociada. Se realiza ecografía clínica que revela imagen de ocupación del sistema venoso porto-mesentérico. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para completar estudio, diagnosticándose trombosis portomesentérica junto con hipoperfusión parietal de parte de hemicólon derecho.

Durante ingreso hospitalario con tratamiento anticoagulante evoluciona favorablemente. Se realiza además un estudio de hipercoagulabilidad en el que se objetiva positividad para anticuerpos anticardiolipina (IgM).

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible, doloroso en ambas fosas iliacas y defensa en hemiabdomen derecho. Sin signos de irritación peritoneal. Analítica de sangre. TC de abdomen y pelvis con contraste.

Juicio clínico

Trombosis venosa portomesentérica e isquemia intestinal secundaria a la toma de anticonceptivos orales en contexto de estado de hipercoagulabilidad (síndrome antifosfolipídico)

Diagnóstico diferencial

La inexpresividad de la exploración física teniendo en cuenta la intensidad del dolor referido (característico de la isquemia intestinal) – además de los hallazgos ecográficos y la toma de anticonceptivos orales – eran indicios que obligaron a descartar un origen vascular. El origen ginecológico (torsión ovárica, embarazo ectópico) o el origen inflamatorio/infeccioso abdominal (cistitis, apendicitis, diverticulitis) también se plantearon en el diagnóstico diferencial.

Comentario final

La toma de anticonceptivos orales se define como causa de trombosis venosa mesentérica primaria, agravado por un síndrome antifosfolipídico en este caso concreto. El Médico de Familia debe valorar el riesgo/beneficio de la anticoagulación oral teniendo en cuenta en todo momento la evolución clínica del cuadro. También debe suspender de forma indefinida la toma de anticonceptivos orales y prevenir activamente el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular (peso, tensión arterial, glucemia, metabolismo lipídico, hábito tabáquico). A modo de conclusión, conviene también destacar la utilidad de la ecografía clínica como herramienta diagnóstica en la consulta de Atención Primaria.

Bibliografía

- *Herrero M, Agúndez I. Isquemia mesentérica: algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Angiología. 1 de enero de 2017;69(1):34-40.*

576/72. CUANDO HAY ALGO MÁS QUE UN DOLOR DE GARGANTA

Autores:

Franco Márquez, M.[1], Adame Sanz, L.[2], Castilla Castillejo, J.[3], Morillo-Velarde Moreno, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón 29 años

Fumador de unos 5 cigarros al día

Asma bronquial extrínseca, en tratamiento con salbutamol a demanda.

Consulta en Atención Primaria por odinofagia de 24 horas de evolución y fiebre de hasta 38ºC. Habiendo descartado COVID, se pauta antibioterapia oral así como AINEs y paracetamol con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.

A los siete días vuelve a consultar nuevamente, en esta ocasión refiriendo que el dolor ha pasado a ser retroesternal y presenta seria dificultad para la deglución de sólidos y líquidos aunque mantiene tolerancia a dieta líquida. La fiebre remitió a las pocas horas de iniciar tratamiento previo. No sialorrea. No pirosis. No diarrea. No pérdida ponderal significativa.

Ante la sospecha clínica de proceso esofágico agudo se contacta telefónicamente con Aparato Digestivo para valorar la posibilidad de endoscopia digestiva alta de forma urgente, siendo derivado al medio hospitalario para ingreso y estudio. La endoscopia reveló alteraciones macroscópicas de la mucosa esofágica compatibles con esofagitis de aspecto infeccioso. Estos hallazgos se confirmaron posteriormente en el estudio anatomopatológico.

El resto de las pruebas realizadas para determinar el agente infeccioso causante reveló infección activa por VEB.

Exploración y pruebas complementarias

Faringe hiperémica con amígdalas levemente hipertróficas y exudado bilateral puntiforme.

Endoscopia digestiva alta

Serología: VIH negativo, VHS IgM negativo, CMV IgM negativo, Toxoplasma IgM negativo, VEB IgG e IgM positivos.

Juicio clínico

Esofagitis infecciosa, probablemente secundaria a VEB.

Diagnóstico diferencial

Esofagitis, impactación esofágica, achalasia, entre otras entidades.

Comentario final

Conviene descatar la labor del Médico de Familia para llevar a cabo la orientación diagnóstica del caso, demandándose recursos de atención especializada para la confirmación del mismo.

De cara al seguimiento de este paciente es también importante inculcarle la adopción de hábitos de vida saludables que ayuden a mantener la mucosa esofágica lo más sana posible. En su caso serían: una buena adherencia al tratamiento con IBP y procinéticos, la abstinencia de hábitos tóxicos (que ayudaría también a prevenir una progresión futura de su asma), así como llevar a cabo unos buenos hábitos alimentarios para prevenir sobre todo el RGE.

Bibliografía

- *Gutiérrez Rodero, F., and J. García Díaz. "Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 12 de octubre.*

576/73. COLANGITIS RECIDIVANTE CON CLÍNICA ATÍPICA

Autores:

Damián García, R.[1], Morales Delgado, N.[2], Carrillo Martínez, M.[1], Martín Riobóo, E.[3], Villar García, J.[2], Montilla López, A.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Varón, 78 años. Acude a consulta de Atención Primaria tras alta en urgencias por presentar movimientos involuntarios de flexo-extensión en brazos y piernas durante 45 minutos, súbitos, sin desencadenante, coincidentes con febrícula y elevación de tensión arterial. Previo al episodio presentó dolor hipogástrico leve y nauseas; no mordedura lingual ni perdida de consciencia. TAC y pruebas analíticas realizadas nor-

males, excepto una elevación de PCR. Fue diagnosticado de movimiento tónico-clónicos involuntarios.

Tras posible cuadro epiléptico, desde Atención Primaria se realiza exploración abdominal, neurológica, y ecografía (barro biliar), sin otros hallazgos. Se deriva inicialmente a Neurología donde se realiza analítica completa y TAC, sin alteraciones. Es diagnosticado de crisis generalizadas, se solicita electroencefalograma y analítica para siguiente revisión y se prescribe Lorazepam y Levetiracetam.

Al poco tiempo, el paciente acude a la consulta de Atención Primaria por varios episodios similares, recortados y autolimitados. Se continua con el tratamiento pautado por Neurología. No obstante, desde Atención Primaria se duda del diagnóstico y dada la presencia de cuadro febril intermitente, ausencia de perdida de conciencia, y persistencia del dolor hipogástrico leve durante los episodios se decide continuar con el estudio, derivando al paciente a Aparato Digestivo.

Finalmente, vuelve a Urgencias por misma sintomatología. Se consulta con Digestivo y tras ecografía y colangio-RM, es diagnosticado de coledocolitiasis e hidrops vesicular. Se practica C.P.R.E para esfinterotomía biliar y extracción de coledocolitiasis.

Exploración y pruebas complementarias

Análisis completo: normal.

Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, no doloroso, Murphy y Blumberg negativos.

Exploración neurológica: consciente, orientado, no rigidez nucal, pares craneales normales, no focalidad neurológica, sensibilidad, tono y fuerza conservados. No dismetría. Romberg negativo. Reflejos osteotendinosos conservados.

Ecografía abdominal: barro biliar.

Juicio clínico

Coledocolitiasis.

Colangitis recidivante

Diagnóstico diferencial

Crisis epiléptica

Convulsión febril.

Comentario final

La coledocolitiasis puede cursar asintomática o presentar clínica atípica. La ausencia de Murphy manual y ecográfico y de alteraciones en pruebas de imagen no deben hacernos descartar patología biliar en pacientes con fiebre, alteración de PCR y cuadro de dolor abdominal, aunque las manifestaciones llamativas sean atípicas, como cuadros convulsivos.

Bibliografía

- *Fernández RM, Senra NV, Ríos EF, Mauriz Barreiro V, Domínguez-Muñoz JE. Enfermedad litiásica biliar. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2020 13: 488–96.*

576/74. ¿LUMBALGIA DE LARGA EVOLUCIÓN?

Autores:

Martín Romero, D.[1], Garrido Montenegro, G.[2], Moreno Cruz, A., Gil Aguilar, V.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 58 años, monja en un pueblo de la comarca. Como antecedentes personales destaca: Discopatía lumbar, Síndrome del Túnel carpiano y metástasis cervical derecha en seguimiento por Oncología Radioterápica.

Había realizado consulta telefónica en Atención Primaria por dolor lumbar de más de una semana de evolución y es citada presencialmente. En la consulta, encontramos que, además, presenta poliartritis y dolor en la muñeca derecha tras traumatismo hace dos semanas. Hasta ahora no ha tenido fiebre termometrada pero sí sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Ictericia. Palidez cutánea.

Constantes: TA 103/80 mmHg; Tª 36,5º; Frecuencia cardíaca 103 lpm.

Auscultación cardiaca: Corazón rítmico sin soplos ni extratonos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Ventilación simétrica. Sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. Sin dolor a la palpación profunda ni superficial. Murphy negativo, Blumberg negativo. Sin signos de irritación peritoneal.

Exploración extremidades: superior derecha con limitación de movilidad de muñeca. Dolor en cara palmar, sin deformidad. Extremidad superior izquierda sin hallazgos.

Dolor a la exploración de ambas rodillas con limitación en la flexoextensión. Rebote rotuliano.

Analítica sanguínea: alteración del perfil hepático: bilirrubina total 4,73. Proteína C reactiva 468,7. En hemograma Hemoglobina de 10,4 g/dL y Leucocitosis 25.700 con Neutrofilia 22.650.

Analítica de orina: proteínas +; bilirrubina en orina 0,5; Leucocitos +; indicios de hematíes; nitritos +; bacterias abundantes.

Radiografía lumbosacra y muñeca derecha: sin fractura ósea. No imagen de aumento de partes blandas.

Juicio clínico

La sospecha principal es de Artritis séptica, por lo que se traslada en ambulancia al hospital.

Diagnóstico diferencial

Artritis infecciosa, estériles; por microcristales; por depósito; endocrinas; por enfermedades autoinmunes; o espondiloartropatías.

Comentario final

La paciente fue ingresada en la planta de Medicina Interna para estudio. Finalmente, se concluyó como diagnóstico Artritis Séptica Bacteriana. Esta continúa siendo la forma más destructiva y peligrosa de artritis y una emergencia médica, dada la alta morbimortalidad que origina. Debe ser una patología a tener en cuenta ante artralgias de larga evolución que no ceden con analgesia.

Bibliografía

- *- Morales Piga A, Herrero-Beaumont G, Fernández Domínguez E, Díez Curiel M, Fernández Guerrero M, Muñoz Blanch R, Fernández del Vallado P. Monoartritis y oligoartritis en un servicio de urgencias [Monoarthritis and oligoarthritis in an emergency service]. Rev Clin Esp. 1982 Jun 15-30;165(5-6):309-13. Spanish. PMID: 7134553.*
- *Además, adjunto la referencia del libro (no capítulo) de Medicina de Urgencias y Emergencias:*
- *- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6º ed. Barcelona: Elservier, 2018.*

576/76. DOLOR SUPRACLAVICULAR QUE NO CEDE CON ANALGESIA

Autores:

Robledo Casal, C.[1], Alberich Cea, R.[2], Galián Ordóñez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 27 años sin AP de interés que acude a su médico en varias ocasiones refiriendo dolor pectoral y supraclavicular izquierdo a punto de dedo que no cede con analgesia y antiinflamatorios junto con aumento de partes blandas en dicha región. Además, refiere astenia, pérdida de peso 7-10kg, sensación disneica y febrícula de hasta 37.9ºC.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación en región supraclavicular izquierda. Adenopatía axilar izquierda móvil de bordes lisos de 1 cm diámetro aproximadamente.

En la analítica con ligera anemia (Hb en 10.9), ligera leucocitosis y neutrofilia. Sin otras alteraciones.

En la radiografía de tórax se objetivaba un aumento silueta mediastínica en su margen lateral izquierdo.

En el TAC tórax se encontraron hallazgos compatibles con proceso linfoproliferativo

Juicio clínico

Masa mediastínica anterior

Diagnóstico diferencial

Teratoma

Timoma

Linfoma

Bocio tiroideo

Comentario final

Tras BAG de masa mediastínica, se diagnosticó de Linfoma de Hodgkin clásico. Este tipo de Linfoma tiene presentaciones clínicas diversas. La forma más frecuente de presentación son las adenopatías asintomáticas o la aparición de masas mediastínicas en radiografías, sólo el 40% presenta síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso) y la presencia de los mismos interfiere en el estadiaje de la patología. El prurito aparece en el 10-15% de los pacientes.

Tanto los síntomas constitucionales como los síntomas B frecuentemente preceden meses al diagnóstico.

El aumento de las adenopatías dolorosas con la ingesta de alcohol, es un síntoma muy infrecuente aunque muy sugestivo de dicha patología.

Bibliografía

- *Shimabukuro-Vornhagen A, Haverkamp H, Engert A, Balleisen L, Majunke P, Heil G et al. Lymphocyte-Rich Classical Hodgkin's Lymphoma: Clinical Presentation and Treatment Outcome in 100 Patients Treated Within German Hodgkin's Study Group Trials. Journal of Clinical Oncology. 2005;23(24):5739-5745.*
- *Mauch P, Kalish L, Kadin M, Coleman C, Osteen R, Hellman S. Patterns of presentation of Hodgkin disease. Implications for etiology and pathogenesis. Cancer. 1993;71(6):2062-2071.*
- *Peters M, Alison R, Bush R. Natural history of Hodgkin's disease as related to staging. Cancer. 1966;19(3):308-316.*

576/77. IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Vergara Meca, L.[1], León García, J.[2], Vilar Castro, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la mayor causa de muerte prematura en España y occidente(1) y ocasiona discapacidad, aumentando los costes asistenciales.

Los casos están estrechamente relacionados con hábitos de vida modificables y es eficaz disminuir el riesgo cardiovascular (RCV)(2).

Varón de 44 años que consulta a su médico por dolor centrotorácico opresivo, irradiado a miembros superiores, iniciado en reposo, de dos horas de evolución, con hipertensión(150/95mmHg).

Fumador habitual, DM2 descontrolada por incumplimiento terapéutico, dislipemia mixta y hábito sedentario.

Exploración y pruebas complementarias

El ECG muestra QRS estrecho, ascenso ST a 3 mm en cara inferior y de 1,5 v5 -v6. Mínimo descenso ST con T negativas I y aVF.

Se deriva a urgencias con código infarto, antiagregado con AAS más ticagrelor.

En el hospital se realiza cateterismo cardíaco, presentando enfermedad en ACD y ADA, revascularizandose ambas con dos stent, en sucesivas intervenciones.

Analítica: glucosa 223mg/dL, colesterol 268mg/dL, LDL 216mg/dL, triglicéridos 199mg/dL, hemoglobina glicosilada 11,4%, Troponinal 857-14464-6531ng/L.

Juicio clínico

Síndrome coronario agudo con elevación ST tipo IAM inferiolateral KillipI

Diagnóstico diferencial

La ausencia de control de factores de RCV nos sirve para destacar su importancia en Atención Primaria

Comentario final

Las estrategias de prevención individuales deben complementarse con poblacionales. Ambas son coste-efectivas, especialmente la disminución del consumo de tabaco y contenido de sal, azúcares y grasas trans en alimentos, el ejercicio físico y tratamientos para controlar colesterol e hipertensión.

La adherencia al tratamiento de estos pacientes suele ser baja. Se recomienda simplificarlo, evaluar la adherencia identificando las causas, para mejorar futuras intervenciones. La comunicación médico-paciente resulta fundamental para el cumplimiento(3). La prevención cardiovascular se debe implementar en todos los niveles del sistema sanitario.

Bibliografía

- *1 Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos-Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar-Álvarez F, Elosua R et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. GacSanit.2017;31(3):255-268*
- *2 Hervellaa MI, Carratala-Munuera C, Orozco-Beltrán D, López-Pineda A, Bertomeu-González V, Gil-Guillén V et al. Tendencias de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en España durante el periodo 1998-2018. RevEspCardiol. 2021;74(10):838-845.*
- *3. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento y baja adherencia farmacológica. RevEspCardiol. 2012;(65) 10-16.*

576/80. ME ESTÁ DANDO UN INFARTO, LO SÉ.

Autores:

Muñoz Gallardo, Y.[1], Bueno Navarrete, P.[1], Román De Sola, B.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 39 años sin antecedentes médico/quirúrgicos de interés, sin tratamiento domiciliario. Acude por astenia, mialgias, palpitaciones y sensación de presión cervical de días de evolución. No fiebre, no disnea, no cortejo vegetativo asociado. Dichas palpitaciones no tienen predominio horario ni se irradian a cuello. Refiere haber estado con proceso vírico en días previos. Vacunada de Sars-Cov2.

Exploración y pruebas complementarias

TA 130/80mmHg, FC 94 lpm. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Normocoloreada con piel sudorosa. AC: rítmica sin soplos. AP: mvc sin ruidos. Exploración cervical se palpa tiroides doloroso, impresiona aumento de tamaño, no nódulos. No exoftalmo. Resto sin hallazgos significativos.

ECG: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización o signos de isquemia aguda.

Pruebas analíticas:

· Bioquímica y hemograma: normal, dentro de los parámetros de referencia.

· Troponinas I negativas.

· Hormonas, perfil tiroideo; TSH: 0,02 µU/ml. T4 libre: 1,16 ng/dl; T3 libre: 4,65 pg/ml.

· Anticuerpos antitiroideos negativos.

· PCR Sars-CoV 2 negativa.

Ecografía: tiroides ligeramente aumentado de tamaño, istmo 4 mm, lóbulo derecho 13x15x40 mm, lóbulo izquierdo 14x15x43 mm.

Juicio clínico

Tiroiditis subaguda

Diagnóstico diferencial

Fibrilación auricular, taquicardia sinusal, tiroiditis facticia, crisis tirotóxica.

Comentario final

Ante un caso de hipertiroidismo, debemos platearnos inicialmente dos escenarios, es un tiroides doloroso o no. Tras ello indagaremos si existen precipitantes infecciosos, para poder encuadrarlo en tiroiditis agudas o subagudas, bacterianas o virales respectivamente. Por el contrario, si queda descartado lo anterior, es imprescindible estudiar si se trata de un proceso autoinmune, solicitando TSI, anti-TPO y anti-Tiroglobulina.

En cuanto al tratamiento de las tiroiditis no autoinmunes, dependerá del grado de síntomas y las acciones principalmente irán encaminadas al control de estos. La paciente tenía síntomas leves, de predominio cardiológico, por ello se inició propranolol, logrando mejorar la sintomatología por la acción directa del b-bloqueante e indirectamente por el bloqueo en la conversión de T4 a T3.

Bibliografía

- *Rouland, A et al. Thyroiditis: What's new in 2019?. La Revue de medecine interne vol. 41,6 (2020): 390-395. doi:10.1016/j.revmed.2020.02.003*
- *Samuels MH. Subacute, silent, and postpartum thyroiditis. Med Clin North Am. 2012 Mar;96(2):223-33. doi: 10.1016/j.mcna.2012.01.003. Epub 2012 Feb 4. PMID: 22443972*
- *Kravets I. Hyperthyroidism: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2016 Mar 1;93(5):363-70. PMID: 26926973*

576/81. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, Y ALGO MÁS.

Autores:

Hita Rodríguez, M.[1], Reyes Álvarez, M.[1], Castillo Lorente, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Descripción: varón, 20 años, fumador, sin otros antecedentes, consulta en su MAP por naúseas y dolor abdominal difuso, más acentuado en hipogastrio, intermitente, no relacionado con la ingesta, asociado a deposiciones acuosas, con hebras de sangre fresca, y tenesmo rectal.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: estado general conservado, a destacar ligera palidez cutánea. Auscultación sin alteraciones. Abdomen depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos ligeramente aumentados. En tacto rectal: hemorroide externa, no valorable por el dolor.

Pruebas complementarias AP: Analítica con anemia microcítica, ferropenia y leve leucocitosis con neutrofilia. Coprocultivo negativo. Parásitos en heces negativo. Antígenos H.pylori en heces negativo. Radiografía tórax y abdomen sin hallazgos. Ecografía abdominal: engrosamiento de pared intestinal y lesiones ocupantes de espacio (LOEs) en bazo.

Pruebas complementarias DIGESTIVO:

à TAC TÓRAX-ABDOMEN-PELVIS CIV: sugiere proceso de EII crónica, reagudizada. Como hallazgo casual ganglio intrapulmonar, micronódulos pulmonares, dudosas LOEs esplenicas, pequeñas adenopatías en mesenterio y hepatoesplenomegalia leve.

à ENTERORESONANCIA CIV: en ciego, edema del meso graso circundante en consonancia con TAC. No hay evidencia fistula/absceso.

à RM CIV ABDOMEN: dentro de la normalidad.

à COLONOSCOPIA: válvula ileocecal engrosada y edematosa, infranqueable. Desde margen anal hasta ciego se observa afectación parcheada con mucosa en empedrado, eritematosa y con pérdida del patrón vascular. Úlceras profundas en sacabocado, con fondo fibrinado en colon transverso y derecho. Abundante exudado fibrinoso. Biopsias compatibles con EC.

Juicio clínico

Juicio clínico: EC. Ganglio en LII sugerente de ganglio linfático intrapulmonar, sin poder descartar otras posibilidades.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: CU, neoplasia con MTX. Tuberculosis intestinal.

Comentario final

Comentario final: según estudios recientes, en España hay unos 300.000 casos de EII, sin existir diferencias de prevalencia entre CU/EC. Estas enfermedades cursan en brotes y afectan negativamente a la calidad de vida.

Entre los factores predisponentes se encuentran la genética, los factores ambientales y el tabaco.

Bibliografía

- *Ripollés T, Martínez M. Técnicas seccionales de imagen en la enfermedad de Crohn: ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética. Radiología, 49 (2007), pp. 97-108.*
- *Puig L, Ruiz de Morales J, Dauden E. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas en España. Rev Esp Salud Pública. 2019;93.*

576/84. DERRAME PLEURAL

Autores:

Vega Mendoza, M.[1], Mena Zurita, J.[2], Curto Otero, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Varón de 66 años que acude a consulta por presentar desde hace un mes, disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, tos con expectoración blanquecina y molestias torácicas inespecíficas a nivel de ambas mamas. No semiología de insuficiencia cardiaca. Destaca cuadro constitucional de un mes de evolución con pérdida de hasta 15 kg y pérdida de apetito.

Antecedentes personales:

Esófago de Barret

Cirrosis en estudio por Clínica privada (no aporta informes). Episodio de ascitis hace un mes que se trató con diuréticos.

Ex fumador

Ex bebedor

Tratamiento habitual: Furosemida 40 mg, Espironolactona 100mg.

Exploración y pruebas complementarias

FC: 110 Sato2: 93-96% Temperatura: 36ºC

Buen estado general. Consciente, alerta y orientado en las tres esferas. Bien hidratado, perfundido y coloreado, afebril, eupneico en reposo.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular ausente en hemitórax derecho. Murmullo vesicular conservado en hemitórax izquierdo sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: matidez cambiante en flancos con los decúbitos laterales, signos de ascitis no a tensión.

Extremidades inferiores: no aumento de edemas maleolares.

Radiografía de tórax: Opacidad completa de hemitórax derecho sin desplazamiento mediastínico evidente.

Se remite al paciente a Urgencias donde se decide ingreso en servicio de Neumología.

Toracocentesis evacuadora con extracción de 4L. Toracostomía en línea media axilar a la altura de la mamila en HTD y toma de biopsia pleural.

Líquido pleural: 290 leucocitos (90% PMN), proteínas 2'4g, LDH 105, Glucosa 111mg.

Ecografía abdominal: Ascitis, signos de cirrosis con hipertensión portal.

TC de tórax sin contraste: hidroneumotórax derecho con tubo de tórax bien posicionado.

Actualmente en estudio para descartar posible neoplasia.

Juicio clínico

Derrame pleural masivo derecho

Diagnóstico diferencial

Posible origen exudativo, trasudativo o neoplásico del derrame.

Comentario final

El derrame pleural cirrótico o hidrotórax hepático es una complicación poco frecuente de la cirrosis con presencia de ascitis, se desarrolla cuando el líquido ascítico avanza desde el abdomen acumulándose en la cavidad pleural a través de pequeños defectos del diafragma favorecido por la presión pleural negativa. Los síntomas presentes en los pacientes con esta patología son los característicos de la cirrosis y la ascitis sumándose a ello síntomas respiratorios.

Bibliografía

- *Preciado Mendez EG, Barrezueta Zambrano TA. Estudio de caso acerca de paciente con diagnostico de derrame pleural cirrótico y aplicación del proceso de atención en enfermería. 2019 Jan 1 [cited 2021 Oct 17];*

576/85. NO ERA UNA ANEMIA FERROPÉNICA

Autores:

Galián Ordóñez, A.[1], Robledo Casal, C.[2], Salguero Quirantes, R.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 86 años sin AP de interés salvo ingreso por neumonía bilateral por COVID-19 hace 7 meses, consulta a su MAP por astenia de tres meses de evolución acompañada de sensación disneica relacionada con el esfuerzo, ausencia de otra clínica. No evidencia sangrados. Niega fiebre.

Se solicita analítica con metabolismo del hierro, la cual revela una anemia microcítica (Hb 7.5g/dl) con descenso de hierro sérico, transferrina e IST. Ausencia de alteraciones en el resto del hemograma, bioquímica, coagulación y SO sin hallazgos reseñables. SOH negativa. Se deriva al servicio de urgencias para transfusión.

La paciente consulta de nuevo refiriendo malestar general y astenia, además fiebre intermitente diaria de 2 semanas de evolución con episodios diarreicos aislados, refiere también pérdida de peso no cuantificada en los últimos meses.

Se solicita nueva analítica con proteinograma y una radiografía de tórax. En el proteinograma se detecta Componente Monoclonal IgM kappa.

Se deriva de forma preferente a hematología para estudio, los cuales tras biopsia y test genético llegan al diagnóstico de Macroglobulinemia de Waldenström.

Exploración y pruebas complementarias

AEG, palidez de piel y mucosas, BHyP, eupneica. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audi-

bles, MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas ni flebitis, sin signos de TVP.

Hb7.5, VCM78, Fe12, Transferrina155, IST6.2%, Ferritina81.

Mutación MYD88.

Juicio clínico

Macroglobulinemia de Waldenström (MW)

Diagnóstico diferencial

Anemia ferropénica, anemia de trastornos crónicos, anemia por pérdidas digestivas, COVID persistente, GMSI, MW.

Comentario final

La MW es una neoplasia poco común caracterizada por grandes cantidades de IgM, suele ser crónica y de evolución lenta, cursa con fatiga, pérdida de peso y apetito, sudoración profusa y puede originar un síndrome de hiperviscosidad. El tratamiento puede ser innecesario o requerir Rituximab, agentes alquilantes o análogos de purinas.

Destacar la importancia de realizar un estudio completo y del seguimiento longitudinal del paciente, aún tras obtener un diagnóstico hay que seguir vigilando su estado clínico, ver cómo responde al tratamiento y como varía la sintomatología, ya que hay ocasiones en las que la impresión diagnóstica esconde detrás otras patologías más complejas.

Bibliografía

- *Gertz MA. Waldenström macroglobulinemia: 2021 update on diagnosis, risk stratification, and management. Am J Hematol. 2021 Feb 1;96(2):258-269. doi: 10.1002/ajh.26082. PMID: 33368476.*

576/86. MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Menéndez Polo, P.[1], Peña García, M.[1], Torrescusa Camisón, R.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 51 años, sin antecedentes personales, acude al centro de Atención Primaria tras unos años viviendo fuera de Andalucía. Entre otras consultas, solicita valoración de lesión cutánea en pie de dos años de evolución. Comenta haber utilizado diferentes tratamientos tópicos antifúngicos por sospecha de "pie de atleta".

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración dermatoscópica presenta mácula pigmentada ulcerada con velo azul deslustrado de 1-2cm en zona plantar de primer dedo de pie derecho con mácula pigmentada de 2mm satélite. Ante la sospecha de melanoma lentiginoso acral (MLA), derivamos a Dermatología con carácter urgente. Esa misma tarde, realizan biopsia punch de lesión principal y de satélite lentiginoso.

Tras la confirmación histológica, se realiza extirpación del tumor primario y, dado que el Breslow>1mm, posteriormente requiere amputación del dedo y biopsia selectiva de ganglio centinela. Se comenta el caso en Comité de cáncer de piel y se decide solicitar PET-TC, RMN craneal y ecografía ganglionar inguinal derecha y hueco poplíteo derecho; siendo todas las pruebas negativas para diseminación.

Dadas las características histológicas del melanoma primario el riesgo de metástasis es muy elevado, por lo que se decide tratamiento con Pembrolizumab durante un año.

Juicio clínico

Melanoma lentiginoso acral.

Diagnóstico diferencial

Nevus melanocítico displásico, carcinoma basocelular pigmentado.

Comentario final

El MLA es el tipo de melanoma menos frecuente (2-8% de los mismos) en la raza caucásica. Es típico

de varones de 50-60 años, apareciendo en plantas, palmas y zona periungueal. La radiación solar ultravioleta es el factor etiopatogénico más importante, junto a la existencia previa de un melanoma o nevus melanocíticos congénitos, entre otros. Presenta una frecuencia muy elevada de metástasis loco-regionales y, una vez extirpado, existe un porcentaje significativo de recurrencias locales. Si existen metástasis linfáticas, la supervivencia a los cinco años se reduce a un 30-50%.

Por ello, el diagnóstico precoz es esencial para su curación.

Bibliografía

- *Brazen BC, Gray T, Farsi M, Miller R. Acral Lentiginous Melanoma: A Rare Variant With Unique Diagnostic Challenges. Cureus. 2020 Jun 3;12(6):e8424.*
- *Mejbel HA, Torres-Cabala CA, Milton DR, Ivan D, Nagarajan P, Curry JL et al. Prognostic Significance of Subungual Anatomic Site in Acral Lentiginous Melanoma. Arch Pathol Lab Med. 2021 Aug 1;145(8):943-952.*

576/87. PERFORACIÓN POR HUESO DE POLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Torrescusa Camisón, R.[1], Vigo Muñoz, M.[2], Menéndez Polo, P.[1], Peña García, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz

Descripción del caso

Acude a nuestra consulta de Atención Primaria, citado como urgencia, un paciente varón de 80 años con cuadro de dolor abdominal generalizado de unas 36 horas de evolución. Según nos comenta, el dolor comenzó en todo hemiabdomen derecho, y ha pasado a diferirse a resto de abdomen. Niega fiebre ni episodios eméticos. No diarrea ni estreñimiento, habito intestinal diario con última deposición esta mañana de consistencia normal. Niega también molestias urinarias, aunque refiere cierto recorte de diuresis desde ayer, que atribuye a menor ingesta hídrica.

AP: Exfumador y exbebedor. HTA, FA permanente, Hiperuricemia.

Vive solo, soltero. IABVD.

Exploración y pruebas complementarias

EF: Abdomen globuloso, dolor a palpación en todo abdomen, con mayor intensidad en fosa ilíaca derecha e hipocondrio derecho, sin peritonismo.

Pautamos analgesia e indicamos derivación a Urgencias, a lo que el paciente se niega. Por la tarde en domicilio, avisa familiar para reevaluación por decaimiento e hipotensión. Indicamos derivación a urgencias ante sospecha de sepsis.

Se solicita analítica con procalcitonina 95 y PCR 295. Se realiza TAC de abdomen donde se observa cuerpo extraño en asa de íleon con liquido libre y cambios inflamatorios. El paciente refiere ingesta de pollo hace unos días, correlacionandose con el cuerpo extraño como hueso del mismo. Se procede a intervención quirúrgica urgente con reparación del asa con anastomosis ileo-ileal, retirada de cuerpo extraño y drenaje de cavidad abdominal.

En planta se mantiene inestable durante varios días, con empeoramiento del estado general e inestabilidad hemodinámica, junto a recorte de diruesis y dolor abdominal continuo, terminando en exitus a los 4 días.

Juicio clínico

Perforación intestino delgado por hueso de pollo.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: apendicitis, colecistitis, cólico biliar, diverticulitis, perforación víscera hueca.

Comentario final

Es importante el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en la consulta de Atención Primaria, para poder descartar patología urgente tiempo-dependiente como la perforación visceral.

Bibliografía

- *- Hafner J, Tuma F, Hoilat GJ, Marar O. Intestinal Perforation. 2020 Dec 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 30855779.*
- *- Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MFFS, Castro FG De, Miller WP, Lima RR De, et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. 2016;49(5):295–9.*

576/88. NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

Autores:

Vega Mendoza, M.[1], Alberro Hidalgo, J.[2], Fernández Berzosa, T.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Varón de 18 años que consulta por dolor de 10 días de evolución, que se inicia al día siguiente de jugar un partido de voley playa. Refiere que el dolor se localiza a nivel costal derecho, cambia con los movimientos, a veces irradia a espalda, hombro/supraclavicular y a nivel subcostal. Empeora tumbado, y mejora sentado incorporado hacia delante. En ocasiones no tiene dolor, pero cuando aparece es de mayor intensidad. Uno de los días refiere haberse quedado 'pillado' estando boca abajo en la cama. Afebril. No disnea. Practica deporte de forma habitual y desde hace un mes acude a gimnasio dos días en semana. No fumador ni otros hábitos tóxicos. Sin otros AP de interés.

Niega traumatismo costal. Aplicada 2ª dosis de vacuna de Pfizer 3 días antes del inicio del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 110/70 mmHg Sato2: 91-94% FC: 75-135 lpm

Alto y delgado. Normocoloreado, bien hidratado, sin ingurgitación yugular. No dolor a la palpación osteomuscular en zonas referidas, no dolor a la palpación musculatura paravertebral, no dolor a la movilización del tronco ni de brazo y hombro derecho.

AC: rítmico pero cambiante (a veces 70 y otras hasta 135), sin soplos ni roces.

AR: mvc en lado izquierdo pero desaparición del mv en lado derecho, en todos los campos

Abdomen: blando, depresible, sin irritación peritoneal, sin masas ni megalias.

Radiografía de tórax: retracción completa del pulmón en el hilio pulmonar derecho.

El paciente es derivado a Neumología donde se realiza drenaje torácico que continúa fugando una semana después, por lo que es derivado a servicio de Cirugía Torácica, donde es sometido a cirugía para resección de bullas y pleurodesis.

Juicio clínico

Neumotórax espontáneo derecho.

Diagnóstico diferencial

Patología en pleural/pulmonar, cardiaca u osteomuscular.

Comentario final

El neumotórax espontáneo se define por la presencia de aire en la cavidad pleural en ausencia de traumatismo previo o de acto médico. El diagnóstico radiológico es posible en AP, mediante una radiografía, la anamnesis y la exploración física.

Bibliografía

- *Neumotórax espontáneo.Tratado de medicina. Le Guen, P.; Crestani, B.; Mordant, P.. Publicado March 1, 2021. Volume 25, Issue 1. Páginas 1-7.*

576/89. ¿ES SOLO UNA FISURA ANAL?

Autores:

Gallego Iglesias, M.[1], Salguero Quirantes, R.[2], Peña Pinto, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 30 años, con el antecedente personal de celiaquía, no realiza tratamiento médico habitualmente, acude a su MAP por llevar dos semanas con dolor en la zona anal y un bulto en la región inguinal izquierda.

Ante estos hallazgos de la exploración, su MAP indaga sobre conductas sexuales de riesgo, el paciente comenta mantener relaciones sexuales con hombres sin medidas de protección.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetiva una fisura anal dolorosa con bordes erosionados, sobreelevados y de aspecto purulento, situada aproximadamente a las 9.00 h. Se palpa pequeña adenopatía inguinal izquierda de 1 cm aproximadamente. Además, su MAP realiza una inspección general y observa unas lesiones dérmicas que describe como máculas rosadas de 1x1 cm aproximadamente, localizadas en tronco y abdomen (que respeta palmas y plantas), no descamativas, no pruriginosas y que desaparecen a la digitopresión.

o Analitica: hemograma y bioquímica normal, Anticuerpos reagínicos de sífilis positivo 1/8, Anticuerpo Treponema pallidum positivo, Ac (IgG y IgM) Virus herpes simple negativo, Ac +Ag p24 para Virus de la inmunodeficiencia humana 1+2 negativo, ARN VIH no detectable. Ac VHA negativo, Ac VHB positivo (posible inmunidad vacunal), Ag s VHB negativo, Ac VHC negativo.

o Muestra de exudado fisura anal: PCR para sífilis positivo.

Juicio clínico

SÍFILIS SECUNDARIA- ROSEOLA SIFILÍTICA

Diagnóstico diferencial

Fisura anal no infecciosa (enfermedad de Crohn, cáncer de ano, traumatismo) o de etiología infecciosa (sífilis, herpes simple, tuberculosis, ...)

Comentario final

La sífilis es una enfermedad de trasmisión causada por una bacteria (Treponema pallidum), que se transmite por vía sexual o vertical durante la gestación. Su incidencia ha aumentado en los últimos años sobre todo en hombre que mantienen sexo con hombres (HSH). Si no se utiliza tratamiento, la infección puede progresar en las distintas fases. Se puede clasificar en sífilis precoz (primaria, secundaria y latente de menos de un año), que es infecciosa y sífilis tardía (latente de más de un año y terciaria), no es contagiosa. Los pacientes que han sido diagnosticados y tratados deben tener un seguimiento para evaluar la respuesta al tratamiento y diagnosticar posibles reinfecciones.

Bibliografía

- *Arando M, Otero L. Sífilis. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2019; 37(6):398-404.*

576/92. OSTEOPOROSIS EN VARÓN JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Torrescusa Camisón, R.[1], Chavez Gata, L.[2], Carrion Maruny, M.[2], Senabre Pérez de la Cruz, E.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 44 años, paciente de nuestro cupo de consulta de Atención Primaria, que acude por dolor en pie derecho, sobre todo intenso en base de 5º dedo, que le impide casi la deambulación, de una semana de evolución. Niega traumatismo o calzado nuevo que haya podido causarle daño, no otra sintomatología.

Como únicos antecedentes tiene una hiperuricemia de larga data, con muy mal control, episodios de crisis gotosas fuertes con artritis en los últimos años, la última en tobillo derecho. Tofos gotosos en ambas manos.

Exploración y pruebas complementarias

A exploración todo normal, sin cambios tróficos en base de 5º dedo, pero dolor intenso a movilización mínima. No deformidad ni signos de sobreinfección local.

Ante clínica aparente ósea, realizamos radiografía de pie derecho, donde observamos fractura longitudinal en base de 5º metatarsiano. Completado estudio con TAC por parte de mutua, que describe la misma fractura pero sobre hueso osteoporótico.

Ante dicho hallazgo, solicitamos densitometría ósea, que muestra un T-Score en fémur derecho de -1.9 (osteopenia) y un T-Score en columna L1-L4 de -3.0, con diagnóstico de osteoporosis.

Niega tratamiento previo corticoideo o con IBP.

Finalmente, se pauta tratamiento con bifosfonatos y se confirma la ausencia actual de fractura osteoporótica vertebral en radiografía de columna dorsolumbar.

Juicio clínico

Osteoporosis en paciente joven varón

Diagnóstico diferencial

Fractura por estrés, tendinitis local, ulcera por roce calzado, celulitis local, fractura osteoporótica.

Comentario final

Nos parece un caso digno de mención por la peculiaridad del diagnóstico de osteoporosis en paciente varón joven. Establecemos como principal agente etiológico la hiperuricemia de larga evolución, que por acumulo de cristales, interfiere en el metabolismo óseo y termina por desencadenar una pérdida ósea, tal y como muestra la bibliografía encontrada. Parece recomendable por tanto tener en cuenta estos pacientes para un estudio precoz analítico y radiológico de perfil óseo con el objetivo de prevenir el diagnóstico de osteoporosis.

Bibliografía

- *Lee JW, Kwon BC, Choi HG. Analyses of the relationship between hyperuricemia and osteoporosis. Sci Rep. 2021 Jun 8;11(1):12080. doi: 10.1038/s41598-021-91570-z. PMID: 34103622; PMCID: PMC8187414.*

576/93. ¡CORAZÓN DE ATLETA!

Autores:

Linares Canalejo, A.[1], Santos Estudillo, M.[2], Macías Beltrán, I.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palos de la Frontera. Palos de la Frontera. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva

Descripción del caso

Varón de 24 años, fumador de marihuana. Deportista de élite hasta hace 1 año. Abuela con infarto de miocardio.

Acude a urgencias del centro de salud por dolor centrotorácico no opresivo, irradiado a ambos hemitorax que empeora con la inspiración forzada. Comenzó la tarde anterior y se ha ido modificando de intensidad, empeorando esa mañana. No disnea, síncope, palpitaciones ni mareo

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normocoloreado. Tensión arterial 124/77, Frecuencia cardiaca 67. Auscultación

cardiorespiratoria, abdomen y exploración neurológica sin hallazgos.

ECG: Ritmo sinusal a 60lpm. Bloqueo Auriculoventricular (BAV) 2ºgrado Mobitz 2. No signos de isquemia ni alteración de la repolarización.

Se deriva a Urgencias Hospitalarias para pruebas complementarias.

Analítica: Hemograma, coagulación, bioquímica, creatin quinasa y troponinas normales. Orina + para Cannabis.

Radiografía torax: No condensaciones, ensanchamiento mediasntinico ni derrames. No cardiomegalia.

Se contacta con Medicina Intensiva, descartando actuación en ese momento. Ingreso en Medicina Interna.

Durante el ingreso el paciente permanece asintomático, refiriendo dolor torácico similar en varias ocasiones posterior a consumo de marihuana y cocaina.

Serología: Negativa.

Ecocardiograma: Volumen de ventrículo izquierdo en límite superior por proceso adaptativo. Funciones sistólicas conservada. No valvulopatias.

Ergometria: Negativa. Ritmo sinusal en todo momento, sin arritmias ni dolor torácico.

Tras consultar con Cardiología, asintomatología y ritmo sinusal, se da de alta pudiendo realizar deporte habitual.

Juicio clínico

BAV 2º grado, esporádico de posible origen vagal en deportista.

Diagnóstico diferencial

Neumotorax, Pericarditis, Ansiedad.

Comentario final

El BAV 2º grado Mobitz 2, es una patología que puede aparecer en deportistas hasta en un 3,1% de adultos jóvenes. Su asocia a una hipertonía vagal, considerandose parafisiológicas con el entrenamiento continuado. Es asíntomático o cursa con molestias cardiacas. Desaparecen con la hiperventilación o reduciendo la intensidad del ejercicio físico.

Tras valorar este caso, debemos tener en cuenta las diferentes alteraciones cardicas encontradas en pacientes jóvenes con alto rendimiento deportivo. Tras detectarlas, se deberan estudiar descartando patología orgánica aunque en un bajo porcentaje se consideren fisiológicas.

Bibliografía

- *Boraita Péreza A. El corazón del deportista: hallazgos electrocardiográficos más frecuentes. Rev Esp Cardiol. 1998;51(5): 356-368*
- *Velásquez-Rodríguez J. Bloqueo AV de primer grado en niños y adolescentes deportistas. Rev Esp Cardiol. SEC 2020.*

576/94. COMPLICACIÓN EN CUADRO DE LUMBALGIA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Peña Pinto, M.[1], Guerra Pérez, B.[1], Gallego Iglesias, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer 42 años, auxiliar administrativo en empresa pública, sin antecedentes patológicos previos, que presenta cuadro de lumbalgia aguda de tres semanas de duración. Acude a urgencias de centro de salud por 3ª vez ante falta de mejoría a pesar de medicación (visita 1: diazepam 5mg por la noche y Naproxeno 550 mg/12h, con metamizol de rescate hasta 1/8h durante 10 días; visita 2: deflazacort 30mg/24h, tizanidina 2 mg/8 otros 10 días). Refiere además desde el día previo dificultad para micción y anuria de unas 16h, además de alteración de la sensibilidad de periné. Se realiza sondaje en centro de salud con globo de 750 ml. Tras exploración, se deriva a Urgencias Hos-

pitalarias. Allí se establece la sospecha de síndrome de cola de caballo y se realiza Resonancia magnética nuclear. Se realiza intervención quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Exploración neurológica: parestesia de pierna izquierda y anestesia de periné.

Espalda: No dolor a la palpación de apófisis espinosas, no contractura musculatura paravertebral. Lasègue y Bragard izquierdos positivos.

Abdomen: globo vesical doloroso en hipogastrio. Resto normal.

Tacto rectal: anestesia de periné. Heces en ampolla rectal sin fecaloma.

Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales.

RMN: Hernia discal L5S1 izquierda extruida con compromiso medular.

Juicio clínico

Síndrome de cola de Caballo.

Diagnóstico diferencial

Ciática.

Espondilitis anquilosante.

Espondiloartropatias.

Neoplasia.

Comentario final

Entre el 60-80% de la población mundial sufre algún tipo de dolor lumbar en su vida, con una incidencia sobre el 20% (hombres 15.8% y mujeres 23.51%) en España, sobre todo a partir de los 35 años y en aumento con la edad. Generalmente son procesos benignos que responden bien a tratamiento clásico. Sin embargo, debemos tener en cuenta siempre los síntomas de alarma, ya que es necesaria la detección precoz para la recuperación. Entre ellos destacan: aparición de clínica neurológica distal, traumatismo en la zona, fiebre, primer episodio con <20 años o >50, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional, dolor que no mejora con descanso nocturno, entre otros.

Bibliografía

- *Encuesta Nacional de Salud de España 2017[Internet].Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/encuestaResDetall2017.html*
- *Ferreiro MT, García-Ciudad V, González I, Méndez M. Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. Formación Médica Continuada en Atención Primaria.2021;28(6):p.353-356.*

576/95. DOLOR GLÚTEO IZQUIERDO Y FIEBRE EN VARÓN DE 28 AÑOS.

Autores:

Menéndez Polo, P.[1], Gaona Cabello, E.[2], Braza Gómez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 28 años, deportista (realiza spinning 4 veces/semana), que acude a urgencias de AP por dolor en región glútea izquierda no irradiada desde hace 5 días. Se administra analgesia intramuscular y se prescribe tratamiento domiciliario. El dolor se intensifica y acude a osteópata que realiza manipulaciones óseas por intensa contractura en piramidal. Ante la persistencia del dolor, que ya impide la deambulación, acude a urgencias hospitalarias donde se constata fiebre de 39ºC. Niega sintomatología alguna por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

- BEG, COC, eupneico. SatO2 99%, FC 80lpm. TA 120/85mmHg.

- Exploración cardiopulmonar, neurológica, abdominal anodina. Dolor a la palpación en glúteo izquierdo y a la movilización de MII. No se aprecia absceso.

- En analítica destaca discreta leucocitosis, PCR 284.4, PCT 0.38, lactato 10.6, resto normal.

- Rx tórax, abdomen y sacroilíacas y ecografía abdominal normales.

Se decide ingreso en Medicina Interna para continuar estudio. Por un lado, en RMN pélvica se objetiva sacroileítis izquierda séptica con foco de osteomielitis en ala sacra izquierda y colecciones abscesificadas periarticulares, en músculo ilíaco y musculatura paravertebral; por otro, en hemocultivos recogidos en urgencias crece S. Aureus sensible a cloxacilina. Se trata durante 6 semanas con cloxacilina IV y rifampicina, además de fisioterapia, con mejoría clínica y desaparición de la fiebre, aunque es preciso drenaje percutáneo de absceso periarticular.

Juicio clínico

Bacteriemia y sacroileítis/osteomielitis por S. Aureus.

Diagnóstico diferencial

Síndrome del músculo piriforme, bursitis isquioglútea.

Comentario final

La sacroileítis infecciosa es poco frecuente y suele afectar a niños y adultos jóvenes. Se asocia a infecciones de piel/ginecológicas, traumatismos pélvicos y abuso de drogas. La clínica es inespecífica y similar a otras entidades. El microorganismo causante más frecuente es S. Aureus. La RM es la técnica de elección. El tratamiento es antibioterapia intravenosa 3-6 semanas, seguido de antibioterapia oral. En algunas ocasiones requiere drenaje.

Bibliografía

- *- Hermet M, Minichiello E, Flipo RM, Dubost JJ, Allanore Y, Ziza JM, et al. Infectious sacroiliitis: a retrospective, multicentre study of 39 adults. BMC Infect Dis. 2012 Nov 15;12:305.*
- *- Kim S, Lee KL, Baek HL, Jang SJ, Moon SM, Cho YK. A Case of Acute Pyogenic Sacroiliitis and Bacteremia. Infect Chemother. 2013 Dec;45(4):441-5.*

576/97. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN SREENING

Autores:

Muriel Sanjuán, N.[1], Camacho Cerro, L.[1], Sánchez Sánchez, R.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 50 años fumadora, sin otros antecedentes. Acude a consulta por dispareunia, coitorragia e irregularidades menstruales. Refiere menstruaciones regulares anteriormente y no realización de citologías previas.

Solicitamos citología, con resultado de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL) e infección por virus papiloma humano16 (VPH16); derivándose de forma preferente a ginecología.

Se realiza colposcopia con toma de biopsia, visualizándose neoplasia cervical intraepitelial grado 3(CIN-3), posteriormente se realiza conización; objetivándose foco de carcinoma escamoso invasivo y CIN-3 invadiendo márgenes.

Se decide intervención con histerectomía total más doble anexectomía.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Abdomen anodino.

Espéculo: genitales externos y vagina normal. Sin datos de sangrado.

Citología: H-SIL con infección VPH-16.

Colposcopia: Zona de transformación tipo I, friable al roce. Zonas acetoblancas y lugol negativas, con cambios tipo 2 en mosaico con borde irregular, donde toman biopsias.

Conización: 1) fragmento mayor de cérvix con foco de Ca.escamoso invasivo, sin invasión linfovascular y márgenes libres. 2) lesión CIN-3 con afectación de márgenes.

TC y RNM abdomino-pélvico: No signos de extensión ganglionar.

Juicio clínico

Carcinoma escamoso de cérvix secundario a infección por VPH16

Diagnóstico diferencial

Incluimos: la perimenopausia, por su edad y dispareunia secundaria a la atrofia genital; el cáncer de endometrio, por la edad media de presentación (50-70 años) y el síntoma principal (metrorragia); enfermedades de transmisión sexual; y finalmente el cáncer de cérvix, debido a sus factores predisponentes (FP).

Comentario final

El Ca.cérvix es el segundo cáncer femenino más frecuente a nivel mundial, siendo FP: la promiscuidad e inicio temprano de relaciones sexuales, multiparidad, tabaco, anticoncepción hormonal e infección por VPH (mayor riesgo serotipos 16,18). El síntoma más frecuente es la hemorragia genital.

Existen distintos programas para el screening precoz basados en citologías periódicas. La SEGO recomienda la realización de citologías a partir de los 25 años; repitiéndose cada 3 años entre 25 y 30, y cada 5 años desde los 30 hasta los 65. Añadiéndose un test del VPH junto a la citología desde los 30 años en adelante.

Bibliografía

- *Torné Bladé A,Pino Saladrigues M del,Cusidó Gimferrer M,Alameda Quitllet F,Andia Ortiz D,Castellsagué Piqué X,et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España,2014.Rev Esp Patol.2014;47:1–43.*
- *Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, et al. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. J BUON.2016;21(2):320–5.*

576/98. USO DE EFECTOS SECUNDARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE COMORBILIDAD

Autores:

Medina Gámez, J.[1], Sánchez Martínez, I.[1], Muñoz Gámez, A.[1], Pérez Salas, J.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Mujer de 38 años en tratamiento con desvenlafaxina 100mg por síndrome depresivo, con antecedentes de ansiedad. Consulta por ansiedad y dificultad de conciliar el sueño. Ha probado con melatonina de liberación inmediata 1mg de herbolario, combinado con otros asociados herbales, sin mejoría. Refiere que está interina, se quedará en paro dentro de 4 meses y hasta el mes siguiente no sabe si le llaman de nuevo para trabajar. Tiene dos hipotecas, dos niños pequeños y está preocupada.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración psicopatológica, destaca sintomatología ansiosa, que fomenta la rumiación y la dificultad en la conciliación del sueño. La paciente tiene un perfil de no abuso de sustancias farmacológicas, pero se mostró reticente al uso de benzodiacepinas que tuvo en el pasado condicional.

Se asocia al tratamiento de base Pregabalina 50 mg por la noche:

- Primera semana: Concilia el sueño. Nota mejoría de sintomatología ansiosa.

- Tercera semana: Recuperada de sintomatología ansiosa sobreañadida. Deseosa de no seguir con la medicación, se reduce la dosis a 25 mg por la noche.

- Cuarta semana: Persiste mejoría clínica. Se reduce a 12,5mg por la noche.

- Se retira pregabalina al mes de inicio de tratamiento, con mantenimiento de mejoría.

Juicio clínico

Síndrome ansioso.

Insomnio de conciliación.

Diagnóstico diferencial

Insomnio de mantenimiento.

Ingesta de tóxicos.

Abuso de sustancias.

Sintomatología del espectro psicótico.

Comentario final

Pregabalina es un fármaco aprobado para el uso en trastornos de ansiedad, con inicio de efecto en la primera semana de tratamiento. Un efecto secundario muy frecuente (somnolencia) se podría usar en beneficio terapéutico con un inicio de dosis de 50-75 mg por la noche (y si toma varias dosis, empleo de la dosis más alta por la noche) para controlar en pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos del sueño.

Bibliografía

- *- Ficha Técnica Pregabalina. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Centro de información de medicamentos (AEMPS-CIMA).*
- *- González González M, Fadón Martín P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del trastorno por crisis de ansiedad. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019; 12: 4957-4961.*
- *- Sempere Verdú E, Vicens Caldentey C, Mut del Río F, Salazar Fraile J. Criterios de utilización de los medicamentos para tratar la ansiedad aguda y crónica. FMC. 2017; 24: 91-99.*

576/99. DOCTORA SIGO CON FIEBRE Y ESTOY HARTO DE HACERME TEST DE ANTÍGENOS

Autores:

Hussein Alonso, D.[1], Díaz Sarmiento, S.[1], Sánchez Rodríguez, C.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 20 años que acude a nuestra consulta de Medicina de Familia por fiebre de 39 de predominio nocturno de más de 3 semanas de evolución que no cede tras tratamiento, además comenta artralgia en tobillo derecho, rodilla derecha y mialgias generalizadas. Añade odinofagia. Sin clínica constitucional, no hábitos tóxicos. Antecedentes personales: Asma extrínseco, dermatitis atópica, no intervenciones quirúrgicas. Tratamiento domiciliario con loratadina 10 mg, Ventolin a demanda. No posee antecedentes familiares. No refiere viajes al extranjero ni contacto sexual de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 100/59, frecuencia cardiaca 62. Consciente. Buen estado general. Eupneico y bien perfundido. Afebril actualmente. Orofaringe hiperémica sin amigdalitis. No se palpan adenopatías, auscultación cardiaca anodina, pulso venoso yugular normal. Abdomen blando y depresible, no se palpan megalias. Sin náuseas ni vómitos. No peritonismo. Miembros superiores e inferiores sin edemas ni datos de trombosis venosa profunda, molestias a la palpación y movilidad pasiva de tobillo y rodilla derecha, pulsos distales presentes. Hemograma con 14720 leucocitos/mm3 (12290 polimorfonucleares); hemoglobina 13.8 g/dl, plaquetas 406000/mm3, Proteína c reactiva: 290, Lactato deshidrogenasa 296, procalcitonina: 0,96. Coagulación normal. Bioquímica con glucosa, iones, enzimas hepáticas, creatinina normales. Hemocultivos negativos, test de mononucleosis negativo. Serología treponema y virus de inmunodeficiencia humana negativo. Placa de tórax anodina, test de antígeno negativo.

Juicio clínico

Fiebre de origen desconocido en estudio

Diagnóstico diferencial

Infecciones, descartar virus de inmunodeficiencia humana, trastornos del tejido conectivo y reumáticas, como Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, enfermedad de Still, Neoplasias como linfoma, carcinoma metastásicos, fiebre facticia, fármacos y Sarcoidosis.

Comentario final

Su Médico de Familia objetiva en consulta unas fotos que aporta el paciente, de un rash cutáneo en forma de placas numulares en espalda y axilas de color asalmonado, que coinciden con los episodios de fiebre y desaparecen, cuando ésta cesa. Fue el rash cutáneo evanescente y la fiebre vespertina, que hizo pensar en la Enfermedad de Still. Cumpliendo 4 criterios mayores y 1-2 menores. Comenzó con tratamiento con prednisona con lo que encontró gran mejoría, y se derivó para consulta rápida de medicina interna para seguimiento y ajuste de tratamiento.

Bibliografía

- *David H Bor. Approach to the adult with fever of unknow origin. UpToDate 01.13.2021*

576/100. TROMBOSIS DEL SENO VENOSO CEREBRAL POSTCOVID

Autores:

Villas Luna, P.[1], Adame Herrojo, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva - Centro. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 45 años, sin enfermedades de interés que consulta telefónicamente tras alta hospitalaria por neumonía bilateral Sars-Cov2 por cefalea con náuseas, diarrea y vómitos sin fiebre tratada sintomáticamente. A los 5 días reconsulta por persistencia clínica con intolerancia absoluta, empeoramiento de cefalea y disnea. Valoramos en domicilio: postrada, estable hemodinámicamente, con cefalea holocraneal que empeora con valsalva y decúbito, hipoestesia de hemicuerpo izquierdo y parálisis de VI par derecho. Trasladamos a urgencias hospitalarias donde se diagnostica de trombosis de senos venosos cerebrales.

Exploración y pruebas complementarias

Desorientada en espacio, pupilas reactivas, pares craneales conservados salvo leve asimetría facial y parálisis del VI par con visión borrosa binocular, fuerza y sensibilidad conservada, no dismetría. Imposibilidad de evaluar marcha y equilibrio. No rigidez ni lesiones cutáneas. Analítica: leucocitosis con neutrofilia; ECG: normal; y TAC Cráneo con contraste con trombosis de seno recto, senos transverso y sigmoides del lado derecho (signo del delta vacío) con pequeño infarto hemorrágico córtico-subcortical.

Juicio clínico

Trombosis de senos venosos durales con transformación hemorrágica parietal derecha post-Covid.

Diagnóstico diferencial

Síndrome postcovid y complicaciones, cefaleas, meningitis, neoplasias, Ictus

Comentario final

Aunque el seguimiento telefónico en pacientes covid es útil, no debemos olvidar la importancia de la exploración clínica. Tener presente el efecto protrombótico del Sars-Cov2 y su trascendencia. Recalcar la necesidad de pruebas complementarias ante una cefalea con criterios de alarma. Trombosis de senos venosos como causa poco frecuente de cefalea en mujeres en periodo puerperal. Signo del delta vacío como diagnostico radiológico y heparinización como tratamiento.

Bibliografía

- *1. Dólera C, Peiró LZ, Antón JL, Navarro M. Trombosis de los senos venosos cerebrales: una emergencia neurológica poco frecuente. Med Intensiva. 2008;32(4):198.*
- *2. Muñoz Delgado L, González Oria C, Gómez-Caminero Gómez, AE. Manual Clínico de Urgencias [sede web]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020 [acceso 14 de octubre de 2021]. Dispo-*

nible en: https://www.hospitaluvrocio.es/manual-clinico-urgencias/wp-content/uploads/2020/09/NEUROLOGIA.pdf

- *3. Santos Lasaosa S,Pozo Rosich P. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnósticoterapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2020. [acceso 14 de octubre de 2021]: https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf*
- *4. Dahl-Cruz F, Guevara-Dalrymple N, López-Hernández N. Trombosis venosa cerebral e infección por SARS-CoV-2. Rev Neurol 2020; 70 (10): 391-392.*

576/101. RITMO IDIOVENTRICULAR ACELERADO. MISMO PACIENTE, DISTINTOS ELECTROCARDIOGRAMAS.

Autores:

Ruiz Rull, C.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 67 años, no cardiópata, sin factores de riesgo cardiovasculares, que acude una mañana al centro de salud por dolor torácico típico, con cortejo vegetativo asociado, que inicia en reposo la hora previa.

Exploración y pruebas complementarias

Con buen estado general, eupneica y leve dolor a su llegada al centro de salud. Exploración física anodina. En la toma de constantes vitales solo se aprecia hipotensión arterial (88/55mmHg), mantenida a pesar de sueroterapia. Se decide traslado en ambulancia a centro hospitalario de referencia (HURS). Se realiza ECG (1) en la ambulancia, se repite a su llegada a urgencias (2), entrando en unidad de críticos. Se solicita analítica, GSA, GSV, radiografía de tórax, tira reactiva de orina y ECG (3, 4). Se inicia perfusión de nitroglicerina, sueroterapia, sondaje vesical, y se avisa a cardiología de guardia, que tras realización de ecoscopia decide ingreso a su cargo.

Datos a reseñar:

*ECG: (1) Ritmo sinusal, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. (2) Ritmo ventricular, eje izquierdo, con morfología de BRDHH. (3, 4) Ritmo sinusal, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.

*Analítica: Troponina I 11,7pg/ml (a su llegada a urgencias). Troponina I 66.484pg/ml y dímero-D 854µg/ml (pasadas 4 horas en urgencias). Resto de parámetros normales.

*Ecoscopia: VD de tamaño y función normal. VI de tamaño normal, hipoquinesia inferoseptal.

Juicio clínico

Ritmo idioventricular acelerado (RIVA) en contexto de la reperfusión de arteria ocluida en fase aguda de un infarto agudo de miocardio.

Diagnóstico diferencial

SCA, FA de novo, angor inestable. Sepsis. TEP.

Comentario final

El RIVA se origina por frecuencia de descargas ventriculares superiores al nodo sinusal; automatismo anormal que se genera por reentrada en la zona limítrofe del infarto. El ECG muestra latidos ventriculares sucesivos (onda P ausente, QRS ancho, frecuencia 60-100lpm). Lo curioso es que al reperfundirse la arteria ocluida de forma espontánea, el nodo sinusal vuelve a ganar su autonomía, mostrando los siguientes ECG realizados de características normales. Le confiere a la evolución del infarto un valor pronóstico favorable.

Bibliografía

- *Rozman, C. Medicina interna. XVII edición. Barcelona: Elsevier; 2012. Pág. 447. Vol. 1. Capítulo 54 Arritmias cardiacas.*

576/102. SECUENCIA CLÍNICA DE UN TEP

Autores:

Llorens Falcetti, L.[1], Borrego García, A.[2], Mairena Fernández, V.[1], Burgos Forte, C.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 81 años tras valoración en domicilio, es traída al servicio de urgencias en ambulancia por empeoramiento brusco de su deterioro cognitivo de base. Alérgica a amoxicilina-acido clavulanico y moxifloxacino. Antecedentes personales de dislipemia, Alzheimer estadio leve y cirugía reciente de artroplastia de rodilla derecha, por la que tomaba HBPM en rango profiláctico. Tratamiento habitual: AAS, ezetimiba, citalopram y donepezilo.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física se observa aumento de diámetro de MID con respecto al contralateral y aumento de calor y eritema, con pulsos conservados. Por ello, además de TAC craneal, se solicita Eco-doppler. TAC craneal sin contraste iv: Leucoaraiosis. No se aprecian lesiones focales ni signos de sangrado a nivel intra o extraparenquimatoso. Ateromatosis calcificada de ambas ACI intracraneales. Eco-doppler venoso de MID: TVP aguda de la vena poplítea y femoral superficial distal del MID.ilo.

Juicio clínico

TEP secundario a TVP

Diagnóstico diferencial

neumonía, neumotórax, cáncer bronquial, disección de aorta.

Comentario final

Ante un paciente con deterioro cognitivo debemos seguir la misma metodología a la hora de realizar la exploración física como en el resto de pacientes, no considerando su estado basal como una alteración propia del mismo averiguando así cual o cuales pueden ser la causa de su rápido deterioro.

Bibliografía

- *Current Management of Acute Pulmonary Embolism. Martinez Licha CR, McCurdy CM, Maldonado SM, Lee LS. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2020 Apr 20;26(2):65-71. doi: 10.5761/atcs.ra.19-00158.*
- *Epub 2019 Acute pulmonary embolism. Howard L. Clin Med (Lond). 2019 May;19(3):243-247. doi: 10.7861/clinmedicine.19-3-247.*

576/103. LESIONES CUTÁNEAS. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

Autores:

Borrero Díaz, V.[1], Celotti Orozco, M.[1], Cruz Molina, C.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 78 años sin antecedentes personales de interés, que consulta en su Médico de Familia por pequeñas lesiones eritematosas, redondeadas y no pruriginosas en miembros inferiores. Niega cualquier otra clínica acompañante (fiebre, dolor abdominal,...) Se solicita analítica; pero acude de nuevo a consulta antes de realizarla por progresión de lesiones en miembros inferiores y aparición de hematomas en ambos antebrazos, así como epistaxis espontáneas. Se adelanta analítica para el día siguiente y tras realizarla llaman de laboratorio de Hospital por trombopenia de 2000.

El paciente acude a servicio de urgencias de Hospital y se decide a ingreso en Hematología con premedicación previa a tratamiento con gammaglobulina.

Durante su ingreso presenta evolución favorable, con mejoría de lesiones cutáneas y sin sangrados espontáneos; y tras mejoría de parámetros analíticos es dado de alta con revisión en consultas externas de hematología y tratamiento con corticoides en pauta descendente.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Afebril

Presenta múltiples lesiones petequiales de predominio en miembros inferiores que no blanquean a la digitopresión. Hematomas en antebrazos en diferentes fases de evolución. Lesiones bullosas hemorrágicas en cavidad oral.

Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos

Exploración abdominal sin hallazgos

Analítica preingreso: 2000 plaquetas. Serie roja y blanca sin hallazgos. Coagulación y bioquímica sin hallazgos

Analítica al alta de ingreso en planta de hematología y tras tratamiento: plaquetas 86000. Serie roja y blanca normal. Bioquímica sin hallazgos. Estudio serológico de hepatitis y VIH negativos. Anticuerpos antinucleares positivos

Juicio clínico

Púrpura trombocitopénica autoinmune

Diagnóstico diferencial

- Pseudotrombocitopenia

- Infección/sepsis: VIH, virus hepatitis C, parásitos

- Medicamentos (inmune o inducida por heparina)

- Hepatopatía

- Otras causas más raras: trastornos vasculares asociados a destrucción de plaquetas, púrpura post-transfusión

Comentario final

Ante un paciente con trombopenia aislada es necesario realizar una buena anamnesis, exploración y estudio para aclarar su etiología; así como descartar pseudotrombocitopenias.

Una vez realizado el diagnóstico, es necesario el tratamiento precoz para control de la enfermedad, y evitar posibles complicaciones, en este caso derivadas del sangrado, fundamentalmente.

Bibliografía

- *Jimenez L, Montero FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 6º edición. España: Elsevier; 2018. p. 662-663*
- *Guía Clínica Fisterra*

576/104. LA IMPORTANCIA DE PEDIR DOS PROYECCIONES

Autores:

Medina Gámez, J.[1], Sánchez Martínez, I.[2], Medina Cobos, A.[1], Pérez Salas, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

A la hora de evaluar patología traumatológica aguda es importante solicitar un mínimo de dos proyecciones radológicas, ya que puede orientar sobre la gravedad de la lesión, así como la identificación y clasificación correcta de la afectación. Se exponen tres casos ilustrativos con dos proyeciones radiográficas en los que en una de ellas no está tan claro la afección.

Exploración y pruebas complementarias

- Caso 1: Varón de 20 años con dolor en codo tras traumatismo. Radiografía de codo AP y lateral (la que aportó más información).

- Caso 2: Varón de 24 años con dolor en tobillo y deformidad asociada tras caída jugando al fútbol. Radiografía de tobillo lateral y AP (la que aportó más información).

- Caso 3: Varón de 60 años con dolor en tercer dedo de la mano tras traumatismo. Radiografía AP (mostró fractura de interfalángica proximal) y lateral (en la que se apreció la gravedad de una mejor forma).

Juicio clínico

- Caso 1: Fractura de olécranon.

- Caso 2: Luxación de tobillo.

- Caso 3: Fractura interfalángica proximal en dedo de la mano.

Diagnóstico diferencial

- Caso 1 y 2: Ausencia de patología en una proyección vs patología presente en otra proyección. En caso 2 se presenta el diagnóstico de luxación vs fractura-luxación.

- Caso 3: Gravedad de fractura y desplazamiento de fragmentos óseos.Es importante solicitar al menos dos proyecciones radiológicas cuando se evalúa patología aguda.

Comentario final

Es importante solicitar al menos dos proyecciones radiológicas cuando se evalúa patología aguda.

Bibliografía

- *- Burbano H, Hernández RD. Tratamiento para fractura de olécranon en pacientes mayores: Revisión sistemática. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. 2020; 34: 273-280.*
- *- Jiménez-Martín J, López-Videiro-Tejedor, González-Herranz J. Luxaciones de tobillo sin fractura: cuatro casos. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2008; 52: 105-109.*
- *- Le Nen D, Hu W, Dubrana F, Prud'Home M, Genestet M, Lefébre C et al. Fracturas, esguinces y luxaciones de la mano y los dedos. EMC- Aparato Locomotor 2004; 37: 1-27.*
- *- Zadegan, F, Raould A, Hannouche D. Fracturas maleolares del adulto y luxaciones de tobillo. EMC-Aparato Locomotor. 2014; 47: 1-13.*

576/105. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autores:

Sánchez Sánchez, R.[1], Muriel Sanjuán, N.[2], Camacho Cerro, L.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 55 años, acude para recogida anallítica. Normal salvo GGT 258, ALT 130 y AST 85.

No presenta alergias, no factores de riesgo cardiovascular.

Fumador y bebedor.

No intervenciones ni tratamiento. No antecedentes familiares de cáncer. Refiere hermanos con hepatitis en la infancia.

No dolor abdominal, pérdida de peso, ictericia, coluria ni acolia. No hematomas ni hemorragias. No desorientación ni aumento de perímetro abdominal. No transfusiones sanguíneas, piercings; si tatuaje durante la mili, dudosa higiene.

Se solicitó analítica serología de hepatitis y autoanticuerpos. Se recomendó abstinencia etílica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. No ictericia.

Abdomen: Blando y depresible, no masas ni megalias, no dolor a la palpación abdominal. Blumberg, Rovsing y Murphy negativos.

Hemograma y coagulación normales.

Bioquímica: AST 63, ALT 100, GGT 196. Resto normal.

ANTIHB C -, HEPATITIS A IG M -, VHC +, VIH NEGATIVO

ANA -, AMA Y ANTILKM –, AML 1/80, TSH NORMAL. AC ANTITIROIDEOS NEGATIVOS.

Se remite a Consultas de digestivo para estudio y tratamiento de hepatitis C, solicitándose ecografía abdominal y analítica.

Ecografía abdominal: Hígado hiperecogenico, resto sin hallazgos

Juicio clínico

Hepatitis C.

Diagnóstico diferencial

En población general, la hipertransaminasemia suele ser secundaria a hepatopatía alcohólica, sobretodo en pacientes bebedores, como es nuestro caso. Sin embargo, siempre hay que descartar otras etiologías, habiendo en nuestro paciente casos familiares de hepatitis en la infancia, que orienta hacia hepatitis autoinmune; o tatuajes en circunstancias de dudosa higiene hace años, que sugiere hepatitis C.

Comentario final

Este caso nos sirve para recordar que, aunque la hepatitis C es una enfermedad que en la actualidad está en descenso gracias a las medidas preventivas y tratamientos, sigue estando presente entre la población y debemos ser conscientes de ella pues además posee tratamiento eficaz. El paciente se encuentra sano en seguimiento por digestivo y en consultas cada 6 meses con control de perfil hepático.

Bibliografía

- *Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C | HCV Guidance [Internet]. Hcvguidelines.org. 2021 [cited 14 October 2021]. Available from: http://www.hcvguidelines.org.*

576/106. PUEDE QUE ESTO NO SEA UN BROTE

Autores:

Rengel Gómez, M.[1], Adame Sanz, L.[2], Soto Castro, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba

Descripción del caso

Mujer, 36 años.

AP: esclerosis múltiple, migraña común.

Tratamiento habitual: Almotriptán.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo cervicalgia continuada y pérdida de visión en ojo derecho de un mes de evolución. Describe dicha alteración como la visión de luces blancas que desaparecieron, sustituyéndose por una especie de "cortina" siempre en la misma localización. Además, sensación de malestar y mareos. Tras explorarla, derivamos a consulta de urgencias de oftalmología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica y medición de agudeza visual con optotipo en consulta de atención primaria: PINR, pares craneales sin alteraciones, MOEC, no nistagmo patológico. Extremidades móviles, fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetría, diadococinesia ni ataxia de la marcha. Romberg negativo. Optotipo OI 2/3; OD 1/5.

Exploración en urgencias de oftalmología:

AV S/C OD=1/1

TO 16 MMHG AO

Fondo ojo, OD=Retina aplicada. Papila excavada 4/6. Vasos de calibre normal.

CV: Normal OCT; Normal OD.

Juicio clínico

Neuritis óptica retrobulbar.

Diagnóstico diferencial

Desprendimiento de retina: se caracteriza por la presencia de miodesopsias o fotopsias previo a la disminución de la visión, que se describe por el paciente como una "cortina". Suele producirse por causa regmatógena. Se diagnostica con el oftalmoscopio y el pronóstico depende de la precocidad de instauración del tratamiento.

Oclusión arterial retiniana: consiste en la pérdida brusca e indolora de visión tras la oclusión de la arteria central de la retina. El paciente presenta un de-

fecto pupilar aferente y al realizar el FO destacaría la imagen de la mácula color rojo cereza.

Comentario final

El diagnóstico de una enfermedad crónica en un paciente no puede hacernos olvidar la posible aparición de nuevas patologías urgentes asociadas o no a su enfermedad de base. En esta ocasión, la neuritis óptica diagnosticada, aunque mantiene relación con su enfermedad de base, se trata de un proceso que precisa asistencia oftalmológica de manera prioritaria. Las patologías oftalmológicas son muy habituales en atención primaria y es necesario por nuestra parte saber distinguir cuando una patología ocular es urgente y cuando puede ser derivada de manera rutinaria.

Bibliografía

- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6° ed. Barcelona: Elsevier; 2018.*

576/107. SEGUIMIENTO ACTIVO DE PACIENTES

Autores:

Sánchez Sánchez, R.[1], Camacho Cerro, L.[1], Muriel Sanjuán, N.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 55 años, con historia de dos años de evolución de debilidad y parestesias de MMII, con dificultad para la deambulación. Estudios analíticos y radiográficos negativos. Derivada a rehabilitación para estudio, realizan RMN craneal y lumbar; acude con resultado de pruebas. En ellos no se aprecian alteraciones, sin embargo, ante clínica de la paciente derivamos a neurología por posible enfermedad neurodegenerativa. En RMN dorso cervical se aprecia meiningioma en región no explorada en RMN previas

Exploración y pruebas complementarias

Marcha con aumento base sustentación con arrastre, Romberg +, fuerza MMSS 5, fuerza MMII hasta rodilla 5, fuerza distal 4. Signos meníngeos negativos. RMN de columna y cráneo, analítica y EMG sin hallazgos. Paraparesia ataxo-espástica a estudio

Juicio clínico

Lesión ocupante de espacio raquídea

Diagnóstico diferencial

El diagnostico diferencial incluiría enfermedades desmielinizantes progresivas, como podría ser el Guillain barré o LOEs en intrarraquideas no visualizadas en pruebas previas, como podría ser un hematoma encapsulado o como fue en este caso, un meningioma dorsal.

Comentario final

Es vital en atención primaria indagar siempre en la patología de los pacientes pues, aunque las pruebas complementarias sean negativas no quiere indicar que el paciente no presente patología. Además, debemos llevar un seguimiento activo de los pacientes con problemas activos. La paciente de este caso fue diagnosticada a una edad joven y tratada satisfactoriamente con cirugía. Actualmente se encuentra asintomática, pudiendo deambular sin problemas.

Bibliografía

- *1. AA A, O D. Meningioma [Internet]. PubMed. 2021 [cited 14 October 2021]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809373/*
- *2. Parsa A, Lee J, Parney I, Weinstein P, McCormick P, Ames C. Spinal Cord and Intradural-Extraparenchymal Spinal Tumors: Current Best Care Practices and Strategies. 2021.*

576/108. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ¿Y SI HAY ALGO MÁS? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores:

García Rodríguez, I.[1], Gómez Pagés, I.[2], Nuñez Sánchez, A.[3], Ibáñez Lozano, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto - Puntales. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto - Puntales. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que a raíz de episodios repetidos de cefalea occipital se diagnostica de hipertensión arterial. En seguimiento en Atención Primaria por mal control de cifras tensionales desde hace un año a pesar de realizar tratamiento con diversos antihipertensivos así como reajuste de dosis. Último tratamiento pautado: olmesartan 40/amlodipino 10/hidroclorotiazida 25 mg, pese a lo cual persiste mal control de cifras tensionales. Además, en analítica reciente realizada presenta disminución del potasio (2.5 mEq/l), cuando previamente tenía cifras normales. Ante mal control pese a diversos tratamientos, así como sospecha de una hipertensión arterial secundaria, se decide derivación a Medicina Interna para estudio y reajuste de tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Tensión arterial 160/110 mmHg, frecuencia cardiaca 87 lpm. Saturación basal 98%. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos, abdomen anodino, sin masas ni megalias palpables. Ausencia de focalidad neurológica. No signos de insuficiencia venosa ni edemas en MMII. Analítica: hemograma y coagulación normales, bioquímica: sodio 142, potasio 2.5, resto normal. Iones en orina normales. Aldosterona sérica elevada, cortisol y renina séricas normales. TAC glándulas suprarrenales: nódulo suprarrenal izquierdo que por su baja densidad en serie basal sugiere posible adenoma. Se confirma hallazgo de adenoma suprarrenal izquierdo en resonancia magnética.

Juicio clínico

Hipertensión arterial secundaria a hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad renovascular aterosclerótica, carcinoma suprarrenal, tumores neuroendocrinos.

Comentario final

Destacar la importancia del diagnóstico de las causas de hipertensión arterial secundaria, ya que aunque su prevalencia sobre el total de pacientes hipertensos es baja, su importancia radica en la posibilidad de curación de la enfermedad al conocer la fisiopatología y causa de las mismas, y por tanto en la no necesidad de tratamiento antihipertensivo a largo plazo. El hiperaldosteronismo primario es una de las etiologías más frecuentes de HTA secundaria.

Bibliografía

- *1. Sanjuán Portugal FJ, Castiella Herreros J, Sánchez Muñoz LÁ, Naya Manchado J. Hipertensión arterial e hipopotasemia: ¿a quién y cómo investigar? Semergen. 2007;33(1):27–30.*
- *2. Auñón P, Morales E, García A, Gutiérrez E, Sevillano Á, Segura J, et al. Hiperaldosteronismo primario como causa de hipertensión arterial maligna: una etiología excepcional. Nefrologia. 2017;9(2):84–91.*

576/109. DOCTOR, ME CUESTA RESPIRAR

Autores:

Camacho Cerro, L.[1], Muriel Sanjuán, N.[2], Sánchez Sánchez, R.[1], Valverde Bascón, B.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Hombre de 59 años. No alergias medicamentosas. HTA, diabetes y dislipemia. No broncopatía ni cardiopatía conocida. Pie diabético. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía. Hábitos tóxicos: Exfumador desde hace 3 meses de 2 paquetes diarios (desde

hace más de 35 años). Bebedor ocasional. No otros hábitos tóxicos. Tratamiento médico: Insulinatard. Metformina. Pentoxifilina. Simvastatina. Enalapril. Acude a consulta por disnea progresiva de 3 semanas de evolución que se asocia a tos seca con ortopnea, con necesidad de dormir en decúbito lateral izquierdo para no ahogarse. Deposiciones diarreicas sin productos patológicos. No infecciones respiratorias recientes. No recorte de diuresis. Ante la sospecha de insuficiencia cardiaca se pauta tratamiento diurético y se reevalúa a los días.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril. Ingurgitación yugular. A la auscultación cardiopulmonar destaca hipoventilación en hemitórax derecho. Abdomen muy distendido, hepatomegalia. Miembros inferiores edematosos sin fóvea. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación con dímero D dentro de la normalidad. Electrocardiograma: Bajo voltaje. Ritmo sinusal a 75lpm. Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral. Calcificación pericárdica que ya se intuía en radiografías previas. Ecocardiograma: compatible con constricción pericárdica. TAC: derrame pleural bilateral con dilatación de las venas cava inferior y suprahepáticas junto con signos de hígado de estasis que podrían estar en relación con sobrecarga de cavidades derechas. Calcificaciones pericárdicas groseras a nivel de ambos ventrículos.

Juicio clínico

Pericarditis constrictiva

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca, TEP crónico, miocardiopatía restrictiva, cirrosis hepática.

Comentario final

Ante un sujeto con clínica de ingurgitación yugular y retención de líquidos de causa poco clara hay que plantear, entre los posibles diagnósticos, la pericarditis constrictiva. Por su forma de presentación, generalmente, simula otras patologías, como cirrosis hepática, miocardiopatía restrictiva o insuficiencia cardíaca. Hay que destacar que el principal síntoma es la disnea. Hay una serie de hallazgos en las pruebas complementarias que aumentan nuestro nivel de sospecha, como es la presencia de un BNP relativamente bajo y un ECG con bajos voltajes.

Bibliografía

- *Marshal A, Ring N, Lewis T. Constrictive pericarditis: lessons from the past five years' experience in the South West Cardiothoracic Centre. Clin Med (Lond). 2006; 6(6):592-7.*
- *Llisterri JL. Insuficiencia cardíaca en AP. Plan de Formación y Entrenamiento Médico SEMERGEN. Madrid: Drug Farma; 2003*

576/110. TERRIBLE *TIMOMA

Autores:

Sariego Montiel, J.[1], Linares Canalejo, A.[2], Santos Estudillo, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palos de la Frontera. Palos de la Frontera. Huelva

Descripción del caso

Varón de 85 años totalmente independiente para las ABVD con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica y timoma en seguimiento (radiológicamente estable en controles anuales durante los últimos 10 años).

Nos avisan urgentemente a domicilio por comienzo súbito de disnea intensa y saturación basal de O2 del 84% así como TA de 190/120 mm Hg. Refiere haberse levantado para trabajar en su huerto como cada mañana y tras finalizar ha comenzado con dolor intenso en hombro derecho irradiado a centro del tórax tras el cual ha aparecido la disnea súbita. Sin cortejo vegetativo, fiebre ni otra sintomatología asociada.

Trasladamos a hospital de referencia para realización de pruebas complementarias previa estabilización con oxigenoterapia.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, NH y NC, disneico en reposo, afebril. Se encuentra sentado.

ACP: Rítmico a baja frecuencia sin soplos. MVC ligeramenta abolido en campos inferiores y medios acompañado de crepitantes gruesos en dicha región.

No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores.

ECG: Ritmo sinusal a 51 lpm. Eje normal. PR normal. No alteraciones de la repolarización. Destaca signo Q3T3

Análisis sanguíneo normal, salvo elevación de Dímero-D (7020 µg/L) y ligera acidosis respiratoria.

Radiografía de tórax: Aumento de densidad líquido en toda la mitad inferior de ambos hemitórax que borran completamente silueta cardíaca y ambos recesos costofrénicos (no presente en estudios previos)

Angio-TAC de tórax: Extenso hemomediastino secundario a hemorragia neoplásica mediastínica anterior con sangrado activo intratumoral.

Juicio clínico

Sangrado de neoplasia tímica

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar

Edema agudo de pulmón

Comentario final

El timoma se trata del tumor mediastínico anterior más frecuente en adultos por delante del teratoma, el linfoma y otros tumores tiroideos/endocrinos. Su incidencia anual es baja y una vez diagnosticado la actitud terapéutica suele ser quirúrgica. No obstante, en este caso dada la edad del paciente y el estadio al diagnóstico se decidió manejo conservador con vigilancia radiológica activa. A pesar de su evolución generalmente lenta, no podemos hablar de que se trate de una masa propiamente benigna y, por tanto, no está exenta de complicaciones y otras entidades asociadas, como en este caso el sangrado tumoral.

Bibliografía

- *1. Suster S. Timoma; ORPHA:99867 [Internet]. orpha.net. 2011 [citado 17 octubre 2021]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=99867*

576/111. ESTOY BIEN PERO NO MUCHO

Autores:

Gallego Martinez, J.[1], Mundt Fernández, I.[2], Burgos Forte, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 78 años que acude a consulta de atención primaria por 3ª vez en la semana presentando nauseas y vómitos de 4 días de evolución. No alteración ritmo intestinal. Ventosea. No clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, colaborador. Normotenso, afebril.

ACP. Rítmica, sin ruidos ni extratonos presentes. MVC sin tiraje.

Abdomen: RH+, globuloso, blando, depresible. Doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con blumberg dudoso. Murphy y Puñopercusion renal negativa.

Imposibilidad de contar con pruebas completarías en consulta (analítica, radiología simple o ecografía); se consensua con paciente acudir al servicio de urgencias de hospital de referencia para estudio dada la sospecha de que el abdomen de nuestro paciente sea quirúrgico.

En urgencias:

Abdomen. RH+, leve defensa abdominal activa a nivel de hemiabdomen derecho/FID así como región suprapúbica. Resto anodino.

Analítica:

Bioquímica. Glucemia 128, PCR 25.6

Hemograma. Hb 13,1 Leucos 9550 Neutrófilos 7750

Coagulación. Sin alteraciones

Radiografía simple de abdomen. Gran dilatación de colon transverso.

Ante estos datos, se solicita TAC abdominal con contraste con el siguiente resultado:

Pequeña/moderada cantidad de liquido libre perihepático, en gotiera derecha, en FID y entre asas de hipogastrio.

Adenopatías inguinales.

Marcada dilatación de ciego, colon ascendente y transverso secundarios a cambio de calibre en ángulo esplénico. Colon sigmoide y recto sin alteraciones. Hallazgos en relación a cuadro oclusivo/suboclusivo.

Pequeñas burbujas de neumoperitoneo en la región antideclive en mesogastrio y epigastrio, sugestivo de perforación de víscera hueca.

Juicio clínico

Cuadro oclusivo/suboclusivo secundario a vólvulo de colon transverso/estenosis subyacente y posible perforación de víscera hueca.

Diagnóstico diferencial

Adherencias, neoplasia colón, diverticulitis, apendicitis, ulcus péptico, Vólvulo colónico, rotura aneurisma abdominal, isquemia intestinal.

Comentario final

EL paciente fue operado esa noche, por perforación de víscera hueca con peritonitis acompañante. Diagnostico final de adenocarcinoma de colon en ángulo esplénico T3N0M0 estadio IIA.

Fue importante en saber reconocer en consulta un abdomen quirúrgico susceptible de intervención urgente.

Probablemente, en caso de haber dispuesto de Ecografía abdominal y entreno por nuestra parte podríamos haber visualizado liquido libre abdominal pudiendo haber aproximado de alguna forma el diagnóstico.

Bibliografía

- *Fisterra*
- *Guía de Actuación en Urgencias 5º Edición*
- *Harrison*

576/112. SÍNDROME DE SWEET SECUNDARIO A VACUNA COVID-19

Autores:

Acosta Escasúa, C.[1], Morilla Roldan, C.[2], Durán Barrantes, I.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jerónimo. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jerónimo. Sevilla

Descripción del caso

Paciente mujer de 51 años sin antecedentes personales relevantes ni hábitos tóxicos que acude a su Médico de Familia por hematomas espontáneos en miembros inferiores de semanas de evolución, de aparición intermitente. Las lesiones son dolorosas y pruriginosas.

Refiere vacunación de la segunda dosis de Pfizer-BioNTech hace un mes.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril con numerosas placas rojo-parduzcas, algunas de hasta 10cm de diámetro, en muslos, piernas y tobillos dolorosas a la palpación.

Se deriva a la paciente a Medicina Interna para estudio y, posteriormente, a Dermatología.

Tras biopsiar una de las lesiones al microscopio óptico se ve un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial de predominio neutrofílico con discretos depósitos de mucina intradérmica.

Juicio clínico

Síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda.

Diagnóstico diferencial

- Hidradenitis ecrina neutrofílica

- Pioderma gangrenoso

- Celulitis infecciosa

Comentario final

El síndrome de Sweet es un raro trastorno autoinmune caracterizado por fiebre y neutrofilia acompañado de placas edematosas en cara, cuello y miembros. Lo más frecuente es que sea idiopático tras una infección de vías respiratorias aunque puede estar asociado a fármacos o ser un síndrome paraneoplásico.

En el caso de nuestra paciente se llegó a la conclusión que el proceso fue desencadenado por la vacuna de la Covid-19, una rara etiología que se ha descrito recientemente.

En estos últimos meses ha habido un debate social sobre los efectos secundarios de las vacunas dado su uso a nivel mundial para combatir la pandemia de la Covid-19. Efectos secundarios infrecuentes y que no decantan la balanza a favor del perjuicio de las vacunas.

Uno de nuestros deberes, como primera línea sanitaria, es informar y educar a los pacientes sobre los beneficios de las vacunas, beneficio que se ha demostrado con el paso del tiempo desde que empezaron las grandes campañas de vacunación y la evolución de la pandemia.

Bibliografía

- *Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016.*
- *Darrigade AS, Théophile H, Sanchez-Pena P, Milpied B, Colbert M, Pedeboscq S, Pistone T, Jullié ML, Seneschal J. Sweet syndrome induced by SARS-CoV-2 Pfizer-BioNTech mRNA vaccine. Allergy. 2021 Oct;76(10):3194-3196.*

576/114. INFLAMACIÓN DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO.

Autores:

Álvarez Luque, M.[1], Verdejo Ferrer, S.[2], Rodríguez Soler, R.[3], Ramos Galindo, N.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (4) Residente 2 año de Centro Salud Rincón de la Victoria Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 46 años sin alergias medicamentosas.

AP: Gastritis crónica

IQ: Liposucción en zona abdominal (cicatrices en zona iliaca) en Clínica privada.

Tratamiento habitual: Omeprazol 20mg

Enfermedad actual: Acude a consulta de atención primaria por inflamación de días de evolución que comenzó a nivel pélvico y se ha extendido localmente y sensación de dolor. Acompañado de fiebre hasta 38ºC.

Tras la exploración y analítica realizada en el centro de salud, e indagando más en la historia clínica la paciente refiere inyección de polímero en ambos glúteos hace cuatro meses que previamente no había contado. Se deriva a hospital de referencia para valoración, posiblemente complicación secundaria a dicho tratamiento

Exploración y pruebas complementarias

Consciente orientada y colaboradora. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Afebril en consulta.

AC: Rítmico y regular, sin soplos ni extratonos audibles.

AP: Murmullo vesicular conservado.

Abdomen blando, depresible, RHA conservados, no signos de irritación peritoneal. Cicatriz de liposucción previa en ambas crestas iliacas en buen estado. A

nivel perineal y suprapúbico se palpa zona caliente eritematosa y dolorosa a la presión que se extiende hasta zona la zona genital.

MMII: No edemas, no signos de TVP.

Analítica sanguínea destaca Hb 12.5, leucocitos 9.220, glucosa 180 cr 0.85 FG 82. GPT 42 GGT 76 FA 135. PCR 182 Coagulación sin alteraciones.

TAC con contraste i.v abdomen y pelvis: Extensas colecciones en pared abdominal, flancos y dorsolumbar (alguna de ellas con morfología pseudonodular), con absceso que se extienda a región vulvar izquierda.

Valorar complicaciones secundarias a tratamiento tipo liposucción

Juicio clínico

Celulitis secundaria a material inyectado.

Diagnóstico diferencial

Celulitis secundario a material inyectado a nivel glúteo. Absceso. Lipoma.

Comentario final

La exhaustiva anamnesis que realizó su médico de familia fue fundamental para derivarla a urgencias para proseguir con el estudio, ya que en el centro de salud no tenemos acceso a realización de más pruebas complementarias de manera inmediata.

Bibliografía

- *Fauci, A. Harrison´s Principios de Medicina Interna. 18º edición. McGraw-Hill;2012.*

576/115. PICADURA DE INSECTO COMO CAUSA DE FASCITIS NECROTIZANTE

Autores:

Vigo Muñoz, M.[1], Del Rio Márquez, P.[2], Rebelo Salgueiro, R.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz

Descripción del caso

Acude por la tarde a urgencias de centro de salud un paciente de 43 años con dolor y tumefacción en miembro superior izquierdo. Fue tratado por su médico de familia con cloxacilina oral y mupirocina tópica en días previos ya que tras una picadura de un insecto no identificado presentaba eritema y endurecimiento de la zona con calor local. Ahora presenta dolor muy intenso, endurecimiento y fiebre de 39.3º. Acude por escasa mejoría y ante los hallazgos se deriva a urgencias hospitalarias para realizar pruebas complementarias. Allí, tras prueba de imagen y analítica se llega al diagnóstico de fascitis necrotizante y se programa cirugía urgente para drenaje y fasciotomía. El paciente tras la cirugía tuvo una buena evolución con antibioterapia intravenosa con clindamicina y cefepime.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Estable hemodinámicamente con fiebre de 39.6. Dolor y tumefaccion importante desde area anterior de brazo hasta tercio proximal de antebrazo con impotencia funcional.

-Análisis: Leucocitosis 23654mm3 con neutrofilia (84%), PCR 234.6, lactato 14.7 mg/dl

-Ecografía partes blandas. Marcado aumento de atenuación y trabeculación de la grasa subcutánea. En codo las lesiones progresan hasta planos profundos, perdiendo la separación con el compartimento muscular extensor del antebrazo. Engrosamiento fascial y presencia de burbujas aéreas en relación con fascitis necrotizante aguda.

-Cultivo de absceso: Enterobacter cloacae, Leclercia adecarboxylata, Streptococcus consteallatus.

Juicio clínico

Fascitis necrotizante aguda

Diagnóstico diferencial

Celulitis vs. sepsis vs. fascitis necrotizante

Comentario final

Este caso me recordó lo importante de tener en mente patologías tan urgentes para el paciente si no se actúa con rapidez. Incluso habiendo recibido en principio un tratamiento antibiótico por vía oral y habiendo sido valorado por su médico en el momento del inicio del cuadro, el paciente continuó empeorando y convirtiéndose la patología en un riesgo inmediato para su miembro y su vida.

Debemos considerar siempre antibióticos de amplio espectro en caso de sospechas de infecciones cutáneas por picaduras y tener claro el momento en el que debemos derivar para realizar más pruebas.

Bibliografía

- *Parra Caballero P, Perez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, Garcia Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. Semin Fund Esp Reumatol 2012;13(2):41-48. DOI: 10.1016/j.semreu.2011.12.005*

576/117. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Pérez Jurado, M.[1], Braza Gómez, P.[2], Alonso Gil, B.[3], Ortuño García, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 63 años, no RAMC, como antecedentes presenta HTA, DM2, EPOC tipo bronquitis crónica, tuberculosis pulmonar en lóbulo superior izquierdo en 1989, ex – fumadora desde hace 10 años de 20cigarrillos/día desde los 20 años (ICAT 33paquetes/año).en tratamiento con: metformina, olmesartan/hidroclorotiazida,atrovent y spiolto.

Acude en múltiples ocasiones a urgencias de centro de salud por disnea y tos,catalogándose como exacerbación de epoc y pautando tratamiento con corticoides, inhaladores y antibiótico empírico con revisiónes posteriores.

En consulta de revisión presencial se objetiva tumoración en fosa supraclavicular derecha y dolor y aumento del perímetro del miembro superior derecho de 24h de evolución,por lo que derivamos de manera inmediata a urgencias de hospital.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias la paciente presenta buen estado general, disneica al habla, sato2 basal 92%, fc 105lpm, cuello engrosado, auscultación: tonos rítmicos,sibilantes dispersos.empastamiento fosa supraclavicular derecha,aumento de perímetro miembro superior derecho y edema en esclavina.

Analítica sanguínea: anodina.afebril.

Radiografía de tórax: infiltrado en lóbulo superior izquierdo(compatible con lesión antigua de tuberculosis)

Juicio clínico

Síndrome de vena cava superior

Diagnóstico diferencial

Cáncer de pulmón, linfoma no hodgking, cáncer de mama

Comentario final

La paciente ingresa a cargo de medicina interna para estudio de síndrome de vena cava superior y trombosis yugular.se realizó biopsia de conglomerado adenopático supraclavicular derecho con resultado de adenocarcinoma pulmonar pobremente diferenciado,por lo que pasa a cargo del servicio de oncología médica.

El síndrome de vena cava superior constituye un conjunto de signos y síntomas ocasionados por la obstrucción del flujo sanguíneo de la vena cava superior. Las neoplasias son la causa principal, siendo el carcinoma no microcítico de pulmón la histogía más frecuente,seguido del linfoma no hodking y el cáncer de mama.los síntomas más frecuentes y característicos son disnea,cianosis facial,tos,dolor en miembros

superiores,ingurgitación venosa del cuello,edema en esclavina y circulación colateral.en la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico y se completa con rx, tc tórax y estudio histológico.el tratatamiento principal consiste en el de la neoplasia concominante junto con oxigenoterapia,corticoides y elevación de cabecero.

Bibliografía

- *Friedman T, Quencer KB, Kishore SA, et al. Malignant Venous Obstruction:Superior Vena Cava Syndrome and Beyond. Semin Intervent Radiol 2017;34:398.*
- *Rice TW, Rodriguez RM, Light RW.The superior vena cava syndrome:clinical characteristics and evolving etiology.Medicine (Baltimore)2006;85:37.*

576/118. AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA PERMITE DETECTAR PATOLOGÍA MALIGNA.

Autores:

Ruiz Iglesias, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 50 años que consulta por presentar nodulación en mama izquierda de 3-4 semanas de evolución desde que lo detectó con una autoexploración, adyacente a la areola, asociado a retracción del a piel. Hace 6 meses se realizó una mamografía de revisión con resultado normal.

La paciente presenta antecedentes familiares de cáncer de mama, siendo su hermana diagnosticada a los 53 años. No existen antecedentes en la familia de otras neoplasias malignas.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta se aprecia nodulación de 2 cm aproximadamente a la palpación, en planos superficiales, próximo a la areola, en cuadrante superior interno, con retracción de la piel. Indoloro a la manipulación. No se evidencia la presencia de eccema en pezón, o secreción a la presión. Tampoco presenta piel de naranja. No eritema ni signos de inflamación superficiales. No se palpan otros nódulos ni adenopatías.

Se solicita ecografía mamaria que se reconvierte e una RNM de mamas con el siguiente hallazgo en cuadrante inferior interno de la mama izquierda se identifica un realce nodular irregular de aprox. 2 cm en su eje mayor asociado a su margen anterior a un realce no nodular de aprox. 14 mm. Ésta lesión presenta curva en lavado en el estudio dinámico y la correlacionamos con la lesión maligna previamente a ser biopsiada.

El estudio anatomopatológico muestra la presencia de un carcinoma mamario de tipo lobulillar, infiltrante, de grado intermedio (Grado II). La detección de biomarcadores revela receptores de estrógeno positivos (100%), receptores de progesterona positivos (100%), HER-2 negativo, índice proliferativo Ki-67 20%, CK-19 positiva y CADHERINA-E negativa.

Juicio clínico

Neoplasia maligna en mama derecha.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia benigna de mama, necrosis grasa y enfermedad de Mondor.

Comentario final

Siempre debemos primar los hallazgos clínicos respecto a pruebas complementarias reciente. La autoexploración mamaria resulta una técnica útil en determinados casos, a pesar de su baja sensibilidad.

Bibliografía

- *Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 20a ed. México: McGraw–Hill; 2018.*
- *Alkabban FM, Ferguson T. Breast Cancer. 2021 Aug 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 29493913.*

576/120. EPIGASTRALGIA EN PACIENTE FUMADOR

Autores:

Pérez Jurado, M.[1], Alonso Gil, B.[2], Braza Gómez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 51 años, no RAMC, como antecedentes presenta: hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica con colocación de 1 stent en 2011.en tratamiento con enalapril,atorvastatina,bisoprolol y aspirina. Fumador de 15 cigarrillos/día desde hace 30 años(icat 22 paquetes/año).acude a urgencias de centro de salud por epigastralgia constante e intensa junto con vómitos desde hace 8 horas, no otra sintomatología asociada. Solicitamos analítica sanguínea y pautamos tratamiento sintomático.

Al día siguiente en analítica se objetiva sodio de 116 (resto normal) por lo que contactamos con el paciente para que acuda a urgencias de hospital para estudio y tratamiento de hiponatremia.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias de centro de salud el paciente presenta buen estado general, auscultación: anodina, abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio. Analítica: sodio 116.en urgencias de hospital: se realiza radiografía de tórax donde se visualiza infiltrado en lóbulo superior izquierdo de nueva aparición, repiten analítica sanguínea con sodio en 115.osmolaridad plasmática 238 y osmolaridad urinaria 612.

Juicio clínico

Hiponatremia

Diagnóstico diferencial

Siadh, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal

Comentario final

El paciente acude a urgencias de hospital donde en área de urgencias se comienza con el tratamiento de la alteración hidroelectrolítica y se ingresa a cargo de neumología para estudio de lesión pulmonar de nueva aparición. Durante su ingreso se realizó tc de tórax con resultado de masa compatible con neoplasia pulmonar, luego tras punción de lesión adenopática se diagnostica de carcinoma microcítico de pulmón.

El carcinoma microcítico de pulmón está frecuentemente asociado a síndromes paraneoplásicos, uno de ellos es el SIADH (secreción inadecuada de hormona antidiurética)que se debe a la secreción mantenida de ADH, en ausencia de estímulos osmóticos. Este cuadro se caracteriza por hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática e hiperosmolaridad urinaria. La estirpe histológica que más se asocia a siadh es el carcinoma microcítico de pulmón. La sintomatología depende de la gravedad y de la velocidad de instauración de la hiponetremia. La medida más importante para el tratamiento del SIADH es el control de la neoplasia subyacente y la restricción hídrica.

Bibliografía

- *Peri, A.,Grohé, C.,Berardi, R. et al. SIADH:differential diagnosis and clinical management.Endocrine 55, 311–319 (2017). https://doi.org/10.1007/s12020-016-0936-3*
- *Fiordoliva I, Meletani T, Baleani MG, et al.Managing hyponatremia in lung cancer: latest evidence and clinical implications. Ther Adv Med Oncol.2017;9:711–9*

576/121. ARTRITIS REUMATOIDE. UN LARGO VERANO DE DOLOR. REVISIÓN Y OPTIMIZACIÓN ANALGÉSICA.

Autores:

Ruiz Rull, C.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 89 años, pluripatológico y polimedicado. Nos presenta un reto en la mejora terapéutica de su artritis reumatoide (AR), con la que convive desde 2016, y cuyas artralgias han sido su único motivo de consulta este verano: 5 consultas de atención primaria y 4 de urgencias en el centro de salud.

Exploración y pruebas complementarias

El tratamiento de la AR debe ser global, dirigido a controlar la actividad inflamatoria, crisis de dolor y prevenir el desarrollo de comorbilidades.

Revisión de abordaje terapéutico: Medidas generales (abandono tabáquico, higiene dental, ejercicio físico). Tratamiento farmacológico (5 grupos): Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), Glucocorticoides (GLC), Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), Terapias biológicas, y un grupo de fármacos inhibidores de cinasas.

Nuestro paciente presenta una AR de inicio senil, FR -, ANA + patrón moteado 1/160. Se encuentra en silla de ruedas por limitación de movilidad, deformidades articulares tras episodios de sinovitis y dolor crónico (ATMs, cintura escapular y pelviana, codo derecho, sendas muñecas y 2º y 3º metacarpofalanges, lumbar y rodilla derecha). Le desencadenó un trastorno depresivo en 2020, que precisa tratamiento psiquiátrico; y múltiples comorbilidades limitan las posibilidades terapéuticas.

Se ha conseguido control del dolor con:

*GLC: Deflazacort (dosis elevadas 30mg/día en crisis, dosis bajas 6mg/día de mantenimiento).

*FAME: Hidroxicloroquina 200mg/día.

*Analgesia vía oral: Paracetamol 1g, Metamizol 500mg/ml (40gotas).

*Control del umbral del dolor: Tapentadol 25mg/12horas, Fentanilo 100µg/72horas (parches).

Juicio clínico

Crisis de poliartralgias recidivantes de difícil control.

Diagnóstico diferencial

Los médicos de atención primaria tenemos un amplio arsenal terapéutico e información actualizada para dar consejos sobre en temas de salud; pero son el paciente y sus familiares quienes tienen la enfermedad y circunstancias, y por tanto última palabra, para elegir la mejor opción de las ofertadas.

Comentario final

Es un claro ejemplo de estudio, constancia y cuidado de una buena relación médico-paciente; relación que hace crecer y avanzar tanto al médico en su ámbito profesional y humano, como al paciente y familiar en su lucha contra la enfermedad.

Bibliografía

- *Narváez, J. Tratamiento de la artritis reumatoide. Medicina clínica [Internet]. 2016[consultado 15Oct2021]. 147(4):176-180. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.005.*
- *Salgado, E; Maneiro, J.R. Nuevos tratamientos en artritis reumatoide. Medicina clínica [Internet]. 2018[consultado 16Oct2021].143(10):461-466. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.11.011.*

576/122. SARCOIDOSIS, UNA ENFERMEDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Autores:

Oliveira Dias, C.[1], Molina Cabrerizo, D.[2], Valenzuela Molina, A.[3], Martinez Del Marmol Martinez, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana. Motril. Granada, (2) Especialista en Neumología. Hospital Santa Ana. Motril. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

Descripción del caso

Varón de 23 años, acude a consulta por cuadro de tos no productiva de seis meses de evolución y pérdida ponderal de 15 kg, asociada a disnea y dolor en hemitórax derecho (en relación con esfuerzos), además de autoescucha esporádica de sibilantes. Comenta presencia de moho en su domicilio (incluyendo su habitación). Niega fiebre, hemoptisis o artralgias. Nie-

ga hábitos tóxicos, exposiciones de riesgo o toma de medicación crónica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico en reposo, sin trabajo respiratorio. Normohidratado y normoperfundido. Auscultación cardíaca y pulmonar sin alteraciones. Sin edemas periféricos.

Radiografía de Tórax: ensanchamiento mediastínico y patrón micronodular bilateral (no presente en 2019); Serologías negativas; Tomografía computarizada torácica con contraste: Adenopatías – signos de conglomerado nodular de tamaño significativo que afecta prácticamente a todos los compartimentos del mediastino. Parénquima pulmonar - patrón intersticial de aspecto micronodular difuso que presenta múltiples nódulos aparentemente centrolobulillares, situados tanto central como periféricamente de forma homogénea en todos los segmentos de ambos pulmones; Endosonografía bronquial (EBUS): negativo para células malignas con citometría de flujo negativa; Inmunofenotipo de lavado broncoalveolar: CD4/CD8>3.5%; Enzima convertidora de angiotensina (ECA) elevada.

Tras el inicio de tratamiento con corticoides sistémicos a 1mg/Kg, se observó, en revisión posterior con tomografía por emisión de positrones (PET-TAC), mejoría de la afectación pulmonar y disminución de adenopatías.

Juicio clínico

Sarcoidosis estadio II

Diagnóstico diferencial

La sarcoidosis es un diagnóstico de exclusión, por lo que habrá que descartar otras enfermedades con síntomas similares, tales como, enfermedades causadas por micobacterias o hongos, inmunodeficiencia común variable, enfermedades por inhalación, vasculitis y otras enfermedades reumatológicas, enfermedades malignas y, incluso, granulomas inducidos por fármacos.

Comentario final

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica, de causa desconocida, con clínica variable, para la cual no existe test diagnóstico específico, así que el índice de sospecha de la enfermedad es muy importante. Su diagnóstico es, por lo tanto, un diagnóstico de exclusión, en el que se requiere un cuadro clínico-radiológico compatible, la demostración histológica de granulomas no-necrotizantes y la exclusión de otras enfermedades granulomatosas.

Bibliografía

- *Carmona Porquera, EM. Sarcoidosis. Máster en avances en diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (2º edición).*

576/123. GONALGÍA COMO PRIMER SÍNTOMA DE TUMOR OSEO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Peña Pinto, M.[1], Guerra Pérez, B.[1], Quickenborne Ruiz, C.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Hombre, 61 años, dislipémico en tratamiento con atorvastatina 40 mg, trabajador de la construcción, que acude a consulta programada de atención primaria por dolor de rodilla de 2 meses, con empeoramiento en las últimas dos semanas. Ha presentado en otras ocasiones gonalgia como consecuencia de su actividad laboral. Se le pauta tratamiento con paracetamol 1gr/8h y naproxeno 1/12h. Acude de nuevo 5 días más tarde por tener "un dolor insoportable". Se le solicita radiografía ósea programada y tras ella se deriva a traumatología. Se realiza interconsulta telemática con medicina interna ante sospecha de neoplasia, que solicita Tac óseo y analítica a la espera de cita con traumatología. Tras resultados y visita, se programa quimioterapia neoadyuvante y posterior intervención quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Marcha correcta. No se palpa masas a nivel de pierna. Exploración de ambas rodillas normales, salvo izquierda limitada a la rotación y flexión por dolor. Dolor a la palpación de cara anterior de la tibia, proximal.

Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos.

Radiografía de rodillas bilateral: Se observa disminución de densidad en zona proximal de tibia izquierda, con afectación cortical y refuerzo periostal.

TAC óseo de pierna izquierda: periostitis con irregularidades de la cortical y osteonecrosis medular del tercio proximal de tibia con intensa vascularización e invasión a las partes blandas vecinas.

Gammagrafía ósea: aumento de captación del contraste compatible con proceso maligno a ese nivel, sin afección ósea a otros niveles.

Juicio clínico

Osteosarcoma de tercio proximal de tibia izquierda.

Diagnóstico diferencial

-Osteosarcoma parosteal y periostal.

-Metástasis.

-Adamantinoma.

-Sarcoma de Ewing.

Comentario final

El osteosarcoma es más frecuente entre los 10-25 años y mayores de 65 años, en periferia de rodilla. Ante dolores convencionales, como puede ser una gonalgia se debe hacer una buena anamnesis y exploración. Cuando no hay signos de alarma, pero los tratamientos no funcionan debemos pensar en alternativas patológicas que expliquen los síntomas y recurrir a pruebas complementarias. En este caso, perpetuar tratamientos analgésicos por sospecha de artrosis hubiese sido determinante en la esperanza de vida del paciente.

Bibliografía

- *Hernández, S.P., Carrillo Castillo, S., & Gómez López, R. (2021). OSTEOSARCOMA: GENERALIDADES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 5(2), Pág. 24–31*

576/124. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA PATOLOGÍA CERVICAL MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Bosi, M.[1], Reviriego Mazaira, S.[2], Ortega Sánchez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Varón de 27 años, fumador, sin antecedentes personales médicos de interés, que consultó inicialmente por disfagia, masa cervical derecha indolora y leve pérdida ponderal de 3 meses de evolución. Durante el seguimiento, asocia astenia, diaforesis nocturna y aumento de la masa cervical, por lo que fue derivado preferentemente a consultas de ORL. Tras el diagnóstico de linfoma de Hodking (LH) clásico, se realizó criopreservación de semen previa a tratamiento con radio-quimioterapia.

Exploración y pruebas complementarias

TA 110/70mmHg, FC: 88lpm, SatO2: 99%, temperatura 36°C. Buen estado general, normocoloreado, eupneico. Se palpa masa cervical de aproximadamente 3cm localizada en los niveles II, III, y IV derecho, indolora, indurada y adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios locales. Cavidad oral y orofaringe sin hallazgos patológicos.

1) Analítica: Hb 13.7gr/dl(13.5-17.2), Leucocitos 13 x10e3/µL(4-10), PCR 50.6 mg/L(<5), LDH 360U/L(140-280).

2) RX tórax: sin hallazgos patológicos.

3) Ecografía cervical: Conglomerado adenopático laterocervical derecho de 6-7cm de características indeterminadas, tiroides y glándulas salivares normales. EcoPAAF informa proceso linfoproliferativo.

4) Fibroscopia: cavum libre, sin lesiones en hipofaringe y laringe.

5) TC cervico-toraco-abdomino-pélvico: adenopatías cervicales derechas y mediastino, de tamaño variable, la mayor de 25mm, algunas con necrosis en su interior, compresión parcial de vena yugular y cava superior.

6) Anatomía patológica ganglio: LH clásico (depleción linfocítica).

Juicio clínico

Linfoma de Hodgkin clásico.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma epidermoide ORL, adenopatías metastásicas, adenopatías reactivas, TBC, micobacterias atípicas, VIH, VEB.

Comentario final

Las diversas estructuras anatómicas localizadas a nivel cervical (vasculares, respiratorias, digestivas, endocrinas, nerviosas, inmunológicas y musculares) dificultan el diagnóstico oportuno de las masas cervicales, constituyendo un desafío en la práctica habitual. La anamnesis y exploración clínica cobran especial importancia en la caracterización y diferenciación de la patología cervical. Las masas cervicales de crecimiento progresivo, induradas, inmóviles, indoloras y asociadas a sintomatología sistémica, especialmente fiebre, pérdida de peso y diaforesis nocturna, son altamente sugestivas de un proceso oncohematológico. El alto índice de sospecha de malignidad permite un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz en unidades especializadas, mejorando el pronóstico y disminuyendo la morbimortalidad.

Bibliografía

- *-De Miguel García F, Ortiz García AM, Llorente Arenas E, Maltrana Garcia JA. Revisión del protocolo diagnóstico de las adenopatías metastásicas cervicales con tumor primario desconocido. O.R.L Aragón 2004; 7(1): 5-8.*

576/125. ¿EE EFICAZ EL TERCER ESCALÓN DE ANALGESIA EN EL TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO?

Autores:

Sánchez Velasco, M.[1], Fernández Bersabé, A.[2], González Cosano, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 40 años que consulta por episodios repetidos de dolor de tipo paroxístico, agudo y eléctrico a nivel mandibular derecho, de segundos de duración pero de elevada intensidad, sin cortejo vegetativo asociado, desencadenados de forma espontánea. El dolor comenzó hace 3 años, inicialmente fue tratado con Carbamazepina pautado de forma ascendente hasta los 400 mg/24h que suspendimos por mala tolerancia, posteriormente se pautó amitriptilina a dosis de 25mg/24h y a continuación, pregabalina hasta alcanzar dosis de 600mg/24h sin ningún resultado, también se pautó tapentadol de forma ascendente hasta 50mg/12h. Ante la falta de respuesta al tratamiento se deriva a la paciente a consulta de neurología donde se le pauta eslicarbamacepina 800mg/24h + amitriptilina 25mg/24h, que fue mejor tolerado pero persistían las crisis en frecuencia de 2-3 por semana. Con la llegada de la pandemia la paciente deja su seguimiento por parte de Neurología y consulta de nuevo en AP por persistencia de la clínica. Se inicia gabapentina a dosis de 300mg/8h, a la semana se reevalúa y continúa con mal control del dolor por lo que se aumenta a gabapentina 400mg/8h + duloxetina 60mg/24h siendo necesario

al mes añadir un fármaco del tercer escalón de analgesia oxicodona 5mg/naloxona 2,5mg/12h con el que se consiguió buen control del dolor y de la frecuencia de las crisis (una o ninguna al mes)

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica: consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, habla espontánea, sin alteraciones del lenguaje, PC conservados, PINR, MOE conservados, tono, fuerza y sensibilidad conservadas, ROT normales, RCP normal, prueba dedo-nariz normal, Romberg -, sin alteraciones de la marcha, sin signos de irritación meníngea

RMN craneal sin alteraciones que justifiquen una neuralgia trigeminal secundaria

Juicio clínico

Neuralgia del trigémino derecho (V3) idiopática

Diagnóstico diferencial

Neuralgia del trigémino secundaria

Neuralgia postherpética

Enfermedad dental

Comentario final

El fármaco con mayor nivel de evidencia y de primera elección para la neuralgia del trigémino es la carbamazepina.

Para el tratamiento del dolor neuropático existen diversidad de fármacos: antidepresivos, antiepilépticos, anestésicos, neuromoduladores, opioides, etc. El tratamiento debe hacerse de forma individualizada

Bibliografía

- *1- Santos Lasaosa S, Pozo Rosich P. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020*

576/131. ENFISEMA ORBITARIO IZQUIERDO ESPONTÁNEO TRAS MANIOBRA DE VALSALVA

Autores:

Castañeda Díaz, I.[1], Olivares Carril, P.[1], Fernández Berzosa, T.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Antecedentes Personales y Familiares: Varón de 46 años con los siguientes antecedentes: No alergias medicamentosas. Diabetes Mellitus tipo 2. Polineuropatía diabética. Hepatitis Colestásica, con realización de biopsia hepática. Fractura de tibia y peroné. Pólipos laríngeos resecados. Fumador de 50 paquetes/año. Bebedor de 40-50g de alcohol /día. Exconsumidor de Cocaína. Pauta completa vacuna anti Covid. No antecedentes familiares de patología neoplásica. Tratamiento: Fenofibrato, Insulina, Metformina/Dapaglifozina, Paracetamol, Omeprazol, Simvastatina,

Acude a urgencias porque dos horas antes tras "sonarse la nariz" de forma intensa presenta "hinchazón" de ojo izquierdo. No dolor. No alteraciones visuales, no rinorrea. No antecedente de traumatismo.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 135/90 mmHg. FC 80 lpm. Afebril. Buen estado general. Glasgow 15. Auscultación Cardiopulmonar: Tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado. La exploración dirigida reveló visión del 100% en ambos ojos, no diplopía, reflejos pupilares normales y motilidad ocular conservada, sin edema ni hiperemia conjuntival, aumento de volumen palpebral izquierdo crepitante a la palpación. No dolor a la palpación del marco óseo orbitario y pirámide nasal. En la TC se evidenció: Gas orbitario (neumorbita) izquierda. Enfisema subcutáneo periorbitario izquierdo. No se ven líneas de fractura. Ausencia de tabique nasal.

Juicio clínico

Enfisema orbitario izquierdo espontáneo tras maniobra de Valsalva.

Diagnóstico diferencial

Hay que descartar sobre todo antecedentes de traumatismos en el macizo facial, infecciones de los senos paranasales y antecedentes de manipulaciones otorrinolaringológicas u odontológicas.

Comentario final

El enfisema orbitario (EO) espontáneo es extremadamente raro y representa el 1% de todos los casos. En nuestro caso la ausencia de tabique nasal probablemente se asocie a algún defecto óseo en la base del cráneo lo que por barotrauma (maniobra de Valsalva) ha permitido el paso de aire.

Bibliografía

- *§ Jawaid MS. Orbital enphysema: nose blowing leading to a blown orbit. BMJ Case Rep 2015 Oct 29. doi: 10.1136/bcr-2015-212554*
- *§ Sebastián Muñoz G, Ricardo Rios B, Manuel Rodríguez O, et al. Orbital enphysema after Valsalva maneuver. Report of one case. Rev Med Chil. 2015; 143(2): 257-61.*

576/132. PRESCRIPCIÓN CONSCIENTE, ROMPIENDO LA INERCIA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPOCALCEMIA SEVERA

Autores:

Bosi, M.[1], Reviriego Mazaira, S.[2], Gomes Porras, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Especialista en Endocrinología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 53 años sin alergias ni hábitos tóxicos, con antecedente personal de tiroidectomía total por bocio multinodular (BMN) y ectasia tiroidea intratorácica con anatomia patológica benigna e hipoparatiroidismo postquirúrgico, normosustituidos con levotiroxina y carbonato de calcio y colecalciferol, respectivamente, con buena adherencia farmacológica. Desde hace 4 días en tratamiento con tratamiento erradicador de Helicobacter pylori (omeprazol 20mg c/12h + amoxicilina 1gr c/12h + claritromicina 500mg c/12h + metronidazol 500mg c/12h). Acude a consulta por parestesias peribucales y digitales de 24 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

TA 120/70mmHg, 89lpm, satO2 98% basal, 36,2°C. Buen estado general, normocoloreada, eupneica, auscultación cardiopulmonar normal, signo de Chvostek y Trousseau positivos, signo de Tinel y Phanel negativos y reflejo osteotendinoso patelar bilateral aumentado (III/IV).

1) Analítica: calcio iónico de 0.79mmol/L (1.15-1.29), calcio total corregido por proteínas totales de 7.1mg/dL (8.6-10.2), magnesio 2.6mg/dL (1.3-2.7), fósforo de 3.5mg/dL (2.5-4.5), resto sin hallazgos significativos.

2) ECG: RS a 85lpm, PR 0,16seg, QRS estrecho, QTc de 450ms.

Precisó reposición intravenosa con gluconato de calcio, hasta normalización de la calcemia y remisión de la sintomatología.

Requiriendo sustitución del carbonato de calcio por citrato de calcio para asegurar la biodisponibilidad durante la toma de omeprazol.

Juicio clínico

Hipocalcemia severa sintomática secundario a malabsorción

Diagnóstico diferencial

Crisis de ansiedad, radiculopatía, mononeuropatía, polineuropatía, mielopatía, patología del SNC (Esclerosis múltiple, LOE, ictus, epilepsia)

Comentario final

El único suplemento oral de calcio disponible en España es el carbonato de calcio. Aunque éste presenta la mayor proporción calcio elemento, requiere de un pH gástrico ácido para su conversión a cloruro de calcio y absorción en intestino delgado proximal. Tanto los estados de hipoclorhidria-aclorhidria como la infección por H. pylori per sé, especialmente cuando ambas coexisten, provocan una disminución de su biodisponibilidad. En estos escenarios clínicos, las opciones terapéuticas disponibles son el citrato, lactato y gluconato de calcio debido a su solubilidad en pH gástrico neutral; éstas pueden prepararse en las farmacias como fórmula magistral con receta clínica. En todos los casos, debe evitarse el uso indiscriminado y a altas dosis de IBPs.

Bibliografía

- *Valencia-García F, Román-Morales M, Cardona-Sánchez D. El calcio en el desarrollo de alimentos funcionales. Rev. Lasallista Investig. 2011;8(1):104-116.*

576/133. TENGO VARIAS ULCERAS QUE NO MEJORAN. ¿DOCTOR, SERÁ ALGO MALO?

Autores:

García García, J.[1], Alarcón Hidalgo, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 58 años. Antecedentes personales: Tabaquismo activo (1.5-2 paquetes al día, últimamente 10 cigarros."Mala circulación". NO HTA, No DM conocida. Intervenciones quirúrgicas: Hernia inguinal en la infancia. Realiza trabajo físico y pasa varias horas de pie. Aparición de callos en pie izquierdo (raíz del primer dedo, quinto dedo y planta del pie). Estuvo trabajando más de 5 meses con ellos y finalmente fue al podólogo. Tras tratamiento quirúrgico, aparición de lesiones ulcerosas en base primer y quinto dedo, no en planta del pie. Dada la evolución lenta de las úlceras (más de 1 mes) desde atención primaria se solicita control analítico, se pauta tratamiento para el control del dolor y con antiagregantes Ante hallazgos analíticos derivamos para valoración por hematología y cirugía cardiovascular Hematología Mayo 2021: Ante la sospecha de síndrome mieloproliferativo crónico (SMPC) se amplia análisis con estudio molecular: Valorado por cirugía Cardiovascular Julio 2021: Isquemia Grado IV miembros inferiores (MM.II). Solicita angio-tac (pendiente)

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: edemas en extremidades inferiores . Disminución pulsos pedios en ambas extremidades. No frialdad parte distal. Analítica (28/4/2021): hb 15.7. Hto 48.8, plaquetas 1.639.000. Leucocitos 16130 (N 11.500, linfocitos 2690, Monocitos 1090, Eosinófilos 640, Basófilos 210) Frotis: severa trombocitosis con presencia de macro y megatrombocitos, así como displasia. Leve leucocitosis a expensas de leve neutrofilia con discreta mielemia, leve monocitosis y discretas eosinofilia y basofilia. Estudio molecular: JAK2 positivo, MPL negativo, CALR negativo. Biopsia médula ósea :neoplasia proliferativa crónica tipo Trombocitemia esencial Exudado ulceras 21/7/2021: Staphylococcus aureus, Enterobacter cloacae, Klebsiella oxytoca Angio-TAC pendiente

Juicio clínico

Arteriopatía periférica grado funcional IV (Factores de riesgo: tabaquismo y trombocitosis) Ulceras MM.II de evolución tórpida.

Diagnóstico diferencial

Oclusión arterial: arteriosclerosis, tromboembolismos, Alteraciones microcirculación: Raynaud, HTA, aumento viscosidad sanguínea Lesiones físicas o químicas: UPP, Traumatismos,quemaduras, bacterianas, víricas Enfermedades metabólicas: Diabetes Enfermedades hematológicas Tumores cutáneos.

Comentario final

Ante la mala evolución de las ulceras y la sobreinfección por varios gérmenes se inicia tratamiento

basándonos en el antibiograma con clindamicina + gentamicina IM+ trimetoprim-sulfametoxazol. El paciente sigue fumando unos 6-8 cigarros al día. Se propone remitir a consulta de intervención avanzada individual (pero el paciente lo está pensando.

Bibliografía

- *Dermatología práctica. Volumen 102, paginas 780-790. Diciembre 2011.*

576/134. DOCTOR, NO PUEDO CAMINAR

Autores:

Vallejo Basurte, C.[1], Adame Sanz, L.[2], Ruíz-Canela Gallardo, M.[3], Rodríguez Onieva, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

-AP: Varón,54 años.Sin antecedentes personales de interés.Hábitos tóxicos: fumador de 5-6 purillos/día. Sin tratamiento habitual.

Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por dolor en 2º y 3er dedos del pie derecho de un mes de evolución.En dichos dedos presenta lesiones eritematosas,no pruriginosas,habiéndose iniciado ulceración en el tercer dedo.Además el paciente refiere frialdad y parestesias a dicho nivel.Asimismo al interrogarle nos cuenta que en ocasiones,con la exposición al frío,los dedos de las manos se les ponen pálidos y posteriormente eritematosos,pero nunca cianóticos.

Exploración y pruebas complementarias

EF: BEG, COC, estable hemodinámicamente.Extremidades inferiores:No se palpa pulso pedio derecho. Pulsos femorales bilaterales simétricos.Pie derecho:frío con dedos eritematosos y lesiones purpúricas distales.Úlcera incipiente en tercer dedo.

PPCC: Analítica sanguínea:sin alteraciones significativas.

Es derivado a C.Cardiovascular donde realizan eco-doppler y solicitan angioTC de miembros inferiores con el siguiente resultado: Troncos infrapoplíteos:Lesiones muy severas encontrándose completamente ocluidas la arteria peronea y tibial posterior bilaterales. A.tibial anterior derecha permeable hasta tercio distal medio donde se ocluye bruscamente.Pedia derecha ocluida.Tibial anterior y pedia izquierdas permeables.

Juicio clínico

Enfermedad de Buerger (Tromboangeítis obliterante)

Diagnóstico diferencial

- Síndrome de Raynaud
- Isquemia arterial
- Crioglobulinemia
- Vasculitis
- Ateromatosis

Comentario final

Actualmente,el paciente se encuentra en tratamiento con AAS, cilostazol, prostaglandinas y analgesia, pues su mayor afectación es la neuropatía distal residual, con buena evolución del cuadro. Desde Atención Primaria, nuestro papel consiste en un seguimiento del paciente conjunto con CCV, optimizando el mejor tratamiento y realizando curas precoces de las lesiones que pudieran aparecer, evitando su infección o peores desenlaces.

Pero, además, sabiendo que el mayor factor de riesgo asociado con esta enfermedad es el consumo de tabaco, nuestra labor principal debe ser,en primer lugar, la prevención promoviendo hábitos de vida saludables y reduciendo los factores de riesgos modificables como el consumo de tóxicos. Y,una vez instaurada la enfermedad, ayudar en la deshabituación tabáquica.

Bibliografía

- *Espinosa G, Llambrich A, Ingelmo M. Tromboangeítis obliterante. Medicina Integral.2001;37(4):154-159*
- *Rivera-Chavarría IJ, Brenes-Gutiérrez JD. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease).Ann Med Surg (Lond).2016;7:79-82*

576/135. ¿QUÉ LE PASA A MI PIERNA?

Autores:

Olivares Carril, P.[1], De Hita Molina-Bailén, L.[2], Estrada Ortiz, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 43 años. Ama de casa.

Hipotiroidismo subclínico, cefalea tensional ocasional. No otros antecedentes personales ni familiares de interés. No toma medicación habitual en casa. No hábitos tóxicos.

La paciente acude a nuestra consulta refiriendo que el día anterior notó un dolor cervical que irradia a resto del raquis tras girar el botón de la lavadora (refiere que está duro). Hoy comienza con sensación de hormigueo en miembro inferior izquierdo y pérdida de fuerza en el miembro inferior derecho.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, alerta y orientada, bien hidratada, perfundida y coloreada.

Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos patológicos

Exploración neurológica: pares craneales normales. Fuerza extremidades superiores conservada, en miembro inferior derecho 1/5 y en izquierdo 4/5. Sensibilidad dolorosa y posicional normal. ROT simétricos hipoactivos. No mioclonías. Lasegue y Bragard negativos bilateralmente. Apofisalgia dorsal.

Rx tórax y columna: normales

Se deriva a urgencias de hospital para completar estudio

Analítica: sin alteraciones llamativas

LCR: no hematíes ni leucocitos. Glucosa 77mg/dL. Proteínas 40,4mg/dL. Cultivo negativo

TC cráneo: sin hallazgos patológicos

Se le da el alta y es valorada por medicina interna 4 días después, realizandole una RMN.

RMN: mielitis dorsal con afectación desde T4 a T8 de probable origen vascular.

Se deriva a servicio de neurología, donde comienza tratamiento rehabilitador y se completará el estudio.

Juicio clínico

mielitis dorsal T4-T8

Diagnóstico diferencial

hernia discal, fractura vertebral, espondilolistesis

Comentario final

Las pruebas que podemos solicitar desde atención primaria son muy limitadas, es por que debemos centrarnos en una buena anamnesis y exploración física. En este caso, es necesario realizar una exploración neurológica meticulosa y comprobar la fuerza de los 4 miembros. Esto nos ayuda a discernir si debemos derivar al paciente a urgencias, al especialista o realizar el manejo del episodio desde atención primaria.

Bibliografía

- *Gorelick, P, Testai, F, Hankey, G. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2º ed. Madrid: AMOLCA; 2016 P.751-56*

576/137. DESCARTANDO CAUSAS SECUNDARIAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores:

Ortega Sánchez, P.[1], Olivares Carril, P.[2], Luna Zamora, R.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés que consulta por cifras tensionales elevadas medidas en domicilio desde hace una semana. Refiere antecedentes familiares de hipertensión arterial (HTA) y situación personal estresante desde hace varios meses. No sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: TA 150/85 mmHg, FC 66 latidos por minuto, afebril. Talla: 166 cm, peso 59 Kg, IMC 21.4 Kg/m2. ACR: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Extremidades sin edemas, ni rash, ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: fuerza y sensibilidad global y segmentaria conservada, Glasgow 15, pupilas isocóricas normorreactivas.

- Analítica: hemograma y coagulación normal. Bioquímica con glucemia de 92 mg/dl, creatinina 0.71, transaminasas normales, iones en rango. Sistemático de orina sin alteraciones. Hormonas tiroideas normales.

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 68 latidos por minuto, eje normal, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización.

- AMPA con TA media 140/90-150/100 mmHg.

- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico dentro de límites normales, senos costofrénicos libres, sin opacidades parenquimatosas.

- Ecocardiograma: normal.

- Ecografía abdominal/renal: sin alteraciones.

- Aldosterona, actividad de renina plasmática, cortisol en orina de 24 horas, metanefrinas normales.

- Fondo de ojo: normal.

Juicio clínico

Hipertensión arterial esencial

Diagnóstico diferencial

Despistaje de secundarismos: enfermedad renal vascular o parenquimatosa, SAOS, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.

Comentario final

Las conductas actuales del siglo XXI junto con hábitos de vida poco saludables y predisposición genética condiciona una situación personal de estrés que puede desencadenar la hipertensión arterial. Aunque no por esto debemos dejar de buscar una causa secundaria en aquellas personas en las que esté indicado.

Bibliografía

- *1. Moliner de la Puente JR, Castiñeira Perez C, Chayán Zas L, Dominguez Sardiña M, Gil Teijeiro J, González Paradela C et al. Guía de Hipertensión arterial secundaria. Fisterra; 2014.*
- *2. Moliner de la Puente JR, Fraguela Muñiz L, González Paradela C, Arnao Sánchez F. Guía de Hipertensión arterial. Fisterra, 2020.*
- *3. Santamaria R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. NefroPlus. 2015; 7:11-21.*

576/138. FUMADOR, PÉRDIDA PESO, HEMOPTISIS, NO ES LO QUE PARECE

Autores:

Olivares Carril, P.[1], Estrada Ortiz, P.[2], Andres Bosi, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Varón de 35 años. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de medio paquete al día. Padece migrañas ocasionales y síndrome de colon irritable. Tratamiento habitual: ibuprofeno 650mg.

El paciente acude a nuestra consulta refiriendo cuadro asténico de 2 meses de evolución con pérdida de peso asociada (6 Kg). Presenta náuseas matutinas, sudores diurnos y dolor renal. Ocasionalmente tos con esputo hemoptoico. Hábito intestinal diarreico y no clínica urinaria.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 160/75. FC: 88 lpm

Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos patológicos

Exploración abdominal: sin hallazgos patológicos

Se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio

Rx tórax: sin alteraciones significativas

Analítica de sangre: Hb: 11,4 g/dL. Iones normales. Creatinina 11,1mg/dL. pH 7,33

Análisis orina: osmolaridad elevada. Creatinina 115. Proteínas 3+. Hematíes 2+.

Ecografía abdominal: hiperecogenicidad del parénquima renal bilateral, sin lesiones focales evidentes, hallazgos inespecíficos que plantean descartar enfermedad parenquimatosa.

Ingresa en planta de nefrología

Biopsia renal: alteraciones compatibles con nefropatía IgA con expansión mesangial. Lesiones de esclerosis segmentaria y semilunas celulares.

El paciente comienza tratamiento con hemodiálisis.

Juicio clínico

Enfermedad renal crónica estadio 5 por nefropatía IgA

Diagnóstico diferencial

cáncer pulmón, pielonefritis, cólico renal

Comentario final

Un síndrome constitucional en un fumador con hemoptisis debería orientarnos a que padezca un cáncer de pulmón hasta que se demuestre lo contrario. En este caso sin embargo se trata de una nefropatía IgA. La NIgA es la causa más frecuente de glomerulonefritis primaria en la mayoría de los países del mundo. Aunque se puede presentar a cualquier edad, el pico de incidencia ocurre entre la segunda y tercera década de la vida; raramente afecta la raza negra y ocurre con mayor frecuencia en países asiáticos y de raza blanca.

Bibliografía

- *Lococo B, Alberton V, Fazzini B, Quevedo A, MoRales D, Malvar A. Nefropatía por IgA. Revisión y conducta terapéutica a propósito de un caso clínico. Nefrología, Diálisis Y Trasplante. 2016;36(2):108–23*

576/140. UN DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

Autores:

Sánchez Velasco, M.[1], Fernández Bersabé, A.[2], González Cosano, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 28 años que consulta por dolor torácico de características mecánicas de una semana de evolu-

ción, no clínica respiratoria, no disnea ni fiebre, no esfuerzos previos. El dolor no cede a pesar de analgesia de 1er escalón por lo que se decide ampliar estudio desde AP con EKG y Rx tórax. Ante los hallazgos en Rx tórax se deriva de forma urgente a hospital de referencia donde ingresa para estudio y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias

ACR: ritmica sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos

EKG: ritmo sinusal a 75 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, ondas T picudas de V2-V3

Rx tórax PA y lateral: cardias de tamaño normal, imágenes nodulares bilaterales redondeadas en ambos campos pulmonares, más numerosas en hemitórax derecho, algunas de ellas de hasta 3 cms (patrón en suelta de globos)

Analitica: hemograma con 8180 leucocitos, hb 14,4, plaquetas 291000, coagulación TP 77%, INR 1,19, bioquímica con función renal, lipídico y hepático normales, PCR 47, alfa fetoproteina 0,4

TC tórax y abdomen: múltiples nódulos pulmonares bilaterales de variado tamaño (el mayor de 30mm en LSI adosado a pleura mediastínica) distribuidos en la totalidad de lóbulos. No adenopatías axilares o mediastínicas significativas.

Masa retroperitoneal de 120x84mm adosada a la derecha de grandes vasos desde la cabeza pancreática hasta cadena ilíaca común derecha compatible con conglomerado adenopático

Lesión cortical de 38mm en riñón izquierdo de aspecto quístico con pared engrosada y realzada y alguna tabicación grosera en su interior (Bosniak III-IV). Adenopatías paraaórticas izquierdas de 1,5 cm

Ecografía de escroto y testículos: no se aprecia imagen sugestiva de tumor primario testicular

Juicio clínico

Neoplasia renal izquierda con metástasis pulmonares

Diagnóstico diferencial

Tumor testicular

Metástasis de otro origen

Vasculitis

Causas inflamatorias/infecciosas

Comentario final

Tras la realización de BAG se llega al diagnóstico de carcinoma de origen germinal extragonadal. Tras realizar estudio de extensión y descartar metástasis a otros niveles se administra tratamiento quimioterápico con BEP

Los nódulos pulmonares múltiples en ausencia de una etiología conocida suelen corresponder a metástasis, cuyo origen primario puede ser: testicular, ovárico, renal, mamario, del canal anal, melanomas y sarcomas

Bibliografía

- *Mandel J, Stark P. Differential diagnosis and evaluation of multiple pulmonary nodules. UpToDate, 2017*

576/141. DOLOR TORÁCICO Y ONDA T NEGATIVAS EN DERIVACIONES PRECORDIALES

Autores:

Guerra Pérez, B.[1], Peña Pinto, M.[1], Alberich Cea, R.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón, 52 años, acude a urgencias hospitalaria de Jerez, traído en ambulancia, por dolor torácico, opresivo, irradiado a cuello, acompañado de cortejo vegetativo, de 25 min de duración, tras un sobreesfuerzo, y que había mejorado con nitroglicerina sublingual pautado en ambulancia. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina; dislipemia, en tratamiento con simvastatina y fumador activo de 20cigarrillos/día.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinámicamente, presión arterial 135/77mmHg, frecuencia cardiaca 95lpm, sat02 basal 98%. Exploración completa incluyendo auscultación cardiopulmonar normal, miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. En electrocardiograma, ritmo sinusal,89 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, QTc normal, ondas T negativas en V1-V4. Analíticamente, destaca troponina I 663.70 ng/L, siendo las segundas de 631.80 ng/L. Se administra aceido acetilsalicílico 300mg y ticagrelor 180mg. Se avisa a UCI para cateterismo urgente dado la sospecha de Síndrome de Wellens. Se realizó revascularización percutánea con implante de stent medicalizado.

Juicio clínico

Síndrome de Wellens.

Diagnóstico diferencial

Miocarditis, hipertrofia ventricular izquierda, embolismo pulmonar, patrón de onda T juvenil.

Comentario final

El síndrome de Wellens es una entidad caracterizada electrocardiográficamente por la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales derechas. Es a un subtipo de angina inestable con alto riesgo de progresar a infarto agudo de miocardio de cara anterior (por afectación de porción proximal de la arteria descendente anterior), requiriendo una estrategia invasiva temprana. Las variaciones electrocardiográficas características habitualmente se dan en periodo asintomático.

Existen dos tipos: tipo 1 (24%), ondas T bifásicas en las derivadas V2–V3 y una elevación insignificante o inexistente del segmento ST; tipo2, (más frecuente), ondas T invertidas, profundas y simétricas en precordiales derechas.

Su incidencia es del 10–15% del total de los síndromes coronarios agudos. Los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales la predisponen. Criterios diagnósticos: ausencia ondas Q patológicas; elevación insignificante del segmento ST (<1mm); progresión normal de la onda R en precordiales; enzimas miocárdicas normales o sutilmente elevadas (12% de pacientes).

Es importante un diagnóstico precoz, ya que el 75% de los pacientes no revascularizados desarrollarán infarto de pared anterior.

Bibliografía

- *C.A. Carvajal, D.J. Ardila. Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro. Rev Colomb Cardiol., 22(2015), pp.244-248.*

576/142. EN LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN, CADA DETALLE CUENTA

Autores:

Guerra Pérez, B.[1], Peña Pinto, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente, 56 años, acude a urgencias del centro de salud por dolor hipocondrio derecho y epigastrio, 48 horas de evolución, carácter cólico, refractario a analgesia. Además, náuseas, sin

vómitos. Estreñimiento de tres días. No antecedentes personales. El mes previo había tomado AINEs por epigastralgia a causa de cólico biliar no complicado.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente, 56 años, acude a urgencias del centro de salud por dolor hipocondrio derecho y epigastrio, 48 horas de evolución, carácter cólico, refractario a analgesia. Además, náuseas, sin

vómitos. Estreñimiento de tres días. No antecedentes personales. El mes previo había tomado AINEs por epigastralgia a causa de cólico biliar no complicado.

Juicio clínico

Neumoperitoneo por perforación gástrica

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis, cólico biliar complicado, obstrucción intestinal.

Comentario final

Ante un dolor abdominal es importante anamnesis, exploración y descartar signo de alarma para solicitar pruebas complementarias, recordando que una radiografía abdominal equivale a 50 de tórax. A la exploración, sospechar perforación de víscera hueca ante signo de Gueneau de Mussy (dolor al descomprimir bruscamente cualquier región del abdomen) o signo de Claybrook (acentuación de ruidos respiratorios y cardiacos en pared abdominal). Radiológicamente, en tórax aparece aire libre en cavidad peritoneal, bajo cúpula diafragmática; y en abdomen signo de Rigler (visualización de ambas superficies de la pared intestinal, por la presencia de gas en contacto con ellas, tanto en el interior del asa como por fuera de ésta). Ambos nos indican neumoperitoneo.

Además, descartar clínicamente peritonitis. Sospecharlo si dolor insidioso, que va aumentando hasta hacerse sostenido y empeora con movimientos. Si es secundario a perforación, puede

aparecer agudamente. Si progresa, aparece alteración de estado general o postura de semiflexión antiálgica. Tener en cuenta signos de irritación peritoneal, no tan claro en pacientes añosos u obesos (abdomen vencido o agotado).Criterios de derivación a hospital: shock, sospecha patología quirúrgico, signos de peritonismo, distensión abdominal, hernias no reductibles, niveles hidroaéreos en radiografía, neumoperitoneo, aerobilia.

Bibliografía

- *Ricardo L.Videla y cols.Imágenes en abdomen.Aire donde no tiene que haber aire.Revista Argentina de Radiología, vol.70, núm.4, octubre-diciembre, 2006, pp.307-321. Disponible en línea en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382538449006*

576/143. HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO

Autores:

Verdejo Ferrer, S.[1], Álvarez Luque, M.[2], Rodríguez Soler, R.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 65 años sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, artrosis generalizada, síndrome ansioso-depresivo. La paciente presenta una aparición cronológica de cierta sintomatología que va acentuándose progresivamente. Desde hace 3 años refiere trastornos del equilibrio que han resultado en caídas accidentales sin presentar complicaciones importantes por las que no ha consultado. Sumado a esto, desde hace aproximadamente un año, ha comenzado con incontinencia urinaria de urgencia llegando a requerir el uso de pañales. En los últimos meses presenta, además, deterioro cognitivo con bradipsiquia, volviéndose parcialmente dependiente para las ABVD.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, desorientada en tiempo, poco colaboradora. AC: tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: Glasgow 15, pupilas isocóricas normorreactivas sin focalidad a la exploración de pares craneales. Marcha limitada con pasos cortos, arrastrando los pies. Exploración piscopatológica: bradipsiquia, bradilalia, labilidad emocional y pobreza del lenguaje.

Se solicitó:

- Analítica de sangre: hemograma normal. Bioquímica normal. VitB12 normal. Ac sífilis negativo.

- TC de cráneo: dilatación de sistema ventricular con índice de Evans de 0,31.

Juicio clínico

Hidrocefalia crónica del adulto

Diagnóstico diferencial

Hidrocefalia crónica del adulto, enfermedad Alzheimer, demencia vascular, neurosífilis, demencia cuerpos de Lewy

Comentario final

Ante el juicio clínico que sospechamos se derivó a la paciente a Neurocirugía y se decidió colocación de derivación ventriculoperitoneal con buena evolución y desaparición parcial de la clínica.

La hidrocefalia crónica del adulto, en mayores de 65 años, tiene una prevalencia de 0.2-2.9% suponiendo el 6% de todos los casos de demencia. Se trata de un síndrome clínico-radiológico caracterizado clínicamente por alteraciones lentamente progresivas de la marcha, incontinencia urinaria y demencia (lo que se conoce como triada de Hakim) en presencia de dilatación del sistema ventricular con presión normal del líquido cefalorraquídeo.

Es importante prestar atención a toda la sintomatología que nos cuenta cada paciente y no enfocar cada síntoma de forma individual, sino como un conjunto global para así poder llegar a elaborar un diagnóstico diferencial completo y poder llegar al diagnóstico correcto.

Bibliografía

- *Fauci, A. Harrison´s Principios de Medicina Interna. 18º edición. McGraw-Hill;2012.*

576/144. DOCTORA, NO PUEDO TRAGAR. TENGO UN NUDO EN LA GARGANTA

Autores:

Peña García, M.[1], Menéndez Polo, P.[1], Torrescusa Camisón, R.[1], Latorre Rodríguez, L.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 24 años que consulta en repetidas ocasiones en Atención Primaria por disfagia a sólidos y sensación de cuerpo extraño faríngeo que describe como "un nudo en la garganta" de meses de evolución. Inicia dieta líquida con pérdida de 8kg de peso, expresando miedo irracional a ahogarse al ingerir alimentos. Se inicia tratamiento con diazepam con leve alivio, y se deriva a ORL y Digestivo para valoración. Finalmente, mediante anamnesis y valoración global de los síntomas, tras varias consultas, la paciente expresa angustia tras el diagnóstico de enfermedad oncológica a su padre, comenzando, entonces, el cuadro de disfagia. Se inicia tratamiento psicoterapéutico con apoyo emocional y técnicas de relajación con mejoría significativa.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, Eupneica. Angustia importante.

ORL: mucosa yugal conservada. Movilidad lingual adecuada, sin lesiones en suelo de la boca. Pilares amigdalinos simétricos, amígdalas hipertróficas grado II, úvula centrada. Exploración cervical: normal.

Fibronasolaringoscopia: FND permeable, con resto adenoideo en zona derecha de cavum, valécula y base de lengua libres. Epiglotis y senos piriformes sin hallazgos, cuerdas vocales móviles, buena luz glótica, reflejo epiglótico conservado. Se administran 10cc textura yogurt con deglución efectiva, sin restos en valécula.

Endoscopia oral: esófago normal, gastritis leve eritematosa. Estudio baritado, esofagograma y phmetría sin alteraciones.

TC y ecografía cervical: Sin hallazgos de interés.

Analítica: hemograma, bioquímica y perfil tiroideo normales.

Juicio clínico

Disfagia psicógena

Diagnóstico diferencial

Es preciso descartar causas de disfagia orofaríngea y esofágica: Enfermedades neurológicas, musculares, infecciosas, patologías orgánicas obstructivas, tras-

tornos funcionales, causas iatrogénicas (fármacos, cirugía, radiación...).

Comentario final

La disfagia es un síntoma grave que requiere valoración inmediata. Se clasifica por su fisiopatología en dos categorías: disfagia orofaríngea y esofágica. Es preciso diferenciar patología orgánica causante o trastorno funcional. Una vez descartada organicidad se debe investigar acerca de situaciones y acontecimientos vitales estresores causantes; y es aquí, donde el médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental.

Desde Atención Primaria es de importancia la valoración global de los síntomas permitiendo acotar y disminuir las derivaciones, tiempos de espera y exploraciones complementarias, así como ofrecer una asistencia global e individualizada de calidad.

Bibliografía

- *1. Guía clínica disfagia [Internet]. Fisterra.com. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disfagia/*

576/145. HIPERTIROIDISMO TRAS VACUNACIÓN FRENTE A SARS-COV-2

Autores:

Blanco Capitán, M.[1], Moreno Cruz, A.[2], Garrido Montenegro, G.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga

Descripción del caso

Mujer, 31 años, sin alergias medicamentosas, sin antecedentes familiares, con los antecedentes personales: Fumadora, consumo acumulado de 5 paq/año. Síndrome ovario poliquístico sin tratamiento actual. No alteraciones en analíticas previas, incluido perfil tiroideo.

Consulta a Médico por episodio de inflamación de cuello, dolor centrotorácio y sensación de palpitaciones. No disnea ni otra sintomatología. El día anterior se vacunó (vacuna ARN) frente a SARS-CoV-2, primera dosis.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Eupneica, SatO2 100%. Bocio a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo según palpación. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, 140 lpm.

PPCC: Analítica sanguínea, destacando: Tirotropina <0.008 UI/mL y T4 libre 3,52 UI/mL; siendo los valores previos normales. Anticuerpos antitiroideos elevados, Proteína C Reactiva 9,6 mg/L. Y Rx de tórax que es normal.

Ante hiperfunción tiroidea, se deriva a M.Interna para completar estudio, hallándose incidentalemnte masa mediastínica anterior, se realiza biopsia con resultado de hiperplasia tímica (HT). Se evidencia aumento de función tiroidea y de vascularización, sin nodulaciones en la ecografía e hipercaptación difusa en gammagrafía.

Juicio clínico

Hipertiroidismo compatible con enfermedad de Graves-Basedow e hiperplasia tímica en el contexto de síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) tras vacunación contra SARS-CoV-2.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad Graves-Basedow, tiroiditis.

Se descartó Bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico, carcinoma de tiroides y tumor trofoblástico por pruebas de imagen y analítica no compatibles.

Masa mediastínica: Hiperplasia tímica, hiperplasia linfoide en contexto de miastenia gravis, timoma, tumor germinal.

Comentario final

Debemos saber que la patología tiroidea puede estar asociada potencialmente con vacunación contra SARS-CoV-2, ya que es enfermedad multisistémica que puede provocar reacción inflamatoria en tejidos

extrapulmonares, así como su vacuna, desencadenando el síndrome ASIA. Sin embargo, tal efecto secundario nunca debería excluir vacunación.

Existe una relación descrita entre hiperplasia tímica e hipertiroidismo, que infrecuentemente puede presentarse como masa mediastínica. Se debe pautar tratamiento para conseguir eutiroidismo y controlar periódicamente tamaño de HT.

Bibliografía

- *Vera-Lastra O, Ordinola Navarro A, Cruz Domiguez MP, et al. Dos casos de enfermedad de Graves después de vacunación contra el SARS-CoV-2: un síndrome autoinmune / inflamatorio inducido por adyuvantes. Tiroides 2021; 31: 1436.*
- *Dalla Costa M, Mangano FA, Betterle C. Hiperplasia tímica en pacientes con enfermedad de Graves. J Endocrinol Invest 2014; 37: 1175.*

576/146. VARÓN DE 58 AÑOS CON SÍNDROME DE SWEET

Autores:

Louise Rewaj, C.[1], Garcés Alonso, C.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Varón de 58 años. Antecedentes personales: Hipertensión, diabetes mellitus tipo II, dislipemia. No alergias medicamentosas conocidas. Tratamiento habitual: Ibersartan 150mg/Hidroclorotiazida 12,5mg/24h y metformina 850mg/12h. Consulta a su médico de familia por aparición de pústulas en tronco, cara y miembros superiores, de dos días de evolución y fiebre de hasta 38ºC. No episodios previos. No presenta otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Auscultación cardio-pulmonar normal. Presenta una lesión en dorso de antebrazo derecho de unos 5cm de diámetro con centro de coloración violácea. Zona perilesional indurada con aumento de temperatura. Presenta lesiones en cara, cuello, cuero cabelludo, brazos y tórax eritemato-pustulosas, la mayoría menos de 1 cm. Se le deriva al servicio de urgencias para realización de pruebas complementarias. En analítica destaca leucocitosis y PCR 251 mg/L. En urgencias se contacta con el servicio de Enfermedades Infecciosas y Dermatología y se decide iniciar tratamiento con Amoxicilina/clavulánico/8h, y se cita para seguimiento y estudio en consulta de Dermatología. Se realiza aspirado, con cultivo negativo, y se realiza biopsia cutánea, confirmando el diagnóstico de dermatosis neutrofílica (Síndrome de Sweet). Se inicia tratamiento con prednisona, con mejoría notable de las lesiones a la semana de iniciar el tratamiento.

Juicio clínico

Dermatosis neutrofílica/Síndrome de Sweet

Diagnóstico diferencial

Eritema multiforme, Lupus eritematoso cutáneo agudo, Pioderma gangrenosa, Eritema nudoso diseminado, Celulitis.

Comentario final

El Síndrome de Sweet es una enfermedad muy infrecuente, y no se conoce con certeza la etiología. Puede estar relacionada con procesos inflamatorios o proliferativos y también por una reacción de hipersensibilidad por algún proceso previo, como, por ejemplo, la toma de fármacos o una infección de vías respiratorias altas.

Bibliografía

- *Villarreal-Villarreal CD, Ocampo-Candiani J, Villarreal-Martínez A. Sweet Syndrome: A Review and Update. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(5):369-378. doi:10.1016/j.ad.2015.12.001*

576/148. MÁS ALLÁ DE LA TOS

Autores:

Garrido Montenegro, G.[1], Martín Romero, D.[2], Blanco Capitán, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Varón, 48 años sin antecedentes, alergias o consumo de tóxicos previos que presenta tos seca y ligera disfonía desde hace cuatro meses. Sin otros síntomas respiratorios. Ha estado en tratamiento con antibiótico (amoxicilina-clavulánico, Levofloxacino), corticoides (Deflazacort), antitusígeno (Codeína) e inhaladores (Budesonida, salbutamol) sin mejoría del cuadro. Ha consultado hasta en 6 ocasiones en el servicio de Urgencias del hospital de referencia donde realizaron radiografía de tórax que es normal. Hasta el momento no había consultado con nosotros por incompatibilidad de horarios por su trabajo. Además el paciente nos habla que en las últimas semanas presenta sintomatología dispéptica y estreñimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable, eupneico a aire ambiente, afebril. Exploración orofaríngea normal. En la palpación del cuello objetivamos un nódulo supraclavicular de centímetro y medio de tamaño, no adherido a planos profundos, que catalogamos como adenopatía reactiva. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos. Revisamos rx de tórax realizada en Urgencias que está poco inspirada por lo que no podemos visualizar correctamente los campos pulmonares aunque no objetivamos ninguna alteración. A su vez, comprobamos la analítica de sangre realizada en la última visita (hace dos semanas) en la que solo destaca una PCR 50. Ante la exploración anodina del paciente, salvo la adenopatía supraclavicular, y la aparición reciente de la sintomatología digestiva, decidimos citar al paciente por la tarde para realizar una ecografía de abdomen, donde objetivamos una lesión de borde y contenido heterogéneo en lóbulo hepático derecho. El resto del estudio es normal.

Juicio clínico

Derivamos al paciente para completar estudio con diagnóstico de: LOE (Lesión ocupante espacio) hepática y tos seca a filiar origen. Adenopatía supraclavicular reactiva

Diagnóstico diferencial

LOE metastásica secundaria a tumor primario de probable origen pulmonar

Tos secundaria a irritación del nervio laríngeo recurrente

Tos secundaria a irritación tumoral pleural

Comentario final

Se realiza TAC donde se identifica masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con infiltración pleural y metástasis única en lóbulo hepático derecho.

La importancia de una correcta anamnesis así como atender a los mínimos hallazgos que nos encontramos en la exploración del paciente son clave para iniciar la sospecha diagnóstica.

Bibliografía

- *Harrison. Principios de medicina interna. Jimenez Murillo. Medicina de Urgencias Y Emergencias.*

576/149. ORINANDO VINO

Autores:

Ruíz-Canela Gallardo, M.[1], Morillo-Velarde Moreno, C.[2], Rodríguez Onieva, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón 16 años, sin alergias conocidas. Consulta por faringoamigdalitis aguda bacteriana, la cual tratamos con amoxicilina. Reconsulta a las dos semanas por microhematuria asintomática desde hace 48 horas. Tras tratamiento con Cefixima, consulta de nuevo por

empeoramiento de su sintomatología, con hematuria franca. Ante la sospecha clínica, es derivado a urgencias de nuestro hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Consciente y orientado, normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Edemas generalizzados

ACP: ritmico, sin soplos, buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos sobreañadidos.

ORL: anodino

MMII: discretos edemas bimaleolares.

ANALITICA: hemograma, coagulación y bioquímica básica normales. Destacan ASO 977 U/ ml . Ig G e Ig M Streptococo B hemolítico positivo, ANA y ANCAs negativos. C3 disminuido.

Sistematico de orina: hematíes 250 , leucocituria, proteinuria 25 mg/dl. Urocultivo : negativo

Ecografia de abdomen normal.

Juicio clínico

Glomerulonefritis post-infecciosa

Diagnóstico diferencial

GMN Ig A , GMN membranoproliferativa.

Comentario final

Hablamos de una enfermedad renal que compromete al glomérulo. Tras una infección por algún germen de la familia del Streptococo, siendo el más frecuente el betahemolítico del grupo A, se forman inmunocomplejos (Ag-Ac) que se depositan en los capilares glomerulares causando inflamación, disminuyendo el filtrado glomerular y activando el complemento. Es un cuadro típico en varones de entre 4 y 14 años. La clínica más frecuente es la típica de un sdme nefrítico agudo (hematuria, edema, HTA) con periodo de latencia de 1 a 2 semanas. No requiere tratamiento específico. Es preciso ingresar a estos pacientes para darles soporte hemodinámico, si fuera necesario, y tratar las posibles complicaciones. En general, tiene buen pronóstico , resolviéndose la fase aguda en un mes, aunque la microhematuria puede persistir hasta los 2 años de resolución del cuadro agudo.

Bibliografía

- *Senthi S, Haas M, Markowitz GS, D'Agati VD, Rennke HG, Jennette JC , et al. Mayo clinic/renal pathology society consensus report on pathologic classification, diagnosis, and reposting of GN. J Am Soc Nephrol. 2016; 27(5):1278-87.*
- *Pinto SW, Sesso R , Vasincelos E y cols. Follow-up of parients with epidemic poststreptococcal glomerulonephrisis. Am J Kidney Dis 38: 249, 2001.*

576/150. ENFERMEDAD DE MONDOR: UN CASO CLÍNICO

Autores:

Rodríguez Soler, R.[1], Álvarez Luque, M.[2], Verdejo Ferrer, S.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 38 años, hipertenso, dislipémico, sin otros antecedentes personales de interés. Acude a consulta en reiteradas ocasiones por dolor en hemitórax anterior, región submamaria derecha, sin antecedente traumático o de sobreesfuerzo físico, sin otra sintomatología asociada, siendo derivado al alta con analgesia.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración destaca la palpación de un cordón fibroso, más evidente a la abducción del brazo ipsilateral. doloroso, sin signos flogóticos. Se realiza ecografía clínica donde se evidencia una estructura tubular hipoecoica en plano superficial que coincide con el recorrido anatómico de la vena toracoepigástrica, con un pequeño trombo intramural y ausencia de flujo venoso con modo doppler.

Juicio clínico

Tromboflebitis vena toracoepigástrica: Enfermedad de Mondor.

Diagnóstico diferencial

Patología mamaria (Traumatismos, procedimientos sobre ella, morfología pendular...), enfermedades sistémicas, hipercoagulabilidad, neoplasias (más frecuentemente de la mama) u otras (ejercicio físico, infecciones, picaduras...).

Comentario final

Patología mamaria (Traumatismos, procedimientos sobre ella, morfología pendular...), enfermedades sistémicas, hipercoagulabilidad, neoplasias (más frecuentemente de la mama) u otras (ejercicio físico, infecciones, picaduras...).

Bibliografía

- *https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-tromboflebitis-superficial-pared-toracica-enfermedad-13085711*

576/151. UNA MONONUCLEOSIS AMBULANTE

Autores:

García Becerro de Bengoa, M.[1], García Ramos, E.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 30 años, parapléjica, que acude a diferentes servicios de salud por fiebre de 39ºC. Portadora de sonda intermitente, se pauta cefixima pensando en pielonefritis. La clínica persiste y comienza con dolor e hinchazón abdominal. Se diagnostica de colelitiasis biliar y se pone amoxicilina-clavulánico. La paciente acude 3 días después a urgencias del centro de salud por rash eritematoso en tronco y brazos. Le citan con alergología por posible alergia medicamentosa. 7 días después comienza con odinofagia, placas purulentas orofaringeas. Activan protocolo de fiebre de origen desconocido (FOD) y en ese momento sospechan que pudiese tratarse de mononucleosis, 1 mes después del comienzo del cuadro. Aconsejan acuda a su medico para serología viral. Se informa telefónicamente a la paciente del diagnostico sin ser valorada ni explorada posteriormente por ningún profesional, aun sabiendo que se trata de una paciente complicada y que sería necesario mas atención debido al déficit motor y sensitivo que presenta.

Exploración y pruebas complementarias

Fiebre vespertina de larga duración. Puñopercusión renal (PPR) bilateral positiva. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho, Murphy positivo Blumberg negativo. Radiografía y ecografía abdominal. Pruebas de alergia a medicamentos negativa. Anemia, neutropenia, linfocitosis, eosinopenia, LDH y enzimas hepáticas aumentadas. Sistemático de orina con leucocitosis y nitritos positivos. Ac IgG e IgM para virus Epstein-Barr positivos.

Juicio clínico

Mononucleosis infecciosa por (VEB) e infección de orina.

Diagnóstico diferencial

Pielonefritis, colecistitis, faringoamigdalitis. Una vez activado el protocolo de FOD deberíamos descartar enfermedades infecciosas, neoplasias, conectivopatias, enfermedades granulosas y fiebre medicamentosa.

Comentario final

Una de las funciones más importantes en Atención Primaria es el seguimiento del paciente y la aplicación de protocolos según la patología presentada. Lo ideal sería que el diagnóstico y posterior valoración del afectado fuese realizado por un mismo profesional de este servicio, con el fin de evitar pérdida de información y tratamientos equívocos como ha pasado en este caso. Así como, acortar en el tiempo la clínica y la curación de la enfermedad

Bibliografía

- *Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. Medicina de Urgencias Y Emergencias. 6a ed. Elsevier; 2018.*

- *Perez Arellano JL. Sisinio de Castro. Manual de Patologia General. 8a ed. Elsevier; 2019.*

576/152. DOCTORA, NO HE CONSULTADO ANTES POR MIEDO AL COVID

Autores:

Reyes Álvarez, M.[1], Álvarez de Cienfuegos Sánchez, N.[2], LLoris Moraleja, C.[3], Hita Rodríguez, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 81 años con los antecedentes personales de cirrosis hepática por virus de la hepatitis C (VHC) con citopenias secundarias, en seguimiento por Hematología pero dejó de acudir por miedo durante la situación de Pandemia por COVID19; acudió a la consulta por presentar caídas en domicilio, con pródromos presincopales sin pérdida de conocimiento. Llevaba meses con sensación de "embotamiento mental" y marcha inestable, motivo por el que había dejado de salir a la calle. Asociaba pérdida progresiva ponderal de 15 kg en los últimos meses; junto con incremento de sus dolores óseos habituales, más intensos en cintura pelviana, hombros y rodillas, con empeoramiento nocturno. Negaba otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, se palpaban numerosas adenopatías en región latero-cervical derecha y supraclaviculares bilaterales. Se palpa esplenomegalia de cuatro traveses. Neurológicamente, marcha inestable junto con balance muscular 3/5 en ambos miembros inferiores.

Se solicitó analítica de sangre con calcio corregido en 14,4 mg/dL, Hb 8,3 mg/dL, leucocitos 2670 /ml, neutrófilos 240 /ml y plaquetas 87.000 /ml; Proteinograma (banda monoclonal de cadera ligera lambda libre); Radiografía de tórax con derrame pleural izquierdo.

Se realiza interconsulta con Hematología que indican derivar a Urgencias para ingreso. Solicitaron TAC cuello-tórax-abdomen que muestra adenopatías en cadena yugular interna derecha y supraclaviculares derecha con una esplenomegalia de 26 cm. Se realiza biopsia de médula ósea con acúmulos linfoides B y T.

Juicio clínico

Síndrome Linfoproliferativo B indolente.

Diagnóstico diferencial

Hipercalcemia tumoral; síndrome mieloproliferativo.

Comentario final

Además de su excepcionalidad como entidad clínica, presentamos este caso para reseñar el papel de la Atención Primaria. La vulnerabilidad y el escaso apoyo familiar de la paciente, motivó la pérdida de su seguimiento en consultas de Hematología. Finalmente, decide consultar a su Médico por las múltiples caídas que había tenido en casa mientras estaba sola durante el confinamiento sin prestar atención al resto de hallazgos, y de esta forma, se nos permitió la oportunidad de poder reorientar a la paciente y modificar el curso natural de su enfermedad.

Bibliografía

- *-Villalobos MS, Morales IE, Hernández AC. Síndromes linfoproliferativos. Medicine. 2020; 13(20):1133-1141.*
- *-Servioli L, Facal J, Consani S, Maciel G. Citopenias hematológicas en enfermedades autoinmunes sistémicas. Archivos de medicina interna. 2014; 36(3):101-109.*

576/153. HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

Autores:

Rodríguez Onieva, A.[1], Morillo-Velarde Moreno, C.[2], Ruíz-Canela Gallardo, M.[1], Vallejo Basurte, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba

Descripción del caso

Varón 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: vitíligo. Fumador de 15 paq/año, bebedor habitual. Lleva más e un mes con cansancio, malestar general, astenia, anorexia, pérdida de 10 kg de peso y poliartralgias, más en miembros inferiores. Razón por la que consulta. Tras realizar una correcta anamnesis personal y familiar, refiere que su hermano acaba de ser diagnosticado de hemocromatosis.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente y orientado, normohidratado, normoperfundido, destaca discreta hiperpigmentación de piel con vitíligo en ambas manos. ACR: rítmico, murmullo vesicular conservado, algún roncus aislado. Abdomen: globuloso, sin defensa. Miembros inferiores: dolor en ambas crestas iliacas. Analítica: hemograma, coagulación y proteinograma normal, bioquímica completa normal salvo discreta elevación enzimas hepáticas, más la GGT que AST, IST, sideremia y más marcada la ferritina con un valor 2684 ng/ml. Serología: VHA negativo, VHC negativo, VHB antiHBS positivo, antiHBV IgG positivo, anti HBC IgM negativo. Radiografía tórax: normal. Ecografía abdominal: aumento del tamaño hepático que podría corresponder con hepatopatía crónica. Estudio genético para hemocromatosis: homocigoto mutación C282Y.

Juicio clínico

Hemocromatosis hereditaria.

Diagnóstico diferencial

Alcohol, fármacos, obesidad, enfermedad Wilson, cirrosis biliar primaria.

Comentario final

Enfermedad genética recesiva en la que se produce una absorción intestinal de hierro desde el nacimiento, por lo que los pacientes lo almacenan a lo largo de su vida acumulándose en diversos órganos alterando su función y lesionándolos. Es debido a mutaciones en el gen de la proteína HFE, que pasa el hierro desde la sangre al interior de las células. Más frecuente en varones blancos, de 30-50 años. Factores de riesgo son el alcoholismo y los antecedentes familiares, razón por la que una buena anamnesis es esencial al ayudarnos con los antecedentes del paciente. El principal síntoma inicial es el cansancio hasta que progresa y produce graves alteraciones de algunos órganos, siendo el más frecuente la hepatopatía crónica y la cirrosis hepática. El tratamiento principal son las sangrías periódicas.

Bibliografía

- *Rodrigo L. Hemocromatosis hereditaria. Rev. Esp. Enferm. Dig. 2006 Nov (citado 2021 Oct 14); 98 (11): 883-883. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006001100009&lng=es. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 6ª ed. Madrid. A. B. Calavilla Martinez; 2009.*

576/154. INFECCIÓN COVID-19 COMO NUEVO POTENCIAL DESENCADENATE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Autores:

Nuñez Sánchez, A.[1], García Rodríguez, I.[2], Gil Martín, B.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto - Puntales. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 57 años sin antecedentes previos, excepto infección COVID-19 diagnosticada recientemente, tras cuadro de deposiciones diarréicas, fiebre de 38ºC y tos seca, sin disnea ni otra clínica concomitante. Tras 8 días del diagnóstico previo, consulta de nuevo en

Atención Primaria por debilidad de predominio distal en miembros superiores e inferiores, junto con sensación de acorchamiento a nivel de ambas manos; objetivándose disminución de fuerza de los cuatro miembros, motivo por el cual se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración neurológica urgente.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Normohidratado y perfundido. Eupneico en reposo, SatO2 basal 98%, FR 14rpm, FC 65lpm, TA 140/90 mmHg. Afebril.

Alerta, orientado. Campimetría sin alteraciones. PINRLA, MOECs. No asimetrías faciales. Pares craneales normales. No alteración del habla/lenguaje.

Balance motor:

- MSD y MSI: biceps 4/5, triceps 3/5, extensor de la muñeca 0/5, flexor de los dedos 0/5.

- MID y MII 0/5 de predominio distal.

- Sensibilidad tacto algésica conservada, excepto hipoestesia a nivel de ambas manos.

- ROT: abolidos de forma generalizada. Reflejo nauseoso hipoactivo.

*Analítica: Perfil bioquímico normal, sin alteraciones iónicas. Aumento de reactantes de fase aguda (PCR 175, CK 333). Hemograma y coagulación en rango. IgG, IgM e IgA dentro de la normalidad; Ac anti gangliósidos negativos.

*Serologías de neurotropos, VIH, Coxsackie y CMV negativas.

*PCR SARS-CoV2 positiva.

*TAC craneal sin hallazgos.

*Punción lumbar normal.

*ENG/EMG: hallazgos sugestivos de neuropatía motora aguda con bloqueos de conducción de los nervios motores y caída severa de amplitudes de respuesta motora de predominio distal, tanto en miembros inferiores como superiores, compatible con variante axonal motora aguda del síndrome de Guillain-Barré.

Juicio clínico

Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda compatible con Síndrome de Guillain-Barré, secundaria a infección por SARS-CoV2.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades de la motoneurona, trastornos de transmisión neuromuscular tipo Miastenia o Botulismo, neurotoxicidad por metales y neuropatías metabólicas, entre otros.

Comentario final

Aunque aún quedan muchos estudios por realizar para filiar la asociación entre ambas patologías, así como patrones neurofisiológicos más típicos o factores de riesgo predisponentes; parece existir clara relación, siendo SARS-Cov-2 nuevo potencial desencadenante de esta enfermedad neurológica.

Bibliografía

- *Trujillo Gittermann LM, Valenzuela Feris SN. Relation between COVID-19 and Guillain-Barré syndrome in adults. Systematic review. Neurologia (Engl Ed). 2020 Nov-Dec; 35(9):646-654.*

576/156. APLICACIÓN DE TELEDERMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Ruíz Vela, A.[1], Fernández Aranda, M.[2], Molina Moreno, J.[3], Arjona González, P.[4], Ramírez Ceballos, A.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. Málaga, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 75 años que como antecedentes personales presenta hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento con Enalapril, Hidroclorotiazida, Amlodipino y Atorvastatina. Acude a consulta por presentar lesión pretibial queratósica y excrecente de 2 meses de evolución. Refiere que en la última semana ha desprendido un material descamativo duro.

A la inspección se aprecia una lesión excrecente de 0,8 mm de diámetro con área hipopigmentada en su base, ligeramente eritematosa y rugosa a la palpación. El perímetro de la lesión es redondeado pero debido al poco tiempo de evolución de la lesión se decide implementar la dermatoscopia y consulta con el servicio de Dermatologia a través de la aplicación Telederma, siendo diagnosticada de carcinoma escamocelular y citada para cirugía en menos de 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Inspección visual: lesión excrecente de 0,8mm de diámetro con base con área hipopigmentada, ligeramente eritematosa y rugosa a la palpación.

En la dermatoscopia se aprecian zonas hipopigmentadas con abundantes tapones queratósicos y vasos perilesionales que se disponen de forma radial.

Juicio clínico

Carcinoma de células escamosas.

Diagnóstico diferencial

Queratosis actínica. Cuerno cutáneo.

Comentario final

La realización de Telederma en la consulta diaria hace que lesiones cutáneas que generan algo de duda como esta, puedan ser consultadas y tratadas más precozmente que con una derivación por vía normal. En este caso, Dermatología contestó a la teleconsulta en 24 horas confirmando la sospecha de carcinoma escamocelular, indicando exéresis y cierre directo. La paciente fue intervenida sin complicaciones hace 6 días. Diagnostico anatomopatológico pendiente.

Bibliografía

- *Şenel E, Baba M, Durdu M. The contribution of teledermatoscopy to the diagnosis and management of non-melanocytic skin tumours. J Telemed Telecare. 2013 Jan;19(1):60-3. doi: 10.1177/1357633X12474961. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23422158.*

576/157. GINECOMASTIA EN EL VARÓN

Autores:

Morilla Roldan, C.[1], Ávila Álvarez, L.[2], Acosta Escasúa, C.[3], Criado Santos, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Medico Residente. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla

Descripción del caso

Hombre de 32 años. No hábitos tóxicos. Sin alergias medicamentosas ni patología de interés. No intervenciones quirúrgicas. No tiene antecedentes familiares de interés.

Hace cinco meses acude a la consulta por notarse un nódulo en la mama de dos semanas de evolución. No presenta anorexia ni pérdida de peso. No refiere ninguna otra clínica. Niega inicio de tratamiento farmacológico reciente. De modo, que se prosigue a realizar las pruebas complementarias pertinentes.

Exploración y pruebas complementarias

En la inspección inicial, no se objetivan alteraciones cutáneas. En la exploración, se palpa un nódulo rodadero e indoloro en zona supraareolar localizado en la mama derecha. La exploración de la mama izquierda es normal. En axilas no se palpan adenopatías. En primer lugar, se pide una ecografía de mama y ante el hallazgo de ginecomastia nodular, se inicia estudio. Se pide una analítica con hormonas, en la que se in-

cluye prolactina, lutropina, estradiol, testosterona y beta-hCG. Ante los resultados normales de la analítica, se le solicita una ecografía testicular, en la que no se encuentran hallazgos patológicos.

Juicio clínico

Ginecomastia idiopática

Diagnóstico diferencial

Adipomastia, carcinoma de mama

Comentario final

La ginecomastia es una proliferación benigna de la glándula mamaria en el varón. Se debe diferenciar de la pseudoginecomastia o adipomastia, que es una acumulación de grasa sin proliferación glandular. Ante todo paciente que consulta por ginecomastia se ha de realizar una anamnesis que incluya el tiempo de evolución, la relación temporal con la toma de fármacos o de otras sustancias como alcohol o drogas. Para hacer el diagnostico diferencial es fundamental hacer una exploración física, en la que es de vital importancia incluir los testículos ya que otra causa de ginecomastia, aunque poco frecuente, son los tumores testiculares. La regresión espontánea es la norma en esta patología. En caso de persistencia, dolor intenso o afectación psicológica se podría tratar con fármacos y en último caso, con cirugía.

Bibliografía

- *Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016.*
- *Agrandamiento de los pechos en los hombres (ginecomastia) [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 18 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ginecomastia/symptoms-causes/syc-20351793*

576/158. TIROIDITIS EN LA ERA COVID

Autores:

García Ramos, E.[1], García Becerro de Bengoa, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 42 años que acude a consulta de respiratorio el 11 de agosto por febrícula intermitente de hasta 37.8ºC de un mes de evolución acompañada de odinofagia, pérdida de peso y gran malestar general. Se le realizó un test de antígenos que resultó negativo, aconsejándole observación domiciliaria y antitérmicos. Además, se solicita analítica completa.

El paciente vuelve a consultar a su médico el 24 de agosto por la misma clínica, junto con astenia y epigastralgia.

Tras objetivar una TSH de 0.01 y elevación de RFA se decide derivación a Endocrinología y comenzar tratamiento con bisoprolol.

EL 1 de septiembre es visto en Endocrinología presentando ahora intensa astenia, afonía, dificultad para tragar, palpitaciones y temblor.

Actualmente, está en tratamiento con AINEs y paracetamol para control del dolor, bisoprolol y deflazacort en pauta descendente.

Exploración y pruebas complementarias

Al inicio del proceso, al ser compatible con caso de Sars-Cov2 se hicieron test de antígenos y PCR siendo ambos negativos.

En la exploración física no se palpó bocio ni nódulos tiroideos.

En la primera consulta se solicitó analítica completa donde se objetivó una TSH 0.01, T4 3.61, T3 8.31, GGT 211, GOT 81, FA normal y PCR 42.5. En la Rx de tórax no se objetivó ningún hallazgo de interés.

En la ecografía de tiroides solicitada por Endocrinología se objetiva tiroides de tamaño normal con tendencia a la hipoecogenicidad, parénquima distrófico, sin nódulos y poco vascularizado.

Juicio clínico

Tiroiditis subaguda en fase de tirotoxicosis.

Diagnóstico diferencial

-Hipertiroidismo en el contexto de enfermedad de Graves-Basedow: TSI negativos

-Adenoma tóxico o BMN: ecografía tiroidea incompatible

-Tiroiditis:

-Aguda: producida por agente bacteriano

-Subaguda: encaja con la clínica y ppcc

-Covid: test de antígenos y PCR negativos

Comentario final

Con este caso clínico se pretende exponer como en la situación de pandemia mundial, cualquier entidad de características respiratorias o compatibles con la infección por Sars-Cov2 ha dado lugar a un retraso diagnósticos de patologías graves o fácilmente abarcables.

Bibliografía

- *Shlomo Melmed Kenneth Polonsky P. Reed Larsen Henry Kronenberg. Williams. Tratado de endocrinología. 13th edición. Elsevier; 2017.*

576/159. "SIGO CON INFECCIÓN DE ORINA". LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA PRESENCIAL

Autores:

Alberich Cea, R.[1], Guerra Pérez, B.[2], Robledo Casal, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Hombre de 26 años que consulta telefónicamente en varias ocasiones refiriendo síntomas compatibles con infección de orina, que describe como disuria y dolor en zona genital, y que no ceden con tratamiento antibiótico, presentando urocultivo negativo posteriormente. Negaba relaciones sexuales de riesgo. Finalmente, ante la persistencia de la sintomatología, acude presencialmente de urgencias a su centro de salud, resultando la exploración física determinante para diagnóstico de una infección de transmisión sexual.

Exploración y pruebas complementarias

Se observaba úlcera única en glande de 1cm de diámetro, indolora, indurada y de bordes bien definidos. Además, se palpaban adenopatías inguinales.

Se solicitó exudado uretral, que resultó negativo, y serología de infecciones de transmisión sexual, siendo positivo tanto para RPR como para anticuerpos antitreponema (resto de la serología negativa).

Juicio clínico

Sífilis primaria

Diagnóstico diferencial

Infección del tracto urinario, sífilis, chancro blando, herpes simple genital

Comentario final

El paciente fue tratado empíricamente de una sífilis primaria con penicilina G benzatina ante la alta sospecha clínica, con confirmación posterior por la serología. Finalmente, presentó resolución completa de la clínica y negativización posterior de RPR.

La consulta telefónica ha supuesto un importante cambio en la atención al paciente durante estos meses de pandemia, siendo beneficiosas en determinadas situaciones, pero perdiéndose una parte esencial del cuidado al paciente: la exploración física, la cual, junto a una correcta anamnesis, son los pilares fundamentales para una adecuada atención clínica. Sin embargo, a pesar de los avances, es primordial reconocer la importancia de la evaluación presencial para un correcto diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías.

Bibliografía

- *Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases*

treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1

- *Verghese A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. Ann Intern Med. 2011 Oct 18;155(8):550-3.*

576/161. PERICARDITIS Y VACUNA COVID 19

Autores:

Llorens Falcetti, L.[1], Naranjo De La Cruz, A.[2], Mairena Fernández, V.[1], García Santos, G.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 36 años sin FRCV conocido, ex fumador que tras segunda dosis de vacuna Pfizer para COVID 19 presenta varios episodios de dolor torácico de características cardiacas. En una ocasión presenta ascenso del ST en II, III, aVF y V2 a V6, sin movilización de enzimas y resultado de cateterismo negativo. Al día siguiente nuevo episodio de dolor típico donde se objetiva pericarditis sin derrame en ecocardiografia

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones

ECG: RS 73 lpm. Elevación ST en II, III, aVF y V2 a V6

Analitica: - Bioquimica: Glucosa 86, Cr 1.20, Urea 33, CK 480, Na 141, K 4,3, Troponina < 5 - Hemograma: Hb 15.7, Leucocitos 7510, Plaquetas 192000 - Hemostasia normal

Rx torax: ICT < 50% . No pinzamiento de senos costofrénicos. No hallazgos de condensación.

Coronariografia: Arterias coronarias epicardicas sin lesiones angiograficas significativas

Ecocardiograma: Signos de pericarditis sin taponamiento ni derrame cardiaco acompañante.

Juicio clínico

Pericarditis sin taponamiento ni derrame cardiaco

Diagnóstico diferencial

Se sospecha SCACEST por lo que se realiza ACTP primaria. Se confirma pericarditis a través de ecocardiografia

Comentario final

Se ha consultado bibliografía y la mayoría de casos de pericarditis en pacientes jóvenes postvacunación tanto con vacunas Pfizer como Moderna se dan con la segunda dosis, no presentan fiebre ni derrame pericárdico ni tampoco hacen síndrome inflamatorio multisistémico como es el caso de nuestro paciente.

Aunque no puede establecerse causalidad, la correlación temporal (20 días después de la segunda dosis), hacen razonable la sospecha de reacción adversa medicamentosa.

Se recuerda la importancia de vigilar y notificar los eventos adversos que los pacientes sufran tras la vacunación y comunicar aquellos que sean graves o desconocidos.

Bibliografía

- *COVID 19 Vaccine for Adolescents. Concern about Myocarditis and Pericarditis.*
- *Calcaterra G, Mehta JL, de Gregorio C, Butera G, Neroni P, Fanos V, Bassareo PP.Pediatr Rep. 2021 Sep 1;13(3):530-533. doi: 10.3390/pediatric13030061.*
- *[Pericarditis after administration of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine].*
- *Ramírez-García A, Jiménez SL, Ximénez ID, Cacho AG, Aguado-Noya R, Cubero JS.Rev Esp Cardiol. 2021 Jun 12. doi: 10.1016/j.recesp.2021.06.006. Online ahead of print.*
- *Pericarditis after administration of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine.*
- *Ramírez-García A, Lozano Jiménez S, Darnaude Ximénez I, Gil Cacho A, Aguado-Noya R, Segovia Cubero J.Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2021 Jul 16:S1885-5857(21)00221-8. doi: 10.1016/j.rec.2021.07.005. Online ahead of print.*

576/162. A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ORQUIEPIDIDIMITIS.

Autores:

Villanueva Gil, M.[1], Román De Sola, B.[2], Nuez Ramos, G.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón 31 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por inflamación de testículo derecho y fiebre de una semana de evolución. Refiere traumatismo previo con una silla en dicho testículo.

Exploración y pruebas complementarias

COC, BEG, BHYP, Eupneico en reposo, Febricula 37 ºC, Hemodinamicamente estable TA 149/77, FC 109, Glasgow 15/15 sin focalidad neurológica. ACP: Ritmico, no ausculto soplos. MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Exploración testicular: A la exploración no se aprecian hematomas ni lesiones cutáneas. Se observa inflamación, aumento de temperatura, eritema e induración de testiculo derecho. Signo de prehn positivo. Reflejo cremastérico conservado. Bioquimica: Glucosa 114, Creatinina 0'96, Urea 26, PT 7'4, BT 0'4, Na 139, K 4, procalcitonina 0'09, PCR 178'3. Sistemático de orina: Leucocitos 411, Eritrocitos 83, Sed Bact 264'2. Hemograma: Serie roja: Hb 12'3, Hematocrito 38'3, VCM 81'8. Serie blanca: Leucocitos 32310, Neutrofilos 28080, Linfocitos 1780

Plaquetas 342000. Coagulación: Tiempo de protrombina 54%, INR 1'49, TTPA 37'7 s, Fibrinogeno 87.

Ecografía testiculo: Hallazgos sugestivos de orquiepididimitis derecha que podría estar complicada con pequeña colección rodeando el testículo de 4mm.

Se pauta Ceftriaxona 2 g iv y se cursa ingreso.

Juicio clínico

Orquiepididimitis complicada con absceso.

Diagnóstico diferencial

Torsión testicular, Hematoma sobreinfectado.

Comentario final

La epididimitis, la orquitis y la orquiepididimitis se engloban dentro de lo que se llama "escroto agudo", que es dolor escrotal de inicio agudo. Es importante conocer el manejo y control de dicha patología ya que en función del diagnóstico, la orientación de la actitud terapéutica es distinta, es una patología frecuente y su curso suele ser favorable con un adecuado tratamiento antibiótico.

Bibliografía

- *1- D'Andrea A, Coppolino F, Cesarano E, Russo A, Cappabianca S, Genovese EA, et al. US in the assessment of acute scrotum. Critical ultrasound journal. 2013;5 Suppl 1(Suppl 1):S8-S.*
- *2- Nieto Huertos A. Infecciones urinarias inespecíficas. In: Gómez. JMNyML, editor. Nefrourología. © MF Lorenzo Gómez ed. Salamanca2013. p. 685-709.*

576/163. ARTALGIAS QUE NUBLAN LA VISTA, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Chavez Gata, L.[1], Al Fazazi, S.[2], Serrano García, M.[3], Carrion Maruny, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, (3) Especialista en Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 74 años sin antecedentes de interés que acude en varias ocasiones en el último mes a la consulta de atención primaria refiriendo artralgias generalizadas así como cefalea holocraneal que no mejoran con analgesia de primer y segundo esca-

lón pautadas. Se presenta de nuevo en consulta refiriendo pérdida brusca de visión de ojo derecho. Tras exploración y con la sospecha de Neuropatia Óptica Isquemica Aguda (NOIA) que pudiera estar relacionada con Arteritis de Células Gigantes (ACG) es derivada a servicio de urgencias para realización de pruebas complementarias y tratamiento con corticoides intravenosos de forma precoz. Posteriormente se confirmaría la sospecha diagnóstica presentado buena respuesta clínica al tratamiento propuesto.

Exploración y pruebas complementarias

Perdida de agudeza visual de ojo derecho discriminando movimiento de manos, sin contar dedos. Polo anterior normal. En el fondo de ojo se aprecia papiledema. Exploración neurológica sin otros hallazgos relevantes.

Molestia a la palpación de arterias temporales con pulsos simétricos.

Balance articular, motor y marcha normal.

Se realizaron radiografía de tórax, analítica y TC craneal que no mostraron hallazgos de interés.

En la ecografía doppler de arteria temporal bilateral se describen hallazgos compatibles con ACG que se confirma mediante biopsia de arteria temporal durante su ingreso hospitalario.

Juicio clínico

NOIA en relación con ACG

Diagnóstico diferencial

Cefalea tensional, poliarteritis, patología infecciosa, accidente isquemico vascular, neoplasia

Comentario final

La NOIA puede asociarse a diferentes cuadros sistémicos entre los que destaca la AGC, una patología poco frecuente en consultas de atención primaria que debemos tener presente pues es imprescindible una alta sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento precoz, sin esperar el diagnóstico de confirmación, evitando así la ceguera secundaria que puede aparecer hasta en el 20% de los casos.

Bibliografía

- *Ubach Badía B, Muñoz Fernández S. Enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) para médicos de atención primaria. Tres Cantos, Madrid: You & Us; 2015 (51-52)*
- *Naranjo Hernández A, Hernández Hernández M. Manual De Reumatología para médicos de atención primaria. Madrid; 2021.*

576/165. MIALGIAS TRAS GASTROENTERITIS AGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Chavez Gata, L.[1], Al Fazazi, S.[2], Pérez Linaza, A.[3], Carrion Maruny, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, (3) Especialista en Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 18 años de edad sin antecedentes personales de interés que consulta a su médico por dolor glúteo bilateral, de predominio derecho, irradiado a extremidad inferior ipsilateral, sin otra clínica asociada. Hace dos meses presentó cuadro de diarrea con fiebre de hasta 38.5º secundario a Salmonella que requirió ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona, resuelto en el momento actual.

Exploración y pruebas complementarias

Maniobras de sacroilíacas (Ericksen, Fabere-Patrick) positivas de predominio derecho. No artritis periféricas.

Analítica que incluye bioquímica, perfil renal y hepático, hemograma, coagulación sin hallazgos de interés. Autoinmunidad y HLA-B27 negativos.

En la radiografía lumbosacra y de pelvis realizadas se aprecia signos de sacroileitis.

Se solicitó posteriormente Resonancia Magnética tras derivación a consulta de aparato locomotor donde se describen sacroileítis bilateral grado III con erosiones y pinzamiento de espacio articular sin formación de puentes óseos ni fusión de los espacios articulares de forma bilateral.

Juicio clínico

Artritis Reactiva

Diagnóstico diferencial

Artritis séptica, artritis por microcristales, artritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales, espondiloartritis indiferenciada.

Comentario final

La artritis reactiva es una infamación articular aséptica que aparece tras un proceso infeccioso de origen generalmente, pero no exclusivo, intestinal o urogenital. Para su diagnóstico es imprescindible identificar este factor desencadenante y cuando aparecen las complicaciones artríticas el paciente probablemente se haya recuperado del proceso infeccioso. El papel por tanto desde atención primaria es fundamental tanto para la sospecha diagnostica como para realizar el tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Bibliografía

- *Alperi López M, Balsa Criado A. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2014.*
- *Naranjo Hernández A, Hernández Hernández M. Manual De Reumatología para médicos de atención primaria. Madrid; 2021.*

576/166. EL EJERCICIO DE ALTA INTENSIDAD PUEDE SER UN FACTOR DE RIESGO

Autores:

Martínez Ruíz, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Paciente varón de 36 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Trabaja como oficinista y por las tardes hace 5 días a la semana ejercicio de alta intensidad. Acude a consulta por presentar una tumoración en zona inguinal izquierda que ha ido aumentando de tamaño en los tres últimos meses, haciéndose de mayor tamaño cuando termina el entrenamiento con pesas. No refiere dolor, ni clínica general, sólo una leve molestia localizada en la zona que no la clasifica como dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general, afebril. Abdomen blando y depresible, molestias a la palpación en zona inguinal izquierda. No masas, no megalias. Signos peritoneales ausentes y ruidos hidroaéreos conservados.

A la exploración de la herniación inguinal, en decúbito supino y en bipedestación, no se aprecia herniación de contenido intestinal a escroto. Tras maniobra de Valsalva incrementa el tamaño, siendo más evidente en bipedestación. A la palpación de la hernia no se muestra dolorosa, buena coloración, reductible de lateral a medial y coercible.

La ecografía confirmó la sospecha diagnóstica.

Juicio clínico

Hernia inguinal indirecta tipo II relacionada con ejercicio de alta intensidad.

Diagnóstico diferencial

Hernia inguinal, lipoma, hematoma, quiste sebáceo, Hidradenitis de glándulas apocrinas inguinales, linfoadenopatía inguinal, linfoma, neoplasia metastásica, hernia femoral, linfadenopatía femoral, aneurisma o pseudoaneurisma femoral. Patología testicular aguda y crónica si herniación.

Comentario final

En la actualidad la práctica de ejercicio físico es considerada una práctica saludable para alcanzar beneficios físico-psíquicos, sin embargo, no debemos olvidar que dicha práctica puede conllevar consecuencias debidas al uso repetido, por lo que se deben de tener ciertos cuidados ergonómicos y preparación

física. En este caso, también se resalta la importancia de una buena exploración física para el diagnóstico siendo las pruebas de imagen un apoyo para la confirmación.

Bibliografía

- *Malangoni MA., Rosen MJ. Hernias. In: Townsend CM. Beauchamp RD., Evers BM., Mattox KL. Tratado de cirugía: Fudamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 1114-1140.*
- *Hopkins JN, Brown W, Lee CA. Sports Hernia: Definition, Evaluation and Treatment. JBJS reviews. 2017; 5 (9):e6*

576/167. SINUSITIS REBELDE A TRATAMIENTO

Autores:

Adame Sanz, L.[1], Franco Márquez, M.[2], Castilla Castillejo, J.[3], Morillo- Velarde Moreno, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 30 años, sin antecedentes de interés. No fumadora. En tratamiento antibiótico para proceso dentario. Consulta por clínica de sinusitis de maxilar derecho de un mes de evolución, asocia cefalea y rinorrea. Durante este mes presentó leve mejoría con tratamiento ATB y antiinflamatorio pero presentando posteriormente nuevo empeoramiento. No ha presentado fiebre en ningún momento. Se solicita radiografía de senos paranasales y se establece tratamiento, continuar antibioterapia, lavados nasales y mucolítico. Se cita para revisión y recogida de resultados. En revisión un mes después, no mejoría de la clínica. Ahora se aprecia tumefacción sobre maxilar derecho y aumento de dolor a nivel local.

Se decide derivación preferente a consultas externas de otorrinolaringología para valoración.

En consultas de ORL se realiza rinoscopia con fibroscopio apreciándose masa vascularizada que protruye a través de la entrada de seno maxilar derecho. Se solicita TAC de Craneo que informan como: masa tumoral expansiva en seno maxilar derecho que rompe seno maxilar por su parte anterior y suelo de la órbita.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física en primera consulta anodina. En revisión: tumefacción sobre zona maxilar derecha, dolorosa a la palpación de consistencia dura, no móvil. Rinoscopia simple: sin hallazgos. Orofaringe sin alteraciones.

Radiografía de senos paranasales: seno maxilar derecho velado.

TAC Craneo: masa tumoral expansiva en seno maxilar derecho que rompe seno maxilar por su parte anterior y suelo de la órbita.

Juicio clínico

Carcinoma indiferenciado nasosinusal maxilar derecho

Diagnóstico diferencial

Sinusitis complicada vs sinusopatía de otra etiología

Comentario final

Habría que destacar la importancia de realizar un adecuado seguimiento de los procesos de nuestros pacientes. Para poder detectar casos con mala evolución que precisen una atención especializada y llegar al diagnóstico precoz de las patologías de entidad maligna y llevar a cabo un tratamiento precoz evitando que empeore el pronóstico.

Bibliografía

- *Castiñeira C, Jacob E, Amor JC. Guía de práctica clínica de rinosinusitis aguda. Fisterra. Revisión 2020. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/rinosinusitis-aguda/*

- *Ramirez R, Algaba J, Cenjor C, et al. Manual de otorrinolaringología. 2ª Edición. Madrid: McGraw-Hill; 2007.*

576/168. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Autores:

Muñoz Gámez, A.[1], González Moles, L.[2], Medina Cobos, A.[1], Girón Prieto, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Varón de 81 años que desde hace aproximadamente un mes refiere mayor hinchazón y dolor en miembro superior derecho (MSD), zona de antebrazo.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, heterocigosis del gen MTHFR, ingreso por neumonía COVID-19, ERC grado 3 y Artritis psoriásica deformante (tratamiento con etanercept y metrotrexate). Considerado paciente polimedicado (>15 fármacos).

Realiza seguimiento en Reumatología por su artritis psoriásica donde por este proceso habían solicitado RMN. Citamos en consulta y realizamos anamnesis y exploración detalladas considerando alta sospecha de trombosis venosa en MSD. Derivamos a Urgencias Hospitalarias donde realizan analítica con dímero D en límite alto (aunque cifras más bajas que los previos por su ingreso comentado por COVID-19). Contactamos con Radiología para adelantar realización de RMN MSD donde se observa trombosis de la vena cefálica y radial derechas. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular previa transición a anticoagulación oral con cita de revisión en cirugía vascular a los tres meses.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, Normohidratado y normoperfundido.

MSD edematizado con fóvea, calor local y empastamiento en antebrazo. Pulso radial conservado.

Analítica:

Dímero-D 0.6 mg/L (previo 0.89)

RMN: Extensa trombosis de vena cefálica en su trayecto a lo largo de antebrazo, así como de vena radial en su trayecto proximal.

Juicio clínico

Extensa trombosis de vena cefálica y radial derechas

Diagnóstico diferencial

Infección, tromboflebitis superficial, artritis inflamatoria de la extremidad superior, linfedema

Comentario final

La TVP de extremidades superiores supone un 1-4% de todos los casos de TVP. Tiene una incidencia anual de 1-2 casos/100.000. La mayoría de casos son por causa secundaria, debidos a canalización venosa o estados protrombóticos.

En este paciente resultó fundamental la longitudinalidad que aportamos los médicos de familia en el conocimiento y seguimiento de nuestros pacientes. Esto nos facilitó observar la diferencia en la exploración de su proceso crónico (artritis psoriásica deformante) frente a la sospecha del proceso agudo/subagudo de TVP que estaba aconteciendo, sin olvidar que conocemos los antecedentes personales que aumentan su riesgo protrombótico.

Bibliografía

- *Isma N, Svensson PJ, Gottsäter A, Lindblad B. Upper extremity deep venous thrombosis in the population-based Malmö thrombophilia study (MATS). Epidemiology, risk factors, recurrence risk, and mortality. Thromb Res. junio de 2010;125(6):e335-338.*

576/169. ESTREÑIMIENTO Y ANURIA: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Martínez Ruíz, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Paciente varón de 44 años de edad, con nefrectomía parcial el pasado mes por carcinoma renal, sin otros antecedentes de interés. Acude por anuria de 12 horas y estreñimiento de 5 días. Tras utilizar dos enemas de limpieza de uso domiciliario, el paciente no consigue evacuar las heces. En uno de los intentos, tras Valsalva intenso, se produce episodio de hematuria franca, siendo la última emisión de orina hasta el momento de la consulta.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general, hemodinámica estable, afebril. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, dolor suprapúbico, globo vesical. Signos peritoneales ausentes, abdomen timpánico y ruidos hidroaéreos conservados.

Tras sondaje con sonda de 3 vías se recoge 500mL de orina con contenido hemático. Tras lavado se aprecia orina clara a las 4 horas.

Radiografía abdominal: niveles hidroaéreos, con gas y heces en zona de colon descendente-sigma. Tras aplicación de enema se consiguen evacuar heces.

Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, Plaquetas ligeramente elevadas y PCR aumentada discretamente.

TC abdominal con contraste: riñón izquierdo con soluciones de continuidad en cara posterosuperior, colección líquida capsular compatible con hematoma, edema de a grasa perirrenal, vejiga rellena por material hiperdenso compatible con coágulos.

Juicio clínico

Hematoma renal tras nefrectomía parcial reciente. Absceso renal. Hematuria con coágulos.

Diagnóstico diferencial

Hematuria de causa Urológica: Infecciones Urinarias, Tumores, Traumatismos, tuberculosis, postcirugía, postlitotricia, cuerpos extraños, infarto renal.

Hematuria de causa no Urológica: Enfermedades hematológicas, causas metabólicas, hematuria glomerular, Enfermedades sistémicas, Tóxicos, Fármacos.

Comentario final

Finalmente, tras un tratamiento hospitalario conservador con antibioticoterapia dirigida por antibiograma requirió de drenaje del absceso. El hematoma se reabsorbió tras tratamiento conservador. En el contexto de un paciente operado recientemente que forma un hematoma perirrenal, cabe la posibilidad que tras un Valsalva se desencadene un episodio agudo de hematuria franca con coágulos que desencadene un fracaso renal agudo post-renal.

Bibliografía

- *Coburn M. Capítulo 73. Cirugía Urológica. In: Townsend CM. Beauchamp RD., Evers BM., Mattox KL. Tratado de cirugía: Fudamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 2046-2078.*
- *García L. Martínez KM. Cadabal T. Hematuria. AMF 2011;7(1):39-43*

576/170. ENFERMEDAD DE FORESTIER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Muñoz Gámez, A.[1], *González Moles, L.*[2], *Medina Cobos, A.*[1], *Girón Prieto, M.*[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Varón de 66 años que presenta cervicalgia de meses de evolución con discreta disminución de la movilidad, asociando parestesias en ambas manos sin pérdida de fuerza. El dolor es mecánico, mejorando con reposo. Ha consultado varias veces por este motivo ya que le supone una limitación para sus actividades de la vida diaria (AVD), su calidad de vida y sueño. Además, se nota irascible en casa debido a esto.

Antecedentes personales: HTA, ERC leve y hernioplastia izquierda. Fumador ICAT 25 paquetes/año.

Exploración y pruebas complementarias

Movilidad limitada mayor en los movimientos de flexo-extensión cervical, dolor en últimos grados de dicha movilización. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Radiografía cervical: Lesiones degenerativas y calcificaciones de C3-C6 en región anterior de cuerpos vertebrales.

RMN: Marcada osificación del ligamento longitudinal anterior que afecta a segmento C2-C5 y que sugiere estar en relación con enfermedad de Forestier.

Juicio clínico

Enfermedad de Forestier (hiperostosis difusa esquelética idiopática)

Diagnóstico diferencial

Cervicalgia tensional, Espondilitis anquilosante, Osificación del ligamento longitudinal posterior.

Comentario final

La enfermedad de Forestier es más común en varones en la década de los 60 años. Dependiendo de las zonas afectadas predominará un determinado tipo de sintomatología. Cuando causa síntomas, los más habituales son dolor leve a moderado, y rigidez en la parte superior de la espalda. Además de a raquis también afecta a otras zonas del aparato locomotor (hombros, codos, talones, rodillas), cosa que tendremos que tener en cuenta en nuestro paciente a la hora del seguimiento que vayamos realizando en atención primaria (p.e. disfagia).

En este caso realizamos tratamiento sintomático inicial (analgésicos y antiinflamatorios condicional al dolor) y abordaje biopsicosocial-familiar (también con su mujer en consulta). Se instruyó al paciente en ejercicios fisioterapéuticos con la ayuda de la fisioterapeuta del centro y se citó en varias ocasiones en consulta para evaluación y comprobación de adherencia, realizando también entrevista motivacional para su mantenimiento. Actualmente mantiene la actividad recomendada de forma diaria y no ha presentado nuevos episodios de dolor que le provoquen la sintomatología limitante referida al inicio.

Bibliografía

- *1. Utsinger PD. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clin Rheum Dis. agosto de 1985;11(2):325-51.*

576/171. LO FRECUENTE DE LO INFRECUENTE

Autores:

Villen Santiago, J.[1], Gómez Pascual, T.[2], Barrera Pérez, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Varón, 11 años.

Sin antecedentes personales de interés.

Padres sanos. Sin enfermedades familiares de interés.

Derivado desde consulta privada de Oftalmología, donde se remitió por clínica caracterizada por:

- Diplopía especialmente marcada con la mirada hacia la derecha.

- Cefalea opresiva intermitente, no progresiva, de predominio vespertino y no diaria, que no le despierta por la noche y no se acompaña de vómitos, visión borrosa, foto o sonofobia, parestesia u otro tipo de auras.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: restricción de la abducción del ojo derecho (cruza línea media ligeramente), con endotropía leve y fondos de ojo normales. Torticolis compensatoria leve a la derecha.

- Resonancia sin contraste de cráneo: lesión que ocupa la punta del peñasco derecho, hiperintensa en secuencias potenciadas en T1 y T2, de aspecto polilobulado y unas dimensiones aproximadas de 2 x 2.2 x 2.8 cm (AP x CC x axial), que condiciona efecto masa sobre el seno cavernoso, y la región bulbo protuberancial derecha, comprimiendo al VI par derecho en su trayecto cisternal, en la cisterna prepontina.

Juicio clínico

Granuloma de colesterol.

Diagnóstico diferencial

Variantes de la normalidad (neumatización asimétrica, irregularidades de médula ósea, pseudofracturas), lesiones inflamatorias (apicitis petrosa, osteomielitis, pseudotumor inflamatorio o granulomatosis de Wegener), tumores benignos (meningioma, schwannoma, paraganglioma, condroma, condroblastoma, mixoma, osteoblastoma, tumor de células gigantes), tumores malignos (condrosarcoma, cordoma, tumor del saco endolinfático, metástasis, plasmocitoma, linfoma, carcinoma nasofaríngeo, rabdomiosarcoma, histiocitosis de células de Langerhans), lesiones vasculares (aneurisma carotídeo petroso, fístula AV dural), displasias óseas (Paget, displasia fibrosa), cefalocele, mucocele y colesteatoma.

Comentario final

El granuloma de colesterol pese a tener una incidencia menor a 1:1.000.000, se trata de la lesión más frecuente del ápex petroso. Además, los patrones de captación y de respeto de la cortical ósea son compatibles con el diagnóstico de presunción.

Bibliografía

- *Radhakrishnan R, Son HJ, Koch BL. Petrous apex lesions in the pediatric population. Pediatr Radiol. 2014;44:325–339.*
- *Razek AA, Huang BY. Lesions of the petrous apex: classification and findings at CT and MR imaging. Radiographics. 2012;32(1):151-173.*

576/172. INFECCIONES RESPIRATORIAS CLÁSICAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Autores:

García Martín, Á.[1], Bastías Villar, M.[2], Solano Jimenez, L.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Hombre, 27 años. AP: alergia a ácaros. No hábitos tóxicos. Tratamiento habitual: desloratadina 5mg. Residente de medicina familiar y comunitaria, actualmente rotando en servicio de pediatría. Acude al servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) refiriendo fiebre, tos intensa, mialgias y cefalea desde hace 24 horas. Debido al contexto de pandemia, se realiza test de antígenos de Sars-CoV-2, con resultado negativo, comenzando aislamiento domiciliario por alta sospecha de infección por COVID19. Cuatro días después, acude nuevamente al SUAP por fiebre alta junto a dolor torácico tipo pleurítico.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 145/86mmHg, FC: 93lpm, SatO2: 98%, Tª: 38'9ºC. Aceptable estado general, consciente, orientado. bien hidratado. Ligera taquipnea en reposo. ACP: Tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes finos en base pulmonar izquierda. Abdomen y extremidades normales. Exploración neurológica: Glasgow 15, pares craneales normales, no signos meníngeos. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 90lpm, eje normal, sin

alteraciones llamativas. Radiografía de tórax: consolidación parenquimatosa en base pulmonar izquierda. PCR nasofaríngea para Sars-CoV-2: negativa.

Juicio clínico

Neumonía bacteriana en lóbulo inferior izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Neumonía por Sars-CoV-2, bronquitis aguda, gripe, tuberculosis

Comentario final

Tras el resultado negativo de los test frente a Sars-CoV-2 y el patrón encontrado en la radiografía torácica, se termina diagnosticando al paciente de neumonía bacteriana en lóbulo inferior izquierdo. Fue derivado a urgencias hospitalarias, donde tras realizar una analítica sanguínea sin datos de alarma, comenzó tratamiento antibiótico con levofloxacino 500mg cada 24 horas durante 7 días, con recuperación completa a la semana siguiente. Este paciente fue enfocado inicialmente como probable caso de infección por Sars-CoV-2, debido al contexto de pandemia en el que nos encontramos y a la clínica tan característica. Este caso clínico nos recalca la importancia de pensar en otros diagnósticos alternativos cuando se presenta una posible infección respiratoria, ya que, a pesar de la pandemia producida por la COVID19, el resto de patologías respiratorias siguen existiendo.

Bibliografía

- *Julian-Jiménez A, González del Castillo J, Candel FJ. Usefulness and prognostic value of biomarkers in patients with community-acquired pneumonia in the emergency department. Med Clin (Barc) 2017;148:501-10.*

576/173. HEMOPTISIS Y DETERIORO NEUROLÓGICO

Autores:

Braza Gómez, P.[1], Pérez Jurado, M.[2], Menéndez Polo, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 75 años que acude al centro de salud por presentar hemoptisis de escasa cuantía de varios días de evolución acompañada de fiebre de hasta 38.5ºC. Además, sus familiares nos cuenta deterioro neurológico de horas de evolución.

Como AP: HTA, DM2, DLP. Cardiopatía isquémica crónica con revascularización mixta incompleta. Leucemia linfática crónica diagnosticada en 2001, actualmente tratada con ibrutinib.

Derivamos a la paciente al SUH. A la llegada a urgencias presenta crisis tónico clónica de MMSS.

Exploración y pruebas complementarias

MEG, somnolienta, responde a la llamada con lenguaje inteligible, no obedece a órdenes sencillas. Deshidratación de mucosas. Eupneica en reposo.

AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.

AC: tonos rítmicos sin soplos.

Abdomen: normal.

Rx tórax: ICT normal. Se observa masa paramediastínica izquierda, no imágenes compatibles con infiltrados. Senos costofrénicos y cardiofrénicos libres. No líquido en cisuras, no derrame.

Analítica: Hemograma: Hb 13.4, leucocitos 28.680 (N1840, L26.300), plaquetas 174.000. BQ: glucosa 137, Cr 0.75, urea 37, Na 131, K 3.1, LDH 309, PCR 5.7. GSV: pH 7.19, PCO2 60, HCO3 20.9. Coagulación: normal.

TC CRÁNEO: Múltiples LOEs de pequeño tamaño, subcentimétricas, algunas confluentes, con realce periférico en anillo y edema vasogénico circundante, localizadas a nivel supratentorial, distribuidas por ambos hemisferios. Dichos hallazgos podrían estar en relación con microabscesos (nocardiosis?) sin poder descartar otras posibilidades como metástasis. Linea media centrada. Sistema ventricular de tamaño

adecuado para la edad de la paciente. Sin alteraciones destacables a nivel óseo .

-BQ LCR: Líquido Turbio, hematíes 3230, leucocitos 15 con 36% PMN, glucosa 55 y Proteínas 165.7.

Juicio clínico

- Loes Cerebrales De Probable Origen Infeccioso En Paciente Inmunodeprimida.

- Masa Paramediastínica Izquierda

Diagnóstico diferencial

TBC/Nocardia/Neoplasia pulmonar con metástasis cerebrales.

Comentario final

La paciente finalmente ingresó a cargo de M.Interna, se pautó tratamiento con Ceftriaxona+Vancomicina+Septrim (a dosis de Nocardiosis)+anfotericina B. En cultivos realizado sobre LCR apareció positivo para Nocardia. A los días se realizó TC de tórax de control y se observó regresión importante de la masa paramediastínica y mejoría clínica. EN TC cerebral persistía abscesos cerebrales.

Bibliografía

- *1.Sullivan DC, Chapman SW. Bacteria that masquerade as fungi: Actinomycosis/nocardia. Proc Am Thorac Soc. 2010;7:216–221.*
- *2.Wilson JW. Nocardiosis: Updates and clinical overview. Mayo Clin Proc. 2012;87:403–407*

576/174. NO SIEMPRE ES UNA CONJUNTIVITIS

Autores:

González Moles, L.[1], Muñoz Gámez, A.[2], Girón Prieto, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Se realiza consulta telefónica con Miguel, 38 años, con antecedentes personales de numerosos neumoalérgenos (ciprés, olivo, gato, perro ...) y en tratamiento actual con antihistamínicos orales que refiere sensación de cuerpo extraño en ojo derecho acompañado de enrojecimiento e inflamación tras excursión en zona rural.

El paciente refiere que el cuadro actual es distinto a episodios alérgicos previos, así que se cita en consulta presencial para valoración. A la llegada observamos ojo rojo no supurativo con presencia de helmintos visibles a simple vista en zona lagrimal. El paciente no refiere alteraciones visuales ni dolor ocular.

Se aplican dos gotas de anestésico doble en ojo derecho y se realiza lavado con suero fisiológico y un hisopo estéril. Se masajea el saco lagrimal donde se extraen más helmintos y se realiza eversión del párpado superior para examen palpebral. Cuando no quedaron más helmintos que extraer, se recetó cloranfenicol y dexametasona en pomada y cita preferente en oftalmología para revisión.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y normoperfundido, eupneico.

- Tensión arterial: 137/84, FC: 92, SatO2: 100%, afebril

- Ojo rojo derecho de las características previamente descritas

Se aplicó fluoresceína tópica, sin que se observaran lesiones visibles corneales ni cuerpos extraños.

Juicio clínico

Miasis ocular

Diagnóstico diferencial

Conjuntivitis (vírica o alérgica), lesiones o cuerpos extraños corneales

Comentario final

Resulta difícil la valoración del paciente y la toma de decisiones mediante consulta telefónica. A pesar de los antecedentes del paciente existía la sospecha de

que fuera otro cuadro de origen no alérgico, y por ello se citó en consulta para valoración presencial. La miasis ocular es una patología infrecuente que debe ser sospechada especialmente en pacientes con exposición a ambiente rural y la mayoría de ellas se puede resolver en consulta de atención primaria con derivación posterior a oftalmología.

Bibliografía

- *Ibáñez Navarro Alberto, Rodríguez Álvarez Ericka Helen, Ruiz Andrés María Ángeles, Rodríguez Pineda Adela. Miasis ocular: el misterio es microscópico. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 17] ; 11(3): 166-168. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300166&lng=es. Epub 01-Oct-2019.*

576/176. DOCTOR, VEO DOBLE

Autores:

Rodríguez Rodríguez, Á.[1], Casini Merino, M.[2], Ruiz Iglesias, A.[3], Galán García, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 66 años, sin antecedentes clínicos de interés, solicita cita de no demorable por diplopía binocular de mes y medio de evolución, que corrige a la oclusión monocular y empeora con la fijación y supraversión de la mirada y a lo largo del día. Es de carácter fluctuante y refiere que, si descansa y cierra los ojos durante unos minutos, se recupera totalmente. Asocia por las mañanas dolor ocular bilateral. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Eupneica. Destaca exoftalmos bilateral bastante llamativo.

Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen normal.

A la exploración neurológica destaca limitación a la supraversión de la mirada. Campimetría por confrontación dudosa bilateral, normal monocular. Resto de exploración normal.

Palpación tiroidea: no bocio, no se palpan nódulos ni adenopatías.

Se solicitó TC craneal y analítica de sangre con hormonas tiroideas desde nuestra consulta y se derivó a Neurología y Endocrinología.

Juicio clínico

Oftalmopatía tiroidea

Diagnóstico diferencial

Miastenia gravis, miastenia ocular, oftalmopatía de Graves, hipertiroidismo

Comentario final

El TC craneal no demostró hallazgos de interés. Los resultados analíticos fueron los siguientes: TSH 0.01 µUI/mL, T4L 28.09 pmol/L, T3L 8.40 pmol/L. A la espera de consulta con Endocrinología, se le instauró tratamiento con tiamazol. Desde consultas de atención hospitalaria se ampliaron otros factores que desde primaria no pudimos solicitar: ac. anti peroxidasa 37.60 UI/ml, ac anti receptor TSH 2.29 UI/ml, ac anti receptor acetilcolina y antiMUSK negativos. También se solicitó RNM orbitaria con hallazgos compatibles con oftalmopatía de Graves Basedow.

La oftalmopatía tiroidea constituye la principal manifestación extratiroidea de la enfermedad de Graves-Basedow. Su prevalencia se estima en la enfermedad de GB entre un 20-50%. En general se presenta al mismo tiempo que el hipertiroidismo, pero en casi el 20% puede precederlo. Su evolución suele ser independiente de la situación tiroidea, aunque tiende a empeorar en pacientes con hipertiroidismo de mal control.

Bibliografía

- *Aguirre Sánchez-Covisa, M. Tratamiento de la oftalmopatía tiroidea. Endocrinol Nutr. 2006; 53(9): 550-8.*

576/177. HIDROCEFALÍA NORMOTENSIVA DEL ADULTO, UNA CAUSA REVERSIBLE DE DEMENCIA.

Autores:

García Martín, Á.[1], Tiessler Martínez, B.[2], Mena Zurita, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga

Descripción del caso

Hombre, 72 años, jardinero. AP: hiperuricemia, dislipemia. Acude a consulta por pérdidas de memoria, tristeza y desinterés por las tareas habituales desde hace un año. Además, varias caídas accidentales sin motivo aparente. Su médico de familia instaura tratamiento antidepresivo y deriva a neurología, donde se realizó un TAC hace 5 meses con resultado normal. Empeoramiento progresivo, con episodios de agresividad, pérdidas urinarias en última semana y marcha más lenta. Por ello se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudios ante la sospecha diagnóstica de hidrocefalia normotensiva.

Exploración y pruebas complementarias

TA 138/84 mmHg, FC 68 lpm. Buen estado general, eupneico, afebril. ACP: Corazón rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. Exploración neurológica: consciente, orientado. Lenguaje entendible con respuestas lentas. Pares craneales, movilidad y sensibilidad normales. Pupilas normorreactivas. Sin signos meníngeos, nistagmo ni temblor. ROT normales. Marcha dificultosa, a pequeños pasos, con aumento de base de sustentación. Analítica: hemograma, bioquímica básica, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico normales. Serología negativa para sífilis y VIH. TAC craneal: aumento de tamaño de ventrículos laterales, morfología redondeada, sugerentes de hidrocefalia normotensiva. Ingresa en neurología, donde realizan punción lumbar evacuándose 30ml de LCR (presión normal), con mejoría clara de sintomatología los días posteriores. Se evalúa con neurocirugía para tratamiento quirúrgico.

Juicio clínico

Hidrocefalia normotensiva del adulto.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades neurodegenerativas (E. Alzheimer, E. Parkinson), demencia vascular, infecciones (VIH, sífilis), alteraciones urológicas, déficit de B12, traumatismos craneoencefálicos.

Comentario final

La hidrocefalia normotensiva del adulto comparte características con otros procesos más frecuentes, como el Parkinson. Además, es una causa de demencia reversible. Por ello, es importante sospecharla ante la triada de alteraciones del comportamiento, incontinencia de esfínteres y alteraciones de la marcha. Destacar la función del médico de familia al realizar una historia clínica y exploración física completas, escuchando activamente a los familiares del paciente y derivando a otro servicio para completar estudios con una sospecha clínica de base.

Bibliografía

- *Espay AJ, Da Prat GA, Dwivedi AK, et al. Deconstructing normal pressure hydrocephalus: Ventriculomegaly as early sign of neurodegeneration. Ann Neurol 2017; 82:503.*

576/178. HEMATOMA EPIDURAL CERVICAL EN PACIENTE CON HEMIPARESIA Y PARALISIS FACIAL

Autores:

Alonso Gil, B.[1], Pérez Jurado, M.[2], Braza Gómez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 77 años que comienza con cuadro de agitación, nerviosismo y cervicalgia, presenciándose durante su estancia en la consulta cuadro de hemiparesia e hipoestesia en hemicuerpo izquierdo y parálisis facial derecha, por lo que se traslada al Urgencias del HUPM, sin activarse cosdigo ictus dado el estado basal del paciente (AP: sinucleinopatía con deterioro cognitivo y parkinsonismo). Durante su estancia en el HUPM el paciente presenta un cuadro de tetraparesia que recupera progresivamente persistiendo hemiparesia izquierda.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: REG, COC, eupneico en reposo, normocoloreado. ACP: MVC sin ruidos sobreañadidos, rítmico sin soplos ni extratonos. ABD: blando y depresible, no doloroso a la palpación, RHA conservados, sin masas ni megalias. MMII: no edemas ni signos de TVP. TA: 212/87

Exploración neurológica: COC, alerta, no alteraciones del lenguaje (comprende órdenes simples, evoca y repita palabras), disartria inteligible, ojo derecho con anisocoria y pérdida visual, no reflejo fotomotor directo ni indirecto, ojo izquierdo pupila normoreactiva, MOES conservados, PFSN leve, protruye lengua sin lateralización, plejía de hemicuerpo izquierdo aunque durante unas horas presenta paresia también del hemicuerpo derecho que posteriormente recupera. Disminución de sensibilidad en hemicuerpo izquierdo.

Analítica general: sin alteraciones.

Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Radiografía cervical sin imágenes patológicas.

TAC cráneo: sin hallazgos de interés, sin cambios respecto a TAC cráneos previos.

RMN cervical con contraste de región cervical: Hematoma epidural posterior que se extiende desde el tercio inferior de C2 hasta C5 (diámetro mayor a la altura de C2-C3 de 8 mm). Aumento de señal centromedular en secuencias de TR largo en relación con mielopatía a dicho nivel.

Juicio clínico

Hematoma epidural cervical

Diagnóstico diferencial

Ictus isquémico lacunar motor-sensitivo

Emergencia hipertensiva

Comentario final

En un primer momento ante la aparición brusca de los síntomas del paciente (hemiplejía y alteración del lenguaje), este paciente fue orientado como un ictus lacunar. Sin embargo, ante el importante dolor que el paciente presentaba a nivel cervical y lo cambiante de la clínica (tetraplejía fluctuante) se solicitó una RMN que evidenció un hematoma epidural cervical.

El paciente fue sometido a una laminectomía de C3-C6 ingresando posteriormente en UCI donde finalmente el paciente fallece.

Bibliografía

- *Sanchez Rico Hematoma epidural cervicotorácico espontáneo agudo. Med. Intensiva vol.33 no.1 ene./feb. 2009*

576/179. TODO ES MÁS ESTRECHO DE LO QUE PARECE

Autores:

Nuez Ramos, G.[1], Román De Sola, B.[2], Villanueva Gil, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 47 años con antecedentes de migraña y fumadora de 15 cig/día. La paciente acude refiriendo leve inflamación en brazo derecho, para lo cual se pauta prednisona 30mg 1c/12h durante 3 días y Paracetamol 1g/8h. Se recomienda acudir si no mejoría. Acude nuevamente 9 días después por dolor en brazo derecho tras sobre esfuerzo físico de varias ho-

ras de evolución. Se pauta Diclofenaco 50mg 1c/8h y Diazepam 5mg 0.5c/8h. Vuelve nuevamente por aumento del dolor y del edema en dicho brazo, así como disminución de la fuerza y presencia de parestesias. Se decide derivación a Servicio de urgencias por sospecha de TVP.

Exploración y pruebas complementarias

Claro aumento del perímetro en brazo derecho principalmente en región proximal y presencia de eritema sin aumento de la temperatura. Acompañado de leve cianosis de manos y dedos. Pulsos presentes y simétricos. Movilidad conservada.

Juicio clínico

Estenosis de la vena subclavia por sd estrecho torácico

Diagnóstico diferencial

Tendinitis hombro derecho, rotura muscular tras esfuerzo físico, linfedema, artrosis de codo derecho, causa neoplásica, trastorno de la coagulación, síndrome de Paget-Schroetter

Comentario final

Su médico de familia en las primeras visitas sospecha una tendinitis del hombro derecho debido al esfuerzo físico requerido en el ámbito laboral de la paciente, para lo cual le añade tratamiento con corticoides, analgesia y relajante muscular. Tras la toma de la medicación el cuadro no presenta la mejoría esperable, por el contrario, el dolor aumenta, así como el edema en dicho brazo. Debido a esto y a la presencia de eritema y cianosis acra, se comienza a sospechar que el cuadro esté causado por una alteración en la vascularización de dicho miembro, para lo cual es remitida al servicio de urgencias del hospital. Tras el alta con diagnóstico de TVP debido a un sd estrecho torácico y a la espera de la intervención quirúrgica, la paciente es tratada con acenocumarol en seguimiento y control por su médico de familia. Así como intervenir ante los factores de riesgo, principalmente el tabaco.

Bibliografía

- *Masocatto NO, Da-Matta T, Prozzo TG, Couto WJ, Porfirio G. Thoracic outlet syndrome: a narrative review. Rev Col Bras Cir. 2019 Dec 20;46(5):e20192243*

576/180. DOCTORA, ¿POR QUÉ TENGO LA PIERNA DORMIDA?

Autores:

Braza Gómez, P.[1], Pérez Jurado, M.[2], Alonso Gil, B.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 50 años que acude al centro de salud por presentar pérdida de fuerza en MID y menor sensibilidad de 5 días de evolución. Refiere varios tropiezos en con ese mismo miembro. No refiere cefalea ni alteración de la visión. Mareos que acusa a cervicalgia ya conocida. Como único antecedente de interés Melanoma in situ intervenido en 2009 con posteriores seguimientos en privado.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, BHYP, eupneica en reposo. Afebril.

AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.

AC: tonos rítmicos sin soplos

Exploración neurológica: PINRLA, MOECs, pares craneales conservados. Únicamente presenta disminución de la sensibilidad en MID. Resto normal. Glasgow 15/15.

Solicitamos analítica en la que no se observan alteraciones y TC cráneo: Se aprecia una lesión hiperdensa con un halo hipodenso, bien delimitada, que realza de forma heterogénea tras la administración de contraste localizada en región parietal izquierda que se acompaña de edema perilesional y efecto masa. Presenta unas medidas aproximadas de 28,5 X 31,1X 29,8 mm de diámetros máximos en los planos transversal, AP y CC respectivamente. Estos hallazgos radiológicos, aunque pudiera ser compatible con meningioma atípico como primera posibilidad diagnóstica, no podemos descartar otras posibilidades diagnósticas.

Ante los hallazgos de TC craneal se deriva a la paciente.

La paciente ingresó en M.Interna para estudio de extensión. Se realizó TC tórax: nódulo axilar pendiente de resultados de AP. TC abdominopélvico normal. Mamografía: mama normal de densidad media. Nódulo en MI BI RADS 4a. En la AP: biopsia de la lesión de pared torácica compatible con melanoma. En PET-TC se observó captación gástrica que finalmente se confirmó de metástasis en toma de biopsia mediante EDA.

Juicio clínico

Metástasis De Melanoma

Diagnóstico diferencial

Tumor Primario (Astrocitoma, Meningioma) VS Metástasis

Comentario final

Finalmente, la paciente presentó importante mejoría clínica con tratamiento a dosis altas de corticoides. Actualmente, seguimiento en consultas de Oncología Médica con tratamiento encorafenib + binimetinib.

Bibliografía

- *1. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. J Clin Oncol. 2001;19:3635–3648.*
- *2. Barth A, Wanek LA, Morton DL. Prognostic factors in 1,521 melanoma patients with distant metastases. J Am Coll Surg. 1995;181:193–201.*

576/181. LA "HUELLA" DEL SARS-COV2 EN ATENCIÓN PRIMARIA. UN CASO DE COVID PERSISTENTE.

Autores:

Solano Jimenez, L.[1], Secilla Cabezuelo, M.[2], Castañeda Díaz, I.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

- Antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos. Sin enfermedades.

- Enfermedad actual: Paciente, 31 años, que atendemos en consulta por cuadro de disnea y cefalea de dos meses de evolución, tras infección por SARS-COV2. Refiere disnea de pequeños esfuerzos, que dificultan el ejercicio de sus actividades diarias. Acompañado de crisis de cefaleas de horas de evolución, varias veces a la semana, y "olvidos frecuentes". Estos síntomas comenzaron tras sufrir infección por Covid-19 hace 2 meses

Exploración y pruebas complementarias

• Exploración Física: TA: 120/80. Afebril. FC: 70 lpm. Sat O2 96%. AUCP: rítmica y sin soplos; no roncus ni siblancias. Murmullo vesicular aceptablemente conservado. Eupneica en reposo. Abdomen blando y depresible; no doloroso a la palpación. Resto anodino.

- Rx de Tórax: dada la sensación disneica persistente, realizamos Rx de Tórax; con hallazgos de patrón de infiltrado alveolo-intersticial bilateral sugerente de afectación pulmonar por SARS-COV2; con mejoría respecto a Rx de Tórax previa (hace 2 meses).

- AS: leucocitos 3240 con 1080 linfocitos; Hb 12.8; plaquetas 134.000; DD 317. Bioquímica normal. Ferritina 14.5. Serología SARS-COV2: IgM(+); IgG (+).

- Se deriva a Neumología para completar estudio:

o Espirometría: FEVI: 3370 (119%). FVC: 3480 (107%). FEV1/FVC: 96.

o TC de cráneo: Sin hallazgos.

Juicio clínico

Neumonía Viral Bilateral por Covid- 19 pasada. Covid persistente; secuela: disnea.

Diagnóstico diferencial

Asma Vs. Bronquitis crónica Vs. Infección Viral

Comentario final

La afectación pulmonar persistente por SARS-COV2 puede darse en cualquier rango de edad, incluidos pacientes sin patologías previas conocidas. El se-

guimiento de estos pacientes desde AP es clave; y su tratamiento y valoración continuadas, junto con otros especialistas, permiten mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes. En este caso, tras el diagnóstico realizado, de forma conjunta con Neumología, de enfermedad por Covid persistente; se decidió derivar a rehabilitación respiratoria a la paciente; a día de hoy la mejoría clínica de la disnea es notable, y nuestra paciente va recuperando de forma paulatina su actividad previa.

Bibliografía

- *Rosales-Castillo A, García de Los Ríos C, Mediavilla García JD. Persistent symptoms after acute COVID-19 infection: importance of follow-up. Persistencia de manifestaciones clínicas tras la infección COVID-19: importancia del seguimiento. Med Clin (Barc). 2021;156(1):35-36.*

576/183. UNA LUMBALGIA NO TAN FRECUENTE

Autores:

González Moles, L.[1], Muñoz Gámez, A.[2], Girón Prieto, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Se realiza consulta telefónica con Jesús, 58 años, con antecedentes de dislipemia en tratamiento con simvastatina, que refiere dolor localizado en zona lumbosacra derecha desde hace 3 meses que se irradia hacia muslo derecho. No lo relaciona con traumatismo ni sobreesfuerzo. Dolor de tipo mecánico sin impotencia funcional ni pérdida de control de esfínteres. Tampoco refiere pérdida de fuerza o de sensibilidad. Ha asistido en numerosas ocasiones a urgencias por este motivo.

Se pide radiografía de columna lumbosacra y se cita presencialmente en consulta para valoración y resultados, donde acude con su mujer. Tras exploración y pruebas complementarias (detalladas más adelante) se llega a la sospecha de Síndrome de Bertolotti bilateral.

Se explica al paciente la naturaleza de su enfermedad y se resuelven dudas. Se insiste en la importancia de realizar ejercicio físico diario de bajo impacto como yoga, natación, pilates ... con el objetivo de fortalecer la musculatura de tronco y pelvis. Se refuerza terapia analgésica y se realiza derivación a rehabilitación.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general, con constantes normales.

- Maniobra de Lassegue y Bragard negativa para ambos miembros inferiores.

Radiografía de columna lumbosacra : megaapófisis transversa bilateral a nivel de L5 con degeneración facetaria lumbosacra.

Juicio clínico

Síndrome de Bertolotti.

Diagnóstico diferencial

Lumbociatalgia, hernia de disco, degeneración discal lumbar.

Comentario final

La presencia constante de la lumbalgia en las consultas de atención primaria nos obliga a realizar diagnósticos diferenciales más amplios, entre los que se encuentra el Síndrome de Bertolotti. Se trata de una patología de componente congénito cuyo inicio de síntomas comienza habitualmente entre la 2º y 3º década de la vida. En estos pacientes es fundamental realizar abordaje biopsicosocial-familiar y explicar que la solución no consiste únicamente en analgesia, instruyendo al paciente en ejercicios fisioterapéuticos y realizando charla motivacional para su mantenimiento

Bibliografía

- *- McGrath K, Schmidt E, Rabah N, Abubakr M, Steinmetz M. Clinical assessment and management of*

Bertolotti Syndrome: a review of the literature. Spine J. 2021 Aug;21(8):1286-1296. doi: 10.1016/j.spinee.2021.02.023. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33676018.

576/184. DOTORA, TENGO TOS, SERÁ NORMAL PORQUE FUMO

Autores:

Adame Sanz, L.[1], Castilla Castillejo, J.[2], Franco Márquez, M.[3], García- Revillo Fernandez, J.[4], Morillo-Velarde Moreno, C.[4], Rengel Gómez, M.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 21 años. Antecedentes de pielonefritis de repetición. Fumadora. En seguimiento por Medicina Interna por cuadro de poliartralgias que fue filiado como brucelosis, actualmente curada. AF: madre, lupus eritematoso sistémico.

Consulta por pérdida de peso que refiere que asocia a estrés. Refiere que lleva varios meses con algo de tos que piensa que como fuma "debe ser normal". No fiebre. Refiere leve disnea al subir escaleras o correr.

A la exploración buen estado general, bien perfundida, la auscultación cardiorrespiratoria es normal, saturación de oxígeno 97%. Se solicitó radiografía de tórax: patrón micronodular generalizado bilateral. Se realizó interconsulta telefónica con medicina interna que derivó a neumología con TACAR y cita preferente.

Tras completar el estudio por parte de neumología con biopsia pulmonar, la paciente fue diagnósticada de Histiocitosis X.

Desde nuestra consulta, se le ha explicado en reiteradas ocasiones la importancia de abandonar el tabaco para el pronóstico de su enfermedad, ya que es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz, pero la paciente continúa fumando.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración buen estado general, bien perfundida, la auscultación cardiorrespiratoria es normal, saturación de oxígeno 97%.

Radiografía de tórax: patrón micronodular generalizado bilateral.

TACAR Tórax: extenso patrón intersticial difuso bilateral, más llamativo en LLII, distorsión de arquitectura y micronódulos mal definidos, así como múltiples quistes aéreos de tamaño variable. Conclusión, hallazgos de neumopatía intersticial (EPID) a valorar entre las enfermedades clásicas que cursan con quistes pulmonares.

Juicio clínico

Histiocitosis X o de células de Langerhans

Diagnóstico diferencial

Tos crónica, broncopatía asociada al tabaco vs enfermedad pulmonar intersticial difusa

Comentario final

Desde Atención Primaria es primordial la Promoción de la Salud. Entre otros campos, uno que tratar es el tabaquismo. Aunque el paciente no esté actualmente decidido a abandonar el tabaco, sería conveniente abordar el tema cada vez que sea posible en la consulta para motivar a los pacientes a la deshabituación, más aun si padecen alguna patología relacionada con él.

Bibliografía

- *Lee J. Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans. En Manual MSD para Profesionales. 2019. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/enfermeda-*

des-pulmonares-intersticiales/histiocitosis-pulmonar-de-células-de-langerhans

- *Alfageme I, Álvarez-Sala JL, Freixinet J. Manual SEPAR de Neumología y Cirugía Torácica. Barcelona: Editorial Respira; 2018. Disponible en: https://manual.separ.es*

576/186. LA HISTAMINOSIS

Autores:

Marín Pedrero, M.[1], Nieto Ordóñez, C.[2], Pacheco Perez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Taraguilla. San Roque. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Acude a consulta una mujer, de 42 años, con sintomatología nasal; obstrucción, salvas de estornudos, prurito y rinorrea serosa, oculares; enrojecimiento, prurito y lagrimeo, además de sensación subjetiva de disnea que ha precisado atención en Urgencias de meses de evolución, acentuándose en las últimas semanas.Desde hace un año presenta síntomas digestivos; dolor abdominal, flatulencias, náuseas, estreñimiento y diarreas.La paciente lo ha relacionado con ingesta de ciertos alimentos.En la última refiere cefalea y palpitaciones aisladas

Exploración y pruebas complementarias

La paciente fue derivada al servicio de alergología y Medicina Interna tras ser agotadas las herramientas en atención primaria para ser sometida a estudio

Se realizó FeNo y Prick Test con aeroalérgenos, histamina en orina 24 horas, actividad DAO,IgE,IgE/IgG4

Se obtuvo FeNo de 11 ppb, Prick test positivo a Ácaros, olivo, gramíneas, pelo de gato, anacardos, fresa, trigo, avena y pipa.

Histamina en orina 24 horas:72,4

Actividad de la DAO:104,5

IgE:23,8

IgE/IgG4:+

En plan fue iniciar dieta exenta de alimentos ricos en histamina.Al mes se repitió la histamina en orina de 24 horas junto con triptasa y CAP

Ebastel forte 1 cp/noche + bilastina en ayunas + hidroferol. Si rinitis profusa avamys

Se IC con disgestivo, por pérdida de 8-9 kg, en el cuál se realizó un estudio con hallazgos de intolerancia a fructosa,SII mixto y test de sobrecrecimiento bacteriano positivo

Se pautó dieta para intolerancia y atb de rifaximina 200 mg 2 cp/12 hrs 20 d

A los dos meses mejoría analítica

Histamina en orina 24 horas:35,9

Triptasa:4,9

Test sorbitol:negativo

Test lactosa:positivo

Se añadió quercetina 500 mg 1 cp/día.

Debido al empeoramiento clínico, la paciente tomó la decisión de acudir al sector privado en Sevilla.

El Dr le diagnosticó sensibilidad alimentaria no alérgica, tras % de histamina liberada tras estimulación con los alimentos:leche de vaca,clara de huevo,ternera,pollo,harina de trigo,pescado blanco,pescado azul,soja,harina de avena harina de maíz,zanahoria,judías verdes,arroz,patata,trigo sarraceno y quinoa

Tras la prueba precisó restricción de gluten,pescado azul,soja,habas,guisantes,zanahoria y patata

Actualmente con mejoría clínica,niveles de histamina en rango normal.Adrenalina si necesario

Juicio clínico

Tno del metabolismo histaminérgico no alérgico

Diagnóstico diferencial

intolerancia alimentaria

Tnos del metabolismo histaminérgico alérgico

Comentario final

Tto:prescindir de alimentos que estimulen la descarga histaminérgica

Bibliografía

- *Comas-Basté O, Sánchez-Pérez S, Veciana-Nogués MT, Latorre-Moratalla M, Vidal-Carou MDC. Histamine Intolerance: The Current State of the Art. Biomolecules. 2020 Aug 14;10(8):1181. doi: 10.3390/biom10081181. PMID: 32824107; PMCID: PMC7463562.*

576/187. BAILE DE MÁSCARAS

Autores:

Ruíz-Canela Gallardo, M.[1], Morillo - Velarde Moreno, C.[2], Rodríguez Onieva, A.[1], Franco Márquez, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer. 56 años. No reacciones alérgicas a medicamentos conocida. Con los siguientes antecedentes personales: HTA. Esteatosis hepática. Úlceras orales y sequedad de mucosas diagnositcada de Sd Sjogrën (2015). Aplasia medular secundaria a Hidroxicloroquina (2017). Tratamiento habitual: omeprazol, amlodipino, carmeliosa sódica, hidroxicloroquina, prednisona 10 mg/diarios. Acude a nuestra consulta de AP, por lesiones pruriginosas que define " como una máscara" de color rosado en pómulos de 10 días de evolución y alopecia difusa. Se deriva a la paciente a Dermatología que realiza biopsia de la piel y ante los hallazgos deriva a Medicina Interna/Reumatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Afebril

ACR: rítmica, sin soplos, buen murmullo vesicular bilateral sin estertores.

ABDOMEN : anodino

NEUROLÓGICO: Glasgow 15. Sin focalidad neurológica

En región malar y periauricular se observan lesiones tipo placas de tono rosado-violáceo y aspecto tumido. Grandes placas alopécicas en cuero cabelludo.

Analítica en atención primaria: Hb 11.3 VCM 104,4 Hto 34,6% GGT 44 Ferritina 671,6. Sistemático de orina normal

Analítica en consulta de Medicina Interna: Anti DNA + . Anti Sm +. Anticuerpos antinucleares +

Biopsia de la piel: dermatitis de interfase tipo vasculopatía nasal, depósito de mucina, linfangiesctasias e infiltrados inflamatorios parcheados compatibles con LES

Juicio clínico

Lupus Eritematoso Sistémico

Diagnóstico diferencial

Artritis Reumatoide

Esclerodermia

Síndrome de Sjögren

Comentario final

En este caso, había presentes seis de los once criterios diagnósticos de LES (Son necesarios cuatro) Por parte del servicio de Reumatología se instauró un tratamiento con HDQ 400 mg 1 cp al día+ prednisona 30 mg diarios y furoato de mometasona crema con buena respuesta. El LES es una enfermedad autoinmune multisistémica crónica de etiología desconocida con múltiples formas de presentación clínica. Los pacientes que sufren LES precisan de un abordaje holístico y multidisciplinar dado que presenta manifestaciones que afectan a todos los órganos y los tratamientos tienen efectos secundarios que precisan seguimiento constante.El mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los médicos de AP facilita su diagnóstico y mejora el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

- *Gómez-Puerta JA, Cervera R. Lupus eritematoso sistémico. Medicina & Laboratorio 2008; 14: 211-223.*
- *Lupus Eritematoso Sistémico. (2011). Guía de EAS De La SEMI.*

576/189. ANEURISMA IMFLAMATORIO DE AORTA

Autores:

Celotti Orozco, M.[1], Cruz Molina, C.[2], García Onieva, F.[2], Trujillo Díaz, N.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 89 años con AP de dislipemia, neoplasia de colon y cólicos biliares. Vive sola. Acude en varias ocasiones a su centro de salud por decaimiento y astenia. No otra clínica acompañante. Una semana después se realiza aviso a domicilio por importante dolor abdominal generalizado y empeoramiento del estado general. No náuseas ni vómitos. No diarrea. No otra clínica abdominal ni síntomas urinarios. Niega dolor torácico o disnea. No fiebre.

Se decide derivación al servicio de Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada, regular estado general, muy afectada por el dolor (EVA 8). TA 115/80 mmHg. FC 115 lpm. Sat0297%.

A la exploración destaca abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada con defensa propia y tacto rectal anodino.

En la analitica se aprecia leucocitosis (19380) con desviación a la izquierda (neutrófilos 17420). Hb 10.6. PCR de 455. Resto normal. Se amplía procalcitonina 1.64

Se solicita Eco abdominal en donde se observa imagen compatible con aneurisma de aorta abdominal.

Se decide realización de TAC abdominal: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (caudal a arterias renales) con diámetro 6.6 cm, con gran trombosis mural de 3 cm. Circundante al mismo, imagen de densidad de tejidos blandos en localización paraaórtica izquierda con aumento de densidad del tejido graso adyacente. Estos hallazgos son compatibles con aneurisma de aorta inflamatorio como primera posibilidad, siendo menos probable otra etiología.

Se solicitan hemocultivos: S. Aureus sensibles a meticilina.

Juicio clínico

Aneurisma aorta abdominal inflamatorio.

Se inicia tratamiento con metilprednisolona y antibioterapia: ampicilina + cloxacilina + gentamicina.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con aneurisma de aorta no inflamatorio, con la fibrosis retroperitoneal maligna y con la afectación metastásica ganglionar.

Comentario final

Los aneurismas de aorta inflamatorios representan un 3-10% de los AAA. Etiopatogenia desconocida. Se suelen localizar en aorta infrarrenal. Se caracteriza por cambios inflamatorios y fibróticos en regiones periaórticas, que suele aparecer como una masa de partes blandas bien definida. Se suele presentar con dolor abdominal o lumbar por la compresión de órganos adyacentes.

Bibliografía

- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapútica. 2º ed. Madrid: Elsevier; 2005.*

576/191. "UNA DISPEPSIA ASTÉNICA"

Autores:

Lascurain lapunzina, G.[1], Marco D´Ocon, M.[2], Perova, Y.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel

Descripción del caso

Paciente mujer de 47 años centroamericana, que acude refiriendo cuadro de unos 6 meses de evolución con molestias digestivas, consistentes en sensación de plenitud, pesadez epigástrica y eructos, independientes del tipo de alimento y, que se acompañan, de deposiciones aumentadas en número y de aspecto espumosas, junto a pérdida de peso de unos 5 Kg en el último mes. Sin antecedentes de interés familiares oncológicos ni personales, aunque en su historia clínica 10 años atrás, tiene creado un episodio de dispepsia. Comenta que no ha consultado antes por estar en pandemia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física anodina. En analítica destaca aumento de bilirrubina total a expensas de la directa, marcadores de colestasis y enzimas hepáticas junto a hierro bajo. En ecografía se informa: barro biliar y marcada distensión de la vía biliar intra y extrahepática sin visualizar la causa de la obstrucción. Se decide ingreso en Digestivo para completar estudio con TC abdominal: sospecha de tumoración sólida periampular y confirmarlo con gastroscopia: tumoración, en segunda porción duodenal que engloba papila, ulcerada.

Juicio clínico

Dispepsia.

Diagnóstico diferencial

Úlcera péptica, infección por H. Pylori, cáncer gástrico, patología hepato-biliar, sindrome de malabsorción, enfermedad intestinal inflamatoria.

Comentario final

La pandemia ha retrasado el diagnóstico de patologías desde atención primaria. Ante una dispepsia debe realizarse una exhaustiva historia clínica y anamnesis, recabar en los antecedentes personales y valorar siempre la presencia de síntomas y/o signos de alarma.

Bibliografía

- *1- Martín Zurro, A, Cano Pérez, J. F, Gené Badia, J. Capítulo 24. Dispepsia e infección por Helicobacter Pylori. Atención primaria, problemas de salud en la consulta de medicina de Familia. 8º ed. Grupo Elsevier 2019. P: 626-629.*
- *2- Mearin Fermín, Calleja José Luis. Definiendo la dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Oct 18] ; 103(12): 640-647. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011001200006&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082011001200006.*
- *3- Lorenzo-Zúñiga V, Moreno De Vega V, Domènech E, Boix J. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater [Diagnosis and treatment of ampullary tumors]. Gastroenterol Hepatol. 2009 Feb;32(2):101-8. Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2008.02.004. Epub 2009 Feb 5. PMID: 19231683.*

576/192. DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE DIABÉTICA: EL HALLAZGO.

Autores:

Ramos Masa, M.[1], Ramos Galindo, N.[1], Guisado Rodríguez, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Paciente femenina de 71 años, natural de Inglaterra, con antecedentes personales de diabetes mellitus

tipo 2 y episodio de pancreatitis hace 5 años. Acude al SUAP de Rincón de la Victoria por dolor abdominal epigástrico que irradia hacia la espalda, de 24 horas de evolución y que acompaña vómitos de contenido alimenticios. Tras primera exploración y tratamiento se decide traslado al hospital por disminución progresiva de la conciencia.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada consciente y orientada. Afebril. No ictericia. Abdomen globuloso, blando y depresible. Se prescribe analgesia sin mejoría y se realiza traslado al Hospital.

Posteriormente disminución progresiva del nivel de conciencia con GSC=4, TA 79/52 y FC 108 lpm. Aparecen signos de hipoperfusión distal y livideces hasta raíz de miembros.

G 225, Cr 1.82, FG 28, Perfil hepatopancreático sin alteraciones.

PCR 29, Troponinas I 1154, Hb 11.1, Leucocitos 6600, Neutrófilos 5170, Plaquetas 168000. TP 44. Ácido láctico: 12

pH 7 Pco2 41, HCO3- 11.9

TAC abdominal: Isquemia intestinal en evolución de origen arterial (probablemente aterotrombótico), con afectación de asas de íleon, signos de neumatosis intestinal y trombosis parcial de vena mesentérica superior.

Juicio clínico

Isquemia intestinal de origen arterial y trombosis parcial de vena mesentérica superior.

Diagnóstico diferencial

Aneurisma de aorta abdominal: >60 años, factores de riesgo cardiovascular; Dolor epigástrico

irradiado a espalda. Puede masa pulsátil acompañante, asimetría de pulsos periféricos y soplo abdominal.

Obstrucción intestinal y/o perforación intestinal: dolor periumbilical, vómitos y ausencia de tránsito intestinal. Distensión abdominal con timpanismo, y ruidos metálicos o silencio auscultatorio. Si sufrimiento intestinal, puede acompañar cuadro de peritonitis y sepsis.

Infarto agudo de miocardio: dolor epigástrico en paciente mujer con factores de riesgo cardiovascular.

Comentario final

La paciente tras intervención por cirugía general se recupera en unidad de cuidados intensivos.

El dolor abdominal es muy frecuente en urgencias siendo importante conocer su diagnóstico diferencial y tratamiento.

Bibliografía

- *Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. Angiologia. 2015;67(2):133–9.*
- *Pereira Juliá A, Domingo Serrano F, Sánchez Ruiz S. Atención al paciente urgente. Urgencias abdominales. Medicine. 2019;12(87):5089–99.*
- *Martinez Saez O, Pacheco Puig R. Dolor abdominal agudo. En: Bibiano Guillén C, editor. Manual de Urgencias. 3ª Edición. Madrid: Grupo Saned; 2018. p. 135-139.*

576/193. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Ortega Sánchez, P.[1], Torres Hernández, A.[2], Rosa Guerrero, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (3) Especialista en Nefrología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

Descripción del caso

Varón de 35 años, con antecedentes personales de hipercolesterolemia, que acude a consulta por crisis hipertensiva en domicilio con múltiples visitas a urgencias por este motivo en el último mes.

Exploración y pruebas complementarias

Atención Primaria: Constantes: 160/90 mmHg, 67 lpm, afebril. Talla: 175 cm, 80Kg. IMC 26.12 Kg/m2. ACR: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades sin edemas, ni rash. Exploración neurológica: fuerza y sensibilidad conservada, Glasgow 15, PINR. Analítica: hemograma y coagulación anodinas, bioquímica creatinina 2.37 mg/dl. Sistemático de orina con microhematuria 20 hematíes por campo y proteinuria 50 mg/dl. Hormonas tiroideas normales. AMPA con TA media 140/90-150/100 mmHg Se inicia tratamiento con amlodipino 5 mg y se deriva a urgencias. URGENCIAS: Confirmación deterioro renal (creatinina 2.5 mg/dl con presencia de microhematuria y proteinuria). Radiografía tórax: ICT normal, no infiltrados ni datos de redistribución vascular, no derrame pleural. Ecografía renal/doppler: Riñones de tamaño en el límite inferior de la normalidad, sin signos de uropatía obstructiva. Sin alteraciones de la vasculatura renal CONSULTAS EXTERNAS: Autoinmunidad: ANA, ANCA y antiMBG: negativos. Aldosterona y cortisol normal. Fondo de ojo normal. Ecocardiograma normal Pruebas históricas: microhematuria 5-6 hematíes por campo y proteinuria en sistemático 10-50 mg/dl persistentes desde 2014 atribuidas a infecciones urinarias. Biopsia renal: Nefropatía IgA

Juicio clínico

Hipertensión arterial secundaria a nefropatía IgA

Diagnóstico diferencial

Estenosis arteria renal, hiperaldosteronismo, HTA maligna, enfermedades glomerulares

Comentario final

El caso ilustra un paciente con alteraciones sutiles en el estudio de orina años previos al debut de una enfermedad glomerular, motivo por el cual es importante la correcta interpretación de una prueba tan accesible y útil como el estudio de orina en atención primaria

Bibliografía

- *1.Praga M, Caravaca F, Yuste C, Cavero T, Hernández E, Morales E, Mérida E, Moreno JA, Sevillano A, Gutiérrez E. IgA nephropathy: What patients are at risk of progression to end-stage renal disease and how should they be treated? Nefrologia (Engl Ed). 2018 Jul-Aug;38(4):347-352 2*
- *2.Pattrapornpisut P, Avila-Casado C, Reich HN. IgA Nephropathy: Core Curriculum 2021. Am J Kidney Dis. 2021 Sep;78(3):429-441*
- *3.Cheung AK, Chang TI, Cushman WC, Furth SL, Hou FF, Ix JH, Knoll GA, Muntner P, Pecoits-Filho R, Sarnak MJ, Tobe SW, Tomson CRV, Lytvyn L, Craig JC, Tunnicliffe DJ, Howell M, Tonelli M, Cheung M, Earley A, Mann JFE. Executive summary of the KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2021 Mar;99(3):559-569*

576/194. NEUMONÍA CON SORPRESA

Autores:

Cruz Molina, C.[1], García Onieva, F.[1], Povedano Hoyas, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 54 años de edad, sin alergias conocidas, fumador de 20cig/día, como AP de interés EPOC leve.

Consulta por fiebre de hasta 38.5ºC, malestar general y recientemente tos de varios días de evolución, sin contacto con posibles Positivos a COVID-19. Acudió a Urgencias al inicio del cuadro donde se descartó COVID-19 mediante PCR y demás pruebas complementarias, se le diagnosticó inicialmente de reagudización de su EPOC por lo que se le inició antibioterapia con Amoxicilina 850mg / Ac. clavulánico 125mg cada 8 horas durante 7 días.

Acude a los 5 días de tratamiento al Centro de Salud por persistencia del cuadro pese a cierta mejoría de la clínica. Iniciamos una anamnesis que incluye un enfoque bio-psico-social, el paciente nos cuenta como dato nuevo, que se acaba de mudar a una casa que

ha estado deshabitada mucho tiempo con su familia, nadie de los cuales presenta síntomas similares. Está estresado por el cambio de domicilio y algo apurado económicamente por lo que están recortando en pequeños gastos como el agua embotellada, y están consumiendo agua del grifo.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes estables.

ACR: Rítmico, a buena frecuencia. Crepitantes y ligera disminución del murmullo vesicular en base derecha.

Solicitamos:

-Nueva Radiografía de Tórax: Condensación en base derecha, sin otros hallazgos.

-Antígenos en orina de Pneumococo (NEGATIVO) y Legionella (POSITIVO)

Juicio clínico

Neumonía adquirida en la Comunidad por Legionella.

Diagnóstico diferencial

COVID-19 vs NAC (y su causa etiológica)

Comentario final

Tras el diagnóstico definitivo y ajuste de tratamiento el paciente evolucionó adecuadamente.

Es muy importante el enfoque bio-psico-social y ver al paciente en su contexto puesto que se nos pueden escapar muchas cosas.

Bibliografía

- *Isenman HL, Chambers ST, Pithie AD, et al. Legionnaires' disease caused by Legionella longbeachae: Clinical features and outcomes of 107 cases from an endemic area. Respirology 2016; 21:1292.*
- *David Murdoch, Stephen T Chambers, Patricia Priest. Clinical manifestations and diagnosis of Legionella infection, Uptodate, Literature review current through: Sep 2021. Last updated: Apr 17, 2020.*
- *David Murdoch, Stephen T Chambers, Patricia Priest. Treatment and prevention of Legionella infection. Uptodate. Literature review current through: Sep 2021. Llast updated: Jun 14, 2021.*

576/195. ¡CUIDADO, ME APLASTAS! SÍNDROME DE MAY-THURNER.

Autores:

Ramos Galindo, N.[1], Ramos Masa, M.[1], Guisado Rodríguez, M.[2], Álvarez Luque, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Mujer 17 años. No alergias. Exfumadora desde hace 5 meses. Vida activa. Sin antecedentes de interés clínico. Tratamiento: etinilestradiol/acetato de citproterona 35mcg/2mg.

Consulta en el Centro de Salud (telefónica) por dolor en región lumbar izquierda intenso irradiado a muslo izquierdo de 2 días de evolución, hormigueo en pie e inflamación de rodilla izquierda. No traumatismo. No fiebre. No disuria. Se pauta AINE y se cita presencial.

Presencialmente, desaparición del dolor con AINE pero aumento progresivo de volumen respecto al día previo y vómitos.

Exploración y pruebas complementarias

Miembro inferior izquierdo (MII): aumento de volumen desde pie hasta muslo, edema frío sin fóvea, endurecido. No rubor. No cordones venosos palpables. No empastamiento gemelar pero dolor al palpar. Teleangiectasias en región inguinal izquierda. Disminución de pulso pedio.

Exploración lumbar normal. Puñopercusión renal negativa. Auscultación cardiopulmonar normal.

Se deriva a Urgencias.

En Hospital, se realiza analítica de sangre con Dímero D 9900 y Doppler Venoso con hallazgo de Trombosis Venosa Profunda (TVP) en MII desde vena poplítea hasta porción distal de vena iliaca común.

Ingresa en Medicina Interna para estudiar causa de la trombosis: estudio de trombofilia negativo, TAC con

contraste abdomino-pélvico que descarta neoplasia subyacente y confirma TVP, trombo parcial en vena cava inferior y aplastamiento con disminución de calibre de vena iliaca común izquiera por la arteria iliaca común derecha, compatible con Síndrome de May-Thurner.

Se inicia Bemiparina Sódica 7500IU/día, se realiza fibrinólisis con trombectomía y colocación de Stent venoso a nivel de la compresión. Al alta, se añade ácido acetilsalicílico 100mg/24h.

Juicio clínico

Trombosis Venosa Profunda. Síndrome de May-Thurner.

Diagnóstico diferencial

Trombosis superficial. Celulitis.

Comentario final

Al alta, volvió al centro de salud para control de factores de riesgo (anticoncepción, tabaquismo), aquí nuestro papel es fundamental.

El diagnostico diferencial se realiza mediante exploración física, ante la sospecha de TVP es necesario valorar exhaustivamente al paciente.

Aunque existen factores de riesgo, una TVP no es común en adolescentes, es necesario un estudio de trombofilia, neoplasias ocultas o alteraciones anatómicas como en nuestro caso.

Bibliografía

- *Mangla A, Hamad H. May-Thurner Syndrome. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.*
- *Liddell RP, Evans NS. May-Thurner syndrome. Vasc Med. 2018;23(5):493–6.*

576/196. DOCTORA, MI SOBRINA DICE QUE ME HA CAMBIADO LA VOZ

Autores:

López Estepa, M.[1], Mengual González, C.[2], Espejo Marín, M.[3], Rojas Prats, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 52 años, obeso, HTA, DM-2, exfumador de 2 paquetes de cigarrillos al día y EPOC que acude a urgencias por disnea y disfonía. Comenta que hace unos días fue al pueblo a visitar a sus padres y su sobrina le noto cierta disfonía sin estar resfriado, refiere que a dicha situación no le había prestado mayor importancia, y echando cálculos llevaría unas 4 semanas con alteración en la voz, por lo que debido a la insistencia familiar decide acudir a urgencias. En urgencias se realizó radiografía de tórax y analítica y debido a la normalidad de las pruebas complementarias se procedió al alta con tratamiento antibiótico. A los dos días, acude a nuestra consulta, procedemos a historiar al paciente y nos comenta que desde hace varios meses ha aumentado su disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos, lo que le impide el descanso nocturno, motivo por el cual duerme en un sillón, además también refiere disfagia a sólidos. No síndrome constitucional asociado. No tos, ni expectoración. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Normohidratado y normocoloreado.

Cabeza y cuello: no ingurgitación yugular. 2 adenopatías laterocervicales izquierdas de 2X2cm, adheridas a planos profundos, no dolorosas a la palpación.

ACR: tonos rítmicos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Ante esta situación se decide desde AP derivar al paciente a urgencias para valoración por ORL, quién realiza rinofibrolaringoscopia observando masa su-

praglótica. Se diagnosticó de Carcinoma supraglótico intervenido en marzo de 2018 y sin quimioterapia ni radioterapia posterior. A día de hoy, presenta buena evolución clínica sin recidiva tumoral.

Juicio clínico

Carcinoma supraglótico cT3,N1,M0

Diagnóstico diferencial

- Nódulos

- Pólipos

- Carcinoma glótico y subglótico.

Comentario final

- Es necesario realizar una buena anamnesis y exploración física, ya esto constituye el pilar fundamental para el diagnóstico.

- Debemos explicarle al paciente evitando tecnicismos las pruebas que se le van a realizar y resolverle las dudas que esto pueda causar, porque en muchas ocasiones el hecho de no consultar con anterioridad es el miedo a recibir malas noticias.

Bibliografía

- *Bradley A. et al. Cáncer de laringe. MSD [Internet]. 2021[Consultado el 14 oct de 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/c%C3%A1ncer-de-laringe*

576/197. SÍNDORME BOCA, MANO, PADRE

Autores:

Torres Hernández, A.[1], Bastías Villar, M.[2], Ortega Sánchez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga, (2) Centro de Salud Las Lagunas. Málaga, (3) Centro de Salud de Torrequebrada. Málaga

Descripción del caso

Varón de 40 años que acude a valoración por su MAP por un cuadro pseudogripal con sintomatología de rinorrea, odinofagia y tos de dos días de evolución.

Tras PDIA COVID negativa y exploración inespecífica, se decidió manejo sintomático domiciliario y observación con aislamiento preventivo de contactos.

Tres días más tarde, acudió a urgencias hospitalarias por empeoramiento de su estado basal e inicio de fiebre (38ºc), disnea en contexto de accesos de tos, dolor en region maxilar y aumento de expectoración.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración y pruebas complementarias:

Constantes normales, orofaringe hiperémica sin placas ni exudados amigdalares, adenopatías cervicales sin signos de malignidad (tamaño <1cm).

ACP: murmullo vesicular conservado, tonos rítmicos sin soplos.

Nueva PDIA COVID: Negativo

Analítica: PCR 23, resto sin hallazgos

Rx tórax: sin hallazgos

- Manejo y evolución:

Dada la primera sospecha diagnóstica de sinusitis, se le pautó tratamiento antibiótico y se le dio el alta a domicilio con consignas.

Tras cinco días, acudió a valoración por su MAP comentando persistencia del cuadro catarral incial con aparición de lesiones cutáneas pseudovesiculosas y eritematosas en manos y pies, así como lesiones papulosas puntiformes en el velo del paladar blando.

El paciente, refiere que es padre de un hijo diagnosticado recientemente del síndrome boca-mano-pie. Motivo por el cual, su MAP solicitó interconsulta electrónica con el servicio de dermatología confirmando así el diagnóstico.

Juicio clínico

Síndrome Boca-mano-pie tratado con tratamiento antibiótico y corticoideo tópico en las lesiones cutáneas anteriormente descritas.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades exantemáticas, Viriasis, COVID, VIH y Parasitosis entre otros

Comentario final

El síndrome boca-mano-pie, producido por el virus Coxsakie A16, es característico de la infancia.

Importancia de interrogar a los pacientes sobre la posibilidad de ambiente epidémico para una correcta orientación diagnóstica daa la infrecuencia del cuadro en adultos. Además, dado el periodo de incubación de 3-6 días de dicho cuadro, podemos evitarle al paciente efectos nocivos líneas terapéuticas innecesarias.

Bibliografía

- *- Lee, C. J., & Chen, H. C. (2020). Adult Hand, Foot, and Mouth Disease. Ear, nose, & throat journal, 99(9), NP105–NP106. https://doi.org/10.1177/0145561319856569*
- *- Kimmis, B. D., Downing, C., & Tyring, S. (2018). Hand-foot-and-mouth disease caused by coxsackievirus A6 on the rise. Cutis, 102(5), 353–356.*

576/199. NO TODOS LOS OLVIDOS SON POR LA EDAD

Autores:

Muriel Sanjuán, N.[1], Camacho Cerro, L.[1], Sánchez Sánchez, R.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 66 años, IABVD, hipertenso y dislipémico, con síndrome ansioso depresivo en seguimiento por Salud Mental. Acude acompañado de su hija, por clínica progresiva de semanas de evolución, iniciando con despistes en actividades cotidianas, que se han ido agravando con desorientación, incapacidad para reconocer a familiares e incluso actos inapropiados dentro del domicilio. Añade molestias al orinar. Anímicamente refiere encontrarse bien, aunque la familia cuenta cierta apatía y tendencia al llanto.

Desde primaria(AP) se realiza analítica completa destacando una infección de orina(ITU) y positividad de Ac.treponémicos. Con esto se deriva a urgencias para ingreso y estudio, diagnosticándose a través del análisis del líquido cefalorraquídeo de neurosífilis.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado en espacio y desorientado en tiempo (refiere estar en 2001).

Abdomen:blando, depresible, molestia a la palpación profunda suprapúbica. Puñopercusión renal bilateral negativa.

Exploración neurológica: Fluctuación en la orientación con habla coherente y fluida, dificultad para recordar palabras expuestas previamente. Resto de la exploración normal y sin datos de patología tremórica.

De manera ambulatoria se solicitó analítica de rutina: hemograma y bioquímica sin alteraciones, niveles de vitaminas y hormonas dentro de la normalidad. Serologías negativas para VIH y Hepatotropos. Con positividad tanto al Ac reagínico de la sífilis-RPR(½) como TPHA(1/320). El sistemático de orina mostró datos de infección.

TAC y RMN de cráneo sin hallazgos salvo atrofia moderada en región frontal y parietotemporal. Punción Lumbar: aumento de celularidad y proteinorraquia. VDRL positivo.

Juicio clínico

Neurosífilis

Diagnóstico diferencial

Incluiríamos las ITU, causa habitual de desorientación en pacientes de cierta edad; demencias tanto vasculares, como por déficit de vitaminas (B12 y ácido fólico), las autoinmunes o las secundarias a infecciones (Treponema Pallidum o VIH). Como punto final las demencias asociadas a procesos de tipo depresivo con importante carga.

Comentario final

Las demencias son un motivo de consulta muy frecuente en AP, pero no siempre son causa directa de la edad, es nuestra responsabilidad descartar causas orgánicas que puedan tener tratamiento. De ahí

la importancia de un protocolo estandarizado con las pruebas a pedir.

Bibliografía

- *Valenzuela Alvarado S.Protocolo diagnóstico diferencial de las demencias reversibles.Medicine.2011;10(76):5169–73.*
- *Sociedad española de neurología.Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018.5.Guía oficial de práctica clínica en demencias 2018.*

576/201. DOCTORA, NO AGUANTO ESTE DOLOR DE CABEZA

Autores:

Miguel Moreno, M.[1], Adame Herrojo, M.[2], García Prat, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva

Descripción del caso

Varón de 26 años, fumador de 20 cigarrillos al día y consumidor habitual de marihuana. Sin otros antecedentes de interés.

Acude a la consulta porque tras estar toda la noche pescando, al volver a casa comienza de forma súbita una cefalea hemicraneal izquierda pulsátil e intensa. Se acompaña de visión borrosa, acúnenos y 2 vómitos. Presenta fotocopia y sonofobia.

Exploración y pruebas complementarias

Afectado por el dolor, febril. Las constantes están conservadas.

Exploración por aparatos anodina, incluído la exploración neurológica.

Se le pauta dexketoprofeno y metamizol con mejoría. A los 2 días se le reproduce el dolor sin mejoría con el tratamiento pautado, por lo que acude a urgencias.

Se le realiza TC craneal sin hallazgos relevantes y se niega a una punción lumbar.

Le dan de alta con zolmitriptan y prednisona. A nuestra revisión permanece con dolor no controlado. Se le pauta verapamil sin mejoría, por lo que acude de nuevo a urgencias.

Juicio clínico

Cefalea en trueno debido a un síndrome de vasoconstricción arterial difusa (posible consecuencia del consumo de marihuana).

Diagnóstico diferencial

Migraña

Cefalea tensional

Cefalea en racimos

Trombosis del seno cavernoso

Hipertensión intracraneal

Cefalea en trueno

Comentario final

El paciente fue ingresado en el servicio de neurología debido al dolor refractario al tratamiento. Le realizaron una punción lumbar (valores normales), analítica completa anodina (a excepción de cannabis positivo en orina). Se le repitió el TC craneal con estenosis focales intracraneales múltiples. Se consiguió un control con topiramato, propranolol y fluarizina.

Actualmente se encuentra estable con el siguiente tratamiento: Topiramato 50 mg cada 12 horas y Propranolol cada 12 horas. Desde que dejó el tratamiento con fluarizina se encuentra peor.

Sigue siendo revisado por neurología, pendiente de bloqueo del nervio occipital bilateral y del supraorbitario izquierdo.

Bibliografía

- *De la Torre-Colmenero JD, Arjona-Padillo A, Fernández-Pérez J. Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible tras abandono de hábito tabáquico y tratamiento con bupropión. Rev Neurol 2018;66 (09):322-323.*

576/202. VÉRTEBRA LIMBUS, UN CURIOSO HALLAZGO INCIDENTAL

Autores:

Tapia Moreno, E.[1], Lupiáñez Jiménez, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Mujer de veintisiete años con antecedente personal de sobrepeso. Consulta por clínica intermitente de dolor y parestesias en cara externa del muslo izquierdo. Niega dolor lumbar. La sintomatología se inició hace dos años, sin antecedente traumático ni otro desencadenante aparente, y ha persistido en el tiempo. Durante el último año ha presentado aproximadamente diez episodios de dolor más intenso, que se prolonga durante varios días y le impide caminar.

Exploración y pruebas complementarias

No alteraciones sensitivas ni motoras en miembros inferiores, tampoco en superiores. Reflejos normales y simétricos en las cuatro extremidades. No dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares. Lasègue y Bragard negativos.

Analítica con glucemia, función renal, hepática, perfil lipídico y tiroideo normales. Hemograma normal. Sistemático de orina normal. PCR, FR, ANA, ENAs y Ac antimitocondriales negativos. VSG 16.

Radiografía anteroposterior y lateral de columna lumbosacra: en esta última se aprecia fragmento triangular con bordes escleróticos en margen anterosuperior del cuerpo vertebral de L4.

Juicio clínico

Vértebra limbus L4 como hallazgo incidental

Probable meralgia parestésica izquierda

Diagnóstico diferencial

Fractura límbica, espondilodiscitis, tumores vertebrales, hernia de Schmorl

Comentario final

- La vértebra limbus es el resultado de una herniación intraósea del núcleo pulposo a través del anillo apofisario vertebral antes de su fusión completa con el cuerpo vertebral durante la etapa de desarrollo del esqueleto.

- Suele ser asintomática y se diagnostica como hallazgo incidental, aunque en algunos casos se ha descrito dolor dorsal/lumbar con posible irradiación.

- En adultos presenta una imagen radiológica característica: fragmento óseo triangular con bordes escleróticos generalmente localizado en margen vertebral anterosuperior. En niños y adolescentes los bordes pueden ser irregulares y mal definidos, lo que obligaría a realizar otras pruebas de imagen para establecer el diagnóstico diferencial con un proceso lítico.

- El tratamiento es sintomático, mediante antiinflamatorios, relajantes musculares y rehabilitación. La cirugía se reserva para los casos de dorsolumbalgia recurrente e incapacitante.

Bibliografía

- *1. Horneros Torres J, Rodríguez Muguruza S, Pérez Andrés R. Limbus vertebra. Sem Fund Es Reumatol. 2012; 13(2):62–4.*
- *2. Restrepo JP, Molina M del P. Vértebra limbus, rara causa de dolor lumbar en jóvenes. Rev Colomb Reumatol. 2020; 27(2):120–2.*

576/203. ¿HEMOPTISIS?

Autores:

Alonso Alcalde, J.[1], Ferrer Collantes, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peñarroya. Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 42 años marroquí, acude a su médico AP por llevar una semana evolución con astenia intensa y cefalea. Crisis hipertensiva rebelde (230/120) y esputos hemoptoicos sin fiebre.

Disnea de esfuerzo con silibancias, ortopnea. No recorte de diuresis, no edematización.

AP de HTA sin tratamiento. Derivación a Urgencias Hospital para descartar gravedad.

Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias mal estado general, consciente y orientado. Normohidratado y normoperfundido. Disneico en reposo. Afebril.

ACP: tonos rítmicos, no soplos. MVC, crepitantes en base izquierda.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no masas, sin defensa.

MMII: no edemas ni signos de TVP.

-Analítica: coagulación normal, dímero D 580, creatinina 8,80, urea 188, K 3,3, PCR 21,3, troponinas 306,2 , PCR Covid negativo.

-EKG: ritmo sinusal, a 100 lpm, hipertrofia VI, elevación de ST en V1-V2.

-RX tórax: cardiomegalia, infiltrados alveolares bilaterales.

-Ecografía abdominal: nefropatía, se descarta causa obstructiva. Globo de sondaje vesical bien colocado.

* Pasa a Observación. No dolor torácico, sí disnea y astenia.

Alcanza cifras de hasta 240/140 mmHg.

Se avisa a cardióloga de guardia que realiza ecocardiograma: VI hipertrófico, FEV1 conservada. No valvulopatía. Pequeño derrame pleural izdo.

Impresiona de insuficiencia cardíaca congestiva y crisis hipertensiva con IRA.

Se inicia perfusión de solinitrina hasta 40 ml/h sin control de tensión, continúa el deterioro renal con FeNa 8,46 % .

No edema de papila por posible HTA maligna.

* Traslado a UCI por inestabilidad. Diuresis 1000 cc. Gasometría venosa con acidosis metabólica tras 2 días en el Servicio.

Hemodiálisis y seguimiento en nefrología.

Continúan pruebas:

-Analítica con cortisol, proteinograma e inmunoglobulinas, renina y aldosterona en rango normal (no Cushing adrenal).

-Frotis de sangre periférica sin hallazgos, estudio médula ósea normal.

-Drogas en orina negativo. Proteinuria. Metanefrinas 24 horas en orina normales.

-Serología infecciosas (VIH y VHC negativos, Ac VHB +).

-Autoinmunidad : anti-beta 2 glicoproteína, ANCA, AMA entre otros negativos.

-AngioTAC de pelvis: aorta abdominal de calibre normal sin ateroesclerosis, arterias viscerales permeable. Arterias renales sin estenosis. Suprarrenales sin alteraciones, no feocromocitoma.

Juicio clínico

Insuficiencia renal aguda por HTA Maligna

Diagnóstico diferencial

-Enfermedad renal

-Enfermedades vasculares del colágeno

-Tumor de glándula suprarrenal

-Lesiones de médula espinal

-Drogas

-Medicamentos : IMAO, anticonceptivos

Comentario final

Se actuó con rapidez para evitar IRC. Tratamiento crónico de HTA.

Bibliografía

• *Medicina de Urgencias 5ª edición- Jiménez Murillo*

576/204. TORSIÓN TESTICULAR. NO ES SIEMPRE UN PROBLEMA DE JÓVENES

Autores:

Borrás Estrada, J.[1], Gómez Vargas, F.[2], Fernández Carranco, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 40 años, sin AP de interés, que sobre las 3 de la mañana, estando en reposo, comienza de forma brusca con dolor, inicialmente en FII y posteriormente irradiado a genital izquierdo, acompañado de sudoración y vómitos y que no mejora con ibuprofeno. Niega sd miccional, fiebre u otros síntomas. Tiene pareja estable y niega hábitos y/o relaciones sexuales de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, BHYP, COC.

TA 122/60 mmHg, FC 50 lpm, SAT 98 %. Afebril.

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

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Murphy, Rovsing y Blumberg negativos. RHA conservados.

Teste izquierdo: testículo más horizontalizado y alto que el contralateral, con intenso dolor a la palpación y edema escrotal. Prehn – y reflejo cremastérico abolido.

Eco Doppler: se aprecia testículo izquierdo ascendido con rotación del cordón espermático lo que sugiere torción. El testículo izquierdo muestra ecogenicidad heterogénea y vascularización alterada, lo que sugiere que la viabilidad del mismo está comprometida.

El testículo derecho es de tamaño, ecogenicidad y vascularización normal.

Juicio clínico

Torsión testicular.

Diagnóstico diferencial

Torsión testicular vs Orquidoepididimitis

Comentario final

Consideramos el caso de gran interés clínico ya que, aunque la torsión testicular es más frecuente en varones < 18 años, siempre deberemos tenerla presente ante adultos de mayor edad. Así como realizar una pormenorizada exploración física y uso de pruebas de imagen como la Eco-Doppler testicular. No podemos olvidar que estamos ante una emergencia médica que requiere una actuación precoz.

Bibliografía

- *Schick MA, Sternard BT. Testicular Torsion. 2021 Aug 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 28846325.*
- *Laher A, Ragavan S, Mehta P, Adam A. Testicular Torsion in the Emergency Room: A Review of Detection and Management Strategies. Open Access Emerg Med. 2020 Oct 12;12:237-246. doi: 10.2147/OAEM.S236767. PMID: 33116959; PMCID: PMC7567548.*

576/205. DOCTORA NO PARO DE TOSER

Autores:

Criado Santos, C.[1], Díaz Romero, J.[1], Morilla Roldan, C.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del caso

Paciente varón de 39 años fumador, trabajador de la construcción que acude a consulta por cuadro de 5 días de evolución consistente en tos seca y dolor torácico tipo pleurítico, niega fiebre. Asociadado a altralgias no focalizadas, sin inflamación.

Niega hemoptisis y perdida de peso. Pauta vacunal SARS-CoV2 completa.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente y orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Afebril. Hemodinamicamente estable.

Auscultación rítmico y sin soplos con murmullo vesicular conservado SatO2 99%.

-Test Ag SARS-CoV2: Negativo.

-Radiografía tórax: Donde se aprecia una condensación con nivel hidroaereo en su interior a la altura de la 5º costilla en LSD. Compatible con masa pulmonar cavitada.

-Baciloscopia con esputo para TBC: Negativo

-PCR SARS-CoV2 POSITIVA

Posteriormente se deriva a hospital de referencia para continuación asistencial del caso (diagnóstico y tratamiento antibiótico iv). Continuan con las siguientes pruebas complementarias desde ingreso en servicio de Neumología:

-Analitica: leucocitos10.840 (PMN 72%; linfocitos 17,7%); PCR: 55mg/L

-TC tórax con contraste iv: Masa de bordes bien definidos en LSD con tendencia a la cavitación. Adenopatías hiliares y paratraqueales (sin poder descartar naturaleza neoplásica).

Juicio clínico

Infección por SARS-CoV2

Masa Pulmonar cavitada.

Diagnóstico diferencial

1. Infecciosas: Tuberculosis/Absceso pulmonar. A favor: clínica respiratoria aguda. En contra: ausencia de respuesta a la antibioterapia. No elevación de reactantes de fase aguda..

2. Neoplásicas: Carcinoma, linfoma, metástasis. A favor: Fumador activo y características radiológicas de la lesión. En contra: sin síndrome constitucional asociado.

3. Autoinmune: A favor: Padre con enfermedad autoinmune. En contra: sin clínica de esfera autoinmune.

4. Otros: infarto pulmonar, cuerpo extraño.

Comentario final

Caso complejo, con clínica confusa que continúa actualmente en estudio. Con él podemos reflexionar sobre la importancia de la detección precoz y el acceso a pruebas complementarias rápidas desde atención primaria, que nos darán la clave para poder mejorar la respuesta tratamiento de casos similares a este.

Bibliografía

- *1. Guía de Práctica de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMFYC.*
- *2. Nuñez Jaldón A, Bueno Mariscal C. Manual clínico de urgencias. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020.*
- *3. Praena J, Lepe J, Gil M, Neth O, Cisneros J. Guía PRIOAM. Guiaprioam.com. 2021.*

576/210. DISFONÍA Y ADENOPATÍAS ¿QUÉ HACEMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores:

Reinoso Rodríguez, I.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén

Descripción del caso

Paciente varón de 76 años que acude a consulta por palpación de masa cervical y disfonía de un mes de evolución que no mejora a pesar de tratamiento con retinol y carbocisteina durante una semana. Además,

refiere disfagia a sólidos y perdida involuntaria de 7 kg de peso en último mes, sin otra sintomatología acompañante. Como antecedentes personales, destaca DM tipo II e HTA en tratamiento con enalapril, metformina/dapagliflozina y linagliptina. Exfumador desde hace 7 años de 10 cigarrillos diarios. Vacunado con pauta completa de vacuna SARS cov-2 hace 40 días.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, destaca faringe levemente hiperémica y múltiples adenopatías cervicales y supraclaviculares duras bilaterales, adheridas a planos profundos, no dolorosas a la palpación; sin palpación de bocio. Se realizo analítica donde destaca hemograma sin alteraciones, hipotiroidismo subclínico y elevación de marcadores tumorales CEA, CA 125, CA 19.9. Dada la clínica junto con la exploración y las pruebas complementarias, se decide derivación a Medicina Interna para completar estudio.

Juicio clínico

Adenopatías cervicales y supraclaviculares en paciente con síndrome constitucional

Diagnóstico diferencial

Carcinoma de tiroides, carcinoma esofágico, cáncer de cabeza y cuello

Comentario final

La presencia de adenopatías periféricas es un motivo de consulta frecuente en la consulta de Atención primaria. Si bien es cierto que la mayoría corresponden a patologías benignas y autolimitadas, siendo las más frecuentes las de carácter infeccioso, la frecuencia de malignidad aumenta en pacientes por encima de 40 años de edad. Es importante analizar los factores de riesgo y antecedentes personales del paciente, así como una exploración física detallada y las características linfadenopatías (tamaño, consistencia, adherencias, dolor y localización)

Bibliografía

- *Fisterra [Internet]. Estudio de una linfadenopatía; 26 junio 2021 [consultado el 1 de octubre de 2021] Disponible en: https://www-fisterra-com.bvsspa.idm.oclc.org/guias-clinicas/estudio-linfadenopatia/*

576/213. NO TODO ES COVID19

Autores:

Mengual González, C.[1], López Estepa, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón 26 años,acude a consultas por síndrome febril de aproximadamente 1 mes de evolución. Deportista,sale al campo con la bicicleta de forma frecuente.Trabaja en una empresa química con derivados de silicatos.Inicio de síntomas el día 28 Diciembre en forma de odinofagia,dificultad respiratoria,sensación de opresión torácica y fiebre. Se ha notado adenopatías submaxilares y occipitales.Sospechamos origen respiratorio del cuadro por lo que se solicitó estudio para descartar Covid19 con resultado negativo,y se pautó tratamiento con antitérmico,amoxicilina y broncodiltador inhalado. Pese a tratamiento recibido ha persistido con astenia y fiebre persistente,sobretodo vespertina, continua, sudoración.No pérdida ponderal.Ha presentado algunos días deposiciones blandas sin productos patológicos.No lesiones cutáneas,no artritis.No artralgias. No picadura de insectos.No contacto con animales domésticos.No arañazos.No relaciones sexuales de riesgo. Alguna molestia urinaria pero no hematuria ni polaquiuria.Se ha notado adenopatías submaxilares y occipitales

Exploración y pruebas complementarias

COC,eupneico en reposo.Buen estado general.Se palpa adenopatía occipital izquierda 2-3cm con otras más pequeñas inferiores a ella y contralaterales.No adherida a planos profundos.Adenopatías laterocervicales <1cm bilaterales, móviles y no dolorosas.No lesiones ni artrópodos en cuero cabelludo o pabellones auriculares.Se palpa adenopatía axilar izquierda

ACP:normal.Abdomen:blando,depresible,

no doloroso a palpación, RHA positivos,no palpo megalias.No edemas,ni signos de TVP.No signos de artritis.No lesiones cutáneas.Pequeña adenopatía inguinal izquierda no dolorosa

Hb10.3,Leucocitos 4700 y aumento de transaminasas.Reactantes normales.Serologías virales negativas. Mantoux negativo.

Ecografía abdominal:Sinalteraciones.

TAC body: Adenopatía de tamaño significativo en la región occipital izquierda.

Nódulo esplénico inespecífico por TC,que se recomienda valorar con ecografía.Adenopatías axilares bilaterales de tamaño no significativo(5-6 mmde diámetro menor).Biopsia de adenopatía occipital:Compatible con toxoplasmosis.

Juicio clínico

Toxoplasmosis gondii

Diagnóstico diferencial

VIH/Amiloidosis/Tuberculosis/COVID19/Virus hepatotropos/Enfermedad de Hodgkin/CMV/Chagas

Comentario final

La infección aguda suele ser asintomática,pero entre el 10 y20%de los pacientes desarrolla adenopatías cervicales o axilares bilaterales indoloras. Unos pocos de estos individuos también experimentan un síndrome seudogripal leve caracterizado por fiebre,malestar general,mialgias,hepatoesplenomegalia y,con menor frecuencia,faringitis,que puede simular una mononucleosis infecciosa e incluir linfadenitis.La linfocitosis atípica,la anemia leve,la leucopenia y el aumento leve de las concentraciones de enzimas hepáticas son habituales.El síndrome puede persistir durante semanas, pero casi siempre es autolimitado.Este paciente no precisó tratamiento,se citó en un mes.En el que desapareció la clínica,normalizó la analítica y disminuyeron las adenopatías,las cuales desaparecieron al segundo mes

Bibliografía

- *HillD, Dubey JP. Toxoplasma gondii: transmission, diagnosis and prevention. Clin Microbiol Infect. 2002 Oct;8 (10): 634-40. doi: 10.1046/j.1469-0691.2002.00485.x. PMID: 12390281*

576/214. NINGÚN COLUTORIO ME VA BIEN

Autores:

Gámiz Gámiz, M.[1], Ramírez Sánchez, S.[2], Menéndez Sagrado, P.[3], López de Priego García, V.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barriada El Naranjo. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barriada El Naranjo. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barriada El Naranjo. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 49 años obesa, hipertensa. Fumadora de 40 cigarrillos diarios desde hace 8 años.

Consulta telefónica: afta bucal indolora de 1 mes de evolución por la que ha consultado vía telefónica en 2 ocasiones. Se que ha tratado en domicilio con terapia local. No asocia clínica constitucional, ni otro tipo de síntomas.

Se decide citar en consulta para valoración

Exploración y pruebas complementarias

-Induración ulcerada de mucosa yugal derecha, indolora, de 3x2cm. Trismus que dificulta la exploración. No evidencio adenopatías

-Derivación preferente a maxilofacial, que realiza TC cervical y biopsia.

Se evidencia gran tumoración que destruye cuerpo y ángulo mandibular derecho y masa de partes blandas que se extiende lingual y vestibular e infiltra la musculatura del espacio masticador y glándula parótida. Infiltración de músculo cutáneo del cuello, buccinador, suelo de boca, base de lengua y amígdala derecha.

Ganglios patológicos IB y II derechos y II izquierdo.

Se completa estudio con RMN y PET TC que confirman diagnóstico y no evidencian diseminación a otros lugares del organismo.

Juicio clínico

Carcinoma epidermoide bien diferenciado, G1, infiltrante de mucosa bucal T4N2cM0. Estadio IVA

Diagnóstico diferencial

- Cuadros virales (VHS, VVZ, herpangina, VIH, CMV, lúes) o bacterianos (estreptococo, TBC)

- Enfermedades mucocutáneas: liquen plano, pénfigo, penfigoide

- Neoplasia oral escamosa

- Otros: traumatismo, déficits nutricionales, patología autoinmune (Behcet, LES, celiaquía, Crohn), yatrogenia, alergias, idiopática.

Comentario final

Evolución:

Se inicia tratamiento con RT/QT que requirió cambio de pauta QT por necrosis tubular aguda objetivada en analítica rutinaria en el centro de salud.

Múltiples complicaciones: pancitopenia, neutropenia febril, celulitis facial, algias generalizadas.

Posterior progresión de enfermedad con metástasis vertebral en C5 y arcos costales 8 y 10.

Se decide contactar con cuidados paliativos, para confort y seguimiento de la paciente

Conclusión:

Necesidad de precaución en la valoración de los pacientes vía telefónica, puesto que algunas patologías pueden pasar desapercibidas.

Importancia de la valoración física en Atención Primaria para un correcto manejo de los pacientes

Relevancia del seguimiento conjunto con otros especialistas para el soporte tanto del paciente como de su entorno.

Bibliografía

- *-Schneider LC,Schneider AE.Diagnosis of oral ulcers. Mt Sinai J Med 1998;65:383-7.*
- *-Axell T,Henricsson V. Association between recurrent aphthous ulcers and tobacco habits.Scand J Dent Res 1985;93:239-42.*

576/215. INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Díaz Romero, J.[1], Baquerizo Gallardo, J.[2], Criado Santos, C.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 78 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial, hiperuricemia, insuficiencia venosa y gonartrosis. Acude a consulta del Centro de Salud por dolor y prurito de carácter moderado-severo en miembros inferiores y de un mes de evolución. Tratado con antihistamínico, con leve mejoría. También manifestaba aumento de temperatura y enrojecimiento en ambos miembros, que achacaba a la insuficiencia venosa de base. Niega fiebre y sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. No fiebre (35.7ºC). Buena deambulación y movilización articular. Placa eritematosa, brillante, con bordes delimitados, ligeramente sobreelevada, edematizada y con aumento de la temperatura local en tercio distal de ambos miembros inferiores. Dolor a la palpación. Pulsos pedios presentes. Lesiones onicomicóticas en segundo y tercer dedo de ambos pies.

Juicio clínico

Erisipela. Onicomicosis.

Diagnóstico diferencial

Con problemas circulatorios y con complicaciones de estos como la flebitis. Las placas de erisipela son de bordes definidos y se suele acompañar de fiebre. En ambos casos hay dolor, con coloración rojo brillante en la erisipela y coloración más oscura en los problemas circulatorios. Diferenciar también de patologías infecciosas como celulitis, fascitis necrotizante, gangrena gaseosa o herpes zoster.

Comentario final

Es una de las infecciones más comunes en consulta de Atención Primaria, en pacientes con estasis venoso. En el 90% aparece en miembros inferiores y el patógeno suele ser Streptococcus Pyogenes. Patologías como diabetes, obesidad, e insuficiencia venosa predisponen a su aparición. La onicomicosis es una de las puertas de entrada y vía de propagación de la infección, por lo que es de importancia no obviar la exploración podológica. El tratamiento con amoxicilina-clavulánico, fomentos tópicos de sulfato de zinc y el frío local son pilares fundamentales de su manejo. Los antifúngicos serían útiles para la onicomicosis en segunda instancia.

Bibliografía

- *1. Casanova JM, Ribera M. Enfermedades de la piel. Protocolo 2001/4. Los 20 motivos de consulta dermatológicos más frecuentes en atención primaria y su diagnóstico diferencial (I). FMC. 2001; 1-46.*
- *2. Salgado Pérez E, Díaz Pedroche C, San Juan Garrido R. Protocolo terapéutico de las infecciones de partes blandas. Celulitis. Medicine. 2006;9: 3351-3*

576/216. NO ES UN PARCHE USAR PARCHES

Autores:

Carmona García, M.[1], Cuesta Plata, A.[2], de Toro Torres, E.[3], Becerra Serrano, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (2) Enfermera. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 72 años e edad. AP: HTA, DM2, dislipemia y cardiopatía isquémica. EA: presenta cuadro de dolor en costado izquierdo de carácter urente y lancinante sin observarse otras alteraciones a dicho nivel. El dolor es permanente, no modificable con los movimientos y perturba el sueño de la paciente. Además de acompaña de alodinia al rozar la piel de dicha zona. Ante la sospecha de herpes zoster, se inicia tratamiento precoz con fanciclovir 250 mg/8h/7 días, así como tramadol/paracetamol 37.5/325. Posteriormente aparecen las típicas lesiones cutánea vesiculares con recorrido metamérico, que nos permiten confirmar la sospecha clínica. Tras curación de las lesiones queda cuadro de dolor con las mismas características anteriormente mencionadas que no cede trascurridas 4 semanas tras el inicio del cuadro, por lo que se decide iniciar tratamiento con un fármaco útil en el dolor neuropático como es la pregabalina, comenzando con dosis de 50 cada 12 horas y aumentando progresivamente hasta 150 mg cada 12 horas. Ante la falta de respuesta y mala tolerabilidad por parte de la paciente se decide aplicar parche de capsaicina al 8% con resolución completa del cuadro en un plazo de 10 días.

Exploración y pruebas complementarias

Diagnóstico visual de las lesiones cutáneas cuando aparecieron. Constatación de hipoestesia en la zona así como alodinia, que se ponen de manifiesto con el tacto y uso de escobilla y aguja.

Juicio clínico

Herpes zoster. Neuralgia postherpética.

Diagnóstico diferencial

En su fase inicial, previa a la aparición de lesiones cutáneas habrá que realizar el diagnóstico diferencial con cualquier cuadro que pueda generar dolor de origen neuropático. En la fase de lesión cutánea, haremos diagnóstico diferencial con otros cuadros dermatológicos que puedan dar lesiones similares: dermatitis de contacto localizada, impétigo ampolloso,

Herpes simple, eccema de contacto agudo y algunas fitofotodermatitis.

Comentario final

El uso de parches de capsaicina al 8% es una posibilidad real y sencilla que sólo requiere para su aplicación una buena indicación y un correcto conocimiento de la técnica.

Bibliografía

- *1.- Whitley RJ. Chickenpox and herpes zoster (varicella-zoster virus). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020.*

576/217. ¿DISFONÍA EN PACIENTE FUMADOR? NO ME DIGA MÁS

Autores:

Gámiz Gámiz, M.[1], Pérez Peis, G.[2], López de Priego García, V.[3], Sariego Montiel, J.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barriada El Naranjo. Córdoba, (2) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Paciente varón de 85 años hipertenso, HBP, fumador de >1 paquete diario, intervenido de aneurisma de aorta.

Acude por disfonía de una semana de evolución asociada a tos ocasional, sin otra clínica asociada. Pérdida de 3Kg de peso en el último mes tras ingreso.

Exploración y pruebas complementarias

- Auscultación, exploración ORL, abdominal y neurológica normales. No se objetivan adenopatías

- Radiografía tórax normal

- Analítica (hemograma, bioquímica básica, TSH, ferritina) normal

- Derivación a ORL, que objetiva parálisis en abducción en CV izquierda. Solicitan TC cuello y tórax (aneurisma de cayado de aorta).

Juicio clínico

Disfonía. Parálisis de nervio recurrente izquierdo por aneurisma aórtico

Diagnóstico diferencial

-Laringitis aguda: inespecíficas (la mayoría víricas-rinovirus, influenza, parainfluenza, adenovirus-, aunque pueden darse sobreinfecciones bacterianas), circusncritas (epiglotitis -más típica de edad infantil-, laringotraqueítis, lairngitis aguda subglótica , laringitis aguda estridulosa) o específicas (TBC, difteria).

-Laringitis funcionales o por abuso fonatorio

-Formaciones benignas: Nódulos laríngeos, pólipos laríngeos, edema de Reinke, quistes de retención, laringocele, piolaringocele, papilomatosis laríngea.

-Traumatismos laríngeos

-Parálisis de nervio recurrente: Neoplasia laríngea, aneurisma de aorta, traumática, adenitis mediastínica, neoplasia tiroidea, esofágica, pulmonar, idiopática, yatrogénica, Lyme.

Comentario final

Se opta por actitud conservadora y seguimiento conjunto por Atención Primaria, CCV y unidad de disfonía para educación vocal.

Conclusiones

Puntualizar la importancia de hacer una anamnesis, exploración física y diagnóstico diferencial completos para el mejor abordaje de los pacientes.

Necesidad de descartar desde Atención Primaria la patología potencialmente maligna, aún siendo la benigna más frecuente.

Relevancia de seguimiento conjunto con otras especialidades para el mejor manejo.

Bibliografía

- *1. Douglas D, Herbert H. Parálisis de las cuerdas vocales. En: Otorrinolaringología. Paparella MM, Shumrick, DA, Gluckman JL. Et Meyerhoff, W L, Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1992. p. 109-110.*
- *2. Martínez Sande JL, Amaro Cendón A, Blanco Labrador E, Pérez Rodríguez M. Parálisis del laríngeo recurrente izquierdo de etiología cardiovascular. Med Clin (Barc) 1992; 98: 158.*

576/219. DOCTORA, ESTOS DOLORES DE ESPALDA ACABAN CONMIGO.

Autores:

Moreno Cruz, A.[1], Blanco Capitán, M.[2], Martín Romero, D.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 62 años, independiente para ABVD. Acude a consulta por cuadro intermitente de lumbociatalgia desde hace meses que en las últimas semanas asocia astenia y limitación de la movilidad. Ausencia de otros síntomas acompañantes. No fiebre, no uveítis, ni otros síntomas sistémicos autoinmunes. Los episodios se han ido incrementado en tiempo y en intensidad, requiriendo cada vez más analgesia para controlar el dolor.

Antecedentes personales: Hipertrigliceridemia, HTA, síndrome ansioso.

Medicación habitual: tramadol/paracetamol, omeprazol, enalapril, fenofibrato.

Exploración y pruebas complementarias

Deformidad trapeciometacarpiana bilateral compatible con rizartrosis. Marcada coxalgia izquierda y marcha antiálgica (báscula pélvica al caminar).

Analítica sanguínea con perfil reumatoideo (FR, ANA...) normal. Leve anemia normocítica (Hb 11.3).

RX simple cadera: imágenes de apariencia lítica. Tras interconsulta a Reumatología se diagnostica artralgias mixtas axiales y en manos y cojera a filiar. Se solicita RMN: Incontables lesiones metastásicas localizadas en la totalidad del esqueleto estudiado (cuerpos vertebrales, ramas isquiopubianas, sacro, cabezas femorales...). Fracturas patológicas a nivel lumbar. Compresión mielorradicular.

Se continua estudio en servicio de medicina interna. Sospecha de discrasia de células plasmáticas (elevación de IgA, anemia normocítica normocromica, proteinuria, lesiones líticas en RMN). Se realiza estudio medular, proteinograma y PET-TC.

Juicio clínico

Mieloma Múltiple IgA Lambda con síntomas CRAB.

Diagnóstico diferencial

Se realiza despistaje de patología autoinmune sistémica o enfermedad reumatológica.

Comentario final

La paciente continua tratamiento en Hematología manteniendo seguimiento por su medico de atención primaria, se

ayuda en aceptación de nuevo estado de salud.

Como médicos de familia, debemos alertarnos ante cualquier lumbalgia, realizando una correcta anamnesis y exploración para descartar patologías graves (neoplasias, fracturas vertebrales, espondiloartropatías...) y signos de alarma o «red flags», de los que se habla en la mayoría de guías clínicas de lumbalgia. Algunos de ellos, son la edad superior a 50 años, la duración superior a 6 semanas o la no respuesta a tratamiento y síndrome constitucional, datos que destacan en la historia clínica del paciente de nuestro caso.

Bibliografía

- *Latorre Marqués E, Kovacs F, Gil Del Real MT, Alonso P, Urrutia G. La versión española de la Guía COST B13: una guía de práctica clínica para la lumbalgia*

inespecífica basada en la evidencia científica. Dolor. 2008;23(1):7–17.

576/220. ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA VS SÍNDROME DE RAYNAUD

Autores:

Bastías Villar, M.[1], García Martín, Á.[2], del Milagro Vázquez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 52 años con AP de HTA y dislipemia. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar dolor e hipoestesia en 3º dedo de mano izquierda de 12 horas de evolución. No lo relaciona con exposición a bajas temperaturas. No refiere traumatismo previo. Tampoco dolor torácico ni palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta buen estado general, eupneica en reposo. ACR normal. EEII: No edemas ni signos de TVP.

Mano izquierda: Dolor a la palpación, frialdad, cianosis e hipoestesia fundamentalmente de la falange distal del 3º dedo de mano izquierda. Pulso radial conservado. Tras una primera valoración se decide derivar a Urgencias donde realizan analítica sanguínea y es valorado por Cirugía Vascular que descarta patología urgente y dan de alta con sospecha de Síndrome de Raynaud, derivándolo a consultas externas de Medicina Interna.

La paciente reacude a consulta por empeoramiento del dolor que ahora limita la flexión del dedo, junto con aparición de necrosis en pulpejo de dedo y pulso radial disminuido con respecto a contralateral. Dado el empeoramiento clínico, se decide derivar de nuevo a urgencias donde fue diagnosticado finalmente de isquemia arterial aguda mediante arteriografía de miembro superior izquierdo

Juicio clínico

Isquemia arterial aguda de 3º dedo de mano izquierda por obstrucción trombótica de arteria radial distal y arteria digital de 3º dedo.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Raynaud. Síndrome del martillo hipotenar. Traumatismo

Comentario final

El síndrome de isquemia arterial aguda es una interrupción brusca del flujo arterial originado por un fenómeno embólico o trombótico. La gravedad del cuadro está determinada por el grado de obstrucción, velocidad de instauración, localización y diagnóstico precoz.

La importancia de realizar una historia clínica bien detallada y en una exploración física exhaustiva para poder llegar a un diagnóstico precoz en la consulta de Medicina de Familia. Ya que es quien realiza la primera consulta con el paciente, quien realiza el seguimiento del paciente y detecta los síntomas de alarma, y quien se encarga de recopilar toda la información para decidir cuándo derivar al paciente a Urgencias.

Bibliografía

- *Martín A, Galindo A, Moñux G, Martínez I, Sánchez L, Serrano F. Isquemia arterial aguda. Medicine. 2017;12:2433-9. https://doi.org/10.1016/j.med.2017.09.011*

576/222. ATENCIÓN ESPECIAL A LOS PACIENTES MULTICONSULTADORES.

Autores:

Damián García, R.[1], Morales Delgado, N.[2], Martín Mañero, C.[3], Hervás Jeréz, J.[4], Martín Riobóo, E.[5]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Resi-

dente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 84 años policonsultadora, con antecedentes de depresión, gonartrosis e hipotiroidismo, en tratamiento con Levotiroxina, Escitalopram y Pregabalina. Acude a Urgencias porque tras pautársele Naproxeno y Ketoprofeno tópico por gonalgia, comienza con reacción cutánea en pierna derecha con escozor, febrícula y malestar general a pesar de tratamiento con corticoide y antihistamínico inyectable la noche previa. Se administra Metilprednisolona y Dexclorfeniramina intravenosos, y se solicita analítica, siendo normal. Tras mejoría, es dada de alta con el diagnóstico de dermatitis farmacológica y se pauta Prednisona y Ceterizina.

Cuatro días después, nueva consulta a Urgencias por persistencia de dermatitis y gran malestar con quemazón; se comprueba visita anterior, se confirma diagnóstico y se indica continuar con el tratamiento

Al día siguiente, acude a consulta de Atención Primaria, para relatar su proceso y por persistencia de síntomas. Ante la clínica de dolor neuropático y el hecho de no presentar prurito o signos flogóticos se procede a su exploración, y, en la inspección se observan lesiones vesiculosas en racimo, con costras, en fémur, rodilla y cara externa de pierna derechas, sugestivas de herpes zóster evolucionado. Se pauta Valaciclovir 1 g cada 8 horas, Pregabalina a dosis ascendentes hasta 75/12, y se fotografían las imágenes para teleconsultar a Dermatología, quienes confirman el diagnóstico. Posteriormente, la sintomatología remite, aunque persiste quemazón, por lo que se aumenta dosis de Pregabalina a 150/12.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica.

Telecosulta Dermatología

Juicio clínico

Herpes Zóster mulitmetamérico.

Diagnóstico diferencial

Urticaria farmacológica

Comentario final

Atención especial a pacientes multiconsultadores.

Ante la persistencia de síntomas realizar abordaje completo, sin tener en cuenta los diagnósticos previos, que pueden sesgar nuestra impresión diagnóstica. Atender cada consulta con una escucha activa y realizar la exploración física pertinente. Este caso pone de manifiesto que, confiando en un informe de Urgencias en el que se confundió un herpes zóster con una urticaria farmacológica, si se hubiera explorado nuevamente a la paciente en lugar de hacer caso exclusivamente al informe, se podría haber diagnosticado y tratado el herpes anteriormente.

Bibliografía

- *García-González AI, Rosas-Carrasco O. Herpes zoster (HZ) y neuralgia posherpética (NPH) en el adulto mayor: particularidades en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Gac Med Mex. 2017;153: 92-101.*

576/223. ENTRE EPILEPSIA Y MARCAPASOS

Autores:

Burgos Forte, C.[1], Gallego Martinez, J.[2], Llorens Falcetti, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 64 años sin alergias medicamentosas, hipertenso, diabético tipo II con una fibrilación auricular

crónica (anticoagulado con sintrom) con triple lesión valvular que consulta por episodios de mareos, cefalea e incluso presíncopes que han ido aumentando de frecuencia hasta hoy. Derivado por ello a ORL donde objetivaron neoformación en cavum, aunque aún está pendiente de completar estudio con RMN. Durante su estancia en la consulta sufre un nuevo episodio, de unos 15 segundos, con completa desconexión del medio y con leve rigidez de extremidades; se recupera espontáneamente, no estado confusional postcrítico, no movimientos tónico-clónicos, no pérdida de control de esfínteres. Niega TCE reciente. Niega dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

Glasgow 15. Fuerza y equilibrio conservados. No nistagmo, movilización completa de extremidades. Auscultación arrítmica a unos 70lpm con soplo sistólico IV/IV audible en todos los focos, murmullo vesicular conservado. Se pauta en consulta Levetiracepam 500mg y se deriva a urgencias para valoración. A su llegada, son presenciados varios episodios en el área de Observación. Se realiza TC craneal, el cual es compatible con la normalidad y se decide ingreso para estudio. Durante su monitorización se objetivan bradicardias progresivas que culminan con paros sinusales de hasta 10 segundos que coinciden con los episodios de desconexión del paciente. Se diagnostica de enfermedad del nodo sinusal y se decide implantación de marcapasos transitorio en UCI. Durante su estancia en UCI, se objetivan rachas de BAV completo. El paciente es valorado por Hospital Puerta del Mar para implantación de DAI - Resincro. Finalmente es valorado por Hospital Reina Sofía para valoración de transplante cardiaco.

Juicio clínico

Enfermedad del nodo sinusal.

Diagnóstico diferencial

Crisis comicial no tónico-clónica, BAVc, enfermedades del seno.

Comentario final

La enfermedad del seno o disfunción del nodo sinusal engloba alteraciones que afectan a la generación del impulso o a su transmisión a las aurículas. Puede provocar bradiarritmias, taquiarritmias o alternancia de ambas (Síndrome bradicardia-taquicardia). El tratamiento urgente está indicado si provoca alteraciones hemodinámicas y dependerá de la arritmia que origine.

Bibliografía

- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª Ed. Elsevier; 2018. Sección III, Capítulo 24; p. 196.*

576/224. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMINICOS

Autores:

Fernández Berzosa, T.[1], Castañeda Díaz, I.[2], Ortega Sánchez, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Primera consulta en atención primaria: Paciente sin antecedentes personales. Acude a consulta con sensación distérmica, disnea, dorsalgia y tos productiva de 2-3 días de evolución. JC: Fiebre sin foco. Tratamiento: Ibuprofeno y Paracetamol.

Segunda consulta: Acude con síntomas de rinitis. Se instaura tratamiento con cetirizina 5mg/ pseudoefedrina 120 mg durante 5 días.

Tercera consulta: Aparece cefalea frontal opresiva que empeora con la movilidad ocular, visión borrosa y amaurosis fugax en ojo derecho de 30 minutos que luego recuperó. JC: Cefalea y visión borrosa. Tratamiento: Desketoprofeno 25mg y lavados nasales.

Cuarta consulta: Dolor retroocular agravado con los movimientos oculares, visión borrosa constante. AV OD; 0.6. AV OI; 0.4. Refiere buena AV previamente

Se deriva a Servicio de urgencias para ampliar estudio

Exploración y pruebas complementarias

(1º Consulta): Orofaringe: hipertrofia amígdalas. ACP normal.

(2º Consulta): secreción acuosa por la nariz.

(3º Consulta): Ojos: Motilidad ocular conservada. No diplopía. Exploración neurológica normal.

(4º Consulta): Persiste con cefalea y visión borrosa.

Juicio clínico

: Hipertensión intracraneal, con los antecedentes del paciente valorar causa infecciosa o trombótica.

Diagnóstico diferencial

: Infecciones del SNC, ictus hemorrágico, trombosis seno cavernoso y lesiones ocupantes de espacio en SNC. Trombosis central de la retina. Trombosis venosa retiniana.

Comentario final

La hipertensión intracraneal suele ser debida a lesiones ocupantes de espacio, infecciones o hemorragias principalmente. Suele manifiestarse como cefalea holocraneal, asociada a náuseas y/o vómitos o como una focalidad neurológica. En relación a nuestro paciente, es de vital importancia que nuestros pacientes comprendan la posología de los fármacos que se le prescriben para poder evitar la aparición de efectos secundarios.

Bibliografía

- *Bibliografía: Gómez E, Ayuso B, Martínez A. Cefaleas y algias craneofaciales. Manual de diagnóstico y terapéutica médica 8º edición. Madrid. 2017.p.1304-1317*

576/225. ENURESIS SECUNDARIA COMO DEBUT DIABÉTICO

Autores:

Povedano Hoyas, M.[1], Borrero Díaz, V.[1], Celotti Orozco, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva

Descripción del caso

Varón de 6 años sin antecedentes personales de interés que consulta en su Centro de Salud por enuresis secundaria acompañada de polidipsia de más de 2 litros de agua al día de un mes de evolución sin otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

TEP (triángulo de evaluación pediátrica) estable. Buen estado general. Consciente orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Sin exantemas ni petequias. Afebril.

Soplo cardiaco funcional II/VI sin otros hallazgos en la auscultación cardiopulmonar.

Abdomen sin hallazgos.

Exploración neurológica normal.

Glucemia capilar: 433 mg/dl.

Combur test: glucosuria.

Analítica: Glucemia 312 mg/dl, cetonemia 0,4 mg/dl, hemoglobina glicosilada 10,3%. Hemograma, bioquímica, gasometría venosa, perfil tiroideo y autoinmunidad normales.

Electrocardiograma normal.

Juicio clínico

Debut diabético sin cetosis ni cetoacidosis.

Diagnóstico diferencial

La causa más frecuente de enuresis secundaria son los problemas emocionales. También hay que descartar el estreñimiento, la infestación por oxiuros y la obstrucción importante de la vía aérea. La diabetes mellitus y la diabetes insípida son causas menos frecuentes.

Comentario final

Este caso se produce en las consultas de Atención primaria de un Centro de Salud rural. Como Médicos de Familia, tenemos que tener presente que es im-

portante descartar un debut diabético en niños que consultan por enuresis secundaria. El diagnóstico se puede hacer en el mismo Centro de Salud mediante tira de orina, glucemia capilar y analítica. De la misma forma, el seguimiento del paciente se puede realizar en Atención Primaria, por parte de su Médico de Familia y Enfermería.

Bibliografía

- *Figuerola Pino D, Reynals de Blasis E, Ruiz M, Ruiz Morosini ML, Vidal-Puig A, Castaño González L. Diabetes Mellitus. En: Farreras. Medicina Interna. 16º edición. Barcelona: Elsevier; 2008. 1955-2023.*
- *Úbeda Sansano MI, Martínez García R. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Enuresis primaria monosintomática. Manejo en Atención Primaria. AEPap. 2019 (en línea) consultado el 11/10/2021.*
- *Disponible en algoritmos.aepap.org*

576/226. LA IMPORTANCIA DE MEDIR NIVELES

Autores:

Camacho Cerro, L.[1], Sánchez Sánchez, R.[1], Muriel Sanjuán, N.[2], Valverde Bascón, B.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 72 años. No alergias medicamentosas. HTA y dislipemia. No diabetes. Insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular crónica. No broncopatía conocida. Intervenciones quirúrgicas: Colecistectomía. No hábitos tóxicos. Tratamiento médico habitual: Enalapril 20mg/día, atorvastatina 10mg/día, furosemida 40mg/día, espironolactona 50 mg/día, digoxina 0,25mg/día, sintrom. Acude a consulta por dolor abdominal difuso desde hace unas 2 semanas junto con cansancio. Presenta vómitos ocasionales y aumento de su estreñimiento habitual. Refiere en el último mes y medio pérdida de peso de unos 5 kilos. Niega síntomas miccionales. Ante sospecha de una posible intoxicación digitálica se decide suspender digoxina, se explican signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias y se reevalúa al paciente en unos días con mejoría de la sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril. A la auscultación cardiopulmonar destaca tonos arrítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible con dolor generalizado a la palpación sin masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas.

Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normales. Hormonas tiroideas en rango de la normalidad. Digoxinemia 2,07.

Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 60 latidos por minuto con onda T negativa en DII y DIII, V4 y V5 (presente en ECG previos).

Radiografía de abdomen: Meteorismo inespecífico con presencia de gas distal.

Juicio clínico

Intoxicación digitálica

Diagnóstico diferencial

Cáncer colorectal, interacciones medicamentosas, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca.

Comentario final

La intoxicación por digital es relativamente frecuente debido al estrecho margen entre la dosis terapéutica (0,8-2 ng/ml) y la tóxica (>2ng/ml). Esto empeora en la población anciana, frecuentemente polimedicada y pluripatológica. La sintomatología es bastante inespecífica: cualquier tipo de arritmia, náuseas, dolor abdominal inespecífico, diarrea, alteraciones de la función cognoscitiva, alteraciones visuales, cefalea, síncope, cambios en el comportamiento.

Como médicos de atención primaria debemos controlar de forma periódica los niveles séricos con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada a la digoxina.

Bibliografía

- *Cole IB. Cardiovascular drugs. IN: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, Bakes K, Baren JM, Erickson TB, editors. Rosen´s Emergency medicine concepts and clinical practice. 9th ed Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1876-89.*
- *Hack JB. Cardioactive steroids. In: Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR, editors. Goldfrank´s Toxicologic emergencies. 10th ed New York: McGraw-Hill;2015. P. 895-903.*

576/227. BOMBA DE RELOJERÍA: SCACEST HORAS ANTES DE LA PRIMERA CITA DE REVISIÓN CON CARDIOLOGÍA

Autores:

Flores, O.[1], Lemos Pena, A.[2], García Gallego, A.[3], Brata, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 61 años, HTA controlada con fármacos, hipercolesterolemia familiar heterocigota, fumador desde la infancia (51 paquetes/año) que acude a la consulta de AP el 09/08/2021 por haber presentado hace unos días episodio de dolor centrotorácico con irradiación a mandíbula y brazo izquierdo de 5-10minutos de evolución desencadenado por la actividad física con resolución espontánea, sin haber consultado previamente por este motivo

Exploración y pruebas complementarias

IMC 32,5kg/m2 TA 120/70mmHg, ACP anodina, No edemas

ECG: Ritmo sinusal 95lpm, PR normal, QRS estrecho. No alteraciones agudas de la repolarización, Eje normal

CT 285 LDLc 211

RxTórax: ICT normal, resto normal

SCORE2 10%

Se dan recomendaciones higienicodietéticas, actividad física, se realiza abordaje del tabaquismo, se intensifica tratamiento hipolipemiante y se deriva paciente para valoración por Cardiologia, siendo citado en Consultas Externas el 27/09/2021 a las 09:44hrs

El paciente se mantiene asintomático hasta el 27/09/2021 a las 00:00, donde presenta dolor torácico opresivo en axila izquierda irradiado a región esternal con sudoración y náuseas mientras deambulaba cuesta arriba, que cede parcialmente con el reposo. Se acuesta a dormir y sobre las 02:00h presenta nuevo episodio de dolor en reposo, de mayor intensidad y similar al previo, acudiendo a urgencias del centro de salud para valoración, en donde tras clínica y EKG se diagnostica SCACEST Anterior Killip I, activándose Código infarto, realizándose ICP a las 04:59hrs

Juicio clínico

SCACEST Killip I: Enfermedad de 3 vasos. Revascularización percutánea sobre DA, CD y Cx

Diagnóstico diferencial

ESPASMO ESOFAGICO DIFUSO, DISECCION AORTICA, ANEURISMA AORTA TORACICA, ERGE, SD TIETZE

Comentario final

La intervención temprana de los FRCV es vital para la prevención de enfermedades cardiovasculares. La utilización en las consultas de AP de las nuevas guías SCORE2 publicadas en Julio 2021 por la Sociedad Europea de Cardiologia podrían ser de gran utilidad para estimar el riesgo en 10 años de enfermedad cardiovascular fatal y no fatal en individuos sin Enfermedad Cardiovascular previa o diabéticos entre 40-69 años en Europa, aunque la enfermedad se manifieste horas antes de la valoración por el cardiólogo

Bibliografía

- *SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease. Eur Heart Jour 2021 42(25):2439-2454*

576/228. DISNEA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Tiessler Martínez, B.[1], Cabrerizo Domínguez, S.[2], Bastías Villar, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Varón de 69 años, hipertenso, diabético, diagnosticado de adenocarcinoma ductal infiltrante de páncreas en cuerpo y cola irresecable con afectación de arteria mesentérica superior y porta con componente mucinoso G2 E.IIIB (cT4N1M0), en tratamiento en ensayo con quimioterapia paliativa (gemcitabina-paclitaxel), no pudiendo recibir noveno ciclo por disnea progresiva vista por su médico de atención primaria con edemas con fóvea en tobillos, pautándose furosemida por sospecha de insuficiencia cardiaca, precisando en las siguientes semanas varias consultas en urgencias y en atención primaria por empeoramiento del cuadro, hasta que finalmente es trasladado al Hospital por disnea a mínimos esfuerzos y desaturación, afebril, con leve tos sin mucosidad, ingresándose por tromboembolismo pulmonar, con evolución lenta, pautándose tratamiento ambulatorio con enoxaparina 12000 UI subcutánea de forma indefinida.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 172/93, Frecuencia cardiaca 85, Saturación 80% a su llegada (95% con ventimask al 26% a 6l/min), eupneico en reposo. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones, edemas hasta rodilla con fóvea, no impactación ni signos de trombosis venosa profunda.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm, sin signos de isquemia ni sobrecarga.

Analítica de sangre: dímero D 3620, ProBNP 269, troponina 5. Resto normal.

Rx de tórax: Pinzamiento de senos costofrénicos bilaterales.

AngioTAC de tórax: Defectos de repleción compatibles con trombos que ocupan parcialmente la luz de las arterias pulmonares lobares derechas y moderado derrame pleural bilateral.

Juicio clínico

Tromboembolismo Pulmonar, derrame pleural bilateral leve.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia Cardiaca Congestiva descompensada, neumonía, infarto agudo de miocardio, anemia, alteraciones metabólicas, derrame pericárdico, fibrosis pulmonar

Comentario final

En pacientes oncológicos debe hacerse un correcto diagnóstico diferencial ante disnea refractaria, y en este tipo de pacientes, en la asistencia extrahospitalaria, el uso de la ecografía para detectar la causa de la disnea hubiese sido de gran utilidad para instaurarle el tratamiento lo antes posible y disminuir la morbimortalidad asociada a la patología y al ingreso.

Bibliografía

- *Thompson T, Kabrhel C. Overview of acute pulmonary embolism in adults. [monografías de Internet]. UpToDate [acceso 15 de Octubre de 2020]. Disponible en: http://www.uptodate.com/.*
- *C. Font et al. Embolia pulmonar en el paciente oncológico: bases para el estudio EPIPHANY. Med Clin (Barc). 2015;144(Supl 1):31-37*

576/229. ¡DOCTOR, NO PUEDO TRAGAR NADA DE NADA!

Autores:

Guerra Falcón, J.[1], Bellaaziz Belaaziz, S.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraleón. Gibraleón. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva

Descripción del caso

1. Motivo de consulta: Dificultad al tragar.

2. Antecedentes personales: Fumador de 10 cigarrillos diarios y bebedor de alcohol habitual. No otros antecedentes de interés.

3. Enfermedad actual: Varón de 30 años que acude por cuadro de odinofagia de 3 días de evolución. Refiere febrícula acompañante en ese periodo. Además, presenta disfagia tanto a sólidos como a líquidos. No otalgia asociada. No otros síntomas de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Consciente y orientado en las 3 esferas. Eupneico en reposo.

TA: 111/79 mmHg. FC: 119 lpm. Sat O2: 98% (a/a). Tª: 37 ºC.

Exploración otorrinolaringológica: Trismus. Sialorrea abundante. Presencia de absceso periamigdalino derecho con abombamiento de paladar, sin posibilidad de observar faringe posterior. No presencia de sangrado activo ni de exudado purulento.

Auscultación cardiopulmonar: Anodina.

Se decidió derivación a Hospital para tratamiento y realización de pruebas complementarias pertinentes. Se administró Amoxicilina 1 g/ Clavulánico 200 mg IV + Metronidazol 500 mg IV + Metilprednisolona 40 mg IV. En las pruebas complementarias destacaron los siguientes hallazgos:

- Analítica de urgencias: Hemograma alterado con 17400 leucocitos (13750 Neutrófilos). Bioquímica alterada con Proteína C Reactiva 138.63.

- TAC cuello: Absceso periamigdalino derecho de 4.1 cm craneocaudal x 3 cm transversal x 3.2 cm anteroposterior, que lateralmente impronta en el espacio parafaríngeo y medialmente sobre la vía aérea sin compromiso de la misma.

Se realizó ingreso hospitalario en planta de Otorrinolaringología.

Juicio clínico

Absceso periamigdalino derecho.

Diagnóstico diferencial

- Absceso parafaríngeo y retrofaríngeo.

- Proceso neoplásico otorrinolaringológico.

Comentario final

- Ante un absceso periamigdalino es necesario tratamiento antibiótico (Amoxicilina-clavulánico + Metronidazol). Los corticoides resultan útiles para el control de la inflamación y el trismus.

- Debe realizarse exploración laríngea para descartar progresión de planos profundos, incluyendo realización de TAC si precisa.

Bibliografía

- *1. M.J. Vázquez Lima, J.R. Casal Codesido. Guía de actuación en Urgencias. 5º Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.: 2017.*
- *2. D. Suárez Pita, J.C. Vargas Romero, J. Salas Jarque, I. Losada Galván, B. de Miguel Campo, P.M. Catalán Martín, B. Sánchez Moreno, M.A. Duarte Borges, I. Cabrera Rodrigo. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8º Edición. Madrid: MSD: 2016.*

576/230. A PROPÓSITO DE UN CASO: CARCINOMA INFILTRANTE DE VEJIGA DE ALTO GRADO

Autores:

Lozano Kolesnikov, V.[1], Andrés Vera, J.[2], Sánchez Alba, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 57 años de edad. DM2NID e intervenido de carcinoma vesical de alto grado hace 6 meses. Exfumador desde entonces. ICAT 30 paq/año. Acude a urgencias por cuadro de tos, acompañado de sensación disneica. Fiebre con picos máximos de hasta 39ºC. Sensación de opresión torácica de unos 10 días de evolución. Dolor en hipogastrio y flanco derecho. No disuria ni polaquiuria. No hematuria.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias regular estado general. Diaforesis. Palidez mucocutánea. TA 150/80mmHg. FC 135lpm. ACP: taquicárdica sin soplos audibles. Mvc sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible sin masas ni megalias palpables. RHAc, no timpanismo. No edemas de miembros inferiores ni signos de TVP. En bioquímica destaca LDH 1254. FA 117. Amilasa 501. PCR 117. Hemograma y coagulación sin alteraciones. En Rx de tórax se aprecian múltiples lesiones radioopacas en ambos hemitórax compatibles con metástasis (imagen en suelta de globos). El paciente informa de que se ha realizado en los días previos un PET-TC en el que se aprecian incontables lesiones hipermetabólicas de alta tasa de proliferación celular con afectación metastásica ósea, pulmonar, linfática y hepática. Probable extensión locorregional derecha.

Juicio clínico

Carcinoma infiltrante de vejiga de alto grado con metástasis ósea, pulmonar, hepática y linfática.

Diagnóstico diferencial

STUI, cistitis intersticial, carcinoma renal, cáncer de próstata, litiasis renal.

Comentario final

El 5% del total de los cáncer diagnosticados anualmente corresponde a los tumores vesicales, predominando en el sexo masculino. El síntoma prínceps del tumor vesical es la hematuria macroscópica monosintomática, generalmente intermitente, presente en el 80% de los casos. El segundo síntoma en frecuencia es la disuria. El tabaco es el principal factor de riesgo asociado, aunque existen otros como exposición ocupacional a agentes químicos como las aminas aromáticas, presentes en las industrias textiles, pinturas, impresión, etc. En la enfermedad metastásica destaca la aparición de dolor inespecífico en el flanco abdominal, retención urinaria, edema de miembros inferiores, pérdida ponderal y dolor óseo.

Bibliografía

- *Roberto Hugo Martinez Rodriguez, Oscar Buisan Rueda, Luis Ibarz. Bladder cancer: Present and future. Med Clin (Barc). 2017 Nov 22;149(10):449-455*
- *Kristen Burns Farling. Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management. 2017 Mar 7;42(3):26-33.*

576/231. PACIENTE CON HEMATOQUECIA Y PETEQUIAS

Autores:

García Onieva, F.[1], Borrero Díaz, V.[2], Povedano Hoyas, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 3 años. Madre VIH + en tratamiento con TARGA.

Acude a URG por presentar hematoquecia, petequias y hematomas a distintos niveles desde hace 15 días. No proceso infeccioso previo. Hace dias sufrió traumatismo en hipocondrio derecho mientras jugaba con posterior hematoma en la zona y aparición de hematomas de fácil aparición distribuidos por distintas partes del cuerpo. Epistaxis por ambas narinas.

Bebe agua de fuentes naturales, no tratada. Contacto con perros y gatos.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, TEP alterado por lesiones cutáneas, coloración subicterica, no palidez de mucosas, tinción por carotenos. Neurologico conservado, colaborador. Afebril. Hematomas de distinto tamaño, equimosis de 5-6 cm en parrilla costal, de menor tamaño en abdomen y en región pretibial, petequias en nalgas y muslos.

Pruebas complementarias:

Hemograma: L: 9260 con linfocitosis leve 55%, neutrófilos 3360. Plaquetas 13000. Reticulocitos aumentados. Frotis : En frotis se observa Anisopoiquilocitosis +++, basofilia difusa ++ algún eritroblasto aislado. Abundantes linfocitos estimulados. Trombocitopenia confirmada (aproximadamente 10.000 en frotis).

Coagulación normal Dimeros D 1247 Bioquimica: Glu, urea, Cr, Na, K normales PCR 5.6 mg/l Gasometría venosa: normal Serología: VIH : negativo VHA, VHB, VHC : negativos, no inmunizado contra VHB.

Juicio clínico

Trombopenia Inmune Primaria.

Diagnóstico diferencial

Vasculitis, Patología hepatoesplénica, Síndrome Wiskott-Aldrich, infección por VIH.

Comentario final

El paciente finalmente ingresó para tratamiento y evolución, se contacta con Hematología y se consensua tratamiento con Inmunoglobulina humana iv en percusión lenta con control analítico posterior.

Conclusión: Las lesiones purpúricas en piel suponen un motivo frecuente de consulta y suponen todo un reto diagnóstico dada la amplia bibliografía de patología que incluyen este signo clínico.

En este caso se hizo un buen diagnóstico diferencial, excluyendo distintas etiologías que no formaban parte de este cuadro clínico característico, más frecuente en edad pediátrica.

La Trombopenia Inmune Primaria es la causa más frecuente de trombocitopenia de presentación aguda en un niño sano, por lo que los Médicos de Atención Primaria debemos estar familiarizados con esta patología.

Bibliografía

- *- Guerreo-Fdez J. / Cartón Sánchez A. / Barreda Bonis A. / Menéndez Suso J. / Ruiz Domínguez J. 6 Ed (Julio 2017). MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN PEDIATRIA. LIBRO VERDE Hospital Infantil LA PAZ.*

576/232. LA EXPLORACIÓN COMO FACTOR CLAVE

Autores:

Fernández Bersabé, A.[1], Sánchez Velasco, M.[2], Rodríguez Onieva, A.[3], Ruíz-Canela Gallardo, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón 60 años. Fumador. DM 2, HTA, dislipemia. Adenocarcinoma de próstata tratado mediante prostatectomía radical en 2018, en seguimiento por Urología, libre de enfermedad.

Acude a consulta por odinofagia de 8 días de evolución. Presentó febrícula 37.8ºC, tos y expectoración

en los primeros días. Consultó telefónicamente y se le indicó tomar amoxicilina-clavulánico y prednisona. Acude porque persiste odinofagia además de disfagia tanto a sólidos como a líquidos no progresivo, pérdida de peso y astenia. No ha presentado más fiebre y mejoría de la tos. No disnea. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneico en reposo. Normocoloreado y normoperfundido.

ACR: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Orofaringe: gran placa leucoplásica en zona de amígdala izquierda que invade paladar blando y trígono retromolar. Pequeña placa leucoplásica en zona de amígdala derecha.

Cuello: se palpa ligera hipertrofia de ganglios linfáticos en zona cervical bilateral, probablemente reactivas. No adenopatías dura ni adheridas.

Se deriva al Hospital donde se realiza analítica en urgencias destacándose bicitopenia. Ingresa con los siguientes diagnósticos:

- Neutropenia febril en contexto de aplasia por fármacos o invasión medular de próstata

- Patología de cavum como causa primaria o infección secundaria a neutropenia

Se realiza pruebas complementarias, interconsulta a ORL y Hematología diagnosticándose finalmente de leucemia aguda y amigdalitis complicada con absceso y ulceración en paciente neutropénico

Juicio clínico

Leucoplasia

Diagnóstico diferencial

Candidiasis oral, liquen plano, lupus eritematoso, lesiones traumáticas, leucoplasia vellosa, quemaduras químicas.

Comentario final

La consulta de Atención Primaria aborda una patología extraordinariamente variable, y dentro de ella, la odinofagia es un síntoma muy frecuente. Una buena exploración es fundamental en Medicina. Desgraciadamente, con la pandemia por el Covid19, una gran parte de las consultas han sido telefónicas, además de darse una incapacidad para poder explorar al paciente, dando lugar a un retraso en el diagnóstico precoz de una determinada patología oncológica, y en consecuencia, su tratamiento para un mejor pronóstico de vida.

Bibliografía

- *De Inestrosa TBP, Romero Sánchez FJ, Vallecillo Pérez M del M. Leucoplasia oral. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2014;21(7):438–9.*
- *Lesiones precancerosas de la cavidad oral [Internet]. Fisterra.com. [citado el 18 de octubre de 2021]. Disponible en: https://fisterra.com*

576/233. EPOC

Autores:

Rodríguez Pérez, P.[1], García Martín, E.[2], Andrade Almecija, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

- DESCRIPCIÓN DEL CASO: Nos encontramos ante un paciente varón de 51 años con AP de obesidad, HTA, DM tipo 2 bien controlada y fumador de un paquete diario de tabaco al día desde los 19 años. Acude a la consulta de Atención Primaria por empeoramiento de su estado general, tos con expectoración abundante y comienzo de sensación disneica de esfuerzos de aproximadamente dos meses de evolución. El paciente trabaja en el campo y refiere que últimamente tiene que parar su actividad en varias ocasiones por falta de aire.

Exploración y pruebas complementarias

- EXPLORACIÓN FÍSICA: las constantes se encuentran dentro de los límites de la normalidad, el paciente

presenta buen estado general. A la exploración física destaca, a la auscultación pulmonar, roncus y sibilantes dispersos por ambos campos pulmonares.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: desde AP se solicita una radiografía PA y LAT de tórax, una analítica básica de sangre con hemograma, bioquímica y coagulación, y una espirometría con prueba broncodilatadora. Asimismo, su médico de Atención Primaria, con los resultados de las pruebas, pauta tratamiento broncodilatador y realiza una derivación al Servicio de Neumología para valoración.

Juicio clínico

Posible EPOC

Diagnóstico diferencial

- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dentro de la EPOC, diferenciar entre bronquitis crónica y enfisema.

Comentario final

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una entidad muy compleja, en la que una de las partes más importantes es un correcto diagnóstico y estadificación mediante la clasificación GOLD para un tratamiento óptimo.

En cuanto al tratamiento de esta enfermedad, está demostrado que lo único que aumenta la supervivencia en estos pacientes es el abandono del hábito tabáquico y la oxigenoterapia cuando esté indicada. Por tanto, lo más importante en el manejo de pacientes como este, es una terapia de deshabituación potente, ya sea mediante abordaje psicológico individual o grupal, o el uso de fármacos si el paciente cumple los requisitos.

Bibliografía

- *Francisco Javier Teigell Muñoz, MºAlejandra Duarte Borges Disnea e insuficiencia respiratoria.En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, de Miguel Campo B, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica (Hospital Universitario 12 de Octubre). 8º edición. Madrid; 2016. 551-570.*

576/234. EXPLORAR PARA DIAGNOSTICAR: LUMBALGIA POR GANGRENA DE FOURNIER.

Autores:

Senabre Pérez de la Cruz, E.[1], Torrescusa Camisón, R.[2], Carrion Maruny, M.[1], Chavez Gata, L.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 51 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y obesidad mórbida, con vida sedentaria, que acude al servicio de urgencias del centro de salud por dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo de tres días de evolución, asociado a sudoración nocturna, dolor interescapular irradiado a hombro izquierdo y dificultad para iniciar la micción con coluria.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, sudoroso, hipotenso, taquicárdico y taquipneico. Pulso femoral derecho doloroso. Saturación de oxígeno basal de 90%. Electrocardiograma anodino. Se pauta tratamiento ante sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM) y/ o tromboembolismo pulmonar (TEP) y se deriva al hospital para continuar estudio.

Analítica: Leucocitosis 24900 con neutrofilia, Glucemia 127, Proteína C reactiva 288, Creatinina 1,54, Troponinas normales, Dímero D 1651 y Bilirrubina 2,20 a expensas de la directa.

En angio-TAC de tórax incluyendo cortes superiores abdominales se descarta TEP y afectación de vía biliar.

Persiste dolor lumbar intensificado en zona inguinal durante la maniobra de Lasègue, y a la exploración presenta flictenas hemorrágicas en zona perineal con edema y eritema en zona escrotal sugestivos de gangrena de Fournier confirmado en TAC.

Juicio clínico

Gangrena de Fournier

Diagnóstico diferencial

IAM, TEP, colangitis aguda, colecistitis aguda.

Comentario final

La gangrena de Fournier es una forma de fascitis necrotizante infecciosa, rápidamente progresiva y potencialmente mortal (tasa de mortalidad 3-45%). Afecta a planos fasciales y tejidos blandos adyacentes de la región perineal y genital, y suele pasar desapercibida por no presentar manifestaciones cutáneas inicialmente. Afecta con mayor frecuencia a hombres, hipertensos, diabéticos. Con una tasa de necrosis fascial de 2-3 cm por hora, comienzan con dolor en zona perineal / inguinal, apareciendo síntomas sistémicos y alteraciones analíticas de sepsis, incluyendo retención urinaria y síndrome de dificultad respiratoria aguda. La TAC es fundamental para describir la extensión de la inflamación y del aire fascial. Es una urgencia que precisa antibioterapia y desbridamiento quirúrgico inmediato, y su diagnóstico temprano es clave, siendo fundamental la exploración en pacientes con factores de riesgo.

Bibliografía

- *1. Rad J, Foreman J. Fournier Gangrene. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.*
- *2. Wongwaisayawan S, Krishna S, Haroon M, Nisha Y, Sheikh A. Fournier gangrene: pictorial review. Abdom Radiol (NY). 2020;45(11):3838–48.*

576/236. DISTROFIA SIMPÁTICO-REFLEJA, A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores:

Martín Hidalgo, A.[1], Herguedas Herguedas, L.[2], Manrique Ovejero, G.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo

Descripción del caso

Mujer, 55 años, sin alergias. Antecedentes personales: hipercolesterolemia, fractura por avulsión de peroné izquierdo + fractura de 5º metatarsiano de pie izquierdo hace 2 meses. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor de tipo urente en extremidad inferior izquierda localizado en región tibial lateral que le impide apoyar a pesar de la retirada de la férula y colocación de ortesis. No mejoría con desketoprofeno. Cuenta también frialdad e inflamación de dicha pierna. No disnea ni dolor torácico, tampoco traumatismos recientes en la zona.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración. Extremidad inferior izquierda: inflamación, palidez y frialdad en región tibial. No dolor en relieves óseos ni a la realización de movimientos del tobillo. No pulso pedio. Última radiografía (Traumatología hace 2 semanas): buena consolidación de fracturas. Derivamos a urgencias hospitalarias donde Cirugía Vascular descarta trombosis venosa profunda. Diez días después, la paciente reconsulta porque no ha presentado ninguna mejoría del dolor a pesar del tratamiento alternando AINES con metamizol. La reexploramos: misma frialdad e inflamación en pierna izquierda, sin dolor a la palpación. Se palpa pulso pedio débil. No adenopatías inguinales. Realizamos un Índice-Tobillo-Brazo:1.1(normal), descartando isquemia de la extremidad. Ante sospecha de una distrofia simpático-refleja pautamos pregabalina 25mg con dosis ascendente +baños de contraste +derivación a rehabilitación y fisioterapia. En revisión a los dos meses: mejoría del dolor y la impotencia funcional, asi como de la inflamación y palidez, que han desaparecido.

Juicio clínico

Distrofia Simpático-Refleja/Síndrome De Sudeck/Síndrome Del Dolor Regional Complejo

Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa profunda, isquemia arterial, linfedema.

Comentario final

La distrofia simpático-refleja se caracteriza por dolor urente de una magnitud desproporcionada en la ex-

tremidad afecta acompañado de problemas de movilidad, trastornos tróficos de la piel, inflamación y a veces afectación ósea. Suele aparecer tras un traumatismo previo, aunque no se conoce bien su etiopatogenia. Tiene duración variable (semanas-años), y su tratamiento se basa en fisioterapia asociada a fármacos analgésicos. El diagnóstico es clínico. Es fundamental en Atención Primaria el conocimiento de esta patología, ya que en muchas ocasiones es difícil de diagnosticar llevando al paciente a la realización de muchas pruebas innecesarias.

Bibliografía

- *UpToDate[Internet].Saludcastillayleon.es.[citado el 17 de octubre de 2021].Disponible en:https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/complex-regional-pain-syndrome-in-adults-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=sindrome%20de%20sudeck&source=search_result&selectedTitle=1~135&usage_type=default&display_rank=1*

576/237. SINDROME RS3PE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Molina Moreno, J.[1], Fernández Aranda, M.[2], Ruíz Vela, A.[3], Rull Ruiz, T.[4], Castro Vargas, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 78 años, independiente para las ABVD, antecedentes de HTA, asma bronquial. Consulta por inflamación y dolor en articulación metatarsofalángica de primer dedo de pie izquierdo desde hace una semana. Se pauta colchicina sospechando crisis gotosa, con mejoría. Al mes, el paciente consulta de nuevo por dolor en manos con importante edema con fóvea, predominantemente en dorso. Se pauta arcoxia, sin mejoría, por lo que se inicia prednisona 30mg con excelente respuesta. Con el descenso de la prednisona a 5mg vuelve la misma clínica, unida a parestesias, pérdida de fuerza en mano derecha y dolor articular de tobillos y caderas. Se derivó al paciente a Reumatología, donde se diagnosticó de síndrome RS3PE y se pautó de forma prolongada dosis bajas de prednisona (6-18 meses). Tras 8 meses de seguimiento, el paciente presenta una mejoría espectacular, manteniéndose estable con 2.5mg de prednisona.

Exploración y pruebas complementarias

Edema con fóvea en ambos dorsos de las manos con dactilitis. ACR: Ritmo sinusal sin soplos, MVC, sibilancias diseminadas. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneo. Exploración neurológica normal. No adenopatías en cuello ni ingurgitación yugular. Se realiza AS destacando Hb 15.3, autoinmunidad negativa, PCR 4 y acido rico normal.

En la radiografía se aprecian leves cambios oseos degenerativos.

Juicio clínico

Polisinovitis edematosa del anciano o síndrome de RS3PE

Diagnóstico diferencial

Artritis gotosa. Polimialgia reumática

Comentario final

El síndrome RS3PE (remiting seronegative simetrical sinovitis with pitting edema) tiene una etiología desconocida y es más frecuente en el anciano. Se caracteriza por una polisinovitis simétrica de inicio rápido, que afecta a muñecas, tendones extensores y flexores de los dedos de las manos, articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas y carpianas, con un importante edema con fóvea en dorso de las manos. Puede afectar a pies, cintura escapar y pélvica. Destaca factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos, con RFA normales. El diagnóstico es clínico y remite con corticoides a dosis bajas durante 6-18 meses; cabe destacar la falta

de respuesta a los AINES. Tiene buen pronóstico y se debe plantear la posibilidad de un origen paraneoplásico

Bibliografía

- *Alba Gago, I. Vicente Lopez, O. Perez Alonso-Castrillo, MP. RS3PE: presentación de un caso. Aten Primaria. 2021 Mar; 53(3): 101978.*

576/239. FRÍO COMO EL HIELO

Autores:

Burgos Forte, C.[1], Gallego Martinez, J.[2], Llorens Falcetti, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 75 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador de 1 paquete al día, hipertrigliceridemia e hipotiroidimo. Acude a urgencias de atención primaria por presentar desde hace dos horas dolor intenso (10/10), de inicio súbito en miembro superior derecho. No varía con los movimientos, no es capaz de localizarlo en alguna zona del brazo "en todo el brazo", niega traumatismo ni carga de peso. Niega sensación de palpitaciones ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

Se objetiva frialdad del miembro respecto al contralateral, palidez y relleno capilar enlentecido. Se objetiva pulso braquial pero no es objetivadle el pulso radial. Movilidad, sensibilidad y fuerza conservadas. Es derivado a urgencias para valoración.

En la analítica sanguínea se objetiva un INR 1,3, TP 67% junto con un dímero D de 518 ng/mL. Radiografía de tórax y de hombro derecho anodinas. Doppler venoso de MSD: ocupación focal de la vena axilar derecha por material ecogénico, en relación con TVP a dicho nivel. Doppler arterial de MSD, presenta un flujo "tardus et parvus" en todo el eje arterial; asimetría respecto a la arteria axilar izquierda que presenta patrón bifásico normal. AngioTC: oclusión de la arteria subclavia distal derecha previo a la entrada en receso axilar. Tras interconsultar el caso con Cirugía Vascular, junto con la mejora clínica del paciente tras tratamiento se decidió manejo conservador y mantenimiento de HBPM hasta nueva revisión.

Juicio clínico

Trombosis arterial subclavia derecha, trombosis venosa profunda en vena axilar derecha.

Diagnóstico diferencial

Isquemia arterial aguda periférica, traumatismo arterial.

Comentario final

La isquemia arterial aguda consiste en una interrupción brusca del aporte sanguíneo en un vaso.. Las principales etiologías incluyen la embolia arterial, trombosis arterial aguda o traumatismo arterial. Es fundamental una anamnesis enfocada y una buena exploración de pulsos para poder realizar un diagnóstico diferencial previo a las pruebas de imagen. El tratamiento vendrá determinado según la gravedad/evolución del cuadro, siendo útil en la toma de decisiones la Clasificación de Rutherford. Nos permitirá decidir entre tratamiento anticoagulante, vasodilatador, fibrinolítico y/o quirúrgico.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª Ed. Elsevier; 2018. Sección III, Capítulo 33; p. 235-237.

576/240. DOCTOR, ESTOY HINCHADA

Autores:

Manrique Ovejero, G.[1], Martín Hidalgo, A.[2], Herguedas Herguedas, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid

Descripción del caso

Mujer de 24 años, procedente de Colombia, de raza negra con antecedentes de HTA en tratamiento con hidroclorotiazida y anemia crónica en estudio; que acude al servicio de Urgencias por edemas en miembros inferiores de 4 meses de evolución, sin mejoría con diuréticos y edema facial de un mes de evolución. Comenta oliguria. No otra sintomatología acompañante

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: TA 171/118 FC 95 lpm, Tª 35.9ºC. Consciente y orientada en las 3 esferas. Buen estado general, sin signos de deshidratación mucocutánea. Cabeza y cuello: se aprecia edema facial. No signos de regurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Neurológica: No focalidad neurológica. Miembros inferiores: edemas en miembros inferiores hasta rodillas, con fóvea presente Pruebas complementarias en Urgencias: Analítica: Leucocitos 4600 (Linfocitos 1700 neutrófilos 2400), Hb 6.9 (VCM 92.4 HCM 31.2), plaquetas 109000. Dímero D 6552, fibrinógeno 512. Cr 2.94, urea 86, LDH 649, CK 230, ferritina 530, PCR 15.3. Marcadores cardíacos: troponina I < 0,010, NTproBNP 5420. Sistemático de orina: pH 5, eritrocitos 150, proteínas 500, nitritos y leucocitos negativos, 20-30 hematíes por campo. ECG: Ritmo sinusal a 81 latidos por minuto, sin alteraciones en la repolarización. Radiografía tórax: aumento de la trama en bases, no infiltrados. Cardiomegalia

Juicio clínico

Ante los hallazgos de anemia, trombocitopenia, los datos de fallo renal, la edad y la exploración física: debemos descartar enfermedades secundarias, enfermedades autoinmunes, glomerulonefritis, tubulopatías, enfermedades cardíacas y hepáticas Diagnóstico actual: LES con glomerulonefritis lúpica grado IV.

Diagnóstico diferencial

- Enfermedad renal: glomerulonefritis, tubulopatías, enfermedad renal poliquística - Enfermedad autoinmune: Lupus eritematoso sistémico, vasculitis - Enfermedad cardíaca: miocardiopatías, enfermedad de Chagas - Enfermedades endocrinas: hiperaldosteronismo, feocromocitoma, trastornos tiroideos. - Cirrosis hepática

Comentario final

Ante un paciente joven con HTA, siempre debemos descartar causas secundarias Una anemia normocítica, normocrómica de larga data con clínica sistémica en una paciente joven obliga a descartar causas autoinmunes

Bibliografía

- *Suárez D., Vargas JC.,Salas J., Losada I.,De Miguel B., Catalán P., Sánchez B, Duarte MA, Cabrera I.Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8º edición.Madrid: MSD; 2016*

576/241. OTRA CAUSA DE LUMBALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: OSTEOLISIS VERTEBRAL EN UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Autores:

Teruel Garrido, M.[1], Medina Arevalo, B.[2], Ortega Sánchez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio.

Motril. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 69 años que consulta de forma reiterada por dolor lumbar en aumento con irradiación a pierna izquierda y mal control del dolor con analgésicos de primer escalón.

Exploración y pruebas complementarias

Afectado por el dolor. Deambula con cierta cojera. Dolor a la digitopresión sobre articulación sacroiliaca izquierda. No apofisalgia. Lassegue bilateral negativo. Dolor con la rotación interna y externa de cadera izquierda. No afectación neurovascular distal.

Se solicita Rx de columna lumbosacra y cadera donde se observa osteolisis vertebral de L3 y L4.

Sospechamos que pueda tratarse de alguna masa abdominal que por compresión esté provocando dicha osteolisis, se realiza IC con Rx y se realiza TC.

-TC-angioTC Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal que se extiende distalmente hasta el origen de ambas ilíacas comunes. Presenta un trombo mural que afecta a la parte posterior y ambos laterales y condiciona marcada erosión de la región anterior del cuerpo vertebral de L3 y L4.

A la altura del cuerpo de L4 se observa ulceración de la pared; signo de alto riesgo de rotura.

Se realiza interconsulta con el servicio de Cirugía Vascular. Al día siguiente el paciente acude a urgencias por aumento súbito del dolor e hipotensión y finalmente ingresa para intervención urgente con colocación de Endoprótesis Bifurcada.

Juicio clínico

AAA infrarrenal 9.7 cm con rotura contenida. - Endofuga tipo I-II.

Diagnóstico diferencial

-Artrosis lumbosacra

-Hernia/protrusión discal lumbar

Comentario final

La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, en la mayoría de los casos son de carácter ocasional y autolimitado. Como médicos debemos aprender a detectar los signos de alarma que deben llamar nuestra atención. A pesar de no disponer de complejas pruebas complementarias no debemos olvidar que la base de una buena orientación diagnóstica son la anamnesis y la exploración.

Bibliografía

- *-Zúniga Cedó E, Vico Besó L. Lumbalgia crónica y aneurisma de aorta abdominal. Semergen. 2013;39:e47–9*
- *-Pérez Galisteo MJ, Pérez Fijo JL, Varela Ruiz F, Gómez José A, Rosado Donado R. Lumbalgia y osteólisis vertebral como primera manifestación de un aneurisma de aorta abdominal. Emergencias. 2001;13:283–6.*
- *-Moya F, Grau M, Riesco N, Nuñez M, Brancos MA, Valdés M. Chronic low back pain: multispecialty assessment of 100 patients. Aten Primaria 2000;26:239-44.*

576/242. DOLOR ABDOMINAL SUBAGUDO COMO SÍNTOMA DE ALARMA QUE OCULTA UNA PATOLOGÍA POTENCIALMENTE MORTAL.

Autores:

Gómez Jiménez, M.[1], Ternero Fonseca, J.[2], Maraver Zamora, M.[3], Galan Barrena, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva, (2) Residente de 3er año de Gastroenterología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva, (3) Especialista en Gastroenterología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Descripción del caso

Varón 45 años, fumador. HTA, DLP. Sin otros AP de interés .

Acude a consulta de Atención Primaria por no control de cifras tensiones y epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios de una semana de evolución sin responder a analgesia, sin otra patología por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 182/80mmHg, FC: 59 lpm, Sato2: 97 %.

Cardio-respiratorio: rítmico buena frecuencia sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Dolororo en mesogastrio, sin defensa ni signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.

MII: Pulso pedio derecho débil.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm, PR constante, QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.

Derivamos a Urgencias Hospitalarias, ingreso para estudio.

Analítica : CK de 440UI/L con TnT normal, Cr: 1,4 hemograma y perfil abdominal normales.

Endoscopia oral y Ecografía abdominal: gastritis erosiva leve y mínimo derrame pleural, se realiza ecocardiografía transtorácica sin hallazgos. Ante persistencia de tensiones elevadas, sin respuesta a antihipertensivos, se reexplora al paciente: soplo abdominal asincrónico respecto al latido cardíaco, ausencia de pulso pedio derecho y diferencias tensionales entre MID y resto de miembros. Se realiza TAC abdominal urgente: Aneurisma roto contenido de aorta toracoabdominal con compromiso renal derecho. Se somete a cirugía urgente para endoprótesis aórtica.

Juicio clínico

Aneurisma roto contenido de aorta toracoabdominal con compromiso renal derecho.

Diagnóstico diferencial

Patología abdominal quirúrgica, isquemía mesentérica.IAM, disección arótica, hiperaldosteronismo

Comentario final

El origen del dolor abdominal es un desafío que ocasionalmente entraña riesgo para la vida. Una historia clínica, exploración física y pruebas de imagen son fundamentales para el diagnóstico.

La disección aórtica aguda es una urgencia médica. Asocia alta mortalidad (50%), siendo fundamental el diagnóstico precoz. La prueba de elección es la TAC. Aunque el dolor torácico de comienzo súbito, desgarrante, pulsátil siguiendo el sentido de la disección es el síntoma más frecuente, hasta el 5-10% pueden ser indoloras. La HTA se observa en más del 60% de los pacientes. Nuestro caso es inusual por la larvada presentación con dolor abdominal sutil, dificultando el diagnóstico.

Bibliografía

- *1. Isselbacher EM. Enfermedades de la aorta. En: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, coordinadores. Tratado de cardiología. 7a ed. Madrid: Elsevier, 2006;1403-1409.*
- *2. Farreras R. Medicina interna. Madrid: Mosby/Doyma, 1995;650-651.*

576/244. ¡ME DUELE EL COSTADO Y NO ME HE CAIDO!

Autores:

Villalón Sánchez, A.[1], Del Pino Castaño, R.[2], Aparicio Gallardo, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 56 años, con fumador de 15 cigarros/día con baja adherencia a cuidados personales. Acude a consulta porque desde hace unos meses cansancio, pérdida de peso e intenso dolor costal derecho. No antecedentes traumáticos. Tras sospechar una posible neoplasia o infección pulmonar se realiza radiografía de tórax, objetivándose una lesión en pulmón. Se deriva a neumología con ingreso en medicina interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación pulmonar sin hallazgos, paciente con mal estado general. Se le realiza una radiografía donde se objetiva una lesión pulmonar delimitada, desde atención primaria se contactó con el equipo de Neumología del hospital de referencia que indicó ingreso en medicina interna del paciente para estudio. Se realizó TAC toraco-abdominal donde se objetivaron múltiples metástasis corporales. En la actualidad el paciente se encuentre en espera de realización de biopsia en broncoscopia.

Juicio clínico

Neoplasia pulmonar a filiar.

Diagnóstico diferencial

Procesos infecciosos (Mycobacterium tuberculosis, micobacterias atípicas, Fiebre Q, Nocardia, Brucella, Hystoplasma, aspergillus, Coccidioides, Micetoma, Ecchinococcus, dilofaria) Neoplasicas (carcinoma pulmonar, tumor carcinoide, hamartoma, tumor benigno, carcinoma bronquioalveolar, metástasis a distancia, linfomas, mieloma múltiple) Inmunológicas (nódulo reumatoide, granulomatosis de Wegener), metabólicas, traumáticas y miscelánea.

Comentario final

Tras realizársele las pruebas correspondientes en AP y urgencias, se objetivó una lesión pulmonar.

Hay que tener en cuenta que los pacientes consultan los síntomas iniciales mayoritariamente en AP, y que en este nivel tenemos un proceso diagnóstico de una duración más corta.

Es muy importante realizar un abordaje completo y con un buen diagnóstico diferencial para que desde atención primaria podamos realizar un diagnóstico precoz de este tipo de neoplasias.

Bibliografía

- *F. Rivera Casares, M. Serra Cerdá, A. Carretero Sastre, R. Uribes Filol. Características del diagnóstico de las neoplasias malignas en atención primaria. Atención primaria 2002.*

576/245. FIBRILACIÓN AURICULAR DE DATA INCIERTA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:

García Martín, E.[1], Andrade Almecija, A.[1], Rodríguez Pérez, P.[2], Salmerón Portela, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Varón de 74 años. IABVD.

> Antecedentes personales:

- Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 30 años.

- HTA, con buen control.

- DM2, con buen control.

- ERGE.

- IQx: Colecistectomía (2008)

En tratamiento con:

- Omeprazol 20mg

- Metformina 850mg

- Losartan 50mg

Acude al CS refiriendo palpitaciones desde hace aproximadamente un mes.

Comenta que las palpitaciones han sido prácticamente constantes durante el último mes.

Además, niega aumento de perímetro de miembros inferiores, disnea de esfuerzos, disnea paroxística nocturna, ortopnea, dolor torácico, astenia, mareos o sensación de inestabilidad u otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración:

- Auscultación cardíaca: arrítmica con una frecuencia cardíaca de 80 lpm, sin apreciarse soplos ni ruidos sobreañadidos.

- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin apreciarse roncus, sibilancias o estertores.

- Miembros inferiores: no presenta edemas ni signos de insuficiencia venosa o TVP.

Se decide realizar electrocardiograma en el que se aprecia una fibrilación auricular con frecuencia cardíaca de 75 lpm, sin otras alteraciones en cuanto a las demás ondas e intervalos.

Se revisa analítica sanguínea (hace 2 meses): hemograma normal, función renal y hepática normal, perfil bioquímico y parámetros de coagulación en rango.

Revisamos radiografía de tórax (hace 3 meses): ICT <50%, sin derrame pleural ni áreas con aumento de densidad sugestivas de focos consolidativos.

·CHA2DS2-VASc: 4 (HTA +1, >75 años +2, DM2 +1)

·HAS-BLED: 2 (>65 años +1)

Por tanto, se decide iniciar anticoagulación con Apixaban 5mg/12 horas y derivar de forma preferente a Cardiología.

En los días posteriores, se cita en varias ocasiones al paciente para control de TA y FC (75-90 lpm), manteniéndose estable, y control con ECG, manteniéndose la FA.

Juicio clínico

Fibrilación auricular persistente IIa

Diagnóstico diferencial

- FA paroxística: termina <7 días desde su inicio.

- Flutter auricular: taquicardia QRS estrecho y ondas F.

Comentario final

Es importante definir el tipo de FA y la data de la misma para plantear un buen esquema terapéutico. No se introdujo fármacos para el control de la FC ya que se mantenía estable.

Bibliografía

- *Miguel Gutiérrez A, Vargas Romero JC. Arritmias. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, de Miguel Campo B, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica (Hospital Universitario 12 de Octubre). 8ª edición. Madrid; 2016. 319-353.*

576/246. CÓLICO RENOURETERAL, UN DOLOR INFERNAL.

Autores:

Aparicio Gallardo, M.[1], Villalón Sánchez, A.[2], Pinto Mora, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 38 años, obeso, con antecedente de HTA, ITU de repetición y CRU de repetición y en tto con enalapril, furosemida, paracetamol a demanda. Que acude a Urgencias por dolor en fosa renal derecha que se irradia hacia genitales, con náuseas y vómitos, sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha, no masas ni megalias. Murphy dudoso. Blumberg y Rovsing negativo. Puño percusión derecha positiva.

Analítica de sangre anodina, incluyendo función renal, con creatinina y FG. Analítica de orina con hematíes positivos, resto anodino.

Se solicita radiografía de abdomen, donde se observa imágenes cálcicas en zona de tracto urinario. Tras estos hallazgos se deriva a urología.

Juicio clínico

Cólico renoureteral

Diagnóstico diferencial

Cólico renoureteral, ITU de repetición, Pielonefritis, Salpingitis o embarazo ectópico, Ruptura de aneurisma abdominal, Diverticulitis, Apendicitis, Dolor musculoesquelético, Cólico biliar

Comentario final

Evolución: Tras el diagnostico de cólico renoureteral y debido al dolor tan fuerte que manifiesta el paciente, se le pauta tratamiento analgésico: Diclofenaco, Metamizol, Ondansetron, Diazepam y Omeprazol.

El interés de este caso clínico es ser conscientes de la alta frecuencia que tiene los CRU en urgencias. Y como el tratamiento adecuado mejora notablemente los síntomas. Se debe evitar

el uso de buscapina y al alta AINES, diclofenaco de elección, asociado a un analgesico, así como alfa-bloqueantes para ayudar a la expulsión del cálculo y antiemeticos si es necesario.

Bibliografía

- *Lorca Álvaro J, Laso García I, Santiago González M, Burgos Revilla FJ. Síndrome de dolor lumbar agudo no traumático de origen renal: cólico renoureteral. Medicine. 2019;12(87):5109–*
- *16.Cólico renal: diagnóstico y tratamiento en sala de emergencia a propósito de un caso. Ciencia Latina. 2021;5(5):7659–68.*

576/247. TETRAPARESIA Y CLÍNICA BULBAR RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: CUENTA ATRÁS, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

Autores:

Del Paso Cañigueral, L.[1], Ollero Ortiz, Á.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga, (2) Especialista en Neurología. Hospital de La Serranía. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 69 años hipertenso que acude a urgencias por debilidad generalizada, disfagia y alteración de la articulación del habla de dos días de evolución. Antecedente de gastroenteritis aguda dos semanas antes. Presenta de forma rápidamente progresiva en 48 horas una tetraplejia y clínica bulbar severa con depresión respiratoria, hipotensión y bradicardia que precisa intubación orotraqueal en UCI y tratamiento médico intensivo.

Exploración y pruebas complementarias

Diplejia facial, mutismo, disfagia severa con hipersialorrea. Tetraplejia flácida arrefléxica. Sensitivo normal. Neuroimagen normal. Leve disociación albuminocitológica con microbiología y PCR víricas negativas. Estudio analítico básico, hormonal, autoinmunidad, complemento, proteinograma, vitamínico y serológico normal. Cultivo de sangre, orina, heces y secreciones negativos. En el estudio electroneurofisiológico se objetivan hallazgos compatibles con una polineuropatía axonal motora pura. El paciente fue tratado con inmunoglobulinas y posteriormente plasmaféresis, así como rehabilitación, con mejoría leve de sus síntomas, pudiendo ser extubado y comer por sí mismo, así como mantener sedestación hasta la fecha.

Juicio clínico

Variante atípica de Síndrome de Guillain-Barre. Polineuropatía axonal motora aguda (AMAN).

Diagnóstico diferencial

Ante un cuadro de tetraparesia flácida arreflexica con clínica bulbar agudo, debemos pensar en una afectación principalmente de segunda motoneurona (principalmente una polineuropatía). Aunque posible, es infrecuente una enfermedad de la unión neuromuscular dado que la aparición suele ser más progresiva y con datos de fatigabilidad. Se descarta afectación supratentorial, troncoencefálica y medular dada la ausencia de síntomas de primera motoneurona. Desde un punto de vista etiológico, ante una polineuropatía motora aguda hay que plantear la causa disinmune (inflamatoria), infecciosa, para-

neoplásica, tóxico-metabólica, déficit nutricionales y asociado a enfermedades sistémicas.

Comentario final

El tratamiento de elección son la plasmaféresis y/o inmunoglobulinas. Destacar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz que serán el factor determinante del pronóstico en estos paciente. Dentro de las variantes del Síndrome de Guillain-Barré, el AMAN es la que presenta peor pronóstico.

Bibliografía

- *1.Rodriguez Garcia J.L ASM.GreenBook. Diagnóstico y tratamiento médico. Villanueva de la Cañada. Madrid.España:MARBÁN;2019.*
- *2. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet 2016;388:717.*
- *3. Vriesendorp FJ. Guillain-Barré syndrome in adults: Clinical features and diagnosis. Up to date 2021.*

576/248. TENGO VARICES EN EL PECHO.

Autores:

Villalón Sánchez, A.[1], Del Paso Cañigueral, L.[1], Aparicio Gallardo, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 68 años diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar. Acudió a su médico de cabecera por que desde hace unos días presentaba eritema facial y de tronco superior y edema facial, así como circulación periférica en región antero-superior. En el centro de salud se decidió la realización de una radiografía, posteriormente se derivó a urgencia donde se realizó TAC donde se diagnóstico de una complicación común de las neoplasias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Se objetiva en cianosis facial y circulación periférica en región anterosuperior. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Como conclusión final se sospechaba de un síndrome de la vena cava superior se realizó una radiografía donde se objetiva leve dilatación de la vena cava superior, por lo que fue derivado a urgencias del hospital para realización de un tac torácico donde se confirmó el diagnóstico principal.

Juicio clínico

Sindrome de la vena cava superior.

Diagnóstico diferencial

Timoma, extensión intratorácica de tiroides y paratiroides, arco aórtico y sus ramas, venas innominadas, vasos y ganglios linfáticos.

Comentario final

Es muy importante desde el punto de anteicón primaria conocer la sintomatología del SVCS, pudiento ayudarnos de la radiografía.

Cuando tengamos a un paciente con dicha sintomatología y neoplasia maligna debemos sospechar de esta enfermedad.

Bibliografía

- *P. Garcia Bonel. Caso clínico: síndrome de vena cava superior. Semergen- Medicina de familia Volme 33 Issue 8 October 2007 Pages 430-434*

576/250. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Andrade Almecija, A.[1], Garica Martin, E.[1], El Guartit Zouagui, R.[2], Rodríguez Pérez, P.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 33 años, natural de Guatemala, residente en Málaga. IABVD. NAMC. Fumador de 15 cigarrillos diarios. Como AP destaca haber padecido sífilis (ya tratada).

Acude a consulta de Centro de Salud por disuria, prurito y tenesmo vesical de 48 horas de evolución con posterior supuración mucopurulenta uretral amarillenta. No polaquiuria ni sensación distérmica. No otra sintomatología de interés.

Refiere además, relaciones sexuales de riesgo con varias parejas sexuales durante las dos últimas semanas.

El paciente fue tratado con Ceftriaxona 1 g dosis única IM + Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días, al igual que recomendamos el tratamiento de su pareja sexual, incidiendo en la importancia de la prevención de estas infecciones.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente estable hemodinamicamente con BEG, COC. BHyP.

- ACP: rítmica y regular, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

- Abdomen anodino.

- Genitales de características normales con secreción purulenta uretral amarillenta.

- Exploración neurológica: PICNAL. MEOC. Sin focalidad neurológica. No rigidez de nuca.

- Adenopatías inguinales bilaterales no dolorosas y rodaderas, menores de un centímetro.

Se solicitó un cultivo uretral para N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M genitalum, U. urealitycum resultando positivo para el primero.

Estudió serológico de otras ETS.

Derivación a consultas externas de Enfermedades Infecciosas.

Juicio clínico

Uretritis gonocócica

Diagnóstico diferencial

Distinguimos entre las uretritis gonocócicas (Neisseria gonorrhoeae) cuyo exudado suele ser purulento y meato enrojecido y las no gonocócicas, más frecuentes en nuestro medio (Clamydia trachomatis, Mycoplasma genitalum, etc) suelen presentar exudado más mucoide y escaso.

Complicaciones similares destacando la gonococemia en N.gonorrhoeae.

Comentario final

Al ser las ITS enfermedades reemergentes en los últimos años resulta cada vez más necesario estar familiarizado con ellas para tener la capacidad de abordarlas en la medida de lo posible desde Atención Primaria, siendo ésta la puerta de entrada para la promoción de la prevención de las mismas y para la evitación de complicaciones.

Bibliografía

- *Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2018. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2019.*
- *Gallardo Moneva V, Hernández Jiménez MP. Infecciones de transmisión sexual. 8º edición. . Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. MSD: 2016. 659-70.*

576/251. TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO

Autores:

Aparicio Gallardo, M.[1], Pinto Mora, M.[2], Del Pino Castaño, R.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 45 años, fumadora de 19 paquetes/año, con antecedente de pancreatitis de repetición y colecistectomía, que acude a consulta por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, que aumenta con el decúbito, presenta vómitos y diarrea. Se solicita colonoscopia y se deriva a digestivo para valoración, ya que los síntomas no ceden a pesar de tratamiento y en PPCC no hay parámetros claros de ninguna patología especifica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, no masas ni megalias. Murphy dudoso. Blumberg y Rovsing negativo.

Analítica anodina, incluyendo calprotectina, celiaquía, eje tiroideo. SOH negativa. Colonoscopia sin hallazgos significativos. ColangioRM sin hallazgos significativos. TAC con contraste de Abdomen se observa imagen nodular hipervascularizada, localizada en la porción medial de la cabeza pancreática, de unos 13mm, sospechosa de tumor neuroendocrino pancreático.

Juicio clínico

Tumor neuroendocrino pancreático.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, celiaquía, Helicobacter Pylori, Patología biliar, Pancreatitis crónica, Pseudoquiste pancreático...

Comentario final

Evolución: Tras realizársele las pruebas correspondientes en el ámbito hospitalario, finalmente fue diagnosticado de tumor neuroendocrino pancreático.

Los tumores neuroendocrinos son poco frecuentes, pero debemos tenerlos en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial en patología digestiva, en pacientes con antecedentes de pancreatitis de repetición y fumadoras.

El interés de este caso clínico es ver la importancia de tener en mente patologías menos frecuentes a la hora de realizar un diagnóstico diferencial, para así poder derivar de forma preferente a los distintos especialistas, porque en el diagnóstico precoz de las mismas se encuentra la diferencia.

Bibliografía

- *Dias AR, Azevedo BC, Alban LBV, Yagi OK, Ramos MFKP, Jacob CE, et al. Gastric neuroendocrine tumor: Review and update. Arq Bras Cir Dig. 2017;30(2):150–4.*

576/252. MI TIROIDES VA DE MAL EN PEOR

Autores:

Del Pino Castaño, R.[1], Aparicio Gallardo, M.[1], Villalón Sánchez, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 64 años, con antecedentes de cáncer de mama tratado con mastectomía y quimioterapia adyuvante, hipotiroidismo primario y depresión. Consulta por encontrarse asténica, con sensación de mareos, parestesias y decaimiento. Tras realización de analítica se objetiva elevación de TSH, que a pesar de la intensificación del tratamiento con levotiroxina continúa aumentando en analíticas posteriores alcanzando niveles de TSH hasta 56.315 a pesar de tratamiento con Levotiroxina 400 mcg diarios.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Exploración neurológica normal. Exploración de oídos: restos de cerumen sin tapón. Se realizan diversas analíticas con función tiroidea, presentando TSH desde 24.932 hasta 56.315, T4 0.9-0.61, T3 2.22. Se realiza ecografía de tiroides, presentando parénquima glandular sin alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva alta, en la que se objetivan áreas de gastritis atróficas sin hallazgo de H. Pylori en la biopsia.

Juicio clínico

Malabsorción de levotiroxina oral

Diagnóstico diferencial

Mala adherencia al tratamiento, Interacciones farmacológicas o alimentarias, Gastritis crónica, Enteropatía diabética, Enfermedad inflamatoria intestinal, Celiaquía, Gastritis por Helicobacter pylori, Pancreatitis crónica.

Comentario final

Tras la realización de estudio por parte de Endocrinología, se objetiva buena respuesta al tratamiento con Levotiroxina vía intravenosa, lo que unido al hallazgo de gastritis atrófica y descartadas otras patologías, nos confirma una malabsorción de levotiroxina por esta causa. Por tanto desde atención primaria, también deberíamos tener en cuenta las causas digestivas en pacientes con hipotiroidismo difícil de controlar.

Bibliografía

- *1. Arroyo Bros J, Gil Lluís P, Llauradó Cabot G, Caixàs Pedragós A. Hipotiroidismo primario: Consideraciones para una buena utilización del tratamiento con levotiroxina. Med Clin (Barc). 2011;136(5):207–14.*
- *2. Catalina PF, Carpio D. Malabsorción de levotiroxina. Med Clin (Barc). 2015;145(1):46.*
- *3. Ferrero Rodríguez L, Sánchez Miró JC. Hipotiroidismo autoinmune con malabsorción de tiroxina. Med Gen y Fam (digital). 2012;1(2):114–5.*

576/253. UN VIAJE SENSORIAL Y EMOCIONAL DESAGRADABLE

Autores:

Pinto Mora, M.[1], Del Paso Cañigueral, L.[2], Villalón Sánchez, A.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 56 años con intolerancia a varios analgésicos. Sin hábitos tóxicos ni FRCV. Lumboartrosis, agorafobia, síndrome ansioso-depresivo en tratamiento diario con lorazepam 1mg. Acude a consulta por presentar a raíz de un accidente de tráfico dolor en brazo izquierdo a la altura del hombro, con inflamación de la mano izquierda, limitación del movimiento del brazo izquierdo y dolor de espalda. Asociado a dicho dolor aparecen síntomas como sudoración de mano, temblores, pérdida de peso, etc. Tras sospechar una posible alteración osteomuscular se realizaron radiografías tanto de columna como de miembros, sin alteraciones óseas visibles. Es derivado al servicio de Traumatología.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta regular estado general, dolor sólo al roce en MSI, se observan cambios tróficos de la piel y cambios de coloración, no presenta fasciculaciones, imposible valorar la fuerza, reflejos presentes. También presenta limitación en la marcha a causa de intenso dolor de espalda. Se solicitaron varias radiografías sin evidenciar alteraciones importantes. En Traumatología se realizó RM de hombro y columna donde destaca cierta artrosis, acromial y lumbar, sin otras alteraciones. RM craneal sin hallazgos patológicos. A continuación, se realizó una gammagrafía ósea con conclusión de "estudio compatible con SDRC de antebrazo, mano y muñeca izquierda". También se realizó EMG con conclusión de "neuropraxia del nervio radial izquierdo"

Juicio clínico

índrome de dolor regional complejo

Diagnóstico diferencial

Síndromes dolorosos neuropáticos, enfermedades vasculares, procesos inflamatorios, dolor miofascial, proceso psiquiátrico.

Comentario final

El SDRC produce un dolor invalidante que puede progresar a otras partes del cuerpo. Tras el diagnóstico, se realizaron reevaluaciones continuas del estado físico y psíquico del paciente por parte tanto de su médico de AP como de otros especialistas para adecuar

el tratamiento al momento concreto y conseguir una calidad de vida óptima para el paciente

Bibliografía

- *Lozano Gómez M, Relaño Cobian MT, Espinosa García A, De la Pinta García JC. Manejo de síndrome de dolor regional complejo: a propósito de un caso. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018;25. Disponible en: http://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3636/2017*
- *2. Pires de Aguiar PH, Buwembo J, Sacoman D, Amaral Silva C, Pereira Barretto C, Estevão I, et al. Síndrome de dolor regional complejo: Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento. Rev chil neurocir. 2019;43(1):54–8*

576/254. DOLOR TORACICO EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Guisado Rodríguez, M.[1], Ramos Galindo, N.[2], Ramos Mesa, M.[2], Hernández Ríos, E.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 19 años que acude al Centro de salud acompañado de su madre por dolor centro torácico agudo desde ayer dia 17/10 irradiado a hemitorax izquierdo que se intensifica con la respiracion profunda y la tos aunque no se modifica con cambios posturales. Este dolor se acompaña con senacion de dificultad respratoria apreciada por la madre y sensacion distermica aunque no termometrada.

Niega tos, expectoracion purulenta o cuadro catarral acompañante.

Como antecedente de interés destaca vacunación con 2º dosis de vacuna MODERNA el 15/09. No presenta otras enfermedades. Niega consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

>> EXPLORACIÓN

Buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y orientado , eupneico en reposo

hemodinamicamente estable , 37.6ª en el momento de la exploración.

ACR: tonos rítmicos y regulares, no se auscultan soplos ni roce pericárdico. MVC.

MMII: No edemas ni signos de TVP

>>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN CENTRO DE SALUD

Se realiza ECG donde se aprecia taquicardia sinusal a 112, QRS <120 ms , elevacion difusa de segmento ST con cavidad superior en caras inferior y anterior.

Rx torax : No se ve aumento de indice cardiotorácico, no imagen de corazón en cantimplora característica del derrame pericárdico. Resto normal

Juicio clínico

Ante la sospecha clinica de Pericarditis secundaria a vacunación con Moderna, inicio tratamiento con Ibuprofeno 600 y Colcina 0.5 y derivo a urgencias hospitalarias para realización de ECOSCOPIA y analítica de sangre con perfil cardiogénico.

Diagnóstico diferencial

Podríamos realizar diagnósticdo diferencial de dolor toráico en paciente joven con las siguientes entidades:

- Neumonia adquirida en la comunidad

- Neumonía atipica

- ASMA de novo

- Neumotórax espontáneo

- Pericarditis /miopericarditis

- Tamponamiento cardiaco

Comentario final

Dado el interés clinico del caso seguimos la evolucion del paciente desde atencion primaria.

En su estancia en observacion en la analítica de sangre destaca: ferritina 60ng/ml, PCR 82 mg/L, leucocitos 12260 , neutrofilos 7930, troponina 1 1917 ng/L. Resto anodinio.

Se le realiza Ecoscopia donde no se observan valvulopatias y la funcion sistólica biventricular está conservada.

Se decide su ingreso en planta de cardiologia con diagnóstico de miopericarditis.

Bibliografía

- *Guias Fisterra*
- *Manual de diagnóstico y Terapéutica medica. Hospital Universitario 12 Octubre*

576/256. "OÍDO CLÍNICO": CONSULTA TELEFÓNICA EN TIEMPOS DE COVID

Autores:

Gómez Pascual, T.[1], Barrera Pérez, L.[2], Villen Santiago, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 60 años.

Alergia a pirazolonas y macrólidos.

Niega hábitos tóxicos.

HTA. Insuficiencia aórtica. Hipotiroidismo iatrogénico

Tiroidectomía por BMN.

En tratamiento con levotiroxina, carvedilol, valsartán/amlodipino/HCTZ

Consulta telefónicamente por astenia y anorexia de 5 días de evolución acompañada de lesiones bucales que describe como "moratones" con gingivorragia y hematomas en extremidades. Niega fiebre, hematuria, rectorragia o infecciones respiratorias o digestivas recientes. No cambios en hábito intestinal.

Se pide que acuda a consulta presencial.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Eupneica. Afebril.

TA 188/98mmHg, FC 108lpm, Sat O2 basal 98%

Orofaringe con lengua hiperpigmentada. Enantema de paladar blando con petequias en paladar duro. Hematomas menores de 3 cm en cara dorsal de miembros superiores

Se deriva a Urgencias Hospitalarias para la realización de pruebas complementarias.

-ECG y radiografía de tórax normales.

-Analítica: Hb 13.2 g/dL, plaquetas 32 x10e9/L, leucocitos 0.55 x10e9/L (230 N).

Coagulación normal.

BQ: LDH 219 U/L. PCR 14 mg/L, Ferritina 418ng/mL. Resto normal.

- Frotis sanguíneo: Leucopenia con PMN de morfología normal y presencia de algunas células inmaduras (8-10%) de gran tamaño, con nucleolo y abundantes gránulos, y algunas con astillas citoplasmáticas. Trombopenia confirmada. Compatible con leucemia Aguda a filiar.

Se acuerda traslado a Hospital de tercer nivel para completar estudio de médula ósea y plan terapéutico.

Juicio clínico

Leucemia Aguda Promielocítica de alto grado

Diagnóstico diferencial

Hacer diagnóstico diferencial con: Anemia aplásica, hepatopatía, CID, SHU, infecciones como VIH, Trombocitopenia inmunitaria, Púrpura trombocitopénica trombótica, trombocitosis primaria, mieloma múltiple, alteraciones de factores de coagulación, Telangiectasia hemorrágica hereditaria, fármacos, vasculitis, déficit de vitamina C.

Comentario final

Con las consultas de Atención Primaria telefónicas, se pone de manifiesto la importancia de realizar una buena historia clínica enfatizando en la anamnesis que nos va a aportar la mayor información posible para detectar eso signos o síntomas de alarma en aquellos pacientes que requieran una atención urgente como en el caso de las manifestaciones clínicas consecuencia de la alteración medular ocurrida en una leucemia aguda.

Bibliografía

- *1. Campo Giménez M del, Serrano Martínez A, García-Alcalá Hernández M, Cuevas Sánchez C. Gingivitis como primer síntoma de leucemia aguda mieloblástica. Rev clín med fam. 2019;12(1):32–5.*
- *2. Leucemia mieloide aguda (LMA) [Internet]. Msdmanuals.com. [cited 2021 Oct 18]. Available from: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/leucemias/leucemia-mieloide-aguda-lma*

576/257. ALGO MÁS QUE UN DERRAME PLEURAL

Autores:

Herguedas Herguedas, L.[1], Manrique Ovejero, G.[2], Martín Hidalgo, A.[3], Álvarez González, A.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (4) Enfermero. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid

Descripción del caso

Varón de 51 años, horticultor (previamente albañil y pintor), sin alergias ni antecedentes. Acude a Urgencias de Atención Primaria por disnea de tres días de evolución que comenzó siendo de grandes esfuerzos y actualmente es de reposo. Refiere ocasional autoescucha de ruidos, tos sin expectoración y sensación distérmica. También dificultad para tragar desde hace 3 días y pérdida de 5kg en 2 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinámicamente.SatO2 97%.Auscultación: rítmico, soplo mitral II/VI, MVC disminuido en tercio inferior derecho. Se solicita radiografía torácica: derrame pleural derecho. Se deriva a Urgencias Hospitalarias: amplían estudio. Analítica: hemograma normal, PCR 142, LDH 368,PCT negativa, proBNP 302, DimeroD 1401. AngioTC: derrame pleural derecho+ atelectasia masiva del parénquima adyacente. Interconsulta a Neumología: colocan drenaje endotorácico con salida de liquido pleural tipo exudado paraneumónico vs neoplásico(pH 7.32,glucosa 55,proteinas 4.5,LDH 1507,ADA 35) y lo ingresan para estudio + tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico. Durante el ingreso, persiste disfagia en tercio inferior: interconsulta a Digestivo por sospecha de masa esofágica distal, vista en bodyTC. Realizan ecoendoscopia esofágica con toma de muestra (biopsia no concluyente: linfoma vs TBC vs mesotelioma). Presenta varios empeoramientos del derrame pleural al intentar retirar los drenajes y también a pesar de pleurodesis con urokinasa. Se realiza videotoracoscopia (VATS) para exploración + nueva biopsia, siendo positiva para mesotelioma. Se deriva a Oncología, que inicia quimioterapia con cisplatino+adriamicina. Tras dos ciclos, es dado de alta a los dos meses, con seguimiento ambulatorio. Actualmente deterioro progresivo del estado general, con gran pérdida ponderal y oxigenoterapia domiciliaria.

Juicio clínico

DERRAME PLEURAL PARANEOPLÁSICO. MESOTELIOMA.

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural paraneumónico, masa esofágica, linfoma, TBC pleural.

Comentario final

El mesotelioma pleural es un tumor infrecuente (incidencia España:0.35casos/100000habitantes-año) habitualmente diagnosticado en la quinta-sexta década de la vida con predominio en varones, en relación

con la exposición laboral al amianto con una latencia de 25-30 años. Frecuentemente presentan disnea y dolor torácico pleurítico. En casos avanzados: disfagia, ronquera...El diagnóstico se basa en antecedentes, hallazgos radiológicos y anatomopatológicos. El tratamiento puede ser quirúrgico, aunque en la mayoría de los casos es sintomático, pues tienen mala evolución y pronóstico.

Bibliografía

- *UpToDate[Internet].Saludcastillayleon.es. [citado 16/12/2021]. Disponible en: https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/presentation-initial-evaluation-and-prognosis-of-malignant-pleural-mesothelioma?sectionName=DIAGNOSIS&search=mesotelioma%20pleural%20tratamiento&topicRef=4626&anchor=H6&source=see_link*

576/259. ME DUELE EL ESTERNÓN, QUE NO EL CORAZÓN

Autores:

Nieto Ordóñez, C.[1], Marín Pedrero, M.[2], Pérez Pérez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Taraguilla. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Taraguilla. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

NORAM.Aeroalérgenos +.

AP:Asma bronquial.Sd Ansioso-depresivo.

IQ:no

Tto habitual:Symbicort,Ventolín.Clorazepato dipotásico.

Correctamente vacunada

Mujer, 31 años, asma extrínseco desde los 6. Buen control terapéutico y sobrepeso. Acude a Urgencias refiriendo dolor centrotorácico a punta de dedo de 4 meses de evolución, intensidad variable, que aumenta con los movimientos e irradia difusamente a espalda. Niega sensación disnéica o sobreesfuerzo y refiere que desaparece en reposo, aunque cada vez es más contínuo. Comenta haber probado diferentes pautas de analgesia prescritas por su médico de cabecera, quien aporta para el estudio de la paciente ECG y RX de tórax, Analítica reciente e informe de Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente que acude sola, caminando con BEG, BHYP, COC. GCS 15/15. Afebril.No sudorosa y eupneica en reposo.TA 128/94 mmHg

ACP:rítmica a FC de 78lpm.Sin soplos.SatO2 al 97% con buena ventilación bilateral aunque fina sibilancia espiratoria en base derecha, y MVC.No aumento del trabajo respiratorio.No adenopatías cervicales.

TRONCO:Dolor a la palpación de unión esterno-costal de 4º-5º arco costal.Abd anodino.

MMII:pulsos pedios conservados y simétricos, no signos de TVP ni flebitis.No edemas.

Analítica completa ampliada:

Hemograma:Hb 12.0 g/dl Hto 32,3% VCM 93,1 fL HCM28,8 pg.Leucocitos 9,04 x 10-3/mcgL.Neutrófilos 77% y eosinófilos4%.Plaquetas 416 x 10-3 mcg/L.

BQ en rango. PCR 328.PCT <0.04.DD <500 microg/L.

Marcadores Cardíacos:CK 25, Trop < 0.1.

Gasometría Venosa:pH 7.35, pO2 36, pCO2 40

ECG:ritmo sinusal a 78 lpm,sin alteraciones de la repolarizacion ni signos de isquemia.

Rx Tórax:ICT<50%, mediastino conservado, sin signos de

condensación neumónica ni calcificaciones. Leve aumento de transparencia, costillas un poco más horizontales que lo habitual, aumento del espacio retrosternal y diafragma algo aplanado. Similar a la que aporta la paciente.

Informe Neumólogo: FEV1/FVC <0,7%, FEV1 > 60%, FeNO <50ppb

Juicio clínico

Costocondritis o Sd Tietze.

Diagnóstico diferencial

Por exclusión.En los adultos,descartar: lesiones de las articulaciones acromioclaviculares y esternoclaviculares, herpes zoster,ansiedad,IAM,embolia o ca pulmón,traumatismos,gota.

Comentario final

El dolor torácico puede indicar cuadro cardíaco o pulmonar potencialmente mortal.Es necesario premura en la evaluación detallada del paciente.Sin embargo, entorno a 1/3 de los pacientes que acuden a urgencias con dolor torácico sufre costocondritis,una inflamación y engrosamiento doloroso de uno o más cartílagos costoesternales.

Bibliografía

- *Schumann JA, Sood T, Parente JJ. Costochondritis.2021 Jul 10.In: Stat Pearls [Internet]. TreasureIsland (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.MID: 30422526.*
- *Proulx AM,Zryd TW. Costochondritis: diagnosis and treatment.Am Fam Physician. 2009 Sep15; 80(6):617-20. PMID:1 9817327.*
- *Karnath B, et al. Chest pain: Differentiating cardiac from noncardiac causes. Hospital Physician.36(4): 24-38, April 2000.*

576/260. ESTRATEGIA CAMALEÓN, CÓDIGO ICTUS.

Autores:

Tiessler Martínez, B.[1], Rosales Montoro, A.[2], del Milagro Vázquez, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 27 años que acude por hemiparesia izquierda. El día 12/09 se acostó sobre las 16:00h y se despertó sobre las 17:00h con cefalea intensa pulsátil sin fotofobia ni sonofobia, dificultad para articular palabras, desviación de comisura bucal y debilidad en miembros izquierdos.

Antecedentes: síndrome de atrapamiento peroneo en tratamiento con pregabalina. Separada, vive con sus 2 hijos.

Se activa CÓDIGO ICTUS.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada, muy angustiada, llorosa. No desviación oculocefálica. No hemianopsia. No mueve comisura bucal izquierda, habla dificultosa por dicha razón, de aspecto no orgánico. No alteración de otros PPCC. No moviliza miembros izquierdos, no mueve nada MSI en principio, aunque se aprecia tono al sujetarlo el examinador. Posteriormente ha conseguido elevar el brazo. Eleva pierna izquierda con claudicación inconstante. Refiere trastorno sensitivo hemicorporal izquierdo. Ataxia no valorable. Temblor de miembros. RCP flexor bilateral.

- TC Craneo - AngioTC perfusión: ASPECTS 10. Linea media centrada. No se visualiza sangrado intra ni extraaxial. ANGIOTC TRONCOS SUPRAAÓRTICOS Y POLÍGONO DE WILLIS: No se identifican defectos de repleción evidentes en vasos intra ni extracraneales. Arterias comunicante anterior, comunicantes posteriores y vertebrales permeables. Cayado aórtico y ambos bulbos carotídeos sin estenosis significativas.

PERFUSIÓN: Estudio de perfusion simétrico, sin alteraciones.

- Test antígeno y PCR SARS-COV-2 negativos.

- Hemograma y bioquímica, incluido glucosa, iones, función renal, hepática, proteínas, TSH, normales.

Juicio clínico

Cuadro deficitario sensitivo - motor hemicorporal izquierdo, autolimitado, probablemente reactivo (ansiedad - estrés).

No hay datos clínicos, exploratorios ni en estudios, que sugieran origen central, actualmente.

Diagnóstico diferencial

Tumores cerebrales, Hipoglucemia, Envenenamiento tóxico, Ataques histéricos, Septicemia, Hematoma subdural, Uremia, Vestibulopatía, Esclerosis múltiple, Metástasis cerebral, Encefalopatía, Hiperglucemia, Síncope, Hiponatremia, Hiperpotasemia, Lesiones de la médula espinal, Hipotiroidismo, Encefalitis, Demencia cerebral, Migraña

Comentario final

La paciente mejoró progresivamente del déficit motor, permaneciendo desde entonces sin debilidad. Al alta, persiste únicamente con sensación de pesadez generalizada, más en miembros izquierdos.

Bibliografía

- *acke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, Larrue V, Lees KR, Medeghri Z, Machnig T, Schneider D, von Kummer R, Wahlgren N, Toni D; ECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008 Sep 25;359(13):1317-29. doi: 10.1056/NEJMoa0804656. PMID: 18815396.*

576/261. UNA ATENCIÓN PRIMARIA MÁS EFICAZ Y VELOZ

Autores:

Curto Otero, J.[1], Naranjo Carrasco, F.[2], Vega Mendoza, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 14 años sin antecedentes, sin alergias conocidas. Acude acompañado de su madre refiere caída con traumatismo en cadera izquierda sobre una silla en el instituto con gran dolor en fosa iliaca y orina más oscura de lo habitual. Acude muy nervioso pensando que puede tener un problema en los riñones o algún órgano interno.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril. Eupneico. Saturación 98%. Auscultación sin hallazgos. No dolor costal. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, reacción peritoneal, puño percusión bilateral negativa. Dolor a punta de dedo a nivel de cresta iliaca izquierda sin crepitación, ni deformidad.

Radiografía de cadera: no hallazgos patología ósea aguda, ni otras signos de alarma.

Ecografía abdominal: no signos de rotura esplénica, ni de patología renal, ni otros signos de alarma.

Análisis orina: hematíes negativos, leucocitos negativos, nitritos negativos, bilirrubina negativa, urobilinógeno 0.2mg/dl, proteinas 10mg/dl, densidad > 1030

Juicio clínico

-Contusión cadera por traumatismo

Diagnóstico diferencial

Contusión renal

Fractura cadera

Pielonefritis

Comentario final

Gracias a contar con distintos métodos diagnósticos en el centro de salud como son los rayos X y la ecografía ambulatoria se puede descartar patología más grave en un solo acto medico sin necesidad de derivar al paciente a otro centro para realizar pruebas complementarias dando una atención más veloz y de mayor calidad, permitiendo que un paciente que tal vez habría tardado días en descartar una patología más grave pueda irse con tratamiento analgésico y seguimiento.

Bibliografía

- *Sánchez Barrancos IM. Ecografía y Atención primaria. Atención Primaria. 2017;49(7):378-80.*

576/262. DOCTOR, ME ENCUENTRO MAL.

Autores:

Rodríguez Onieva, A.[1], Ruíz-Canela Gallardo, M.[1], Morillo-Velarde Moreno, C.[2], Fernández Bersabé, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer 35 años, sin enfermedades de interés, ni hábitos tóxicos. Consulta por dolor zona anterior cervical, fiebre de hasta 37.8ºC y cansancio. Sin clínica respiratoria. Palpitaciones ocasionales autolimitadas. Sudoración. No temblores. Caída de cabello. Además, se nota más inquieta y nerviosa.

Exploración y pruebas complementarias

Cabeza y cuello: carótidas con latido simétrico, palpación anterior de cuello dolorosa, glándula tiroidea aumentada de tamaño, faringe sin hallazgos. ACR: tonos rítmicos a 80lpm, sin soplos, murmullo vesicular conservado.

Analítica con control tiroideo: Tirotropina (TSH) 0.01; Tiroxina (T4) 3.71; Ac antiperoxidasa 34; Antitiroglobulina 84; VSG 31; PCR 1.4;.

Plan de actuación: Deflazacort. Y completar estudio con ecografía.

Ecografía de tiroides: Tiroides de tamaño y ecogenicidad normal sin evidencia de lesiones nodulares. Pequeñas adenopatias peritiroideas y en otros niveles laterocervicales sin que superen el centímetro. En resumen, tiroides sin evidencia de nódulos. Pequeñas adenopatías.

Juicio clínico

Tiroiditis

Diagnóstico diferencial

Tiroiditis, infección vírica: VEB (virus de Epstein-Barr) o CMV (citomegalovirus), o el debut de alguna enfermedad autoinmune.

Comentario final

La patología tiroidea es un trastorno muy común en Atención Primaria (AP) ya que, la prevalencia es elevada en todas la edades y, especialmente en la mujer. La presentación clínica es inespecífica y progresiva, por lo que es frecuente el diagnóstico casual. Es importante en AP sospechar esta patología para su diagnóstico y seguimiento.

Bibliografía

- *Galofré, J.C., Pineda, J., Toni, M., et al. Tiroiditis. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2016; 12 (13): 742-753.*
- *Corrales, J.J., Alonso, N., Cantón, A., et al. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de la disfunción tiroidea subclínica. Endocrinología y Nutrición, 2007; 54 (1): 44-52.*

576/265. MI NIÑA TIENE UN BULTO EN LA CABEZA

Autores:

Lascurain lapunzina, G.[1], Marco D´Ocon, M.[2], Ferrer Sorolla, R.[3], Galán Rico, J.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel, (4) Especialista en Pediatría. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel

Descripción del caso

Niña de 3 meses, con ecografías prenatales normales, que durante los controles de seguimiento, se detecta aumento del perímetro cefálico por encima del p97 de Orbegozo según la edad, y abombamiento de fontanela.

Exploración y pruebas complementarias

Destacaba únicamente el abombamiento de la fontanela anterior, ya que neurológicamente y el resto de la exploración fue anodina. Ante el hallazgo se solicitó ecografía transfontanelar que se informó como ocupación quística de gran tamaño de aproximadamente unos 10x6 cm en el hemisferio temporo-parieto-occipital derecho. Se deriva a neuro-cirugía de nuestro hospital de referencia de urgencia, donde por medio de TC confirman la presencia del quiste voluminoso de 92x96x64 mm (cc x ap x tr) bien delimitado, desplazando línea media y con incipiente herniación subfalciana y RM la definen como secuestro ventricular dependiente del ventrículo lateral derecho. La paciente fue intervenida para colocación de derivación quisto-peritoneal con DVP. Actualmente presenta un desarrollo normal con perímetros cefálicos dentro de los percentiles acordes a su edad.

Juicio clínico

Hidrocefalia

Diagnóstico diferencial

Tumor cerebral, Meningitis, hemorragia intracraneal.

Comentario final

Queremos destacar la importancia del seguimiento de los recién nacidos y durante su primer año pricipalemente para poder diagnosticar de forma precoz (como en el caso de la paciente) patologías, realizando las medidas antropométricas correspondientes. Además darle un valor agregado a nuestra especialidad, que podemos desempañar tareas de padiatría en ausencia de dicha especialidad sobre todo en el ámbito rural.

Bibliografía

- *1- LOPEZ-PORRUA JM, ENRIQUEZ DE SALAMANCA F Jr, TONI STERLING PJ. [Hidrocefalia]. Bol Cult Inf Cons Gen Col Med Esp. 1954 Jan;16(76):19-27. Spanish. PMID: 13208779.*
- *2- Uparela-Reyes MJ, Narváez-Rojas AR, Quintana-Pájaro L, Ramos-Villegas Y, Moscote-Salazar LR. Congenital-neonatal hydrocephalus: therapeutic alternatives to derivation. A look at cell therapy [Hidrocefalia congénita-neonatal: alternativas terapéuticas a la derivación. Una mirada a la terapia celular]. Cir Cir. 2018;86(6):575-582. Spanish. doi: 10.24875/CIRU.18000054. PMID: 30361715.*

576/267. PACIENTE QUE CONSULTA EN MULTIPLES OCASIONES A URGENCIAS POR UNA GRAN VARIEDAD DE SÍNTOMAS

Autores:

Flores, O.[1], Lemos Pena, A.[2], García Gallego, A.[3], Brata, C.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

AP

-Trastorno Ansioso-depresivo

- Gestaciones 8: 5 partos, 3 abortos: 1 espontáneo y 2 interrupción voluntaria del embarazo. Uso previo de DIU y ACHO con mala tolerancia

- Fractura Calcáneo derecho

- Fumadora en abstinencia desde hace 2 meses, consumo de alcohol y cannabis

EA

Mujer de 33 años, acude a consulta de AP por ansiedad e insomnio porque le han retirado preventivamente la custodia de los 2 hijos, tras ser acusada por su expareja (padre de dos de sus cincos hijos) al parecer por consumo de tóxicos y episodio de intento de autolisis en contexto de depresión postparto

Refiere haber sufrido agresiones físicas y psicológicas, algunas las denuncio, aunque luego se retiraron. Confiesa que embarazada del 4to, su expareja la tiro por las escaleras y sufrió de fractura de calcáneo, aunque no denuncio porque su expareja le pidió perdón y no quería el padre de su hijo fuera a la cárcel

Exploración y pruebas complementarias

1-Indicadores de Sospecha de Malos Tratos (ISMT) Reconoce relaciones de maltrato previas, trastornos del sueño y alimentación, abuso de psicofármacos, alcohol y drogas, retraso en la solicitud de atención prenatal, Múltiples episodios de urgencias por ansiedad, mareos, dolor torácico, policontusiones, disnea, dolor abdominal e ITU no justificables a lo largo de 10 años

2-Valoración Biopsicosocial: separada, vivía con su expareja previa a la retirada de la custodia, desempleada, pocas amistades, disnea, dolor torácico, cefalea y mareos. Comenta dificultad para concentrarse

3-Situación de Maltrato: maltrato físico, psicológico, ambiental y económico

4-Fase del proceso de cambio: Acción

5- Valoración de seguridad y riesgo: menores que han presenciado el maltrato, intentos de autolisis, reside en un sitio con difícil acceso a los recursos, otras denuncias previas por Violencia de Genero (VG)

Se ajusta tratamiento antidepresivo

Se deriva a equipo de atención a la mujer

Juicio clínico

ISMT

Diagnóstico diferencial

Ansiedad, depresión, Ángor, Disfunción tiroidea,

Comentario final

Es importante indagar en múltiples aspectos de la historia clínica en pacientes que tiene registradas un gran numero de demandas asistenciales, evitando centrarse en el episodio actual, evitando fallos en la captación desde atención primaria en pacientes que sufren de VG

Bibliografía

- *PROTOCOLO DEACTUACIÓNSANITARIA DESDEEL ÁMBITO DE LASURGENCIAS ANTELA VIOLENCIA DEGÉNERO. Consejería de Salud y Familias 2da edición 2020: 13-30*

576/270. ALTERACIÓN DE CONDUCTA Y LESIONES DÉRMICAS: QUÉ HAY EN COMÚN

Autores:

Galán García, A.[1], Rodríguez Rodríguez, Á.[1], Ruíz Espinosa, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 75 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta traída por su hija por cuadro de desorientación y alteración del comportamiento de 24 horas de evolución. Su hija refiere conductas extrañas, con pérdida de habilidades que previamente la paciente poseía. Se interroga acerca de síntomas cardiovasculares, gastrointestinales o respiratorios asociados, que niega. La paciente se ha mostrado afebril en todo momento. Refieren aparición reciente de lesiones vesiculosas en MID, no dolorosas ni pruriginosas para las cuales no ha tomado medicación.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta aceptable estado general, orientada en persona y parcialmente en tiempo y espacio. La exploración por aparatos y sistemas es anodina exceptuando las lesiones de la cara lateral de cuádriceps derecho. Se trata de pequeñas vesículas agrupadas en racimo sobre una base eritematosa, sin signos de sobreinfección en el momento actual.

La última analítica realizada el día previo al inicio de los síntomas muestra un sodio de 122 mEq/L. Resto

de parámetros bioquímicos y hemograma sin alteraciones.

Juicio clínico

Meningoencefalitis herpética VVZ.

Diagnóstico diferencial

Amnesia global transitoria, hiponatremia moderada con clínica neurológica asociada.

Comentario final

Ante la desorientación parcial de la paciente, la alteración iónica hallada en la analítica y las lesiones vesiculosas presentes, se decide derivación a Urgencias para realización de punción lumbar por alta sospecha de meningoencefalitis herpética. Tras la realización de esta prueba se obtiene una PCR Virus Herpes Zóster positiva. Se decide inicio de tratamiento con Aciclovir intravenoso e ingreso a cargo de Neurología. La encefalitis herpética es la causa más frecuente de encefalitis aguda en los países accidentales. La sospecha clínica de la misma es suficiente para iniciar el tratamiento, siendo el aciclovir el fármaco de elección.

Bibliografía

- *-Wasay M, Mekan SF, Khelaeni B, et al. Extra temporal involvement in herpes simplex encephalitis. Eur J Neurol 2005; 12:475.*
- *-Glaser CA, Honarmand S, Anderson LJ, et al. Beyond viruses: clinical profiles and etiologies associated with encephalitis. Clin Infect Dis 2006; 43:1565.*

576/271. POLINEUROPATÍA CON AC. ANTI-FIFISINA POSITIVOS: ¿DÓNDE ESTÁ EL ORIGEN?

Autores:

Galán García, A.[1], Rodríguez Rodríguez, Á.[1], Vegas Romero, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 65 años con antecedentes de HTA, DM II y DL en tratamiento con Losartán 100mg/24h, Metformina 850 mg/12h y Pravastatina 40mg/24h. En mayo de 2021 presenta trastorno agudo del lenguaje y episodio de convulsiones bilaterales de características tónico-clónicas seguido de bajo nivel de conciencia, de origen incierto. Se descartó origen infeccioso y vascular en el momento del cuadro clínico. Posteriormente se inicia estudio analítico, con autoinmunidad entre otros parámetros, que muestra la presencia de anticuerpos anti-fifisina.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta buen estado general, consciente y orientado en consulta de Atención Primaria. Niega nuevos episodios similares al previo. En la exploración neurológica destaca una ataxia acusada con aumento de base de sustentación, así como una disminución de la sensibilidad vibratoria provocada por una neuropatía sensitiva. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos.

Al presentar Ac anti-fifisina positivos se decide estudio de extensión dada la alta sospecha de polineuropatía paraneoplásica. En TC de tórax se detecta masa única compatible con adenocarcinoma de pulmón poco diferenciado. TC de abdomen y pelvis sin hallazgos resaltables.

Juicio clínico

Polineuropatía paraneoplásica con anticuerpos anti-fifisina.

Diagnóstico diferencial

Polineuropatía de origen infeccioso, vascular o tóxico.

Comentario final

Los síndromes paraneoplásicos neurológicos consisten en la disfunción de cualquier parte del sistema nervioso de forma aislada o en combinación causada por una neoplasia maligna. Su patogenia se explica por mecanismos inmunológicos y se caracterizan por la presencia de títulos altos de anticuerpos en sangre. Este tipo de neuropatías deben tenerse en consideración ya que en la mayoría de los casos preceden a las manifestaciones clínicas de la neoplasia que los

produce y pueden permitir su diagnóstico en una fase precoz. Se realizará estudio de extensión de forma reglada durante un periodo de tiempo a consensuar con el paciente, que podrá modificarse en función del cuadro clínico.

Bibliografía

- *Posner JB. Paraneoplastic syndromes. Rev Neurol 2002; 158: 899-906.*
- *Bataller I, Dalmau J. Anticuerpos antineuronales y síndromes neurológicos paraneoplásicos. Neurología 2002; 17: 85-96.*

576/272. FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN CRISIS MIGRAÑOSAS

Autores:

Sánchez Cambronero, M.[1], Hidalgo Sánchez, A.[2], Guisasola Cárdenas, M.[3], Martín Enguix, D.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Realejo. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del caso

Mujer de 24 años que acude al centro de salud por cefalea de 4 días de evolución que irrumpe en el descanso nocturno asociado a vómitos precedidos de náuseas. Refería dolor cervical y pérdida de fuerza en el miembro superior izquierdo (MSI). El mes previo consultó al servicio de urgencias por un estatus migrañoso de 7 días de evolución que cedió parcialmente con rizatriptán 10 mg.

La paciente presenta antecedentes de crisis de migraña sin aura episódicas, autolimitadas y con excelente respuesta a analgesia. También padece de asma y purpura trombocitopénica idiopática (PTI) de larga data en tratamiento con salbutamol y romiplostim.

Exploración y pruebas complementarias

A nivel neurológico presentó una dismetría en el MSI y una pérdida de fuerza con pronación y claudicación después de los 5 segundos en el MSI. El resto de la exploración global resultó anodina.

Dada la focalidad neurológica es trasladada al hospital. Se realizó un TAC urgente en el que se evidencia trombosis de senos venosos profundos cerebrales extensa (TSVCE). A nivel analítico todos los valores estaban en rango normal, incluidas las plaquetas. La paciente fue ingresada en la unidad de ictus donde evolucionó favorablemente.

Juicio clínico

Trombosis de senos venosos profundos cerebrales.

Diagnóstico diferencial

Debemos estar alerta ante signos de alarma que nos indiquen: estatus migrañoso, infarto migrañoso, TSVCE, ICTUS agudo, HSA, crisis focales.

Comentario final

Ante una paciente que presenta una cefalea con “red flags” hay que sospechar una cefalea secundaria [1]. En este caso los síntomas focales no eran los típicos de aura: irrumpía el sueño y las crisis habían aumentado en intensidad y frecuencia. La cefalea es el motivo de consulta neurológico más frecuente en atención primaria. Es importante realizar una anamnesis y una exploración detallada, sobre todo en pacientes con factores de riesgo previos (PTI en tratamiento con romiplostim, asociado a un aumento de la incidencia de eventos trombóticos [2]).

Bibliografía

- *1. Gonzalez Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J. Guía oficial de cefaleas 2019. 1ºed. Madrid:Medea,Medical Education Agency S.L.;2019*
- *2. Ho P, Khan S, Crompton D, Hayes L. Extensive cerebral venous sinus thrombosis after romiplostim treatment for immune thrombocytopenia (ITP) despite severe thrombocytopenia: Letters to the Editor. Intern Med J. 2015;45(6):682–3.*

576/277. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autores:

Vegas Romero, M.[1], Galán García, A.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Varón de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia (en tratamiento con enalapril y simvastatina) que consulta por anemia ferropénica de tres meses de evolución que no mejora a pesar de tratamiento con hierro oral durante tres meses y calambres en piernas.

Como antecedentes, no destacan alergias medicamentosas, no otros antecedentes medico quirúrgicos de interés.

Refiere pérdida de 8kg de peso en los últimos 6 meses, sin alteraciones en el apetito, aunque sí presenta dispepsia y sensación de plenitud postprandial. No exteriorización de sangrado. Las deposiciones son de características normales, algo más líquidas en ocasiones, sin productos patológicos.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA 120/70 FC 85lpm Buen estado general. Consciente, orientado en persona, tiempo y espacio y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Hemodinámicamente estable. Glasgow 15.

Cuello: no adenopatías periféricas ni bocio

AC: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, indoloro a la palpación sin defensa ni irritación peritoneal. Signos de Murphy/Blumberg negativo. Ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión renal bilateral negativa.

MMII simétricos sin edema ni fovea, no empastamiento ni signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- A. sangre: destaca anemia microcítica e hipoalbuminemia sin alteración del perfil hepatopancreático, FR negativo, marcadores tumorales negativos. Hormonas tiroideas normales. Ac antitransglutaminasa positivos.

- Coprocultivo negativo.

- Rx tórax y abdomen normales.

Tras estos hallazgos, es remitido a consultas de aparato digestivo donde se realiza una biopsia duodenal, objetivando incremento de linfocitos intraepiteliales, hiperplasia de criptas y atrofia vellositaria.

Juicio clínico

ENFERMEDAD CELIACA

Diagnóstico diferencial

Sensibilidad al gluten no celiaca, otras causas de enteropatías (giardiasis, desnutrición proteica, hipersensibilidad alimentaria), infecciones virales, sd de sobrecrecimiento bacteriando, enf Crohn, infección por H. Pylori, linfoma de intestino delgado.

Comentario final

La enfermedad celiaca tiene una prevalencia del 1% de la población aproximadamente, debemos sospecharla ante un cuadro de dolor abdominal y anemia.

Bibliografía

- *- Hujoel IA, Reilly NR, Rubio-Tapia A. Celiac Disease: Clinical Features and Diagnosis. Gastroenterol Clin North Am. 2019 Mar;48(1):19-37.*
- *- Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, Fasano A. Celiac disease: a comprehensive current review. BMC Med. 2019 Jul 23;17(1):142.*

576/281. DOLOR ABDOMINAL DE DIFÍCIL CONTROL. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Álvarez Luque, M.[1], Rodríguez Soler, R.[2], Verdejo Ferrer, S.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga

Descripción del caso

Varón de 35 años, boxeador profesional, no otros AP de interés. Acude a Urgencias por dolor abdominal-epigástrico, que no cede a pesar de tercer escalón analgésico de la OMS. No tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable. Afebril. Destaca dolor a la palpación profunda de epigastrio, no irritación peritoneal, no defensa. No otros hallazgos significativos, Analítica sanguínea anodina. Ecografía abdominal normal. Ante la persistencia de dolor se realiza TC abdominal donde se visualiza una masa homogénea, hipodensa, de bordes bien definidos y con unas medida aproximada de 40x24x30 mm, que contacta inferolateralmente con tronco celiaco y está posterior a la vena-esplénica. Esta lesión de aspecto tumoral plantea como posibilidades de diagnóstico conglomerado de adenopatías por linfoma, sarcoma retroperitoneal o metástasis ganglionares de primario desconocido. Ingresa en Medicina Interna para tratamiento y estudio. Analítica sanguínea ampliada normal, Ecocardiograma normal, TC tórax normal. En PET-TC se evidencia lesión retroperitoneal ametabólica con hipermetabolismo moderado en la periferia. Probable hematoma retroperitoneal con actividad inflamatoria circundante. Menos probable neoplasia de bajo grado con necrosis central. No se observan otros hallazgos sugerentes de lesiones neoplásicas macroscópicas o de alto grado metabólico.

Juicio clínico

Hematoma retroperitoneal.

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis, Cólico biliar, Síndrome coronario agudo, Úlcera péptica, Sarcoma, Linfoma, Metástasis

Comentario final

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de Urgencias. Puede traducir diversas patologías por lo que, es de vital importancia familiarizarnos con los distintos cuadros que pueden esconderse tras este síntoma y saber cuál es el tratamiento en cada caso. Destacar la importancia de una correcta anamnesis, exploración y reevaluación clínica del paciente a pesar de normalidad de pruebas complementarias.

Bibliografía

- *Fauci, A.Harrison´s Principios de Medicina Interna. 18º edición. McGraw-Hill;2012.*

576/282. ADENOPATÍAS CERVICALES: ¿CUÁNDO DARLES IMPORTANCIA?

Autores:

Martinez Moreno, E.[1], Lebrón Martínez de Velasco, C.[2], Vega Montes, P.[1], Vegas Romero, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 52 años que consulta por notarse unos bultos en el cuello desde hace unos 2 meses. También refiere sudoración y prurito nocturno desde hace meses.

No odinofagia, no problemas dentales. No otalgia. No síndrome constitucional. No fiebre.

- AF: Madre con linfoma no Hodgkin. Un tío materno intervenido de ca renal. Una tía materna intervenida de ca colon. Abuela materna intervenida de ca útero.

- AP: NAMC. Alérgica a olivo, ciprés, ácaros y gramíneas.

Fumadora de 1 paq/d.

Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía, prótesis mamarias con rotura intracapsular de mama derecha en 2015 (no reintervenida).

Tto actual: bilastina.

- Plan de actuación: Se solicita radiografía de tórax, senos. Mantoux y AS completa. Resultando anodinas por lo que se deriva a Medicina Interna para realización de otras pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

-> EF: Adenopatías laterocervicales izquierdas, rodaderas y blandas, de 1-1.5cm aproximadamente. Además presenta adenopatía axilar derecha de 2 cm de las mismas características. No adenopatías inguinales ni supraclaviculares. Cavidad oral y orofaringe sin alteraciones. ACP: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. MMII: no edemas ni signos de TVP.

-> PPCC:

- AS: fórmula leucocitaria, proteínas, coagulación, función renal y hepática en rango. EBV IgG (IgM negativo). VIH negativo.

- PET-CT que muestra adenopatías hipermetabólicas predominantemente supradiafragmáticas, así como aumento de actividad periférico a prótesis mamaria derecha y cuerpo gástrico, a descartar su malignidad.

Nódulo milimétrico subpleural en base pulmonar izquierda, de díficil caracterización por PET.

No se observan otros hallazgos sugerentes de lesiones neoplásicas macroscópicas o de alto grado metabólico.

- Biopsia de 3 ganglios cervicales con ausencia de neoplasia y compatible con adenopatías reactivas.

Juicio clínico

Síndrome poliadenopático.

Siliconomas en mama derecha e izquierda (periprotesicos)

Diagnóstico diferencial

Adenopatías cervicales reactivas Vs adenopatías malignas

Comentario final

Se continuará el seguimiento de la paciente tanto en atención Primaria como en Medicina interna.

Bibliografía

- *Dávila Valls J, Bastida Bermejo JM. Protocolo de práctica asistencial de las poliadenopatías crónicas. Med [Internet]. 2016;12(21):1249–52.*
- *Lam Rodríguez M, Barreto Cadena G. Orientación clínica ante una adenopatía cervical a propósito de un caso TT - Case review: Clinical approach to a cervical adenophaty. Med [Internet]. 2003;9(3):224–8.*

576/283. DOCTORA, ME OCURRE ALGO EXTRAÑO...

Autores:

Cabrera Vera, M.[1], Álvarez-Cienfuegos Rodríguez, J.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna - Mercedes. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, (2) Especialista en Neurología. Hospital Universitari de Gerona Dr. Josep Trueta. Gerona

Descripción del caso

Mujer de 31 años, exfumadora, con sobrepeso y una migraña episódica sin tratamiento preventivo. Consulta en AP por la aparición hacía un mes de una cefalea de características diferentes a sus migrañas habituales. Se iniciaba de manera explosiva coincidiendo con el momento del orgasmo. Era de carácter opresivo y localización frontal bilateral, con una intensidad variable, pudiendo alcanzar un 10/10 en la escala EVA, asociando en esos casos una sensación de adormecimiento periorbitario o peribucal. Duraba entre 15-30 minutos resolviéndose espontáneamente. No se acompañaba de otros síntomas ni se

manifestaba con otras actividades físicas ni con Valsalva. Siendo la exploración neurológica normal, se orientó el caso dentro del grupo de cefaleas por esfuerzo, derivándose a urgencias para descartar una causa secundaria. Tras la normalidad del estudio en urgencias fue valorada por neurología, solicitándose una angio-RM cerebral ambulatoria. Se siguió y trató desde AP con 80 mg diarios de propranolol durante tres meses, resolviéndose con esta pauta.

Exploración y pruebas complementarias

Las exploraciones sistémica y neurológica fueron normales, así como las analíticas sanguíneas. Tanto el TC como la RM cerebral con secuencia vascular descartaron causas secundarias.

Juicio clínico

Cefalea primaria asociada a la actividad sexual (Criterios ICHD-III)

Diagnóstico diferencial

Por su gravedad la primera entidad a considerar en el diagnóstico diferencial cuando hay un episodio aislado es la hemorrágica subaracnoidea, en la que hasta un 10% de casos ocurren durante el acto sexual. Deben descartarse también malformaciones vasculares y lesiones ocupantes de espacio. La toma de inhibidores de la fosfodiesterasa y otras drogas durante el acto sexual pueden causar cefalea. Descartadas causas secundarias, debemos centrarnos en diferenciarla de otras cefaleas primarias por esfuerzo.

Comentario final

La cefalea primaria asociada a la actividad sexual es una patología benigna que nos obliga a hacer un despistaje de causas secundarias con neuroimagen. Aparece generalmente en brotes, pudiendo repetirse tras períodos de remisión. Se trata con AINE o triptanes entre 30-60 minutos antes del acto o profilaxis diaria con beta-bloqueantes.

Bibliografía

- *1)Alvarez R, Ramon C, Pascual J. Clues in the differential diagnosis of primary vs. secondary cough, exercise, and sexual headaches. Headache. 2014;54:1560-1562. 2)Guía oficial de práctica clínica en cefaleas 2015, Sociedad Española Neurología. ISBN: 978-84-15198-99-4.*

576/284. HIPOCALCEMIA E HIPOMAGNESEMIA: LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO.

Autores:

Gómez Albarracín, E.[1], El Guartit Zouagui, R.[2], Ruíz Espinosa, M.[3], Rodríguez Gallego, Y.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 71 años, buena calidad de vida. AP: HTA, DM tipo 2 muy mal controlada, DL, IAM, FA permanente, ERC secundaria a nefropatía diabética, deterioro cognitivo multidominio leve. Consulta telefónicamente por cuadro de una semana de evolución de sintomatología vertiginosa con mareos y vómitos asociados, así como espasmos musculares de miembros superiores, anorexia y temblor. Niega otra sintomatología asociada. Ha tomado Dogmatil con escasa mejoría. Desde hace 1 semana no toma los suplementos de Vitamina D. Se cita presencialmente para valoración y se solicita analítica de sangre donde destaca: hipocalcemia severa (Ca corregido 6.1, Ca iónico 0.73), hipomagnesemia severa (<0.3) e hiperfosfatemia (6). Dados los resultados se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Ctes: TA 129/78, FC 88 lpm, SatO2 97%. Afebril. Aceptable estado general. CyO en persona y espacio, desorientado en tiempo. ACR: arrítmico sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: nistagmo vertical y horizontal, no alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conserva-

das y simétricas, temblor de manos, no se explora marcha ante inestabilidad. Bradipsíquico y bradilálico.

En Urgencias sufre episodio de crisis comicial que tras tratamiento queda en estado post-crítico. Se comienza con perfusión continua de gluconato cálcico y sulfato de magnesio. Se realiza ECG, Rx tórax, TC cráneo y bioquímica de orina, todas sin hallazgos patológicos. Tras perfusión los valores se normalizan.

Juicio clínico

Hipocalcemia severa sintomática con crisis comicial secundaria en contexto de hiperfosfatemia e hipomagnesemia severa en paciente con ERC sin tratamiento con Vitamina D.

Diagnóstico diferencial

Ante una clínica sospechosa de hipomagnesemia e hipocalcemia grave debe buscarse la causa subyacente para un correcto manejo. Debe descartarse el abuso de alcohol, pérdidas renales y/o digestivas, enfermedades endocrinometabólicas, embarazo o toma de fármacos (IBP, beta-agonistas, aminoglucósidos...).1

Comentario final

Ante un paciente con ERC y enfermedad endocrinometabólica mal controlada que comienza con clínica neuromuscular y digestiva, se debe descartar las alteraciones electrolíticas ya que suponen una causa potencialmente corregible que evitaría las complicaciones derivadas que pueden llegar a poner en riesgo la vida del paciente.

Bibliografía

- *1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.*

576/285. PATOLOGÍA CARDIACA EN PACIENTES JÓVENES COSUMIDORES TÓXICOS

Autores:

Gutierrez Guerrero, P.[1], Prada Rica, M.[2], García Morales, V.[3], Franco Márquez, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 34 años que acude a consulta de atención primaria por sensación de opresión torácica con mareo, visión borrosa y decaimiento cuando realizaba esfuerzo en su trabajo esa mañana. Sin cortejo vegetativo. No clínica respiratoria. Se realiza ECG en consulta y se deriva a Urgencias hospitalarias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presentaba buen estado general, consciente y alerta. La exploración neurológica, cardiovascular, respiratoria y abdominal fueron rigurosamente normales.

ECG en consulta: taquicardia sinusal a 107 lpm, eje derecho, elevación del ST en derivaciones II, III y avF y ondas T hiperpicudas.

Resultados analítica de urgencias: Leucocitos 17.300, Neutrófilos 82.100, Urea 62, Creatinina 2,2, LDH 360, Creatina quinasa 310, Potasio 6.1 y Troponina I 83,5.

Tóxicos en orina positivos para Cannabis, Cocaína y Metadona.

Al ingreso se realizó ecocardiograma sin dilatación de cavidades y fracción de eyección preservada, además de ECG sin cambios, por lo que se indica realización de cateterismo cardiaco resultando este anodino.

Juicio clínico

Miopericarditis por consumo de tóxicos.

Diagnóstico diferencial

Angina. Pericarditis. Miocarditis. Síndrome coronario agudo.

Comentario final

La evidencia científica ha demostrado correlación entre el consumo de tóxicos y el desarrollo de patología cardiaca aguda, por esto, no podemos obviar esta causa ante un dolor torácico en pacientes jóvenes.

Desde atención primaria es importante realizar una anamnesis y exploración adecuadas indagando en antecedentes personales de consumo de tóxicos.

Posteriormente desde atención primaria debemos vigilar las recurrencias de patología cardiaca en paciente consumidor de tóxicos y hacer prevención mediante terapias de deshabituación en colaboración con centros de drogodependencias.

Bibliografía

- *1. Morgan JP. Clinical manifestations, diagnosis, and management of the cardiovascular complications of cocaine abuse. UpToDate. 2021.https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-the-cardiovascular-complications-of-cocaine-abuse?search=Clinical%20manigestations,%20diagnosis,%20and%20management%20of%20the%20cardiovascular%20complications%20of%20cocaine%20abuse&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#reference*
- *2. Cuevas y A. Timofeeva EHBMGDMRMPGGVR, editor. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO: MIOCARDITIS AGUDA. Elsevier; 2017.*
- *3. JÁ de Ayala Fernández, Virginia Fraile Gutiérrez, Gabriel Fernández-Pérez. Miocarditis inducida por cocaína. Medicina Clínica Elservier; 2020.*

576/288. SORPRESA TRAS COMER MEDIO KILO DE YOGUR DE MADRUGADA

Autores:

Ruíz Fernández, M.[1], Jarillo Castro, P.[2], Sánchez Rodríguez, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 73 años alto riesgo cardiovascular, anticoagulado por fibrilación auricular y portador de marcapasos desde hacía unos días.

Acude por vómitos acompañado de dolor abdominal tras ingerir de madrugada medio kilo de yogur.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado. Palidez cutánea. TA 70/40. FC 40lpm. Sat O2 98%. AC rítmica,sin soplos. AP Crepitantes y roncus bibasales. ABD blando y depresible, doloroso en epigastrio. No masas ni megalais. Murphy, Ronsing y Romberg negativos. Ausc con ruidos intestinales presentes. MMI cambios tróficos sin edemas ni signos de TVP. Sin focalidad neurológica.

ECG Ritmo de marcapasos a 60lpm.

RX de tórax sin infiltrados.

Rx abdomen asas intestinales dilatadas en hemiabdomen superior.

TC abdomen rotura esplénica con hemoperitoneo y fracturas costales.

hemoglobina en 7.7 gr/dl, previa al alta de 9.6gr/dl.

Juicio clínico

Rotura esplénica sin traumatismo previo.

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis aguda.

Transgresión dietética.

Cardiopatía isquémica.

Comentario final

La importancia de las constantes a la hora de explorar a un paciente. Aunque la exploración y la anamnesis nos conduzca a otro diagnóstico, las constantes hay que tenerlas en cuenta. En este caso el paciente no presentaba un abdomen agudo pero presentaba

tensiones muy bajas secundarias a un sangrado activo.

Bibliografía

- *- DE FEZ, MD Escudero, et al. Hemoperitoneo por rotura de aneurisma de la arteria esplénica. Cirugía Española, 2001, vol. 70, no 3, p. 160-163.*
- *- DEL VIGO, Mara Begoña Guantes, et al. Rotura esplénica atraumática:: revisión. Seram, 2018.*
- *- PARRA, M. Víctor. Shock hemorrágico. Revista Médica Clínica Las Condes, 2011, vol. 22, no 3, p. 255-264.*

576/289. LA EFICACIA DE LA TELECONSULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Vázquez Cros, A.[1], Martínez Ruíz, J.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 71 años, con AP de HTA, DM-2 y fibrilación auricular anticoagulada con Rivaroxabán, que acude a consulta de Atención Primaria por lesión pigmentada en mejilla derecha de un año de evolución que achaca al uso de mascarilla por situación de pandemia, refiriendo aumento de tamaño en el último mes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta placa pigmentada, de color marrón oscuro-negruzca, con bordes irregulares y asimétricos, de unos 2 cm de diámetro aproximadamente, con un nódulo en el margen de superficie ulcerada.

Se realiza iconografía y se solicita Teleconsulta a Dermatología. A su vez, dada el aspecto de la lesión y nuestra sospecha clínica, nos ponemos en contacto de forma interna con el Servicio de Dermatología del hospital de referencia para comentar el caso y priorizarlo en la medida de lo posible.

Valoran imágenes y en 24 horas lo citan en consultas de enfermería para biopsia cutánea.

En la biopsia informan de melanoma maligno con invasión de al menos 7 mm (Breslow).

Tras confirmar anatomopatológicamente nuestro diagnóstico de presunción, lo citan rápidamente de forma presencial en consulta para programar intervención quirúrgica.

Juicio clínico

Melanoma maligno T4bNxMx (pendiente de estudio de extensión).

Diagnóstico diferencial

Nevus atípico, lentigo solar, carcinoma basocelular pigmentado.

Comentario final

El melanoma es el tumor cutáneo de mayor malignidad, por lo que su detección temprana resulta crucial para poder actuar cuanto antes y así asegurar mayor supervivencia del paciente. Desde las consultas de atención primaria, debemos examinar correctamente las lesiones pigmentadas, seguir la regla ABCDE y en caso de duda, consultar con los compañeros de Dermatología a través de la teleconsulta, una herramienta muy útil y eficaz que permite acelerar el proceso de derivación como hemos visto en el caso clínico descrito, que en tan sólo diez días ya estaba diagnosticado y pendiente de exéresis.

Bibliografía

- *- Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica. 6ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.*
- *- Lotti T, Tirant M, Wollina U. Clinical Cases in Melanoma. 1º ed. Cham, Suiza: Springer; 2020.*

576/290. CON LAS SETAS, NO TE LA JUEGUES

Autores:

Delgado Soto, E.[1], Guerra Falcón, J.[2], Cruz Pérez, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraleón. Gibraleón. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Varón de 44 años. Sin RAMc. Sin FRCV. No consumo de tóxicos. No refiere bronco ni cardiopatía. No intervenciones quirúrgicas. A destacar, su profesión: ambientólogo.

Acude a su centro de salud porque ayer cenó setas recogidas por él mismo en el campo, que filia del género "Macrolepiota" y desde entonces está con vómitos de contenido alimenticio, sudoración moderada y sensación de malestar general. Refiere que entiende del tema, y que "en teoría" esta especie es comestible, pero no está seguro.

Porta con él varias de las setas que recogió en el campo, para su identificación. No refiere familiares en igual situación.

Exploración y pruebas complementarias

TA 128/82. Sat 98% AA. FC 81 LPM.Aceptable estado general. Consciente, algo pálido, colaborador. Aceptablemente bien perfundido. Moderadamente hidratado. ACP sin hallazgos. Abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en región epigástrica sin irradiación. No masas, megalias ni adenopatías. Ruidos abdominales aumentados.

Pupilas normorreactivas e isocóricas. MOE normales. Pares craneales normales. No meningismo. No síntomas colinérgicos ni atropínicos. Afebril. Reflejos osteotendinosos normales. Sin alteración reseñable de piel ni mucosas.

Juicio clínico

Intoxicación leve, de latencia corta, por ingesta de setas.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación grave por setas.

Fallo hepático.

Síndrome colinérgico.

Síndrome atropínico.

Comentario final

Se realiza una búsqueda online sobre el género micológico Macrolepiota. Se analizan las imágenes asociadas a las setas comestibles vs las que son tóxicas, y se comparan con las que ha traído el paciente.

Se identifica posible confusión entre Macrolepiota excoriata (comestible) y Macrolepiota Mastoidea (comestible, pero suele generar alteraciones gastrointestinales pasajeras y de latencia corta < 24 horas. Buen pronóstico).

Se le coge al paciente una vía, se administra Suero Fisiológico, Omeprazol y Metoclopramida. Cesan las náuseas, vómitos y el malestar general. Derivamos a su hospital de referencia para control analítico y descartar alteración hepática. Horas más tarde, observamos resultado favorable del paciente en episodio de Urgencias y analítica normal.

Bibliografía

- *- Salud Madrid. Guía de actuación ante sospecha de intoxicación por setas, micetismos.*
- *- Portal del Medicamento. Manejo de la intoxicación por setas. Junta de Castilla y León.*
- *- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. ElSevier. 2018. Sección XIII. Capítulo 134.*

576/292. OMALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Díaz Romero, J.[1], Gandolfo Domínguez, J.[1], Baquerizo Pérez, I.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pontedeume. Pontedeume. La Coruña

Descripción del caso

Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial e intolerancia a IECAS. Acude a consulta de Centro de Salud para valoración de bultoma en hombro derecho de un mes de evolución y dolor de tipo mecánico en dicha zona.

Exploración y pruebas complementarias

Se visualiza tumoración a nivel distal del deltoides. Limitación funcional leve-moderada del balance articular. Maniobras de Apley y Jobe positivas. Maniobras de Patte y Gerber negativas. No hematoma. Radiografía A.P. de hombro derecho: calcificación en la inserción del tendón del músculo supraespinoso.

Juicio clínico

Tendinitis calcificante del supraespinoso en hombro derecho.

Diagnóstico diferencial

Bursitis subacromial, rotura tendinosa, síndrome acromioclavicular, sindrome coracoclavicular, capsulitis adhesiva, artrosis; artritis inflamatoria, por microcristales o infecciosa; inestabilidad glenohumeral, neoplasia primaria o enfermedad metastásica.

Comentario final

La tendinitis calcificante es uno de los motivos de consulta más frecuentes por omalgia en consulta de Atención primaria. Se relaciona con el depósito de cristales de hidroxiapatita cálcica alrededor del hombro, siendo el tendón del supraespinoso la localización más habitual. En la mayoría de las ocasiones la clínica disminuye de forma espontánea, o con tratamiento analgésico y ejercicios de movilización. Si no remite se podría plantear infiltración corticoidea de la bursa, ondas de choque e incluso lavado y aspiración de los depósitos de calcio.

Bibliografía

- *1. A. Marinetti, M. Sessa, A. Falzone, S.W. Della Sala. Intraosseous migration of tendinous calcifications: two case reports. Skeletal Radiol., 47 (2018), 131-136.*
- *2. G. Merolla, S. Singh, P. Paladini, G. Porcellini. Calcific tendinitis of the rotator cuff: state of the art in diagnosis and treatment. J Orthop Traumatol., 17 (2016), 7-14.*

576/293. DISNEA BRUSCA. IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA.

Autores:

Aguayo Sánchez, C.[1], Ruiz Molina, I.[2], Quintero Perez, E.[3], Jurado Mancheño, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (3) Médico de Familia SCCU. Hospital Virgen de Valme. Sevilla., (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 59 años que acude a consulta porque refiere hinchazón de miembros inferiores desde hace tres días y disminución en la diuresis. Además, presenta disnea con los esfuerzos y astenia.

Antecedentes personales:

Adenocarcinoma de endometrio en remisión (desde 2018) actualmente en seguimiento por Oncología.

Intervenida de histerectomía con doble anexectomía.

Bocio multinodular normofuncionante.

En tratamiento con Bisoprolol 5mg.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, inquieta, eupneica en reposo (satO2 100%). Afebril, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos ni extratonos, buen murmullo vesicular, con crepitantes bibasales. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, no ascitis. Edema con fóvea en miembros hasta rodillas. No signos de TVP.

Electrocardiograma en Ritmo sinusal, a 100 lpm, con bloqueo incompleto de rama derecha. No trastornos de repolarización.

Se realiza Ecografía Clínica donde se objetiva derrame pleural bilateral, derrame pericárdico e imagen compatible con masa/trombo auriculoventricular derecho de gran tamaño.

Se deriva a Hospital de referencia para completar estudio. En la analítica urgente destaca proBNP 3080 pg/ml y TnT-Us 36 ng/L (0.5-13.9) y en la radiografía de tórax cardiomegalia no presente en estudios previos.

Finalmente se realiza AngioTC mostrando: Imagen sugestiva de trombo auriculo-ventricular derecho que condiciona dilatación de cavidades derechas y marcado derrame pericárdico. Derrame pleural bilateral y ascitis. TEP agudo bilateral de alta carga trombótica e infarto pulmonar basal derecho.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar agudo (riesgo intermedio-alto). Trombo auriculo-ventricular derecho. Derrame pericárdico moderado sin datos de taponamiento.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca, Equivalente anginoso.

Comentario final

La paciente finalmente ingresa en la unidad de Cuidados Críticos del hospital.

La Ecografía Clínica es una técnica inocua y accesible que permite realizar con cierta rapidez una orientación diagnóstica a pie de cama. Actualmente está en auge, estando disponible para muchos niveles de la atención médica y demostrando mejorar la detección, diagnóstico y monitorización de enfermedades y procedimientos asociándose a cambios en la toma de decisiones clínicas en la práctica médica.

En nuestro caso, permitió que los tiempos de espera diagnósticos se acortaran, detectándose eficazmente la situación de gravedad del caso.

Bibliografía

- *José L. Díaz-Gómez, MD, Paul H. Mayo, MD y Seth J. Koenig, MD. Point-of-Care Ultrasonography. N Engl J Med.2021;385:1593-1602.*

576/295. PERICARDITIS EN TIEMPOS DE COVID

Autores:

Ruíz Espinosa, M.[1], Galán García, A.[2], Gómez Albarracín, E.[3], Casas Sanjosé, C.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 19 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés, que consulta telefónicamente por disnea y dolor torácico opresivo al tercer día tras vacunación con segunda dosis de vacuna COVID-19. Afebril. No otra sintomatología. Se cita presencialmente para exploración y apreciamos leve mejoría del dolor inclinándose hacia delante. Realizamos ECG y observamos taquicardia sinusal con discreta elevación en colgadura generalizada del segmento ST. Tras esto, derivamos a urgencias hospitalarias para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

TA 110/68, FC 110 lpm, SatO2 98%, Afebril. BEG. COC. BHYP. Eupneico. ACR: tonos rítmicos con roce peri-

cárdico. MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas ni signos TVP. Rx sin hallazgos. En analítica se aprecia elevación de troponina con pico en 1917, resto sin alteraciones. Ante clínica y pruebas compatibles con perimiocarditis, se decide ingreso en cardiología. Se realiza ecocardiograma transtorácico anodino y resonancia magnética cardiaca con mínimo despegamiento pericárdico. Se trata con AINE a dosis alta y colchicina, así como reposo relativo y seguimiento en consultas externas.

Juicio clínico

Pericarditis con mínima afectación miocárdica tras 2º dosis vacuna COVID.

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente con dolor torácico y elevación del ST debemos descartar pericarditis aguda, IAM o angina de printzmetal.

Comentario final

La pericarditis es un proceso inflamatorio que afecta al pericardio, el cual es esencial diagnosticar en fase aguda para evitar fibrosis y cronificación. Suele ser idiopática o viral, afectando preferentemente a varones jóvenes. El diagnóstico se basa en criterios clínicos: dolor pericardítico, roce, derrame y ECG compatible. Con una correcta historia clínica, exploración y electrocardiograma podemos llegar a un temprano diagnóstico desde AP, lo cual es imprescindible para evitar complicaciones. Mencionar que existen casos descritos de miopericarditis en los 14 días posteriores a la vacunación COVID, más frecuente tras 2º dosis y en varones jóvenes, por lo que actualmente debemos sospechar esta patología en este contexto.

Bibliografía

- *1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6º ed. Madrid: Elsevier; 2018.*
- *2. Ramírez-García, A. et al., Pericarditis tras la administración de la vacuna de arnm BNT162B2 contra la covid-19. Revista Española de Cardiología. Available at: https://www.revespcardiol.org/es-pericarditis-tras-administracion-vacuna-arnm-articulo-S0300893221002645.*

576/296. ROTURA QUISTE DE BAKER VS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Autores:

Fernández Navarro, N.[1], Andrés Vera, J.[2], Muñoz Gallardo, Y.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 84 años, con antecedentes personales de HTA, DM2, Hiperuricemia, obesidad grado I, ERC secundaria a nefroangioesclerosis, gonartrosis grado IV derecha infiltrado en múltiples ocasiones con ácido hialurónico. Acudió a urgencias presentando dolor intenso en pantorrilla derecha irradiado a talón de 5 días de evolución que no calmaba con AINES.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física se objetivó aumento de la temperatura local en miembro inferior derecho, con abundante edema, dolor a la palpación acompañado de empastamiento y signo de Homans positivo. No se palpaba quiste poplíteo.

En bioquímica destaca Creatinina 2.51, Urea 59, K+ 5.7. Hemograma y coagulación sin alteraciones. Dímero-D 624.

Ante la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) se solicita eco- Doppler urgente, evidenciando sistema venoso superficial y profundo permeable, destacando un efecto compresivo sobre vena poplítea derecha por masa heterogénea en cara interna de pantorrilla, sin flujo, de unos 9 cm de eje craneocaudal, sugestivo de quiste de baker con componente hemorrágico. Presentando no signos actuales de TVP en miembro inferior derecho en los segmentos visibles.

Juicio clínico

quiste de Baker complicado

Diagnóstico diferencial

TVP, celulitis, tromboflebitis superficial, linfedema, desgarro muscular de la pantorrilla, aneurisma poplíteo

Comentario final

Tras confirmar el diagnóstico final con la prueba de imagen, se interconsulta con Traumatología que aconseja tratamiento conservador en primer lugar, y posterior revisión para valoración de infiltración o exéresis, según proceda. De manera que pautamos analgesia y rehabilitación. El seguimiento posterior realizado por Atención Primaria y Traumatología es favorable, presentando evidente mejoría clínica tras tratamiento conservador.

El quiste de Baker se define como un cúmulo anormal de líquido sinovial en la bursa gastrocnemio- semimembranosa, que aunque normalmente es asintomático, en caso de complicaciones puede similar clínicamente una TVP. Por ello es importante la realización de una eco-Doppler urgente, ya que el manejo terapéutico difiere sustancialmente

Bibliografía

- *1. Tejero S, Fenero-Delgado BT, López-Lobato R, Carranza-Bencano A. Rotura de quiste de Baker: complicaciones derivadas de un diagnóstico erróneo. Emergencias. 2018 Dec; 30 (6): 412-414*
- *2. Saylik M, Gokkus K & Sahin M.S. Factors affecting Baker cyst volume, with emphasis on cartilage lesion degree and effusion in the young and middle-age population. BMC Musuloskelet Disord. 2021; 22 (1): 851*

576/297. ABORDAJE DE LAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES

Autores:

Ruiz Molina, I.[1], Aguayo Sánchez, C.[2], Castaño Durán, C.[3], Domínguez Fernández, Y.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva

Descripción del caso

Paciente varón de 76 años que acude a consulta de su médico de familia por disnea a moderados esfuerzos desde hace tres meses, niega dolor torácico y palpitaciones.

AP: No RAMc, HTA y DLP, SAHOS, HBP y diverticulosis.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física: BEG. Eupneico. TA: 140/70. Sat 94% a aire ambiente. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmico a una frecuencia elevada. Ventilación pulmonar conservada, sin ruidos patológicos. Miembros inferiores sin edemas.

Se realiza ECG en centro de salud objetivandose taquicardia de QRS estrecho a 150 lpm sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: Cardiomegalia. Senos costofrénicos libres. Analitica: Glucemia 111, Cr 0.93, Hb 15, Pro-Péptido natriurético cerebral 697, TSH 2.5.

En urgencias hospitalarias se trata con dos bolos de 6 y 12 mg adenosina iv no consiguiendo desaparición de la arritmia pero si su enlentecimiento observándose ondas F de flutter auricular. Dada la cronología incierta de la arritmia y estado hemodinámico estable del paciente se decide control de frecuencia con Calcioantagonistas no dihidropiridínicos y anticoagulación con anticoagulantes directos para CVE programada en consultas de cardiología.

Juicio clínico

Flutter auricular de cronología incierta.

Diagnóstico diferencial

De las diferentes taquicardias supraventriculares e insuficiencia cardiaca.

Comentario final

El abordaje diagnóstico en AP de la arrítmicas en muchas ocasiones se ve limitado por la dificultad de este. Ante una taquicardia de QRS estrecho rítmica a

150 lpm hemos de pensar en un flutter auricular con conducción ventricular 2:1. Con adenosina en bolo iv producimos un BAV transitorio durante el cual podremos ver las ondas F, para volver a ritmo sinusal a los pocos segundos. Si se tratara de una taquicardia por reentrada, además de diagnosticarla, trataríamos eficazmente la arritmia.

Los pacientes pacientes con FA o Flutter auricular de cronología incierta o >48h debemos valorar CVE programada. La anticoagulación crónica será en función de las escalas de riesgo trombótico (CHA2DS2-VASc) y hemorrágico (HAS-BLED).

Bibliografía

- *- Tores Murillo JM, Jimenez Murillo L, Torres Degayon E, et al. Fibrilación y flutter auricular. En: Tores Murillo JM, Jimenez Murillo L, editores. Arritmias auriculoventriculares y arritmias ventriculares. Medicina de urgencias y emergencias, Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6a edición. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 176-191.*

576/298. SOSPECHA DE APENDICITIS COMO DEBUT DE HEMOFILIA

Autores:

Villas Luna, P.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva - Centro. Huelva

Descripción del caso

Varón de 13 años que consulta por gonalgia derecha y hematoma contralateral en muslo y abdomen tras partido de fútbol ayer. Niega traumatismo, giro brusco o caída. Refiere haber comenzado durante la noche con molestias en rodilla derecha y hueco poplíteo que progresivamente se han acompañado de inflamación con limitación de la flexo extensión, aumento de temperatura y eritema. Además, su madre comenta astenia, taquicardia, mareos y palidez mucocutánea. Indican dos episodios de sospecha de apendicitis con 5 y 6 años con clínica de dolor en hipogastrio, fosa iliaca e ingle derecha con imposibilidad de mantener postura erguida que cedió con reposo. Dada la clínica solicitamos analítica urgente, radiografía, ECG y derivamos a Hematología para estudio donde se confirma el diagnóstico de Hemofilia tipo A.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general con discreta palidez mucocutánea, frialdad de manos y pies y leve taquicardia 105lpm. Gonalgia derecha con peloteo rotuliano e inflamación importante con limitación de la flexoextensión. Hematomas en muslo izquierdo y abdomen. Fuerza y sensibilidad conservada. Analítica con anemia y alargamiento del TTPa que corrige con test de mezcla, TP normal y disminución factor VIII; artrocentesis con hemartros y ECG y radiografía normales.

Juicio clínico

Hemofilia tipo A

Diagnóstico diferencial

Artritis, sinovitis, hemartros, alteración ligamentosa, diátesis hemorrágica, tumores, traumatismos.

Comentario final

Tener presente la hemofilia ante historias de sangrado y alargamiento del TTPa. Es la coagulopatía congénita grave más frecuente por deficiencia del factor VIII (tipo A) y IX (tipo B) y es de herencia recesiva ligada al Cromosoma X con rara afectación femenina. Clínica hemorrágica según niveles plasmáticos de factores. Recordar la hemorragia intramuscular como posible forma de debut. Hemartrosis repetidas originan Artropatía hemofílica. Profilaxis precoz y regular con infusión del concentrado de factor deficitario. Otras opciones terapéuticas: Emcizumab, desmopresina, concentrado de complejo protrombínico activado o el Factor VII recombinante activado.

Bibliografía

- *1. Díaz Roldán B, Domínguez Rodríguez JF. Manual Práctico de Hematología Básica. Hospital Juan Ramón Jiménez: Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva; 2021.*
- *2. Murias Loza S, Merino Muñoz R. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares [internet].*

Pediatr Integral 2013; XVII(1): 10-14 [Consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-01/diagnostico-diferencial-de-las-inflamaciones-articulares/

576/301. ¿EPIGASTRALGIA INESPECÍFICA? ¡ATENTO!

Autores:

El Guartit Zouagui, R.[1], Andrade Almecija, A.[2], Gómez Albarracín, E.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 54 años fumadora de 10 paquetes/año, con antecedentes personales de HTA, DLP e hipotiroidismo con buen control. Acude a urgencias de no demorables por epigastralgia de 5 horas de evolución, que lo refiere intermitente de minutos de duración y que comenzó mientras cocinaba al mediodía. En este momento, asintomática. Niega dolor torácico, dificultad respiratoria ni cortejo vegetativo. Orina y heces sin restos patológicos

Exploración y pruebas complementarias

TA 153/86 FC 89 Tº 36.2 SatO2 98.

Buen estado general, alerta, colaboradora, consciente y orientada en las tres esferas. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo.

A la auscultación cardiorespiratoria: Ruidos y tonos rítmicos y conservados. No soplos ni roces audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalias palpables. Blumberg y Murphy negativo. Dolor leve a la palpación profunda de epigastrio. RHA presentes. PPRB negativa.

EEII: no edemas ni signos de TVP

>> PPCC:

* Rx. Tórax: IC < 0.5. Leve elongación aórtica con patrón de redistribución vascular marcado. No condensaciones ni infiltrados pulmonares. Senos costofrénicos conservados.

* EKG: RS a 89 lpm, eje a 10º, descenso ST V2-V5, T negativa en cara anterior (V3-V4).

Juicio clínico

IAMSEST

Diagnóstico diferencial

§ Isquemia mesentérica

§ Perforación gástrica

§ Obstrucción intestinal

§ TEP

Comentario final

Recalcar la importancia de una buena semiología y exploración física para el manejo del motivo de consulta que nos concierne en este caso. Un síndrome coronario agudo puede manifestarse con distinta clínica desde un dolor de características típicas opresivo centrotorácico irradiado, a uno atípico, como podría ser este caso o, incluso, asintomático. En esta paciente habría que intentar descartar las causas potencialmente graves. Por ello, se tiene que realizar un ECG en los primeros 10 minutos y, posteriormente, una buena historia clínica para poder conocer la etiología de dicha clínica en el centro de salud, en el cual no disponemos de analítica sangre para curva de troponinas, que nos ayudaría bastante a la hora de orientar este caso según nos llegue a la urgencia.

Bibliografía

- *1. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6a edición. Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. 2018. Elsevier*
- *2. Rodríguez-Lago JL. Protocolo diagnóstico de la epigastralgia aguda. Enfermedades del aparato digestivo. 2017;12:92-5.*

576/302. EMPEORAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:

Reche Rodriguéz, A.[1], Fernández Martínez, R.[1], Espuche Jimenez, M.[2], Belando Consuegra, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 85 años que consultó en agosto por edemas con fóvea en ambos miembros inferiores (hasta rodillas) que fueron en aumento durante los últimos meses.

Como antecedentes de interés, destacan hipertensión arterial con cardiopatía hipertensiva e insuficiencia cardíaca (NYHA III), obesidad, dislipemia, hipotiroidismo y fibrilación auricular.

La paciente estaba en tratamiento crónico con 40mg Furosemida/día, por lo que decidimos aumentar dosis a 60mg/día y revisión con analítica en un mes. En la revisión, los edemas habían desaparecido, pero la analítica evidenció un importante empeoramiento de la función renal. Nos comentó además que había reducido la ingesta hídrica por consejo de una amiga. Se indicó volver a dosis inicial de Furosemida (40mg), adecuada hidratación y cita en un mes.

Exploración y pruebas complementarias

Primera revisión: leves edemas en miembros inferiores. Auscultación cardíaca arrítmica a 80 lpm. Auscultación pulmonar con algunos crepitantes bibasales. Tensión arterial de 136/87 mmHg. ECG: fibrilación auricular a 68 lpm. Analítica: Creatinina 1.03 (previa 0,76) y filtrado glomerular de 49 (previos siempre >70).

Segunda revisión: seguía con mínimos edemas. Analítica: Creatinina 0,71; Filtrado glomerular 78.

Juicio clínico

El diagnóstico de presunción más probable era una insuficiencia renal aguda prerrenal, en relación con aumento de diuréticos y reducción de ingesta hídrica.

Diagnóstico diferencial

Tras reducir dosis de diuréticos e indicar adecuada hidratación, mejoró significativamente la función renal, por lo que descartamos otras causas de empeoramiento brusco de la función renal en este tipo de pacientes, como puede ser la toma de AINEs, una infección urinaria o una gastroenteritis con importantes pérdidas.

Comentario final

Este caso es el claro ejemplo de la importancia de realizar un buen seguimiento ante cualquier cambio de tratamiento (en este caso aumento de diuréticos) en una insuficiencia cardíaca, dado que estos fármacos no son del todo inocuos, pudiendo causar descompensación a otros niveles o cualquier otro efecto adverso no deseado.

Bibliografía

- *Rainfray M, Dantoine T. Trastornos de la hidratación, trastornos hidroelectrolíticos, insuficiencia renal aguda, trastornos del metabolismo fosfocálcico. EMC - Tratado de Medicina. 2016 Mar;20(1):1–7.*
- *Arguello Molina, T. J., Quirós Rumbea, C. J., Daza Bermeo, K. L., & Macías Vélez, F. D. (2021). Manejo integral de la insuficiencia renal aguda. RECIMUNDO, 5(2), 128-139. https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.128-139.*

576/303. PIENSA EN LA ARTROPATÍA DE CHARCOT

Autores:

Méndez Ezquerra, A.[1], Mata López, M.[2], García Guil, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Abla. Abla. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente de 68 años

AP: HTA. DM-2 de larga data con afectación de órgano diana, retinopatía y pie diabético en tratamiento con Antidiabéticos orales y mal control metabólico.

Historia de úlceras previas (2013 y 2017) que resolvió con curas en ambiente húmedo y descarga.

Consulta por úlcera de 3 meses de evolución en región supramaleolar externa y base del 5º metatarsiano dolorosa que empeora con el apoyo, no refiere fiebre.

Tras PPCC el paciente fue tratado con antibioterapia oral e inmovilización, observándose mejoría de la sintomatología, apreciándose deformidad en el pie: pérdida de arco plantar, pronación y desviación de dedos, sospechando Artropatía de Charcot a pesar de pruebas complementarias normales.

Tras inmovilización con ortesis tibiotarsiana se observa mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Signos de insuficiencia venosa crónica con intenso edema, hipertermia e hiperemia unilateral. Úlcera extensa en región supramaleolar externa con abundante esfacelo y tejido necrótico, úlcera en base de 5ºmetatarsiano.

En planta del pie: región amarillenta, fluctuante que impresiona de absceso.

ITB normal.

Pulso pedio no palpable.

Se reforzó FRCV y tras antibioterapia, curas locales e inmovilización, se aprecia mejoría del eritema e hiperemia, pulso pedio y tibial palpable, observándose deformidad del pie: pérdida del arco plantar, desviación en ráfaga de dedos y pronación del pie, sospecha de Artropatía de Charcot aguda.

PPCC: Analítica con elevación de reactantes de fase aguda. Cultivos positivos.

Rx pie sin alteraciones.

RNM: Edema. No colecciones ni osteomielitis.

Eco-Doppler: Normal.

Se derivó a consulta de rehabilitación y pie diabético

Tras tratamiento con ortesistibiotarsiana se aprecia mejoría clínica y se detuvo la progresión de la deformidad.

Juicio clínico

Úlcera infectada en paciente con pie diabético.

Sospecha de artropatía de charcot.

Diagnóstico diferencial

Celulitis/artritis séptica/osteomielitis.

Gota, Artrosis, artritis inflamatoria, sudeck

Comentario final

Importancia de sospechar artropatía de charcot en paciente DM de larga data con mal control metabólico que presenta signos inflamatorios y edema ya que el diagnóstico inicial es fundamentalmente clínico y las pruebas complementarias pueden ser normales, además la intervención debe ser precoz para evitar la progresión hacia la deformidad permanente del pie, ulceración y posible amputación.

Bibliografía

- *Lesley D Hordon, MD Simon M Helfgott, MDDavid M Nathan, Diabetic neuropathic arthropathy. Uptodate. 2021.*
- *Kansas journal of medicine. Initial diagnosis and management for acute charcto neuroarthropathy.*

576/304. EDEMA CEREBRAL MASIVO COMPLICACIÓN MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA

Autores:

Bermejo Cotillo, P.[1], Salmerón Portela, P.[1], Sanuy Perdrix, I.[2], Lavado López, F.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedi-

na. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 46 años. NAMC. No AP de interés. COVID- 19 hace 1 mes

Acude a consulta por cefaleas hemicránea izquierda intermitentes, con afectación ocular y lagrimeo desde que pasó COVID. Junto a malestar general y vómitos. Acude a urgencias en varias ocasiones.

Incapacidad para comunicación y deambulación de 48 horas de evolución, en consulta consciente y orientada (disfasia, de contenido coherente), fiebre de hasta 38ºC de 48 horas de evolución.

Se deriva a la paciente a urgencias para valoración con pruebas complementarias.

A su llegada a urgencias disminución del nivel de conciencia e imposibilidad para comunicarse.

Durante ingreso pupila izquierda midriática arreactiva (previamente miótica), sedoanalgesia.

Exploración y pruebas complementarias

E. Consulta: Obnubilada, apertura ocular a estímulos verbales transitoria, obedece órdenes simples, lenguaje disártrico.

E. Urgencias: Glasgow 10. Lenguaje incomprensible. III par craneal derecho con afectación pupilar, midriática arreactiva; izquierda miótica). Paresia facial izquierda, hemiparesia ipsilateral. Reflejo cutáneo-plantar izquierdo extensor.

- TC-angioTC: Hipodensidad región talámica derecha, dilatación ventricular y borramiento de surcos (no presente en previos). No sangrado intra, ni extraxial. No defectos de repleción en vasos intra ni extracraneales.

- TC: Lesión hipodensa a nivel de capsula interna y tálamo derecho (previo) dado el contexto del paciente no podría descartarse origen infeccioso del mismo. Obliteración cisternas basales, signos de herniación uncal. Disminución tamaño ventrículo lateral derecho (sobredrenaje valvular). Colecciones extraaxiales compatible con higromas. Aumento de piel y partes blandas frontotemporal derecho.

- LCR:S. anginosus

Juicio clínico

Síndrome febril con deterioro del nivel de conciencia, afectación focal y signos de hipertensión intracraneal

Diagnóstico diferencial

Trombosis senos venosos

Enfermedad meningoencefálica infecciosa

Evento cerebrovascular

Comentario final

El edema cerebral masivo se da por aumento de la permeabilidad y elevación de la presión intracraneal, que sin un buen control puede causar muerte o lesiones irreversibles del SNC. Se considera vasogénico y citotóxico, acompañado de una alteración del flujo sanguíneo cerebral por cambios en la resistencia vascular de las arteriolas cerebrales.

Bibliografía

- *Tamayo-Pérez R, Crúz-Torres D, Hernández-Carballo A, Pons-Peña H, Hernández-Ferrales Y. Caracterización de pacientes con meningoencefalitis bacteriana ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general.*
- *Solórzano F, Miranda MG, Díaz RD. Meningoencefalitis bacteriana. Enf Infec y Micro. 2002; 22(11):2-13*

576/305. DOCTOR, ESTA HERIDA NO MEJORA

Autores:

Méndez Ezquerra, A.[1], Matos Martínez, S.[2], Mata López, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Abla. Abla. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. OSI Barakaldo-Sestao. Barakaldo. Vizcaya, (3) Resi-

dente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería

Descripción del caso

Paciente de 69 años con AP de HTA y Dislipemia en tratamiento, DM-2 en tratamiento con ADOs y Dislipémia, Asma grave corticodependiente e insuficiencia cardíaca.

Consulta por herida y dolor en cara lateral externa de MII sin traumatismo previo, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico y curas locales con mala evolución e importante dolor así como crecimiento de la úlcera con datos de celulitis perilesional. Se deriva a urgencias donde se pauta cloxacilina que se modifica posteriormente a trimetoprim/smx por antibiograma.

Continua con mala evolución a pesar de antibiótico dirigido y curas con distintos materiales por lo que se deriva a CCEE de dermatología, donde se recoge punch por sospecha de pioderma gangrenoso y se inician bolos de corticoide iv durante 3 días con posterior pauta oral descendente y curas con diprogenta.

Tras el tratamiento, mejoría progresiva de la lesión aunque muy lenta, destacando mejoría del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Adjunto fotos de la evolución --

Úlcera costrosa con eritema perilesional de 0.5 cm, dolorosa a la palpación con progresión a 4cm y celulitis perilesional.

PPCC:

Biopsia-punch: Vasculitis leucocitoclástica.

Cultivos.

Juicio clínico

Vasculitis leucocitoclástica idiopática

Diagnóstico diferencial

Vasculitis sistémicas/Vasculitis leucocitoclástica.

Pioderma gangrenoso.

Úlcera vascular: Arterial o venosa.

Úlcera neuropática.

Comentario final

Un aspecto fundamental para el manejo de heridas crónicas, como las úlceras, es determinar su causa, para así poder tratarla adecuadamente. Sin embargo, no siempre es fácil realizar el abordaje diagnóstico debido a su etiología multifactorial.

La vasculitis leucocitoclástica es una enfermedad autoinmune que afecta pequeños vasos donde predomina un infiltrado neutrófilo.

Existen formas limitadas a la piel y sistémicas, aunque el 80% se presentan como petequias, puede cursar como nódulos pápulas y úlceras asociando o no afectación sistémica, por lo que debemos pensar en ella ante una úlcera que no mejora.

Bibliografía

- *Berti, A., Bond, M., Volpe, A., Felicetti, M., Bortolotti, R. and Paolazzi, G., 2020. Practical approach to vasculitides in adults: an overview of clinical conditions that can mimic vasculitides closely. Beyond Rheumatology, 2(1), pp.3-13.*
- *Fett, N., 2021. Management of adults with idiopathic cutaneous small vessel vasculitis.*
- *Medicina Interna de México, 2019. Vasculitis leucocitoclástica (vasculitis por hipersensibilidad). 35(4).*
- *Merkel, P., 2021. Overview of and approach to the vasculitides in adults.*
- *Rodriguez, J., 2011. La púrpura en la visita de Atención Primaria.*

576/307. NO TODA TOS EN ESTOS TIEMPOS ES COVID

Autores:

Buendia Moreno, T.[1], Buendia Moreno, T.[1], Casini Merino, M.[2], Bautista Pino, B.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (3) Residente

de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Comunidad Terapéutica San Antonio. Málaga

Descripción del caso

Niña de 3 años que acude a consulta de no demorarle de AP por tos de dos semanas de evolución de predominio nocturno y picos febriles intermitentes de 38ºC. Ha acudido en numerosas ocasiones anteriores a los servicios de urgencias con diagnóstico de CVA. En la anamnesis niña sana sin patologías de interés. Padres de origen rumano.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general , bien hidratada

ACP: MVC sin ruidos añadidos.

PPCC: Rx donde no se aprecian alteraciones del parénquima .Aumento de densidad en hilio /mediastino superior izquierdo compatible con adenopatía sugestiva de proceso TBC. Derivo a la paciente a urgencias. Ingresa para completar estudio: AS, baciloscopia, PCRy matoux.

Juicio clínico

Tuberculosis.

Diagnóstico diferencial

Catarro de vías altas, neumonía, broncoespasamo , asma , TBC.

Comentario final

La tos muchas veces es un síntoma confuso. En ocasiones se confunde con catarros o bronquitis y es necesario desde Atención primaria estar atentos a los síntomas acompañantes y realizar un buena entrevista y anamnesis para enfocar el diagnostico.

La tuberculosis es una epidemia, que aún sigue estando presente, sobre todo en países en vía de desarrollo. El diagnóstico en niños es difícil, se sigue apoyando en la RX y el mantoux, la baciloscopia positiva solo se consigue en el 30% de los casos.

Bibliografía

- *Guarda M, Kreft J.La tuberculosis en el niño,¿Cómo se diagnostica?.RMCLC [internet]2017[Consultado 22 de Sep 2021]:28(1).Disponible en : https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-tuberculosis-en-el-nino-S0716864017300202*
- *Guerrero J et al. Manual diagnóstico y terapéutica en pediatría.6º ed.Madrid:Panamericana;2017*

576/311. NADA ES LO QUE PARECE

Autores:

Reyes Álvarez, M.[1], Álvarez de Cienfuegos Sánchez, N.[2], Ureña Moreno, L.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada

Descripción del caso

Varón de 57 años que acude en repetidas ocasiones a la consulta de primaria por episodios repetidos de prurito generalizado y lesiones, que empeoran con el estrés, sin mejoría con corticoides tópicos ni antihistamínicos orales.

Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial en tratamiento bien controlada y un ingreso en 2017 por cuadro de amaurosis y diplopia transitoria en contexto de malos controles en aquel momento de TA.

Exploración y pruebas complementarias

Se decide derivación a Dermatología, objetivando en la dermatoscopia lesiones eritematosa de bordes geográficos, circinadas, infiltradas...por lo que se realizan biopsias varias y analítica. El resultado de la biopsia es una intensa acantosis pseudoepiteliomatosa e hiperqueratosis paraqueratosica, incluso con exudación serosa manifiesta. A nivel dérmico infiltración liquenoide y perianexial con notable foliculotropismo por células T atípicas CD3, CD4 y CD7 positivas (relación CD4/CD8 igual a 3), de tamaño pequeño e intermedio con núcleos frecuentemente escotados. Se termina diagnosticando al paciente de Micosis Fungoide de tipo verrucoso hipertrófico combinada

con componente foliculotropico, una rara variante de micosis fungoide que puede coexistir. Dados estos hallazgos, se deriva a Hematología para estudio de enfermedad sistémica. Se solicita un body TC, en el que no se evidencian lesiones sincrónicas, y en el frotis que se realizó no se observaron células de Sézary propias de la enfermedad. Al tratarse de una micosis fungoide en estadio IB, tiene tratamiento dermatológico con PUVA en principio, por lo que se vuelve a enviar a Dermatología para tratamiento adecuado.

Juicio clínico

Micosis fungoide que combina variante clásica con morfología de tipo verrugosa es estadio placa/nódulo con extensión foliculotrópica, estadio 0B (afectación de menos de 10% de superficie corporal)

Diagnóstico diferencial

Inicialmente desde la consulta de Atención primaria se inició tratamiento con glucocorticoides y antihistamínicos orales dada la sospecha de dermatitis atópica.

Comentario final

Las lesiones dermatologías pueden suponer un reto en ocasiones desde la consulta de Atención primaria. Identificar rápidamente signos de alarma como la falta de respuesta a un tratamiento, puede ser determinante para un diagnostico precoz de la enfermedad.

Bibliografía

- *Gerami P, Guitart J. The spectrum of histopathologic and inmunohistochemical findings in foliculotropic mycosis fungoides. Am J Surg Pathol. 2007 Sept; 31 (9): 1430-8).*

576/314. SÍNCOPE. UN MISMO SÍNTOMA, DISTINTOS DIAGNÓSTICOS

Autores:

Casini Merino, M.[1], Buendia Moreno, T.[2], García Medero, S.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 20 años, sin antecedentes personales de interés ni toma de tratamiento farmacológico, acude al centro de salud por pérdida de conocimiento precedida de bipedestación prolongada y visión borrosa, de duración inferior a 1 minuto, sin movimientos tónico-clónicos ni relajación de esfínteres con recuperación espontánea. No otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratada, normocoloreada y bien perfundida.

Exploración Neurológica: alerta, orientada en las 3 esferas, pares craneales oculomotores conservados, pupilas normocrómicas y normorreactivas, reflejo fotomotor directo e indirecto conservado, resto de pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos osteotendinosos conservados. Coordinación conservada y Romberg negativo.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Auscultación cardíaca: Rítmico y regular, sin soplos, extratonos ni roces pericárdicos.

Tensión arterial: 130/68; Saturación O2 99%. Glucemia tira reactiva 90 mg/dL.

Electrocardiograma: 69 latidos por minuto, eje eléctrico normal, sinusal. Ondas P presentes, QRS estrecho, sin alteración secundaria de la repolarización, intervalo PR normal y constante, intervalo QT no alargado.

Escala de Calgary: 0

Juicio clínico

Síncope vasovagal

Diagnóstico diferencial

-Otros síncopes: Síncope ortostático, síncope por hipotensión postprandial, síncope por dolor, síncope tusígeno, síncope miccional, síncope por hipersensi-

bilidad del seno carotideo, síncope cerebrovascular, síncope cardiogénico.

- Otras patologías: Crisis epiléptica, vértigo, drop attack, hipoglucemia, caída accidental, accidente isquémico transitorio, simulación.

Comentario final

El síncope vasovagal es un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en Urgencias, que requiere un diagnostico diferencial bastante amplio con otros síncopes de etiología muy diferente con un abordaje más complejo, así como otras entidades.

El manejo de esta patología se basa principalmente en medidas posturales como el decúbito supino y elevación de miembros inferiores, junto con ingesta de líquidos y sal, con evitación de bipedestación prolongada y ambiente calurosos.

Bibliografía

- *De Burgos Marín J, Jiménez Murillo L, Herrero González Y, Clemente Millán MJ, Tirado Valencia C, Montero Pérez FJ. Síncope. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª ed. Barcelona: ELSEVIER; 2018. p. 381-385.*

576/315. ¡ME DUELE LA ESPALDA COMO ANTES DE LA OPERACIÓN!

Autores:

Rodríguez Sánchez, R.[1], Velázquez Rey, L.[2], Ponce Avilés, I.[1], Masía Perpiña, Ó.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brenes. Brenes. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brenes. Brenes. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Brenes. Brenes. Sevilla

Descripción del caso

Presentamos una paciente de 44 años actualmente sin antecedentes de interés que desde hace 4 años presenta dolor lumbar de características mecánicas sin irradiación y que tras no mejorar con ejercicio, rehabilitación y analgesia, y con una RX de columna lumbar, se solicita una RMN con resultado de hernia discal L5-S1 sin compromiso radicular y quistes de Tarlov bilaterales a nivel de S1, S2 y S3. En marzo de 2020 aconsejada por el servicio de traumatología se decide intervenir de la hernia discal, mejorando el dolor durante 3 meses pero reapareciendo después e intensificándose, siendo dada de alta por el servicio de Traumatología con el diagnóstico de espalda fallida.

Exploración y pruebas complementarias

RX COLUMNA LUMBAR: normal

ANALÍTICA: normal

RMN: Hernia lumbar L5-S1 y quistes de Tralov

Juicio clínico

Lumbalgia crónica por espalda fallida y quistes de Tarlov

Diagnóstico diferencial

Actualmente debemos replantearnos las causas y el tratamiento de la lumbalgia crónica, teniendo siempre en cuenta los múltiples factores que pueden influir en dicha patología y no simplificando el diagnóstico ante el hallazgo de hernias discales, más cuando las características e irradiación del dolor no se corresponden con el nivel de la hernia discal.

Comentario final

Los quistes de Tarlov son colecciones de liquido cefaloraquídeo que afectan a las raíces nerviosas principalmente en la zona sacra, su tratamiento es quirúrgico que la intervención conlleva grandes riesgo que debemos exponer al paciente previamente.

Actualmente debemos valorar de forma integral a un paciente antes de someterlo a una cirugía con los riesgos que ello conlleva y cuando ya existen indicios de que la mejoría del dolor va a ser en el mejora de los casos temporal.

Bibliografía

- *Harrison GJ Principios de medicina interna, 20 ed.*
- *National Institute of neurological disorders and stroke. Tarlov cyst information*

576/321. A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Barrera Martínez, Y.[1], García Medero, S.[2], Lebrón Martínez de Velasco, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 18 años sin patologías previas. Obesidad. Acude a consulta presencial solicitando información sobre anticonceptivos orales. Tras exploración en consulta TA (tensión arterial) de 150/100. Se cita de nuevo con controles de TA domiciliarios. En siguiente consulta refiere presentar TA en domicilio de hasta 160 máxima y 130 de mínima.

Se excluyen antiinflamatorios y ACO (anticonceptivos orales)

Se pauta lercanidipino 20 mg 1-0-0.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar: Rítmica, no soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. No se auscultan soplos abdominales. No edemas en miembros inferiores. No rasgos cushingoides. No se palpan masas renales. Pulsos periféricos presentes. Leve bocio.

En analítica en centro de salud TSH, aldosterona, renina, cortisoluria en 24 horas, iones y función renal dentro de límites de normalidad. Dada la edad de la paciente se deriva a Medicina Interna para descartar HTA secundaria.

Angio TAC: arteria renal derecha única sin estenosis. Existen 3 arterias renales izquierdas. La más superior presenta estenosis significativa a 1 cm del ostium de salida.

Renograma: fase de excreción enlentecida con mayor afectación riñón izquierdo. Post ieca riñón derecho similar a basal. Riñón izquierdo ligero aumento del tiempo de tránsito.

Pendiente de radiología vascular para posibilidad de arteriografía renal +/- stent en arteria renal izquierda superior

Juicio clínico

HTA (hipertensión arterial) secundaria a estenosis arteria superior renal izquierda.

Diagnóstico diferencial

· Inducida por fármacos (corticoides, antiinflamatorios)

· Patología renal (enfermedades del parénquima renal, estenosis vascular renal o hipertensión renovascular, tumores secretores de renina)

· Patología endocrina (ACO, hiperaldosteronismo primaria, Síndrome de Cushing, hipertiroidismo, feocromocitoma, sd carcinoide)

· Coartación de aorta

· Patología neurológica (apnea del sueño, hipertensión intracraneal)

· Inducida por el embarazo

Comentario final

La causa más frecuente de HTA es la idiopática, sin embargo, es importante sospechar de HTA secundaria cuando aparece en individuos jóvenes, es refractaria a tratamiento médico (no controla TA con 3 fármacos) o los síntomas orientan a una etiología secundaria.

Es importante un buen seguimiento y control por nuestra parte para evitar un aumento del riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- *Rossi, G.P., Bisogni, V., Rossitto, G. et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. High Blood Press Cardiovasc Prev 27, 547–560 (2020)*

576/322. DISNEA... ¿DÍGAME?

Autores:

Sánchez Morales, A.[1], Carro Sánchez, D.[2], Oliveros Chinchilla, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 82 años que consulta, vía telefónica, por empeoramiento de su disnea habitual asociada a tos. En un primer momento es tratada como reagudización de su EPOC con refuerzo de su tratamiento inhalador. Tras una semana sin mejoría es derivada a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos junto con ortopnea y edematización de miembros inferiores. Se detecta FA con RVR y un primer episodio de insuficiencia cardíaca descompensada y se ingresa. Durante el ingreso se decide poner un holter implantable que revela una enfermedad del seno por lo que finalmente se decide colocar un marcapasos bicameral con lo que se controlan los síntomas de la paciente y se resuelve la insuficiencia cardíaca.

Exploración y pruebas complementarias

-ECG a su llegada a urgencias: FA a 165 lpm con sobrecarga izquierda, sin alteraciones en la repolarización

-ECG durante su ingreso: ritmo sinusal a 90, extrasístoles frecuentes, signos de sobrecarga izquierda, sin alteraciones de la repolarización

-Holter implantable: detectadas 25 pausas de unos 3 segundos con 11 episodios de síntomas marcados por la paciente que se corresponden con dichas pausas

-Analítica de sangre: bioquímica sin alteraciones, NT-proBNP 3210, hemograma con anemia 9,8 microcítica hipocrómica.

-Ecocardiograma: aurícula izquierda levemente dilatada, ventrículo izquierdo no dilatado con FEVI de 55%, insuficiencia aórtica leve, insuficiencia mitral leve.

Juicio clínico

Primer episodio de insuficiencia cardíaca descompensada en paciente EPOC por FA con respuesta ventricular rápida y enfermedad del seno.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial en esta paciente ha de hacerse con una reagudización de su enfermedad de base, una insuficiencia cardíaca que fue el diagnóstico final o una infección respiratoria como procesos más frecuentes

Comentario final

Durante esta pandemia, hemos tenido que aprender nuevas habilidades como ha sido la gestión de una consulta telefónica, lo que ha llevado en ocasiones a diagnósticos tardíos de un proceso ya que la mayoría de las veces, la primera atención ha sido telefónica.

Bibliografía

- *Suarez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, De Miguel Campo B, Catalán Martín P.M, Sánchez Moreno B, Duarte Borges M.A, Cabrera Rodrigo I. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 8a edición. Madrid: MSD, 2016*

576/324. TOS CRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Gandolfo Domínguez, J.[1], Baquerizo Pérez, I.[2], Díaz Romero, J.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Arquitecto Marcide. Ferrol. La Coruña

Descripción del caso

Paciente de 81 años fumadora de 20 cigarrillos al día con antecedentes personales de HTA en tratamiento con Enalapril y Dispepsia gástrica en tratamiento con Omeprazol y Cleboprida, que acude a consulta de

Atención Primaria por síndrome tusígeno de un año de evolución asociado a parestesias y sensación de adormecimiento de la base lingual.

Se procedió a la implantación de tratamiento farmacológico con Tiotropio junto con la sustitución de IECA por ARA-II, ante la posibilidad de que se tratase de un efecto 2º a éste.

No obstante, ante la parcial mejoría y persistencia clínica en la posterior reevaluación de la paciente, se procedió a su derivación a los Servicios de Neumología y Otorrinolaringología.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, BHyP, eupneica en reposo.

Auscultación cardiopulmonar normal. BMV bilateral sin ruidos sobreañadidios.

Rx tórax: Sin hallazgos patológicos.

Exploración ORL: Signos endoscópicos de reflujo extraesofágico

Juicio clínico

Síndrome de irritabilidad faríngea.

Laringitis por reflujo gastroesofágico

Diagnóstico diferencial

Síndrome de goteo postnasal, Infecciones crónicas (TBC, micosis), Bronquitis crónica, Efecto secundario medicamentoso (IECA), Asma, Insuficiencia cardíaca, Reflujo gastroesofágico, Hábito tabáquico.

Comentario final

La tos es uno de los síntomas más frecuentes en la consulta de Atención Primaria. Cuando su duración excede las 8 semanas pasa a denominarse tos crónica, la cual puede llegar a constituir un problema no solo de salud sino también social y laboral.

Una de sus principales causas lo constituye el reflujo gastroesofágico cuyo espectro clínico es muy variado debido a la posible disociación entre sintomatología y presencia de lesiones anatómicas.

El objetivo del tratamiento en la ERGE depende de sus manifestaciones clínicas y/o morfológicas: conseguir la remisión de los síntomas y la curación de las lesiones, evitar las recidivas, prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida; por lo que dicho tratamiento no solo se basa en la implantación de medidas farmacológicas sino que también requiere el compromiso del paciente y la implantación de medidas higiénicas antirreflujo.

Bibliografía

- *Pacheco A, Cobeta I, Wagner C. Refractory chronic cough: new perspectives in diagnosis and treatment. Arch Bronconeumol. 2013 Apr;49(4):151-7.*
- *Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Gastroesophageal Reflux Disease Review (GERD). Acta Gastroenterol Latinoam. 2016 Jun;46(2):160-72*

576/325. NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO POR AGUDIZACIÓN ASMÁTICA

Autores:

Crespo Díaz, T.[1], Serrano González, C.[2], Sellamito Morales, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 18 años, con antecedente de asma bronquial, sin tratamiento regular, solo salbutamol a demanda, que acude a urgencias del centro de salud por agudización asmática de 3 días de evolución en contexto de infección respiratoria viral, con empeoramiento progresivo y dolor centrotorácico opresivo que aumenta con la inspiración en las últimas 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, normocoloreada, leve enfisema subcutáneo supraclavicular, hipoventilación pulmonar bilateral, espiración alargada y sibilancias espiratorias. Tonos rítmicos y taquicárdicos. TA 146/83, FC 146 lpm, Saturación basal 95 %, temperatura 37.5 grados. Se inicia tratamiento con

corticoides y broncodilatadores y se deriva a hospital para pruebas complementarias por sospecha de neumomediastino.

Analítica sangre: ligera leucocitosis con neutrofilia, gasometría y resto de analítica normal. Rx de tórax PA y lateral: Signos de hiperinsuflación pulmonar. Imagen de neumomediastino y ligero enfisema subcutáneo visible en zona cervical. TAC tórax: Se objetiva neumomediastino con extensión cervical y discretamente retroperitoneal.

Juicio clínico

Neumomediastino espontáneo desencadenado por agudización asmática.

La enferma ingresa en planta, con buena evolución al tratamiento convencional (analgesia, oxigenoterapia y reposo) y antiasmático. En control radiológico previo al alta pequeño neumomediastino con mejoría evidente y saturación de oxígeno basal al alta 98 %.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis, neumotórax, ruptura esofágica, tromboembolismo pulmonar, síndrome coronario.

Comentario final

El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente, generalmente benigna y autolimitada. En la mayoría de los casos, se relaciona con factores desencadenantes, siendo la crisis aguda de asma el más frecuente encontrado. El mecanismo principal es la ruptura alveolar en situaciones que generan aumento de la presión en la vía aérea. El dolor torácico irradiado al cuello que empeora con la inspiración y el enfisema subcutáneo son signos característicos que hacen sospechar la entidad y plantean realizar pruebas. En general el pronóstico es bueno y las complicaciones infrecuentes, como ocurrió en esta paciente.

Bibliografía

- *1.Díez R. Neumomediastino espontáneo con Neumopericardio. fml. 2016; 20(5):5p*
- *2. Rodríguez-Gutiérrez A et al. Neumomediastino asociado a crisis asmática en el adulto. Reporte de dos casos. Neumol Cir Torax. 2019; 78 (1)*

576/326. ULCERA CUTÁNEA Y EL DIAGNÓSTICO INESPERADO

Autores:

Crespo Díaz, T.[1], Serrano González, C.[2], Sellamito Morales, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del caso

Varón de 73 años, sin antecedentes de interés. Natural de Dinamarca y residente en España hace 12 años. Vive en ámbito rural. Acude a consulta por lesión cutánea en cara externa de brazo izquierdo, de crecimiento lento, no dolorosa, de meses de evolución. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Piel: lesión ulcerada, sobreelevada con centro escamoso y rodeada de collarete epidérmico eritematoso de 15 mm en cara externa del brazo izquierdo. Resto de la exploración sin hallazgos a destacar. Se realiza punch en Centro de Salud. Anatomía Patológica de biopsia (Punch) de piel: abundantes linfocitos, células plasmáticas e histiocitos con presencia de estructuras ovaladas en el interior de macrófagos compatibles con Leishmaniasis. El estudio por PCR a tiempo real detecta genoma de Leishmania donovani/infantum. Analítica de sangre, Rx de tórax, ecografía axilar izquierda y de abdomen realizadas para descartar afectación visceral todas sin alteraciones.

Juicio clínico

Leishmaniasis cutánea simple (LC) por Leishmania donovani/infantum.

La Leishmaniasis es una infección producida por protozoos del género Leishmania, transmitida por insectos hematófagos. La forma de presentación más frecuente es la cutánea en la cual se observan úlceras en el sitio de la picadura. Se clasifica en simple o compleja según el tamaño, número de lesiones, loca-

lización, estado inmunológico del paciente y presencia/ausencia de afectación mucosa.

Se realizó tratamiento a cargo de Dermatología, con crioterapia y posterior exéresis de la lesión residual.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma piel, Tuberculosis cutánea, lepra lepromatosa, esporotricosis, micosis subcutáneas, sífilis terciaria.

Comentario final

En España la Leishmaniasis es una zoonosis endémica y la especie más frecuentemente identificada es L. infantum, tanto en las formas viscerales como cutáneas. La LC es un diagnostico a considerar en lesiones de crecimiento lento e indoloro. La posibilidad de realizar técnicas diagnósticas (biopsia/punch) en el centro de salud ofrece la ventaja del diagnóstico rápido y mayor comodidad para el paciente, a la vez que permite descartar entidades con presentación similar.

Bibliografía

- *1. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro P.A, Palma-Ruiz A.M y Gilaberte Y. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. ACTAS Dermo-Sifiliográficas. 2021; 112: 601-618.*
- *2. World Health Organization. Leishmaniasis. WHO; 2021 [consultado 24 octubre 2021]. Disponible en https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis*

576/328. DE UN CUADRO BANAL A UNA MIOCARDITIS FULMINANTE

Autores:

Guisasola Cárdenas, M.[1], Hidalgo Rodríguez, A.[2], Sánchez Cambronero, M.[3], Martín Enguix, D.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Realejo. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del caso

Varón de 21 años sin pauta de vacunación contra COVID19 que inicia un cuadro de odinofagia y aftas bucales, controlándose con tratamiento analgésico. El cuadro progresa a la semana con dolor epigástrico, diarrea, vómitos y tos. Se le indica PCR para COVID-19 a la que no acude. A las dos semanas reconsulta por astenia, anorexia y edematización de miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

Valorado por el servicio de urgencias, donde analíticamente destaca un BNP de 3270 y una serología para COVID-19 con IgG positiva. Ante la sospecha de insuficiencia cardiaca, se realiza una ecocardiografía que objetiva una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 16%.

El cuadro evolucionó a Shock Cardiogénico, sufriendo una parada cardiorrespiratoria que fue recuperada. Precisó trasplante cardiaco cuyo postoperatorio se complicó con una epilepsia secundaria a la neurotoxicidad por tacrólimus y una diabetes mellitus secundaria al uso de corticoides. Al alta se objetivo una FEVI de 74% con una evolución progresiva.

Juicio clínico

Miocarditis fulminante en paciente con antecedente de infección viral compatible con COVID-19.

Diagnóstico diferencial

La edematización de miembros inferiores en el contexto de infección viral nos hace pensar en fallo cardíaco agudo o síndrome nefrótico agudo. Las cifras de BNP nos dirigieron hacia el fallo miocárdico, en relación a una miocardiopatía dilatada. El 9% de las miocardiopatías dilatadas se asocian a miocarditis (1%). Dada la situación epidemiológica actual, hay que pensar COVID-19 como posible agente causal de esta miocarditis, aun sin PCR positiva para afirmar el diagnóstico. También se baraja la posibilidad de que la infección viral agravase una cardiopatía crónica previa asintomática.

Comentario final

La elevada morbimortalidad de la miocarditis fulminante demanda de un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto desde Atención Primaria. Pese a la disminución en la incidencia de la COVID-19, es importante mantenerse atento especialmente en pacientes no vacunados, independientemente de su edad, por la probabilidad de aparición de complicaciones graves.

Bibliografía

- *Felker GM, Thompson RE, Hare JM, Hruban RH, Clemetson DE, Howard DL et al. Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. N Engl J Med. 2000;342(15):1077–84.*

576/329. ENTRE LA DESIDIA Y LA DESINFORMACIÓN: HABILIDADES Y COMUNICACIÓN EN MANEJO DE GOTA TOFÁCEA

Autores:

Rodríguez Martín, I.[1], Rojas Moyano, V.[2], Nairanouskaya Misevich, A.[3], Valle de Frutos, P.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sagrada Família (Foneria). Manresa. Barcelona, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sagrada Família (Foneria). Manresa. Barcelona, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sagrada Família (Foneria). Manresa. Barcelona

Descripción del caso

Varón 51 años. No fumador. Enol: 2 UBE/semana.

Factores de riesgo cardiovascular: Obesidad. No hipertensión, no dislipemia.

Gota de inicio a los 30 años en forma de monoartritis intermitente, tofácea desde hace 10 años. Tratada con Alopurinol a dosis máxima, uricemia 7.8-10mg en los últimos 10 años.

Exploración y pruebas complementarias

· Exploración: Peso 133Kg, Talla 176cm, Índice Masa Corporal 42. Ginecomastia. Numerosos tofos olecraneanos en manos, rodillas y pies. Deformidad en flexo irreductible metacarpofalángicas ambas manos y 5ª interfalángica proximal derecha; anquilosis primer dedo mano izquierda. Anquilosis tibioastragalina bilateral. Deformidad irreductible metatarsofalángicas.

· Pruebas complementarias:

Analítica: Uratos 9.8mg/dL; PCR 11,5mg/dL; VSG 43mm/1ªh.

Radiografías: Artropatía erosiva evolucionada carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas. Numerosos tofos. Destrucción 5º meta izquierdo. Artropatía erosiva tarsos y tobillos con pinzamiento completo y artrosis secundaria, metatarsofalángicas e interfalángicas.

Juicio clínico

Gota tofácea, secuelas articulares. Obesidad. Riesgo cardiovascular.

Diagnóstico diferencial

La gota debe incluirse en el diagnóstico diferencial de todo paciente con artritis agudas, junto con la artritis por cristales de pirofosfato cálcico, la artritis séptica y otras menos comunes, como la artritis reactiva o la artritis psoriásica, así como la artritis reumatoide y traumatismos.

Comentario final

Desde Atención Primaria es fundamental la sospecha diagnóstica para realizar un diagnóstico precoz, tratamiento adecuado tanto de la fase aguda, profilaxis de crisis y establecimiento de terapias reductoras de la uricemia, hasta el seguimiento y revisión de los pacientes, valorando la adherencia al tratamiento y el estudio de comorbilidades para disminuir ataques agudos, prevenir artropatía crónica y reducir complicaciones extraarticulares. Nos corresponde que el paciente reciba información precisa sobre su enfermedad, evolución, cronicidad y necesidad de adhesión al tratamiento. Mejorando nuestras habilidades en el manejo práctico de esta entidad y la comunica-

ción con el paciente conseguiremos que casos como el que nos ocupa sean excepcionales.

Bibliografía

- *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Gota, SER (2020)*
- *Diagnóstico, tratamiento y prevención de la gota Diagnosis, María Cristina Ludeña Suárez. René Eduardo Marín Ferrín. Edwin Fernando Anchundia Cunalata.*
- *Gout: Diagnosis and treatment Francisca Siveraa,, Mariano Andrés b y Neus Quilis Medicina Clínica*
- *Volume 148, Issue 6, 22 March 2017, Pages 271-276*

576/330. EPIGASTRALGIA EN PACIENTE CON ULCUS PREVIO

Autores:

Rojas Moyano, V.[1], Rodríguez Martín, I.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sagrada Família (Foneria). Manresa. Barcelona

Descripción del caso

Varón, 71 años. RAM a contraste yodado, HTA, DLP, sobrepeso. IAMCEST inferior en 2006 revascularizado con STENTS farmacoactivos. Intervenido de hernia inguinal bilateral, gastrectomía parcial por ulcus gástrico.

Ha realizado varias consultas por epigastralgia, no irradiada, con dolor diario constante, acompaña do de náuseas, hiporexia y pérdida de 5 kg. Realizamos desde atención primaria estudio analítico siendo completamente normal y ECO abdominal con único dato destacable la presencia de quistes simples hepáticos.

Derivado a digestivo para estudio donde realizan EDA Y RMN sin hallazgos y estudio genético con predisposición a celiaquía.

Acude nuevamente a consulta por presentar dolor progresivo en mesogastrio irradiado a espalda acompañado de vómitos biliosos persistentes.

Se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, eupneico, afebril, constantes mantenidas. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible con ligero timpanismo, doloroso a la palpación epigástrica sin defensa ni otros signos de peritonismo, peristaltismo conservado.

Gasometría venosa: pH 7,37, pCO2 43, HCO3 24,9, Lac 1.3, glu 149.

Analítica: hemograma con 11330 leucocitos (89% neutrófilos), 258000 plaquetas, hb 15.9. Coagulación normal. Bioquímica con transaminasas y bilirrubina normales, PCR 11.31, creatinina 1.55.

Radiografía abdomen: luminograma intestinal con aire y contenido fecal en su interior y en ampolla fecal.

Laparotomía diagnóstica con extracción de cuerpo extraño intraluminal.

Juicio clínico

Fitobezoar

Diagnóstico diferencial

Úlcera péptica, vólvulo gástrico, gastritis aguda, GEA, gastroparesia, bezoares.

Comentario final

Los bezoares son concreciones de material no digerible que se acumulan generalmente en el estómago, el más frecuente (40%) son fitobezoar; favorecidos por la ingesta de alimentos ricos en vegetales en pacientes antecedentes de cirugía gástrica o motilidad gástrica alterada por otros factores (farmacológicos, enfermedades previas...). Aparecen como masas únicas en fondo gástrico, de diferentes colores, que pueden llegar a simular lesiones subepiteliales.

Muchas veces de diagnóstico fortuito ya que su sospecha clínica se para por alto.

La EDA es el estudio de elección y tratamiento.

Bibliografía

- *C. Murillo-Matamoros, R.Ferri-Batalles, M. Muñiz-Muñoz, I. Calero- Paniagua. Fitobezoar gástrico gi-*

gante secundario a estenosis pilórica tratada con Coca-Cola. Semergen. 2019. 45 (1): 3-5.

- *R. Albán- Loayza, R. Pincay- Castro. Fitobezoar gástrico como simulador de una lesón subepitelial. RAPD online. 2019. 42 (5): 169-171.*

576/331. DOCTOR, ME CAMBIA EL BRAZO DE COLOR

Autores:

Fernández Bersabé, A.[1], Sánchez Velasco, M.[2], Moñiz Pérez, C.[3], Muriel Sanjuán, N.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer 25 años, no enfermedades. No hábitos tóxicos. No tratamiento.

Acude a consulta por edematización de miembro superior izquierdo (MSI) desde hace 9 días. Refiere presentar hematomas espontáneos en zona humeral, así como cambio de coloración. Dolor de tipo calambre que se irradia desde la axila hacia el resto del miembro con la extensión del brazo. No traumatismo. No ha realizado actividad física intensa. Hace 6 días acudió a consulta objetivándose contractura muscular en trapecio, se pautó AINES y fisioterapia. Ante la no mejoría vuelve a consultar.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, normocoloreada, eupneica. Auscultación cardiaca, exploración abdominal y miembros inferiores sin hallazgos.

MSI presenta leve edematización. Circulación colateral en cara interna del brazo, no empastación. No fóvea. Pulso radial presente. No aumento de temperatura. Dolor a la palpación en zona axilar, no se palpan adenopatías

Ante la sospecha de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) de MSI se deriva al hospital. Se realiza radiografía de tórax sin hallazgos, analítica con dímero D 530ng/ml, y una ecografía doppler de MSI objetivándose trombosis de la vena subclavia izquierda con extensión distal al tercio proximal de las venas axilar y cefálica

Se procede ingreso hospitalario iniciando tratamiento anticoagulante y se completa estudio con marcadores tumorales, anticuerpos lúpico, antinucleares, antifosfolípidos, antitrombina III siendo normales. Se realiza TAC de cuello-tórax-abdomen y angioTAC pulmonar presentando probable tromboembolismo pulmonar y una imagen hipodensa en hígado, inespecífica.

Juicio clínico

Enfermedad tromboembólica venosa de miembro superior izquierdo

Diagnóstico diferencial

Celulitis, hematoma muscular, edema de estasis, linfedema, esguince de ligamentos estructurales del hombro y leiomiosarcoma vascular

Comentario final

La ETV de miembro superior son trombosis inusuales, cuyo diagnóstico es un desafío para los médicos, por su baja frecuencia y la presencia de síntomas inespecíficos. Los médicos de familia desempeñan un papel esencial ya que muchos de los pacientes consultan por primera vez en Atención Primaria donde es fundamental establecer la sospecha clínica para diagnosticarlo y tratarlo, ya que es una entidad potencialmente grave, pudiendo complicarse con un síndrome postrombótico o con tromboembolismo pulmonar.

Bibliografía

- *Barba Martín R. Protocolos: enfermedad tromboembólica venosa: actualización 2009. la Ciudad Condal, España: Elsevier Doyma; 2009.*
- *Trombosis venosa profunda (TVP) [Internet]. Empendium.com. [citado el 1 de noviembre de 2021].*

Disponible en: https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.2.33.1.

576/332. VIGILA LA DIETA SI TOMAS ACENOCUMAROL

Autores:

Rojano Carretero, D.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 75 años con antecedentes personales de HTA (enalapril 20 mg), DM tipo 2 (metformina 850 mg) y FA anticoagulada con acenocumarol que consulta refiriendo mal control de INR en los últimos 7 meses a pesar de aumento de acenocumarol. Niega otros fármacos. Haciendo hincapié en la dieta nos comenta que desde hace un año aproximadamente desayuna té verde sin azúcar y una tostada de aceite y tomate.

Exploración y pruebas complementarias

TA 135/85 mmHg, FC 72 lpm. ECG: FA a buena frecuencia. INR en los últimos 7 meses 1.1-1.8.

Juicio clínico

Mal control de INR por toma de té verde

Diagnóstico diferencial

Alimentos y fármacos que disminuyen el INR: vitaminas K, A y C, coenzima Q10, aguacate, kiwi, ciruela, lechuga, pasas, higo, espinacas, coliflor, espárragos, castaña, hígado, ginseng, leche de soja, brócoli, rifampicina, barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, ticlopidina, colestiramina, ciclosporina A y griseofulvina.

Comentario final

El acenocumarol es un medicamento de gran uso terapéutico con un papel fundamental en el manejo de patologías como FA, TEP, uso de prótesis mecánicas cardíacas, etc. Sus características farmacocinéticas, su estrecho margen terapéutico y sus múltiples interacciones farmacológicas, así como la variabilidad interindividual y la influencia de la dieta hacen preciso un control y seguimiento estrecho de estos pacientes. El mal control de INR puede aumentar el riesgo de trombos/embolias o hemorragias. Los principales activos a los que el té verde debe su actividad son bases xánticas y polifenoles, lo que le da propiedades demostradas científicamente como una marcada acción antioxidante, efecto protector sobre el cáncer y sobre el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, efecto broncodilatador y efecto antiinflamatorio entre otros, siendo una de las bebidas más consumidas principalmente en oriente.

Bibliografía

- *Valenzuela B., Alfonso; Universidad de Chile, Santiago, Chile. EL CONSUMO TE Y LA SALUD: CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES BENEFICAS DE ESTA BEBIDA MILENARIA. Rev. chil. nutr. 2004; 31: 72-82.*
- *Durán C., Rodríguez C, Tato F. Anticoagulación oral. An. Med. Interna 2003; 20: 377-384.*

576/336. ANTE LA DUDA CON UNA ADENOPATÍA . PRUEBA COMPLEMENTARIA

Autores:

Rojano Carretero, D.[1], Moleón Bellido, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 34 años que acude por bulto en axila izquierda desde hace tres semanas sin dolor, ni enrojecimiento ni aumento de tamaño. Está en período de lactancia desde hace 8 meses. Tiene otro hijo de 4 años. Comenta que en otras ocasiones también se ha notado algún bulto que ha desaparecido. Tiene una ecografía de mama de hace 4 años donde se aprecia inflamación de galactóforo en mama izquierda. Se indica AINE cada 8 horas y reevaluación en 15 días,

tras los cuales por no mejoría se solicita prueba de imagen.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: nódulo superficial en axila izquierda subcutáneo redondeado, no doloroso, no adherido a planos profundos de unos 0.5 cm compatible con adenopatía axilar. Mamas ingurgitadas de lactancia normales.

Ecografía, biopsia y PET-TC de cuerpo entero: estudio sugestivo de neoplasia de mama izquierda con afectación ganglionar axilar, retropectoral y en cadena mamaria interna izquierda y una metástasis hepática en segmento II. En mama derecha zona de hipermetabolismo focal en unión de cuadrantes internos y un ganglio en nivel I, ambos sospechosos de malignidad.

Juicio clínico

Cáncer de mama gestacional bilateral metastásico

Diagnóstico diferencial

Adenopatías inflamatorias/infecciosas, adenopatía metastásica de tumor sólido diferente al de mama, linfoma, leucemia, lipoma, hidradenitis supurativa, foliculitis.

Comentario final

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer española, calculándose que 1 de cada 8 mujeres lo padecerá en algún momento de su vida. Las causas que lo producen todavía no están aclaradas, sin embargo, sí se han identificado numerosos factores de riesgos asociados como la edad avanzada, historia personal de cáncer de mama invasivo, antecedentes de cáncer de mama en un familiar de primer grado, factores reproductivos que aumentan la exposición a estrógenos endógenos, uso de terapia hormonal sustitutiva después de la menopausia, obesidad... El programa de cribado, así como una correcta exploración mamaria son las principales herramientas de las que disponemos para un diagnóstico temprano de esta patología.

Bibliografía

- *Castro J. Enfermedades que cursan con adenopatías. FMC 1999; 6: 381-392.*
- *Santaballa A. Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica 2019.*

576/340. CEFALEA CON DATOS DE ALARMA.

Autores:

Salmerón Portela, P.[1], Bermejo Cotillo, P.[1], Abril Rubio, A.[2], García Martín, E.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 21 años. Natural de República Dominicana. IABVD. Trabaja cuidando niños.

Antecedentes personales: Hipogonadismo hipogonadotropo por síndrome de Turner. Sin tratamiento habitual. Acude acompañada por su madre a consulta no demorable del centro de salud por cefalea holocraneal opresiva, de intensidad moderada (EVA 6) de una hora de evolución que no cede con analgesia (1 comprimido de Naproxeno). Tras descartarse signos y síntomas de alarma, se administra analgesia intramuscular y se indica vigilar evolución en domicilio. Tres horas más tarde, acude de nuevo a nuestra consulta por persistencia de la cefalea que no cede con analgesia y progresión de la intensidad de la misma hasta llegar a intensidad EVA 10. Asocia malestar general, sensación distérmica y náuseas sin vómitos. Durante la entrevista en nuestra consulta, comienza a mostrarse somnolienta, con escasa respuesta a estímulos verbales y dolorsos. Tras exploración y toma de constantes, es derivada al servicio de urgencias hospitalario, donde se realiza TAC craneal, punción lumbar, toma de muestras (sangre, orina, hemo y urocultivos) y se inicia antibioterapia empírica.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Sudorosa. Taquipneica.

Constantes: TA 99/66, FC 130, Tª 37.7, SAO2 96%

AC: taquicárdica, sin soplos ni extratonos.

AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Ventilando en todos los campos.

EN:

Muy somnolienta. Reactiva a estímulos dolorosos y parcialmente a estímulos verbales. Lenguaje poco fluente. Rigidez nucal evidente, signo de Kerning positivo, Brudzinsky negativo. Pupilas midríaticas, normoreactivas.

Juicio clínico

Meningoencefalitis infecciosa.

Diagnóstico diferencial

Crisis de ansiedad. Cuadro epileptiforme. Masa encefálica. Adenitis cervical.

Comentario final

La RMN mostró imágenes compatibles con meningoencefalitis infecciosa. La muestra obtenida de LCR era de aspecto turbio, con 18 mg/dL de glucosa, Leucocitos 16590 leu/µL con un 95% de neutrófilos, tinción Gram positiva y cultivo positivo para Neisseria Meningitidis, confirmándose el cuadro de Meningoencefalitis bacteriana. Recibió tratamiento con Ceftriaxona y Vancomicina intravenosos durante 10 días, con resolución del cuadro.

Bibliografía

Manual de Práctica Clínica en Cefaleas (Sociedad Española de Neurología) 4º Edición. Madrid; 2020.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª Edición. Barcelona

576/343. VÉRTIGO EN PACIENTES JUGADORES DE KICK-BOXING, ¿PERIFÉRICO O CENTRAL?

Autores:

Herrera González, C.[1], Cabrera Vera, M.[2], Pérez Padrón, M.[2], García Marrero, E.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Duggi Centro (Dr. Guigou) - Parque Marítimo. Santa Cruz de Tenerife, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna - Mercedes. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Añaza. Santa Cruz de Tenerife

Descripción del caso

Varón de 33 años, fumador y deportista federado de kick-boxing, como antecedente médico destaca cefalea migrañosa. Acudió inicialmente a Atención Primaria por aparición brusca de cefalea, cervicalgia, inestabilidad de la marcha, vértigo, náuseas y vómitos, habiendo sido diagnosticado de síndrome vertiginoso periférico. Ante la progresión de la clínica anterior, y aparición de disartria, imposibilidad para la bipedestación y somnolencia, se decidió traslado en recurso medicalizado a hospital por sospecha de vértigo central. Allí se realizó TC craneal donde se evidenció ictus isquémico hemisférico cerebeloso derecho y disección de arteria vertebral derecha.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinámicamente. Glasgow 11. Habla disártrica y escándida. Pupilas isocóricas normorreactivas. MOES conservados, sin nistagmo. No asimetría facial. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad normales. Reflejo cutáneo plantar indiferente bilateral. Dismetría derecha y disdiadococinesia. Imposibilidad para la bipedestación. Analítica y electrocardiograma normales. TC de cráneo y angio-TC: hipodensidad en hemisferio cerebeloso derecho compatible con ictus isquémico; defecto de opacificación con pérdida progresiva de relleno vascular compatible con disección de arteria vertebral derecha.

Juicio clínico

Disección arteria vertebral derecha. Ictus isquémico cerebeloso derecho.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial del trastorno del equilibrio, primero se deberán descartar síntomas neurológicos agudos que sugieran origen central (ictus, LOE...), shock o intoxicación (alcohol, amiodarona, ansiolíticos...). Una vez descartado éste y establecido el probable vértigo periférico, es importante conocer si se trata de una crisis única (neuritis vestibular, laberintitis...), recurrente (con hipoacusia -enfermedad de Ménière- o sin hipoacusia -vértigo posicional paroxístico o migrañoso-) o crónica (vestibulopatía bilateral).

Comentario final

Las alteraciones del equilibrio son muy frecuentes en Atención Primaria. Actualmente, el manejo consiste en clasificar el cuadro en crisis única, recurrente o crónica, carácter espontáneo o inducido y si afecta a la audición. Para ello, la exploración física se fundamenta en una exploración neurológica exhaustiva, sobretodo en el nistagmo y nervios oculomotores, para descartar patología central.

Bibliografía

- *1. Kailash K, Kerolos B, Erik E, Philip M Bath, Nikola S, Sigrun K, Hege Ihle-Hansen, Morten A, and Else S. Posterior circulation stroke diagnosis using HINTS in patients presenting with acute vestibular syndrome: A systematic review. Eur Stroke J. 2019 Sep. https://doi.org/10.1177/2396987319843701.*

576/344. A PROPÓSITO DE UN CASO, NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Autores:

Lison Pérez, M.[1], Belando Consuegra, M.[2], Marqués García, G.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia

Descripción del caso

Reportamos el caso de un varón de 28 años que consultó en nuestra consulta de Atención Primaria por malestar general, síndrome febril y tos de una semana de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Como antecedentes: síndrome ansioso en tratamiento. No otros antecedentes de interés. El paciente comentaba tos con expectoración blanquecina y mucosidad nasal. No cefalea. No presentaba artralgias ni aparición de lesiones en piel. No otra sintomatología asociada. A la exploración física, temperatura de 38.5°C , saturación de oxígeno 100%, la auscultación pulmonar mostraba hipoventilación y crepitantes en base pulmonar derecha. Se realizó test antigénico y PCR covid-19 con resultado negativo. Con la sospecha de neumonía, se solicitó radiografía de tórax urgente, en la que se apreciaba condensación en base pulmonar derecha. Ante estos hallazgos, decidimos inicio de tratamiento antibiótico . El paciente presentó mejoría progresiva de la sintomatología y auscultación pulmonar normal en la revisión posterior.

Juicio clínico

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una enfermedad infecciosa respiratoria, de evolución aguda, caracterizada por fiebre, disnea, anomalías en la auscultación y presencia de infiltrado en la radiografía de tórax. La radiografía de tórax confirma el diagnóstico clínico. El tratamiento antibiótico en las NAC inicialmente es empírico, ya que no siempre es posible identificar el agente causal y la respuesta mejora cuando se instaura el tratamiento de forma precoz.

Diagnóstico diferencial

En plena pandemia, fundamental el diagnóstico diferencial con la neumonía por covid-19.

Comentario final

En el manejo de este cuadro clínico es fundamental realizar un correcto diagnóstico e identificación de las comorbilidades , con el objetivo de establecer un

tratamiento inicial rápido y evitar complicaciones. Una vez establecida la terapéutica antimicrobiana, es importante evaluar la respuesta clínica del paciente.

Bibliografía

- *1. Falguera M, Ramírez MF. Community-acquired pneumonia. Rev Clin Esp (Barc). 2015 Nov;215(8):458-67. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2015.06.002. Epub 2015 Jul 15. PMID: 26186969.*
- *2. Vicente, Liliana, & Pereira, Luis, & Sánchez, Cecilia, & Castro, Pablo (2012). Neumonía severa adquirida en la comunidad en adultos sin factores de riesgo: a propósito de un caso. CIMEL, 17(2),102-106.[fecha de Consulta 1 de octubre de 2021]. ISSN: 1680-8398.*

576/345. PALPITACIONES EN SITUACIÓN DE ESTRÉS.

Autores:

Marqués García, G.[1], Lison Pérez, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia

Descripción del caso

Varón de 24 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por palpitaciones desde hace 2 horas que han comenzado de forma intermitente mientras estudiaba para una oposición, volviéndose posteriormente continuas. Niega dolor torácico, disnea o cortejo vegetativo. Niega proceso catarral previo o fiebre. No tiene hábitos tóxicos ni precisa un tratamiento crónico. Refiere episodios previos similares que fueron diagnosticados de extrasístoles ventriculares.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta buen estado general con pulso irregular. A la auscultación cardíaca lo encontramos arrítmico, sin soplos; la auscultación pulmonar es normal. El resto de exploración por aparatos es normal. Se decide tomar las constantes vitales, presentando una tensión arterial de 128/78 mmHg, saturación de oxígeno al 99%, temperatura de 36,7ºC y una frecuencia cardíaca de 131 latidos por minuto. Se procede a realizar un electrocardiograma donde se objetiva una fibrilación auricular a 130 latidos por minuto y extrasístoles ventriculares sin otras alteraciones significativas. Se administra bisoprolol de 2,5 mg sin conseguir disminuir la frecuencia cardíaca, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias para monitorización y cardioversión.

Juicio clínico

Fibrilación auricular de nueva aparición con respuesta ventricular rápida.

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente joven sin cardiopatía previa que presenta palpitaciones, habría que realizar un diagnóstico diferencial con una crisis de ansiedad o extrasístoles ventriculares por su gran prevalencia.

Comentario final

La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más prevalente en la práctica clínica cuyos principales factores de riesgo son la edad avanzada, la hipertensión arterial y la diabetes. Sin embargo, también puede presentarse en pacientes jóvenes. Es importante un diagnóstico precoz, ya que la restauración del ritmo sinusal en los episodios de reciente comienzo permite aliviar la sintomatología, disminuir la incidencia de tromboembolia y reducir la incidencia de recurrencias.

Bibliografía

- *- Aztema CI, Austin PC, Miller E, Chong AS, Yun L, Dorian P. A population-based description of atrial fibrillation in the emergency department, 2002 to 2010. Eur J Emerg Med. 2015;22:155-61.*
- *- Martín A, Fernández I, Coll-Vinent B, Tercedor L, Arco C, Arribas F, et al. Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (actualización 2012). Emergencias. 2012;24:300-24.*

576/346. LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS: A CONSIDERAR LA IATOGENIA

Autores:

García Marrero, E.[1], Herrera González, C.[2], Cabrera Vera, M.[3], Pérez Padrón, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Añaza. Santa Cruz de Tenerife, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Duggi Centro (Dr. Guigou) - Parque Marítimo. Santa Cruz de Tenerife, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna - Mercedes. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife

Descripción del caso

Paciente mujer de 32 años, no fumadora, sin AP de interés, en tratamiento con ACHO, que acude a la consulta de Atención Primaria refiriendo dolor torácico derecho, de características pleuríticas, asociado a disnea leve de aparición brusca de un día de evolución. Tras la anamnesis describe contractura dorsal derecha de una semana de evolución, tratada con AINEs y calor local, por la que acude a una sesión de fisioterapia privada, donde se realiza punción seca en la musculatura dorsal. Después de la exploración, sugestiva de patología respiratoria, se decide derivar a hospital de tercer nivel para la realización de pruebas complementarias. Se diagnosticó un neumotórax derecho y se colocó un drenaje pleural tipo pleurocath sin incidencias, que fue retirado a las 48 horas. En la radiografía de tórax de control se evidenció una resolución completa del neumotórax.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinamicamente, eupneica en reposo y afebril. SatO2 99% con aire ambiente. ACP: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. MVC con leve hipofonesis apical derecha y disminución del frémito vocal. No signos de TVP. Resto de exploración sistematizada sin hallazgos. EKG normal. En la analítica destaca un Dímero D, normal, de 248 µg/L (<500µg/L). Resto anodino. Tras la realización de la radiografía de tórax en espiración forzada, se demuestra un Neumotórax apical derecho.

Juicio clínico

Neumotórax iatrogénico secundario a punción seca

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de dolor torácico y disnea, en pacientes femeninas y en tratamiento con ACHO, siempre debemos tener presente el TEP debida a su importante incidencia. Otros diagnósticos a tener en cuenta deben ser; la ansiedad, por su frecuencia en las consultas de Atención Primara, y el neumotórax espontáneo y la neumonía, entre otros.

Comentario final

El neumotórax como entidad, se trata de una patología potencialmente mortal y fácilmente diagnosticable en nuestras consultas de Atención primaria, apoyándonos en una exploración física rigurosa. Este caso demuestra la importancia de una buena anamnesis para dilucidar la etiología de la patología a la que nos enfrentamos.

Bibliografía

- *Uzar T, Turkmen I, Menekse EB, Dirican A, Ekaterina P, Ozkaya S. A case with iatrogenic pneumothorax due to deep dry needling. Radiol Case Reports [Internet]. 2018;13(6):1246–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.08.019*

576/349. HERPES ZOSTER COMO REACCIÓN ADVERSA DE LA VACUNACIÓN COVID-19

Autores:

Menendez Moreno, I.[1], Balongo Molina, A.[1], Martin Martínez, M.[2], Cabrera Fernández, S.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla

Descripción del caso

Motivo de consulta: Paciente de 50 años que acude a consulta por "tic" en el ojo y desviación de la comisura labial dereha.

No antecedentes de interés, no alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: Paciente de 50 años que acude a consulta por odinofagia y otalgia de 6 días de evolución y que en el día de la consulta comienza con un "tic" en el ojo dereho y desviación de la comisura bucal. No presenta fiebre ni ninguna otra sintomatología acompañante. Recibió la segunda dosis de la vacuna Pfizer 5 dias antes del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

NRL: Pupilas isocoricas y normoreativas a la luz y acomodación. Movimientos oculares externos conservados. Parálisis facial derecha sin alteracion de la musculatura frontal. Fuerza y sensibilidad conservadas, campimetría normal, signo de Bell derecho y aumento del parpadeo del ojo contralateral. No claudicación.

Afebril, Auscultacion cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos.

A los dos días, el paciente vuelve a reconsultar y se evidencia edema y eritema en oído derecho, además de vesículas minúsculas agrupadas en pabellón auricular derecho.

PPCC:

- Analítia sin hallazgos patológicos significativos.

- TC craneal: Estudio sin datos de significación patológica.

Juicio clínico

Parálisis facial periféria idiopática vs Síndrome de Ramsay-Hunt.

Diagnóstico diferencial

- Herpes Zoster ótico

- Reación adversa a la vacuna COVID-19

- Parálisis de Bell

Comentario final

- En la pauta de tratamiento de la patología incluiríamos cortioides orales como el Deflazacort, junto con Tobramicina ótica y Valaciclovir oral para el tratamiento de la infección vírica.

- Es fundamental el papel de la Atención Primaria en el seguimiento de las patologías referidas por los pacientes, para realizar una Atención Integral de su salud.

- Con este caso clínico queda evidenciada la importancia del seguimiento en este tipo de patologías, debido a los cambios que se pueden produir durante el proceso, que pueden conllevar un diagnóstico diferente y por tanto, cambios en el tratamiento.

- Existe evidencia científia de la relación entre la vacunación del SARS-Cov2 (siendo Pfizer la más destacada) con la reactivación del Virus Varicela Zoster, y la sintomatología que eso conlleva.

Bibliografía

- *Catalá A, Muñoz-Santos C, Galvan-Casas C, Roncero Riesco M et al. Cutaneous reaction after SARS- CoV2 vaccination: across-sectional Spanish nationwide study of 405 cases. British Journal of Dermatology. 2021*

576/350. EXANTEMA MEDICAMENTOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Criado Santos, C.[1], Bocero Garcia, A.[2], Gandolfo Domínguez, J.[1], Vela Sánchez, L.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 25 años sin hábitos tóxicos. Calendario vacunal completo en la infancia. Acude a nuestra consulta de atención primaria por presentar erupción

cutánea que comenzó en ambas manos, pies y tórax con extensión posterior a nalgas y raíz de miembros inferiores. Con evolución de 72 horas. Tras entrevistar al paciente sobre toma de nueva medicación o antecedentes infecciosos en días previos, destaca la toma de azitromicina 500mg hace 24 horas tras ser prescrito en servicio de urgencias por infección respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Afebril. No petequias.

Auscultación cardio-respiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Faringe hiperémica sin placas ni exudados pultáceos.

En la exploración de piel y mucosas destaca erupción eritematosa pruriginosa, que desaparece a la presión que afecta a dorso de manos y brazos, zona anterior de tórax y raíz de miembros. Sin afectación de mucosas.

Se decide suspender azitromicina y ver evolución. Con la posterior resolución del cuadro a las 72 horas de la interrupción del tratamiento.

Juicio clínico

Exantema medicamentoso en probable relación con azitromicina.

Diagnóstico diferencial

Herpangina. Exantema súbito. Rubeola. Sarampión.

Comentario final

El exantema medicamentoso es un trastorno cutáneo frecuente que puede simular otras enfermedades, por lo que es interesante su conocimiento para no indicar pruebas diagnósticas ni tratamientos innecesarios. El diagnostico es clínico, basado en las lesiones cutáneas y la resolución del mismo al retirar el fármaco.

Es importante la anamnesis exhaustiva de los fármacos, aunque nuestro caso, era sencillo puesto que el paciente no tenía pautado ningún tratamiento crónico. No siempre es así, haciendo hincapié en cambios recientes de medicación y/o introducción de nuevos fármacos. A propósito de este caso, mencionar la importancia en pacientes jóvenes, sobre la interrogación acerca de sustancias ilícitas, puesto que también pueden originarlo.

Bibliografía

- *1. Guía de Práctica de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMFYC.*
- *2. Nuñez Jaldón A, Bueno Mariscal C. Manual clínico de urgencias. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020.*
- *3. Rueda J, Cruces C, Pérez R, Villa L, Guerrero A. Exantema fijo medicamentoso por paracetamol. Caso clínico con revisión bibliográfica. Gerokomos. 2017; (28).*

576/351. MIRAR AL PASADO PARECE UNA OPCIÓN

Autores:

Pérez Padrón, M.[1], García Marrero, E.[2], Herrera González, C.[3], Cabrera Vera, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna - Mercedes. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Añaza. Santa Cruz de Tenerife, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Duggi Centro (Dr. Guigou) - Parque Marítimo. Santa Cruz de Tenerife

Descripción del caso

Mujer de 40 años de edad, exfumadora, fractura de tibia distal intervenida hace cinco años, que consulta en Atención Primaria por lesión cutánea pruriginosa de tres semanas de evolución localizada en región plantar izquierda con empeoramiento progresivo y aumento del área de extensión. Se trata de una lesión de 4x5 cm eritemato-descamativa con zonas fisuradas.

Se decide tratamiento con corticoides tópicos de potencia alta dos veces al día y se cita para control en dos semanas. La paciente refiere mejoría inicial pero

exacerbación posterior por lo que se inicia Tacrolimus pomada programando nueva cita para valoración.

Dada la escasa respuesta se inicia antifúngico tópico durante seis semanas sin mejoría por lo que se decide interconsulta a Dermatología, que realiza biopsia con diagnóstico de eccema subagudo y ante la sospecha de dermatitis de contacto por antecedente de osteosíntesis en tobillo izquierdo se realizan pruebas epicutáneas y batería de metales que resulta positiva para Berilio y Vanadio.

Tras ello, se consulta con Traumatología que programa retirada de material de osteosíntesis.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión cutánea de 4x5 cm eritemato-descamativa con zonas fisuradas en planta del pie izquierdo sobre base de cicatriz antigua en cara medial de tobillo.

Biopsia cutánea: Dermatitis espongiótica compatible con eccema subagudo.

Juicio clínico

Dermatitis de contacto por material de osteosíntesis

Diagnóstico diferencial

En cuanto al diagnostico diferencial y debido a su alta prevalencia, constituyendo un motivo de consulta frecuente, incluiremos aquellas lesiones que cursen con placas eritemato-descamativas pruriginosas como el eccema de contacto, atópico y dishidrótico, psoriasis plantar e incluso la tiña pedis.

Comentario final

La dermatitis secundaria a material de osteosíntesis es una entidad a tener en cuenta ante un cuadro de dermatitis crónica de difícil control con antecedente de implante de material quirúrgico.

Al tratarse de reacciones de hipersensibilidad retardadas tipo IV pueden aparecer incluso tras años de la implantación del material, lo que hace difícil sospecharlo si no lo incluimos dentro de nuestro diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- *1. Thyssen J.P, Johansen J.D, Menné T, Liden C, Bruze M, et al. Hypersensitivity reactions from metallic implants: a future challenge that needs to be addressed. British Journal of Dermatology. 2010; 162(2):235–236.*

576/352. NO TODO ES CUESTIÓN DE APÉNDICE EN LA VIDA...

Autores:

Guerra Falcón, J.[1], Delgado Soto, E.[2], Sariego Montiel, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraleón. Gibraleón. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Descripción del caso

Motivo de consulta: Dolor en fosa ilíaca derecha (FID).

Antecedentes personales: Lupus eritematoso sistémico asociado a Fenómeno de Raynaud.

Enfermedad actual: Mujer de 29 años que acude por cuadro de dolor de tipo continuo en FID que se irradia hacia zona lumbar derecha de 36 horas de evolución. No fiebre. No náuseas ni vómitos. Ha tomado analgesia domiciliaria, sin mejoría clínica. No síndrome miccional ni recorte de diuresis. No alteración del hábito intestinal. Desde hace 3 días presenta menstruación.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Consciente y orientada. Eupneica. Afebril. Estable hemodinámicamente.

Auscultación cardiopulmonar: Anodina.

Exploración abdominal: blando, depresible, con gestos de dolor a la palpación en FID así como en hipogastrio. No masas ni megalias palpables. Ruidos hidroaéreos presentes. Blumberg dudosamente positivo.

Puño-percusión renal bilateral: Negativa.

Se administró Ketorolaco + Metamizol + Diazepam, y se decidió derivación a Hospital para tratamiento y realización de pruebas complementarias, destacando los siguientes hallazgos:

Analítica de urgencias: Hemograma alterado con 16950 leucocitos (15730 Neutrófilos). Bioquímica alterada con Proteína C Reactiva 262.68.

TAC abdomen y pelvis: Cambios inflamatorios agudos en hemipelvis derecha, con aumento del volumen del ovario derecho, con formación multitabicada (captante) con epicentro en región anexial derecha, de aproximadamente 5 x 3.7 cm en relación con probable enfermedad inflamatoria pélvica.

Se realizó Interconsulta a servicio de Ginecología, que posteriormente procedió a ingreso hospitalario de la paciente con analgesia y antibioterapia.

Juicio clínico

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) complicada con absceso tubo-ovárico derecho.

Diagnóstico diferencial

Apendicitis aguda.

Cólico nefrítico.

Embarazo ectópico.

Torsión ovárica.

Tumor.

Comentario final

El uso de los anticonceptivos orales disminuye el riesgo de EPI.

Ante una EPI es necesario uso de analgesia, así como antibioterapia de amplio espectro.

Es recomendable realizar test de gestación en mujeres en edad fértil con dolor abdominal.

Bibliografía

- *1. M.J. Vázquez Lima, J.R. Casal Codesido. Guía de actuación en Urgencias. 5º Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.: 2017.*
- *2. D.L. Kasper, A.S. Fauci, S.L. Hauser, D.L. Longo, J.L. Jameson, J. Loscalzo. Harrison. Manual de Medicina. 19º Edición. México: Mc Graw-Hill Education: 2017.*

576/353. INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: MANEJO DE UN CASO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Fernández Martínez, R.[1], Reche Rodriguéz, A.[1], Belando Consuegra, M.[2], Espuche Jimenez, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia

Descripción del caso

Reportamos el caso de un varón de 82 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) por disnea de 3 días de evolución, en las últimas horas incapacitante. Como antecedentes, no es alérgico a fármacos, padece HTA, DM2, Fibrilación Auricular, EPOC, IAM previo en 1991, y es exfumador de 50 paquetes/año. Ha precisado múltiples ingresos para el manejo de insuficiencia cardíaca. El paciente se niega a traslado a hospital, no quiere ingresar.

Exploración y pruebas complementarias

REG. No IY. Sudoroso palidez cutánea. Tiraje costal, marcado incremento del trabajo respiratorio. Afebril. Hemodinámicamente estable, saturando de forma adecuada.

En la auscultación cardiopulmonar destacan crepitantes bibasales con roncus difusos en ambos hemitórax y arrítmico, sin auscultar soplos. Aumento de edemas, que dejan fóvea en el 1/3 inferior de ambos MMII, sin signos de TVP.

Realizamos ECG, que muestra FA 89 lpm similar a ECG previos. En ecografía, presenciamos derrame pleural bilateral.

Solicitamos analítica con proBNP: 20.000.

Juicio clínico

Ante los hallazgos en la exploración física, en la ecografía y la analítica, interpretamos cuadro clínico como insuficiencia cardíaca descompensada e intensificamos tratamiento diurético con furosemida de forma ambulatoria, con disminución de edemas y mejoría clínica de la disnea en los días sucesivos.

Se solicitó analítica de control y se realizó seguimiento los siguientes días de forma estrecha, evolucionando el paciente de forma favorable, permitiendo reducir el diurético progresivamente.

Diagnóstico diferencial

El principal diagnóstico diferencial es con patologías respiratorias (como asma, descompensación EPOC,..), infecciones respiratorias (neumonía) y estenosis mitral. También es importante preguntar por posibles desencadenantes como mala adherencia terapéutica, infecciones concomitantes, introducción de nuevos fármacos...

Comentario final

Desde AP debemos llevar un seguimiento estrecho de estos pacientes para evitar descompensaciones. El control de la dieta y el peso, así como el ejercicio nos ayudan en el manejo.

Existen casos, como el de este paciente, en los que instaurar tratamiento ambulatorio de forma precoz, disminuye los síntomas, la probabilidad de ingreso y, en definitiva, aumentando la supervivencia y la calidad de vida.

Bibliografía

- *PonikowskiP, VoorsAA, AnkerSD, Bueno H, ClelandJGF, CoatsAJS, et al. 2016 ESC*
- *Guidelinesforthediagnosis and treatmentof acuteand chronicheartfailure. EurHeartJ [Internet]. 2016 Jul [cited Oct 27];37(27):2129–200.*

576/354. "COMO SI TUVIERA UN BICHO EN LA CABEZA"

Autores:

López Chaves, D.[1], Generoso Torres, M.[1], Garzón Aguilar, J.[1], García Sánchez, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada

Descripción del caso

Varón de 30 años natural de Rumania (importante barrera ideomática) con historia de traumatismo craneoencefálico tras caída desde gran altura y diagnóstico de epilepsia focal postraumática en su país, que acude al servicio de urgencias aquejando cefalea holocraneal que le despierta por la noche y de intensidad progresiva, acompañado de cuadro constitucional y distermia. Asimismo, su acompañante aprecia comportamiento extraño en él, notándole abstraído, débil y con marcha frecuentemente inestable.

Dos visitas previas a urgencias, sin detectar hallazgos anormales en la exploración ni analítica, a excepción de leucopenia con linfopenia que achacan a proceso viral intercurrente.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Constantes mantenidas, febrícula 37.5ºC. A destacar regular estado general, cierta inatención, bradipsiquia y bradilalia. Aspecto descuidado. Neurológicamente: debilidad sutil de miembro superior izquierdo (4/5) , marcha insegura y enlentecida, aumento de base de sustentación.

- Analítica: destaca leucopenia con linfopenia (810), resto de la analítica sin hallazgos de interés

- TC Craneal: Tumoración intraaxial localizada en ganglios basales derechos, sugerente en primer lugar de neoplasia glial de alto grado (probable glioblastoma)

Se ingresa en Neurocirugía, persiste linfopenia y en RMN para completar estudio informan de múltiples imágenes focales con realce en anillo al contraste, solicitándose estudio serológico siendo positivo a

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con alta carga viral y cifras de linfocitos CD4 de 42. Finalmente se confirma el cuadro y tras inicio del tratamiento antirretroviral además de sulfadiazina + pirimetamina, se resuelven los síntomas semanas después.

Juicio clínico

Toxoplasmosis cerebral: debut de SIDA

Diagnóstico diferencial

Inicialmente se orienta a secundarismo de medicación antiepiléptica, cefalea tensional, migraña

Tras hallazgos del TC: glioma de alto grado (glioblastoma multiforme)

Tras completarse estudio con RMN, serologías y confirmar VIH: linfoma cerebral primario versus toxoplasmosis cerebral (se llega a diagnóstico tras serología IgG+ a T.Gondii y respuesta empírica al tratamiento)

Comentario final

La cefalea es un síntoma frecuente en nuestro medio. Es importante conocer los signos de alarma (red flags) de la cefalea para saber cuándo solicitar una prueba de imagen y descubrir en ocasiones cuadros aún vigentes de presentación atípica como el presente.

Bibliografía

- *E. Navas, E. Martinez-Alfaro. Infección VIH. En: J.L Rodriguez García. Green Book: Diagnóstico y Tratamiento médico. Madrid: Ed. Marban, 2019. Pgs. 93-98*

576/355. LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA EL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Matas Hernández, D.[1], Cózar García, I.[2], Olmedo Carrillo, P.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 66 años con AP de HTA, Adenocarcinoma prostático en remisión y estenosis de canal medular que acude a consulta por clínica de malestar general, insomnio, pérdida de fuerza y ganancia de peso en la última semana. En exploración destaca rubicundez facial y edemas con fóvea en MMII. El paciente refiere que ha estado en tratamiento por parte de la Unidad del Dolor con dexametasona pero que lo ha suspendido hace 10 días. Ante la sospecha de Cushing yatrógeno se solicita analítica para confirmar la sospecha.

Exploración y pruebas complementarias

Acude 10 días más tarde a urgencias por persistencia de los síntomas, con astenia progresiva, algias generalizadas, calambres en MMII y alguna caída. Dado los antecedentes se revisa analítica en la que destaca cortisol en 0.4 µg/dL (4.8-19.5 µg/dL). En exploración destaca la carga edematosa del paciente y la aparición de estrías oscuras abdominales. Ante la sospecha de Cushing yatrógeno y miopatía por deprivación corticoidea se deriva a Endocrinología preferente y se pauta tratamiento mineralocorticoideo (Hidroaltesona 20mg/8h)

Acude a consulta de endocrinología 3 días más tarde con mejoría espectacular del cuadro clínico, se confirma Cushing yatrógeno severo. Reinterrogando se destaca que el paciente llevaba tomando corticoides desde hace 2 años a consecuencia de estenosis de canal medular (prednisona 30mg, Dexametasona 2mg...) con supresión de forma brusca. Se inicia pauta descendente de corticoide para intentar su retirada, con respuesta parcial por dolor del paciente a consecuencia de su problema lumbar, asintomático desde el punto de vista endocrinológico.

Juicio clínico

Cushing yatrógeno

Diagnóstico diferencial

Síndrome Cushing primario vs Miopatía por deprivación corticoidea (Cushing yatrógeno)

Comentario final

En la consulta de Atención primaria es fundamental realizar una correcta y completa anamnesis del paciente ya que nos ayuda a orientar el proceso clínico del paciente en la mayoría de los casos. Los antecedentes personales y familiares, el tratamiento previo y actual y la clínica del paciente ayudan a realizar una correcta aproximación diagnóstica de la patología del paciente.

Bibliografía

- *Raff H, Carroll T. Cushing's syndrome: from physiological principles to diagnosis and clinical care. The Journal of Physiology. 2015;593(3):493-506.*
- *Lonser R, Nieman L, Oldfield E. Cushing's disease: pathobiology, diagnosis, and management. Journal of Neurosurgery. 2017;126(2):404-417.*

576/357. GIRO 360º, DOCTOR NO SIENTO LAS PIERNAS

Autores:

Salcedo Ballesteros, M.[1], López Carrillo, I.[2], Miñarro Llamas, M.[2], Fernández Rodríguez, L.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia

Descripción del caso

Varón de 42 años que consulta por alteración del nivel de consciencia y crisis comicial. Refiere parestesias de inicio en MII, aumentando en sentido ascendente y homolateral. Seguidamente, pérdida de conocimiento con crisis comicial de segundos de duración. Período postictal con sensación nauseosa y cefalea, con recuperación posterior progresiva. Continencia de esfínteres. Afebril. Refiere dos episodios previos similares en los últimos meses, aunque de menor intensidad que el actual.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente permanece clínica y hemodinámicamente estable.

-Exploración neurológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Alerta, lenguaje fluente sin afasias, bloqueos ni disartria. PICNR, pares craneales centrados. CV normal. Balance muscular 5/5. No alteración de fuerza ni de la sensibilidad. ROTs presentes y simétricos. No signos meníngeos y no disartria.

-Analítica de urgencias que resulta anodina, salvo gasometría venosa con acidosis metabólica y lactoacidemia.

-Se cursa TC craneal simple, informando de proceso neoformativo fronto-parietal superior derecho con herniación subfalcina y transtentorial incipiente. Ante estos hallazgos se recomienda RM programada, en que se aprecia tumoración de apariencia extraaxial, mostrando realce homogéneo tras administración de contraste, siendo altamente sugestivo de meningioma.

Juicio clínico

Crisis comicial secundaria a Lesión ocupante de espacio occipital derecha, compatible con meningioma primario.

Diagnóstico diferencial

Son varios los diagnósticos plausibles que deben ser descartados:

-Cuadro sincopal

-Vértigo

-"Drop Attack"

-Hipoglucemia

-AIT

-Pseudosíncope psicógeno

-Otros procesos neoplásicos del SNC

Comentario final

El meningioma es el tipo más común de tumor primario cerebral, identificándose varios grado, aunque se desconoce una causa exacta. El abordaje es eminentemente quirúrgico, con pauta adyuvante según el subtipo. Debe tenerse presente dentro del diagnóstico diferencial de pérdida transitoria de consciencia, para su precoz diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

- *-D. C. Weber, K. O. Lovblad, and L. Rogers, "New pathology classification, imagery techniques and prospective trials formeningiomas: the future looks bright,"Current Opinion in Neurology , vol. 23, no. 6, pp. 563–570, 2010.*
- *-E. B. Claus, M. L. Bondy, J. M. Schildkraut, J. L. Wiemels,M. Wrensch, and P. M. Black, "Epidemiology of intracranialmeningioma,"Neurosurgery , vol. 57, no. 6, pp. 1088–1095,2005.*
- *-E. Lusis and D. H. Gutmann, "Meningioma: an update,"Current Opinion in Neurology , vol. 17, no. 6, pp. 687–692,2004.*

576/358. CRÓNICA DE UN ICTUS CRIPTOGENICO

Autores:

Bautista Pino, B.[1], Buendia Moreno, T.[2], Barrera Martínez, Y.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 52 que durante la madrugada mientras trabajaba, presenta de forma brusca un episodio de afasia, agnosia, ataxia, pérdida de visión y desorientación. Se encontraba en ámbito hospitalario y fue evaluado por el Servicio de Urgencias, con hallazgo de hipertensión, junto con pruebas de imágenes

AP: Migraña sin aura, episodios de vértigos, lumbalgia; IQ; mola completa, histerectomía por miomas uterinos. No hábitos tóticos.

Tratamiento habitual: no tratamiento habitual

La paciente fue derivada a Medicina Interna, en una RMN se detectó una lesión isquémica subaguda occipital izquierda, en territorio superficial posterior de la ACM izquierda.

Se realizó una gran batería de pruebas para poder filiar el origen del proceso, detectándose mediante ecocardiograma un foramen oval permeable, siendo derivada a Cardiología. El dia en el que se iba a realizar la corrección se detecta que lo que padece es una comunicación interauricular, posible origen del ictus.

EVOLUCIÓN

En seguimiento por Cardiología, no ha tenido más episodios similares hasta el momento.

Exploración y pruebas complementarias

Pares craneales normales, campimetría de confrontación normal. No había sufrido pérdida de fuerza ni de sensibilidad, no presentaba dismetrías, Romberg negativo y la marcha era normal, no existía ataxia. No presentaba ni disartria ni afasia motora. Bradipsiquica y desorientación

Electrocardiograma normal, analítica sanguínea sin alteraciones, , RMN lesión isquémica subaguda occipital izquierda, en territorio superficial posterior de la ACM izquierda, MAPA y Holter normal.

Juicio clínico

ictus criptogénico, posible origen comunicación interauricular.

Diagnóstico diferencial

- Alteración metabolica: hipoglucemia

- Crisis epiléptica

- Estatus conversivo

- Accidente cerebrovascular

Comentario final

Lo más importante para llegar al diagnóstico fue barajar las causas más prevalentes de ictus en nuestra población, y a través del diferencial por medio de una buena anamnesis y las pruebas complementarias, enfocar el diagnóstico definitivo que hemos alcanzado.

Bibliografía

- *1. J Am Heart Assoc. Heart Rhythm Monitoring Strategies for Cryptogenic Stroke: 2015 Diagnostics and Monitoring Stroke Focus Group Report.*

- *2. Centro de información online de medicamentos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA): http://www.ema.europa.eu.*
- *3. Láinez JM. Historia natural de la enfermedad vascular cerebral, manual de enfermedad vascular cerebral. Barcelona, España, 1995.*
- *4. Alvela Suárez L et al. Guía clínica Ictus en fase aguda.Lugo: Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Servicio Galego de Saúde; 2014. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ictus-faseaguda*

576/359. ODINOFÁGIA Y FIEBRE ¿SERÁ COVID?

Autores:

López Carrillo, I.[1], Salcedo Ballesteros, M.[2], Miñarro Llamas, M.[3], Fernández Rodríguez, L.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 45 años que acude a consulta de atención primaria por dolor en región anterocervical de 1 mes de evolución, junto con odinofagia y febrícula (37.2 – 37.5ºC) casi de forma diaria y fiebre de 38ºC puntualmente, asociado ocasionalmente a otalgia.

Antecedentes personales: la paciente es alérgica al urbason (tolera dacortín) y naproxeno, presenta asma alérgico, fumadora de 10 cig/día, no hipertensa, no diabética ni dislipémica. No refiere cirugías y no precisa medicación crónica.

Se realizó varios test de antígeno rápidos para SARS-CoV-2, todos ellos negativos.

Se realizó interconsulta con otorrinolaringología, donde se descartó proceso relacionado con faringe – laringe.

En consulta se realizó anamnesis y exploración física, se realizaron pruebas complementarias: analítica sanguínea con función tiroidea y anticuerpos antitiroideos, que junto con la clínica nos permitieron dar el diagnostico de tiroiditis subaguda, siendo su tratamiento sintomático: paracetamol y dacortín en pauta descendente.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA: se palpa tiroides engrosado en región izquierda ligeramente doloroso a la palpación, sin adenopatías concomitantes.

ANALÍTICA SANGUÍNEA: TSH 0.433 uU/ml, T4 libre 1.14 ng/dl, T3 libre 2.8 pg/ml (normofunción tiroidea), VSG 38 mm/h, antiTPO negativo

ECOGRAFÍA: Tiroides moderadamente agrandado a expensas del lóbulo izquierdo con ecoestructura heterogénea, sin apreciarse nódulos ni quistes en su interior. TI-RADS 1.

Juicio clínico

Tiroiditis subaguda de DeQuervain

Diagnóstico diferencial

El dolor en la región anterocervical puede proceder de: región ORL o tiroides

Comprobando que la sintomatología no procedía de la laringe-faringe-oído sino del tiroides se realizó diagnostico diferencial de tiroiditis. Dentro de las tiroiditis diferenciamos aquellas que presentan dolor de las que no, llegando al diagnostico mediante la clínica de tiroiditis subaguda de DeQuervain.

Comentario final

Caso donde demuestra la importancia de la correcta anamnesis y exploración física, con la posibilidad de dar un diagnostico basado en la clínica: dolor y fiebre.

La tiroiditis subaguda afecta principalmente a mujeres, constituyendo la principal causa de dolor tiroideo, aparecen síntomas de hipertiroidismo en la mitad de los pacientes, por liberación de hormonas secundaria a la inflamación, evolucionando a eutiroidismo, seguido en un 25% de hipotiroidismo, con posterior recuperación.

Bibliografía

- *Cuesta Hernandez, M. Loureiro Amigo, J. Lalueza Blanco, A. Tiroides. Manual AMIR endocrinología. 12ª edición. 2020. 27-38.*

576/360. DOCTORA NO ME VIENE LA REGLA

Autores:

Marco D´Ocon, M.[1], Lascurain lapunzina, G.[2], Sánchez Escobedo, D.[1], Clemente Tomás, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel, (3) Especialista en Ginecología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Descripción del caso

Mujer de 14 años. Único antecedente asma en tratamiento con Salbutamol. Presenta desde hace 4 días clínica de tenesmo vesical, dolor abdominal hipogástrico y náuseas sin vómitos. Afebril en todo momento. Durante los últimos meses ha presentado dolor abdominal de tipo cólico, no irradiado, referido sobre todo en hipogastrio, repitiéndose de forma cíclica durante 4 ó 5 días al mes. Ha tomado paracetamol sin mejoría durante los episodios. Asocia amenorrea primaria.

Exploración y pruebas complementarias

Se palpa masa suprapúbica móvil y dolorosa. En la ecografía abdominal se observa, ocupando la totalidad de la cavidad vaginal, una lesión que se extiende a la cavidad endometrial sin fujo Doppler (avascular). A la exploración vaginal se aprecia himen imperforado y abombado de color violáceo.

Juicio clínico

Hematocolpos secundario a himen imperforado.

Diagnóstico diferencial

Adherencias labiales, septo vaginal obstructivo, quiste vaginal, quistes de ovario, agenesia vaginal, síndrome de insensibilidad a los andrógenos, prolapso ureteral, ureterocele, quiste parauretral, rabdomiosarcoma vaginal, retención vesical.

Comentario final

El himen imperforado es la anomalía obstructiva más frecuente del aparato genital femenino. Por lo general no suele presentar síntomas hasta la pubertad. Debe sospecharse ante una niña con desarrollo puberal, dolor abdominal cíclico y amenorrea primaria. Una buena anamnesis y exploración física son suficientes para llegar al diagnóstico ayudados de la ecografía abdominal. El tratamiento es la himenectomía en cruz que resuelve el cuadro de manera inmediata.

Bibliografía

- *1. González R Laura, Marín O Elena, Faíña P Virginia, García D Vanessa, Lámelas P Melania, Rodríguez F Vanesa et al . Dolor abdominal como síntoma de himen imperforado. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Oct 12] ; 80(3): 261-264. 2. I. Delgado Pecellín, V.M. Navas López, A. Rodríguez Herrera, B. Espín Jaime, A. Pizarro Martín y J.R. Rodríguez Ruiz. Himen imperforado como causa infrecuente de dolor abdominal recurrente [Internet]. Anales de pediatría. 2007 [citado 16 octubre 2021]. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-himen-imperforado-como-causa-infrecuente-articulo-13107402 3. Aguëra Font FJ, Lozoya Serrano B, Mendieta Sanz E.Masa abdominal en niñas adolescentes. Hematocolpos: a propósito de un caso. Pediatr Aten Prim, 4 (2002), pp. 89-93*

576/361. AL FINAL NO ES ANSIEDAD

Autores:

Oliveira Dias, C.[1], Martinez Del Marmol Martinez, A.[2], Valenzuela Molina, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Fami-

liar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 51 años, sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento farmacológico activo, fumador de 7,5 paquetes/año y consumidor de 10 g de alcohol diario, acudió a urgencias por dolor retroesternal, opresivo, irradiado a hombro, cuello y brazo derecho, con inicio en reposo, de varias horas de evolución, que se había mantenido estable sin impedir su actividad, agudizándose en la última hora. Asociado al dolor, sudoración, mareo y cefalea occipital con irradiación frontal. Episodio de similar una semana antes y en el día previo, de menor intensidad, que respondió a tratamiento analgésico y ansiolítico.

El paciente achaca el dolor a clínica ansiosa.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, hemodinamicamente estable, eupneico en reposo. Auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos de interés. Sin edemas periféricos.

Electrocardiograma (con dolor): Ritmo sinusal a 94 lpm, eje normal, PR regular, QRS estrecho, descenso del ST en V3-V6, de 2 mm, con cambios respecto al previo.

Electrocardiograma (tras desaparición del dolor): corrección del descenso del ST.

Analítica: Troponinas 43,4 > 138,8 > 127,1 pg/mL. Sin otras alteraciones.

Radiografía de Tórax: sin alteraciones relevantes.

Cateterismo: Enfermedad de 3 vasos revascularizados mediante tres STENTs recubiertos. Coronaria derecha dominante, con lesión del 70% proximal y resto de vaso irregular. Descendente anterior con lesión severa en tercio medio proximal del 80%. Circunfleja con lesión severa del 85% en tercio medio-distal.

Juicio clínico

Cardiopatía isquémica crónica con enfermedad de tres vasos.

Diagnóstico diferencial

Dentro de las causas cardíacas de dolor torácico es importante distinguir entre enfermedad coronaria, valvular, de grandes vasos, miocardiopatías o enfermedad pericárdica. Es también importante descartar enfermedad no cardíaca, como puede ser enfermedad gastrointestinal, musculoesquelética o respiratoria, además de enfermedad psicológica.

Comentario final

Ante un dolor torácico, aunque nos oriente a una clínica más psicopatológica, es importante indagar sobre los posible signos de alarma que nos pudieran hacer pensar en otro diagnóstico, reseñando en este caso la importancia de la realización de pruebas complementarias en estos casos, abordando un amplio diagnóstico diferencias que permita que no se omita una etiología subyacente emergente.

Bibliografía

- *Grupo Científico DTM. Green Book: Diagnóstico y Tratamiento Médico. España: Marbán; 2019.*

576/362. CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Autores:

Vázquez Benítez, A.[1], Ramos Alonso, S.[2], Díez Monge, A.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 46 años, sin antecedentes personales de interés, acude a su consulta de atención primaria por dolor abdominal de 3 semanas de duración, con perdida de apetito. El dolor comenzó en epigastrio, localizándose posteriormente en hipocondrio izquierdo, interrumpiéndole el sueño frecuentemente. Refiere perdida de 10kg en 2 meses, sin ningún otro síntoma asociado. Se le realizo una exploración abdominal que fue normal con un Blumberg dudoso. Se le solicito analítica sanguínea y análisis de muestra de

heces con prueba de H.pylori, pautándole desde consulta escopolamina y cinitaprida, notando la paciente mejoría con dicho tratamiento.

La paciente acude a urgencias hospitalarias 10 días más tarde con dolor tipo cólico intenso, localizado en hipocondrio izquierdo, sin otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias:

abdomen distendido con dolor en epigastrio y defensa abdominal, sin otros signos de interés. ACP dentro de la normalidad.

se le solicita Analitica sanguinea: PCR 35.7; triacilglicerol lipasa 92; ALT 52, leucocitos 9370 resto en rango.

RX de tórax normal. Ecografía abdominal: liquido libre intraperitoneal. TAC- abdomen: ascitis e implantes metastasicos en epiplon, peritoneo y mesenterio, implante metastasico en fundas vesicular y en hilo hepático. Masa uterina 7x7cm. Toma de biopsias gástricas: gastritis antral

Juicio clínico

Carcinomatosis peritoneal de origen ginecológico con masa uterina de 7x7 cm sugestiva de neoplasia primaria endometrial en estudio por Ginecología.

Diagnóstico diferencial

neoplasia endometrial VS neoplasia ovárica

Comentario final

El carcinoma endometrial supone en la actualidad, la 4ª neoplasia más frecuente en España, La media de edad al diagnóstico se sitúa en los 60 años, detectándose el 90% de los carcinomas de endometrio en mujeres mayores de 50 años. Es diagnosticado en una etapa temprana, susceptible de tratamiento quirúrgico, presentando las pacientes una tasa de supervivencia a 5 años de un 90%

como factores de riesgo: edad, antecedentes familiares, exposición a estrógenos, nuliparidad e infertilidad.

Existen dos categorías de cáncer de endometrio: carcinomas tipo I, asociados con niveles elevados de estrógenos, y carcinomas tipo II, los cuales no se relacionan con tales eventos hormonales.

Bibliografía

- *1 Sistema. Cáncer de endometrio-útero - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2020 [cited 2021 May 3]. Available from: https://seom.org/171-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%BAblico%20- %20Patolog%C3%ADas/cancer-de-endometrio-utero*

576/363. TALALGIA, EFICACIA DE LA INFILTRACIÓN

Autores:

García Páez, E.[1], Rodríguez Buza, C.[2], Maestre Moreno, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 79 años de edad con antecedentes personales de hipertensión y diabetes, la cual nos consulta por presentar desde hace unas 3 semanas dolor a nivel del talón del pie derecho. Refiere ser un dolor progresivo que se ha ido acentuando hasta el punto de incapacitarla para andar con normalidad. EVA 7/8. En tratamiento domiciliario con Paracetamol sin notar mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación del talón del pie derecho. Se le pide estudio radiográfico del pie donde se aprecia gran espolón calcáneo.

Juicio clínico

Espolón calcáneo.

Diagnóstico diferencial

Resulta fundamental una historia clínica minuciosa y una buena exploración física para descartar una fascitis plantar, tendinopatía aquilea, tendinopatía de

los músculos tibial posterior y/o flexores de los dedos. En nuestro caso, el estudio radiológico nos dio el diagnóstico definitivo.

Comentario final

La infiltración es una técnica sencilla y rápida (2-3 minutos), poco o nada dolorosa y que no requiere gran preparación previa, contando con un mínimo riesgo de infección. Consiste en introducir un medicamento en el interior de la articulación. El objetivo es suprimir o aliviar las molestias y mejorar la capacidad funcional.

Bibliografía

- *1. Barraquer Feu ME, Mas Garriga X. Guía de actuación en atención primaria. Infiltraciones en extremidades inferiores. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 1753-6.*
- *2. Barraquer Feu ME, Mas Garriga X. Manual de infiltraciones de la SCMFIC. Barcelona, 2002.*
- *3. Díez García MA, Del Amo López R. Manual de Práctica quirúrgica y traumatológica en atención primaria. Semergen. 2003;19-45.*
- *4. Lizan Tudela L, Balanzá Garzón A. Guía de actuación en atención primaria. Infiltraciones en extremidades superiores. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 1746-52.*
- *5. Rodríguez Alonso JJ et al. Traumatología de partes blandas. AMF 2008;4(5):244-52.*
- *6. Rodríguez Alonso JJ. Curso-taller de técnicas de infiltración y rehabilitación en atención primaria. Grupo de Traumatología en Atención Primaria. Madrid, 2005.*
- *7. Rodríguez Alonso JJ. Curso-taller de traumatología en atención primaria basado en casos clínicos. Grupo de Traumatología en Atención Primaria. Madrid, 2005.*

576/364. OTRO DOLOR TORÁCICO OPRESIVO EN PACIENTE JOVEN...

Autores:

Cabrera Vera, M.[1], Pérez Padrón, M.[1], García Marrero, E.[2], Herrera González, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna - Mercedes. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Añaza. Santa Cruz de Tenerife, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Duggi Centro (Dr. Guigou) - Parque Marítimo. Santa Cruz de Tenerife

Descripción del caso

Mujer de 36 años con obesidad grado III como antecedente a destacar. Acude a la consulta de Atención Primaria por disfagia y disfonía de tres días de evolución, asociado a aumento de volumen del cuello y limitación a la elevación de miembro superior izquierdo; con comienzo súbito, en las últimas horas, de dolor torácico opresivo. Se había realizado hacía tres días intervención endoscópica para reducción gástrica, objetivándose divertículo de Zencker que impidió la técnica. Tras exploración física completa sugestiva de patología aguda grave, con sospecha de perforación esofágica, se decide derivar a hospital de tercer nivel para completar estudio. Confirmado el diagnóstico y después de ser valorada por Cirugía Digestiva, la paciente hospitaliza y se indica intervención quirúrgica programada.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Hemodinámicamente estable. Eupneica, saturación 98%. Disfonía moderada. Enfisema subcutáneo cervical con aumento del volumen cervical. Auscultación cardiopulmonar normal.

EKG: Taquicardia sinusal sin hallazgos patológicos.

Analítica donde destacaba PCR 11,25 mg/dl, leucocitosis con desviación izquierda.

Rx tórax AP y lateral: neumomediastino y enfisema subcutáneo cervicotorácico.

TC de tórax y de cuello con contraste: importante neumomediastino y enfisema subcutáneo cervicotorácico con imagen compatible con divertículo de Zencker, con probable perforación en su aspecto lateral derecho.

Juicio clínico

Perforación esofágica iatrogénica

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras causas de dolor torácico opresivo, como pueden ser la isquemia miocárdica, la pericarditis, el dolor de tipo pleurítico (neumonía, neumotórax...), el síndrome aórtico agudo, el tromboembolismo pulmonar, el dolor osteomuscular y el origen psicógeno del dolor (ansiedad).

Comentario final

La perforación esofágica es una situación clínica potencialmente mortal cuya etiología más frecuente es la iatrogénica; siendo el dolor torácico de inicio súbito el síntoma de presentación en más del 70% de los pacientes. Debemos realizar un diagnóstico precoz apoyados en una buena anamnesis, prestando especial atención a los antecedentes personales, a fin de instaurar el tratamiento en la mayor brevedad posible y mejorar el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- *1. J.G. Córdoba-Soriano, V. Hidalgo-Olivares, E. Cambronero-Cortinas, M. Fernández-Anguita. Diagnóstico diferencial de dolor torácico: un caso de síndrome aórtico agudo. Elsevier.2014;40(2):e37-e42.*
- *2. J.J. González, T.J. Hernández, J.V. Pérez, R. Anaya. Esophageal perforation, a Diagnosis and Treatment Challenge for the Surgeon. Rev Latinoam Cir.2014;4(2):91-94.*

576/366. "UNA URTICARIA DIFERENTE"

Autores:

Marco D´Ocon, M.[1], Lascurain lapunzina, G.[2], Sánchez Escobedo, D.[1], Oquendo Marmaneu, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel, (3) Residente de 4º año de Geriatría. Hospital San José. Teruel

Descripción del caso

Mujer de 84 años con antecedentes de deterioro cognitivo y anafilaxia tras la administración de cefazolina, estudiada por alergología siendo diagnosticada de alergia a betalactámicos. Avisan de la residencia para valorar lesiones en tronco y extremidades de distribución simétrica de un mes de evolución La paciente se encuentra afebril y estable clínica y hemodinámicamente. Ha estado en tratamiento con amoxilicina por una celulitis.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física la paciente presenta ampollas y flictenas en distintos estadios evolutivos, algunas de ellas tensas, de contenido seroso y muy pruriginosas. La mayoría evolucionan a ruptura, con exudado serohemorrágico y formación de costras sobre base eritematosa. No presenta afectación de mucosas y el signo de Nikolski es negativo. Se le solicita analítica de control para el día siguiente en la que destaca leucocitos 9.870 mm3 sin alteración en su fórmula y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) 52.5.

Juicio clínico

Penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferencial

Epidermólisis ampollosa adquirida, dermatosis ampollosa IgA lineal, penfigoide cicatricial, pénfigo.

Comentario final

Ante estos hallazgos nos planteamos el diagnóstico de una enfermedad ampollosa y solicitamos interconsulta con dermatología para biopsiar las lesiones. En dicha biopsia se apreciaron ampollas subepidérmicas y en la inmunofluorescencia se vieron depósitos lineales de IgG y C3 a lo largo de la membrana basal. El Penfigoide Ampolloso es la enfermedad ampollosa autoinmunitaria más frecuente del mun-

do occidental. Afecta a adultos mayores. Se caracteriza por la presencia de ampollas tensas sobre piel normal o eritematosa, pruriginosas, con predominio en tronco y extremidades. La afectación mucosa es menos habitual que en el pénfigo. El objetivo del tratamiento es suprimir la inflamación y/o respuesta inmune. La mayoría de los pacientes requieren corticoides a dosis de 0.5-1 mg/kg/día. A pesar de ser una enfermedad autolimitada la mortalidad oscila entre 0%-40%.

Bibliografía

- *1. España A, del Olmo J, Marquina M. Enfermedades ampollosas. Medicine. 2016; 9 (47): 3090-3098.*
- *2. 1. Valenzuela F, Carvajal D, Fernández J, Morales C, Fernández A. Enfermedades ampollares autoinmunes: caracterización clínica, respuesta terapéutica y mortalidad en un centro universitario de Chile. Elsevier. 2019;5:10–5.*
- *3. Vera-izaguirre DS, Karam-orantes M, Vega-memije E. Penfigoide ampolloso. Medigraphic. 2006;7(1):27–32.*

576/367. CUANDO YA NO HAY CUIDADOR QUE CUIDE

Autores:

Gálvez López, R.[1], Lupiáñez Jiménez, M.[2], Tapia Moreno, E.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores Dr. Salvador Caballero García. Granada

Descripción del caso

Varón de 54 años con antecedentes de enolismo grave con afectación severa de SNC (atrofia cerebral-cerebelosa avanzadas y hepatopatía crónica), desnutrición calórico-proteica y tabaquismo importantes. El paciente presenta un grado de dependencia grave (BARTHEL: 30), con un 65% de discapacidad reconocida, apenas se levanta de la cama a lo largo del día y nunca sale de la casa. Su hermano menor, cuidador principal, convive con él en un domicilio donde existen malas condiciones higiénicas, actualmente en trámites de Centro de Día desde los servicios sociales tras rechazar una plaza en una residencia en su momento.

Me avisan a través de la Trabajadora Social de nuestro centro porque el hermano (cuidador) del paciente ha sido hospitalizado hace 48 horas. Los vecinos han dado la voz de alarma porque el paciente se encuentra en situación de desamparo. Acudimos al domicilio y conseguimos entrar gracias a la ayuda de una vecina.

Encontramos al paciente en su cama. No sabe explicar lo ocurrido en los últimos días ni sabe precisar si ha podido ingerir alimentos o líquidos en las últimas 48h. Se queja de molestias abdominales, niega estreñimiento y refiere deposiciones más blandas y abundantes en los últimos días. Dice no haber podido tomar su medicación habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, alerta, orientado en espacio y persona, desorientado en el tiempo. Caquexia severa, discretos signos de deshidratación. No presenta asterixis ni flapping. Constantes vitales en rango. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen excavado, blando, depresible, molesto a la palpación profunda con ruidos hidroaéreos aumentados, sin ascitis evidente. Hepatomegalia palpable no dolorosa.

Juicio clínico

Situación de riesgo social en paciente dependiente a raíz de hospitalización del cuidador principal. Desnutrición crónica y posible deshidratación asociadas.

Diagnóstico diferencial

Encefalopatía hepática descompensada. Descompensación metabólica.

Comentario final

Ante evidente situación de riesgo social se activaron los recursos sociales de manera urgente. El paciente fue derivado al servicio de urgencias hospitalario, donde fue dado de alta tras la gestión de un centro residencial urgente una vez descartadas alteraciones

metabólicas. El paciente permanece ingresado en dicho centro residencial a la espera de la recuperación funcional de su cuidador principal.

Bibliografía

- *García Casa MC, Vaquerizo García D. Cuidando al cuidador. Cuidados no profesionales. AMF 2014;10(5):267-273*

576/368. TROMBOSIS DE SENOS CAVERNOSOS POST INFECCIÓN COVID-19

Autores:

Balongo Molina, A.[1], Rodríguez García, R.[2], Oviedo López, L.[3], Menendez Moreno, I.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 78 años, que fue diagnosticada de COVID-19 en Marzo de 2020, y que acude a consulta en repetidas ocasiones por cefalea, acompañada de odinofagia, malestar general, y mialgias generalizadas tras la recuperación de la infección, que en el momento agudo fue asintomática exceptuando ageusia y anosmia que persiste desde entonces.

Exploración y pruebas complementarias

Cefalea de predominio occipital, a veces derecha y otras izquierda, de características opresivas, sin foto ni sonofobia ni vómitos que cede solo parcialmente con analgésicos. Afebril. No se evidencian signos trigémino autonómicos, no presenta aura. Exploración neurológica sin focalidad, TA normal, bien controlada con el tratamiento habitual.

La paciente se realiza AngioRMN en Medicina Privada, con resultado: Trombosis venosa de seno sigmoide y transverso derechos.

Analítica: TAG 161 ANA+ 1/320

EBT: Anticoagulante lúdico borderline, con resto de Ac antifosfolípido negativo. Resto de estudio de trombofilia sin alteraciones significativas.

Juicio clínico

Cefalea tensional vs Cefalea Post-Covid

Diagnóstico diferencial

-Trombosis de senos cavernosos post-covid

-Trombosis de senos cavernosos por Sdm Antifosfolípido

-Cefalea tensional

-Microangiopatía isquémica crónica

Comentario final

-Con este caso podemos evidenciar la necesidad de un seguimiento de aquellos pacientes con síntomas persistentes tras infección covid 19, debido a las posibles complicaciones tardías.

-En los pacientes con cefalea persistente tras la infección, es importante tener en cuenta la posibilidad de un evento trombótico como diagnóstico diferencial del proceso.

-Es importante el control de la coagulación en pacientes con clínica de cefalea persistente tras una infección por COVID-19, así como el control de la anticoagulación en los casos que sea necesaria.

Bibliografía

- *-Carod-Artal FJ. Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. Rev Neurol 2020; 70: 311-22.*
- *-Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost 2020; Mar 27.*

576/370. ISQUEMIA ARTERIAL

Autores:

Ruíz Fernández, M.[1], Fernández Navarro, N.[2], Bertos Pérez, I.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 89 años que acude a urgencias por dolor en el miembro superior izquierdo, de una hora de evolución. No refiere traumatismos previos.

No alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: HTA, DM, DL. Talasemia minor. Cardiopatía isquémico-hipertensiva.

Antecedentes de coronariografia en 2017. Ictus isquémico agudo. Hemorragia digestiva previa.

Dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Tratamiento: Enoxaparina 40 sc. Bisoprolol 1.25 1 compr/12h; Losartan 25mg 1 compr/24h; Furosemida 40mg 1 compr en desayuno. Minitrans 15 1 parceh/24h; Metformina/dapaglifozina 1 compr/24h;Simvastatina 40 mg 1comp/24h; Cafinitrina si dolor. Lorazepam 1 compr/24h; omeprazol 20 1 compr/24h;

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, demenciada, poco colaboradora, con gran deterioro y postración

Auscultación cardiopulmonar: Ruidos cardiacos arritmicos de buen tono,no soplos. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Presencia de gran masa en hemiabdomen inferior, dolorosa a la palpación. No soplos abdominales.

MMII: Edemas bilaterales sin signos de tvp.

MMSI: Palidez cutánea. No se palpan pulsos. Muy doloroso a la palpación y movilización.

MMSD normal.

Pruebas complementarias: Analitica, gasometría venosa

Rx torax: sin alteraciones. No masas. Hilios pulmonare dentro de normalidad. No condensaciones. Ict aumentado.

Rx abdomen: Abundantes gases y heces. No niveles hidroaereos. Ampolla rectal con gas distal presente.

Eco doppler arterial de miembro superior izquierdo: Se constata onda de flujo irregular y por momentos amortiguada a nivel de arteria subclavia, axilar y braquial hasta su tercio distal.No se logra constatar flujo a nivel de las arterias radial y cubital.

Juicio clínico

Isquemia arterial en miembro superior izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Sepsis

Trombosis venosa profunda

Traumatismo

Comentario final

Importancia de las constantes vitales, y toma de pulsos.

Bibliografía

- *World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2018 [acceso 21/03/2020]. Disponible en: Disponible en: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/ [Links]*
- *WHO. Statistical Information System. Causes of death: Mortality and health statsu. WHO data and statistics [Internet]. EEUU: WHO; 2014 [citado 8 Sep 2014]. Disponible en: http://www.who.int/research/en/*
- *Enfermedad arterial periférica. En: Ferri FF.Consultor clínico de medicina interna: claves*
- *diagnósticas y tratamiento. [en línea] Filadelfia: Elsevier Mosby; 2011: vol.1:p.817-31.*

576/372. DOCTOR, TENGO TOS... ¿Y EL CORAZÓN?

Autores:

Espuche Jimenez, M.[1], Belando Consuegra, M.[1], Reche Rodriguéz, A.[2], Fernández Martínez, R.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 72 años que acude a consulta de Atención Primaria por tos con expectoración blanquecina y disnea de cuatro días de evolución. Sensación distérmica asociada. Además, observamos que se sienta inclinada hacia delante, explica también un dolor torácico retroesternal inespecífico al que no da importancia. Tras hallazgos electrocardiográficos sugerentes de pericarditis, se deriva a Urgencias, donde se inicia oxigenoterapia, sueroterapia, se solicitan exploraciones complementarias y se inicia antibioterapia con Tazocel IV. Tras visualizar en TAC gran derrame pericárdico, los CCV realizan pericardiectomia y ventana pleuropericárdica. En líquido pericárdico, se aisla S. Constellatus sensible a ceftriaxona. Dado que es una flora oral conocida, se realiza TAC craneal evidenciando absceso periodontal, posible foco infeccioso primario.

Exploración y pruebas complementarias

- Tª: 35.9°C, FC: 111 lpm, FR: 40 rpm, Sat.O^2: 94%.

- AC: rítmica. AP: hipofonesis generalizada, roncus bilalerales dispersos.

- Electrocardiograma: ascenso difuso ST cóncavo sin ascensos especulares. Descenso PR.

- Analítica: leucocitos 25.15x10e3/uL, neutrófilos 82.6%, PCR 22.25mg/dL, ferritina 5739ng/mL, IL6 99.2pg/mL, LDH 1084U/L, troponinas negativas.

- Radiografía tórax: no infiltrados pulmonares. Cardiomegalia. Cisuritis LMD.

- TAC: gran derrame pericárdico con signos de pericarditis. Derrame pleural bilateral. Congestión venosa hepática.

- Pericardiocentesis: 250mL liquido purulento. Streptococcus Constellatus.

- TAC craneal: absceso periodontal primer molar superior derecho.

Juicio clínico

Pericarditis Purulenta Secundaria A Streptococcus Constellatus.

Diagnóstico diferencial

Importante diferenciarlo de un SCACEST: elevación ST convexo, localizado, no descenso PR. CK y troponina muy elevados. Dolor más brusco, opresivo, no modificación postural.

Comentario final

- Importancia de una buena anamnesis y visión global del paciente en Atención Primaria para dar voz de alarma de una patología que podía haber tenido un desenlace fatal sin un manejo precoz. La pericarditis purulenta es una entidad poco frecuente, con un 100% de mortalidad si no se trata y un 40% con tratamiento (principalmente debido a taponamiento cardíaco, toxicidad y constricción).

- Suele producirse por extensión desde un foco infeccioso bacteriano contiguo o diseminación hemática. El foco infeccioso más frecuente es el pulmón, sin embargo, en nuestra paciente se aisló Streptococcus Constellatus, presente en cavidad oral, aparato gastrointestinal y urogenital.

Bibliografía

- *Ghazala S, Golden TR, Farran S, Zangeneh TT. A rare case of pyogenic pericarditis secondary to Streptococcus constellatus. BMJ Case Rep [Internet]. 2018;2018. Disponible en: https://casereports.bmj.com/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=29592995*

576/373. DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

Autores:

Fernández Navarro, N.[1], Ruíz Fernández, M.[2], Andrés Vera, J.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 54 años. Fumador 8 cig/dia. No tratamiento habitual.

Acude a urgencias por presentar dolor cólico en cinturón en hemiabdomen inferior desde hace 24 horas que no cede tras analgesia. Niega náuseas, vómitos, alteración del hábito deposicional, exteriorización de sangrados, fiebre o síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, TA 106/78, Abdomen indurado en región periumbilical sin llegar a palpar masa, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio. RHA normales, sin peristaltismo de lucha ni ruidos metálicos. No oleada ascítica. Blumberg dudoso. Murphy negativo. Creatinina 1.48, Bilirrubina total 1.60, GPT 23, GGT 35, Hemoglobina 15.5, Hematocrito 43, Ferritina 807.1, CEA y CA19.9 negativos. Se completa estudio con ecografía y TC abdomen, observando cambios inflamatorios subhepáticos, a nivel del ángulo hepático del colon, donde se identifica una imagen de invaginación colico-cólica, con un engrosamiento más marcado de haustra en el segmento invaginado, hallazgo sugestivo de pólipo/neoplasia de colon invaginada.

Se cursa ingreso y se amplía estudio, con realización de colonoscopia y toma de biopsias, presentando neoformación no estenosante a nivel de ángulo hepático probablemente en relación con adenocarcinoma a este nivel. No se observan otras lesiones en el estudio de extensión. El paciente fue valorado por Cirugía general y se encuentra a la espera de tratamiento quirúrgico.

Juicio clínico

Neoplasia de ángulo hepático no estenosante

Diagnóstico diferencial

Neoplasia de colon, pólipos adenomatosos, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa.

Comentario final

EL cáncer colorrectal es el segundo tumor más frecuente en nuestro medio (según el género) por detrás del cáncer de pulmón y de mama, pero ocupa la primera posición cuando se considera el conjunto de la población. Desde atención primaria es muy importante incidir en la prevención primaria y secundaria con los programas de cribados de iSOH y posterior colonoscopia según resultados. En este caso nuestro paciente no había acudido a las diversas citaciones realizadas por AP para dicho cribado.

Bibliografía

- *M.R. Sánchez Pérez, M.J. Sánchez Pérez, J.A. Lorente Acosta, E. Bayo Lozano, J. Mancera Romero. Conocimientos y actitudes de los médicos de Atención Primaria de Andalucía (España) sobre la detección de personas con riesgo elevado de cáncer de mama y colorrectal. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2019; 45(1): 6-14*

576/374. IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autores:

Jurado García, E.[1], Lavado López, F.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Varón de 36 años que acude a consulta por dolor en fosa renal derecha de 48 horas de evolución no irradiado tipo cólico (lo recuerda similar a previos) acompañado de polaquiuria, urgencia miccional y fiebre de hasta 38. No hematuria ni disuria. Refiere vómitos cada 4-5 horas. No alteraciones en el ámbito intestinal. No disnea no dolor torácico.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumador de 8 cigarrillos al día. No bebedor. Colon irritable. Cólicos renoureterales de repetición tratados en cuatro ocasiones con litotricia.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a consulta: Regular estado general, normohidratado. Tensión arterial 120/83. Frecuencia cardiaca 75. Auscultación cardiaca rítmico sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda sin defensa. No masas ni megalias. Puño percusión renal derecha positiva.

Tras la exploración se realiza ecografía de aparato urinario en nuestro centro de salud: morfología y tamaño normales. No se visualiza dilatación de la vía excretora urinaria. Al realizarle la ecografía vemos que al paciente presenta dolor al toser le preguntamos sobre ello y dice que últimamente esta tosiendo un poco aunque no le da importancia. Por lo cual subimos cranealmente en longitudinal la sonda covex para visualizar parénquima pulmonar y costillas se explora ahora al paciente en sedestación de manera transversal. Se precia en todos los campos pulmonares deslizamiento pleural conservado. En campo pulmonar inferior derecho se aprecian numerosas líneas B. No se objetiva derrame pleural a la exploración de senos costo frénicos.

Tras los hallazgos y el regular estado general derivamos al paciente al servicio de urgencias.

Pruebas complementarias:

- Radiografía tórax: Consolidación en Lóbulo medio derecho con derrame pleural.

- Analítica de sangre: leucocitosis con desviación a la izquierda con elevación de reactantes de fase aguda .

- Orina positivo para neumococo.

Juicio clínico

- Neumonía neumocócica.

Diagnóstico diferencial

Pielonefritis aguda derecha / Neumonía / Fractura costal

Comentario final

El ecógrafo en una herramienta útil para el diagnóstico diferencial que junto con una buena anamnesis puede ayudar a la detección y orientación precoz de múltiples patologías. Cada día los médicos de atención primaria estamos integrando e implantado la ecografía como una herramienta más en nuestras consultas.

Bibliografía

.

576/375. PERICARDITIS COMO EFECTO SECUNDARIO DE LA VACUNA FRENTE AL COVID

Autores:

Rodríguez Rodríguez, Á.[1], Galán García, A.[1], Vegas Romero, M.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 19 años sin antecedentes de interés ni tratamientos habituales que acude a consulta de no demorable por molestias torácicas de carácter opresivo. No disnea, no relación con la postura ni otra sintomatología de interés. Como único dato reseñable, se administró la segunda dosis de la vacuna frente al covid el día anterior. Se realiza un ECG con resultados normales y se administra un diazepam en consulta con ligera mejoría. Vuelve a consultar dos días después por aumento del dolor torácico que no cede con

analgesia, asociándose disnea desde el día anterior. Se realiza ECG nuevamente, con resultado patológico, y se remite a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneico en reposo. TA 124/78, FC 89 lpm, satO2 98% basal.

Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.

ECG: Taquicardia sinusal a 112 lpm, bloqueo incompleto de rama derecha, infradenivelación ST <1 mm en V3-V5.

En urgencias realizan analítica con resultado de troponinas 1917 ng/L (pico máximo)

Juicio clínico

Pericarditis con mínima afectación miocárdica tras segunda vacuna covid.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis, ansiedad, dolor osteomuscular, isquemia miocárdica

Comentario final

El paciente fue ingresado en el servicio de Cardiología, donde evolucionó favorablemente con la administración de antiinflamatorios. El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) ha concluido que pueden aparecer muy raramente cuadros de miocarditis y/o pericarditis tras la administración de las vacunas de ARNm. Se presentan principalmente en hombres jóvenes, después de la segunda dosis de estas vacunas y en los 14 días siguientes a la vacunación. Como médicos de atención primaria debemos estar atentos a síntomas que puedan ser sugestivos de estos cuadros, y avisar a los pacientes de que deben consultar si presentan esos síntomas o similares.

Bibliografía

- *Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Vacunas frente a la COVID-19: conclusiones de la evaluación del riesgo de miocarditis/pericarditis. [Internet]. [Consultado 2 Nov 2021]. Disponible en https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2021/docs/NI_MUH_FV-11-2021_miocarditis.pdf?x58892*

576/376. OS TRIGONUM

Autores:

Muñoz Gallardo, Y.[1], Fernández Navarro, N.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 35 años alérgico a AINES, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. Acude a servicio de urgencias por dolor intenso en tobillo izquierdo y rodilla derecha tras accidente de moto.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, COC, BHyP, eupneico en reposo y hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos.

Rodilla izquierda: erosión en cara externa de rodilla izquierda. Movilidad activa y pasiva conservada, no crepitación, maniobras de exploración ligamentos y meniscos normal.

Tobillo izquierdo: dolor a la palpación en zona del maléolo interno y zona preaquilea. Ligera limitación en flexión plantar acompañada de dolor. Ligero edema perimaleolar. No hematoma.

Pulsos simétricos, no signos de TVP.

Pruebas complementarias:

RX rodilla izquierda: sin hallazgos patológicos.

RX lateral tobillo izquierdo: estructura ósea accesoria vs fractura cola astrágalo.

Juicio clínico

Síndrome del Hueso Trígono (Os Trigonum)

Diagnóstico diferencial

fractura aguda cola astrágalo, lesión del os trigonum, sinovitis del flexor largo del hallux, tendinitis aquílea.

Comentario final

Dado el proceso agudo y ante la clínica dolorosa se decide realizar inmovilización con férula posterior durante 14 días, reposo, analgesia a demanda con paracetamol y control con traumatología para ver evolución, ya que dicho proceso puede evolucionar a síndrome de pinzamiento posterior.

En la adolescencia se finaliza la osificación secundaria del cuerpo del astrágalo, en el caso que existirá anomalías en la fusión surgiría un hueso accesorio denominado os trigonum. La patología que engloba a dicho huesecillo puede pasar desapercibida, dada la baja prevalencia y la similitud al esguince de tobillo. Se debe considerar en futbolistas, nadadores o practicantes de ballet, ya que son ejercicios donde abundan la hiperextensión forzada, principal mecanismo lesional. Para confirmar diagnóstico es necesario realizar radiografía, siendo en ocasiones difícil distinguir entre una fractura o un osículo accesorio. Ayuda realizar comparación con radiografía del otro tobillo o una tomografía computarizada.

Bibliografía

- *Viladot Voegeli A. Síndrome de la cola del astrágalo [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-pie-tobillo-366-pdf-X1697219816549493*
- *Jeffrey E McAlister UU. Os trigonum syndrome. Clin Podiatr Med Surg 38. 2021;38:279-90.*

576/377. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA NO INFECCIOSA.

Autores:

Generoso Torres, M.[1], López Chaves, D.[1], Osorio Martos, C.[2], López de Priego García, V.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dúrcal. Dúrcal. Granada

Descripción del caso

Paciente de 18 años acude al centro de salud por aparición reciente de úlceras genitales dolorosas en labios menores de forma súbita. Refiere además, coincidiendo con la aparición de las lesiones, presencia de cuadro febril de dos días de evolución asociado a mialgias, odinofagia y cansancio generalizado. Niega prurito, cambios en el flujo o mal olor o clínica miccional. Comenta que no ha mantenido relaciones sexuales de riesgo y que desde hace tiempo tiene pareja estable con la que usa preservativo. Su pareja está asintomática y sin lesiones.

Tampoco refiere alteraciones a nivel gastrointestinal ni úlceras o aftas en otras localizaciones.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril actualmente. Presencia de eritema faríngeo. No se palpan adenopatías.

En genitales presenta dos ulceraciones necróticas redondeadas con base de fibrina y un halo grisáceo, en ambos lados de horquilla vulvar, simétricas.

Especuloscopia: flujo de características normales, sin mal olor. Cuello del útero sin alteraciones. Se toma muestra de exudado genital y otra muestra de exudado una de las úlceras y se realiza cultivo y PCR de diferentes microorganismos.

También se realizaron estudios serológicos de VIH, sífilis, VHS 1, VHS 2 y hepatitis.

Todas estas pruebas resultaron ser negativas.

Juicio clínico

Úlceras de Lipschütz

Diagnóstico diferencial

Herpes genital, enfermedad de Behcet, VIH, Sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide, enfermedad de Crohn.

Comentario final

Las úlceras de Lipschuz son úlceras genitales no venéreas que se acompañan de síntomas sistémicos como fiebre, odinofagia, adenopatías, mialgias y afectación del estado general. Son más frecuentes en población pediátrica.

Su etiología no está muy clara, aunque en su patogenia parecen estar implicados el VEB, Salmonella y CMV entre otros. Es caracterizada por la aparición de úlceras dolorosas, necróticas, de inicio agudo y habitualmente de distribución simétrica "en beso" o "kissing ulcers".

Se resuelven espontáneamente sin dejar cicatrices y su tratamiento es sintomático, destinado a aliviar el dolor con AINES, corticoides orales y antibióticos en caso de sobreinfección.

Estamos ante una entidad infrecuente cuyo diagnóstico es de exclusión al realizar el diagnóstico diferencial de úlceras genitales y tras descartar posibles ITS.

Bibliografía

- *Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Martinez-de-Oliveira J. Lipschütz ulcers: should we rethink this? An analysis of 33 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Mar;198:149-152.*

576/378. ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Lavado López, F.[1], Jurado García, E.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Motivo de consulta

Mujer de 73 años que consulta por síndrome constitucional caracterizado por anorexia y pérdida de peso en un mes de aproximadamente 10 Kg. Asociado a dispepsia y dolor abdominal periumbilical a los 20 minutos tras la ingesta, sin vómitos.

Exploración y pruebas complementarias

Historia clínica

-Enfoque individual:

· Antecedentes personales: Vive en medio rural. HTA, episodios de palpitaciones. Intervenida de fibroadenoma en mama izquierda. En tratamiento con Lormetazepam 2 mg, Bisoprolol 1.25 mg.

· Anamnesis: síndrome constitucional y dolor abdominal de meses de evolución, casi a diario. Refiere dolor en hipogastrio no irradiado, no cólico. Sensación de frialdad en miembros inferiores, sin cambios a la inspección. No hiporexia, pérdida de unos 10 kg de peso.

· Exploración física. Buen estado general. Consciente y orientada.

- ACR: tonos rítmicos, no se escuchan soplos. Murmullo vesicular conservado.

- ABD: ruidos hidroaéreos presentes, no timpánico. Blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral negativa.

- MMII: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

-Tratamiento y planes de actuación

Se realiza analítica sanguínea y orina normal con SOH tres veces negativas. Se realiza ecografía abdominal en centro de salud donde se observa quiste hepático, con calcificaciones.

Se deriva a consulta de Medicina Interna y se solicita ecografía abdominal reglada.

-Evolución

Se realiza ecografía abdominal de forma reglada: hígado de tamaño y ecogenicidad normales. Se observa quiste en segmento VI con múltiples tabiques hiperrefringentes que podría estar en relación con calcificaciones, de 22 x 23 x 27 mm. Quiste multitabicado hepático, con posibles calcificaciones, pero dado el antecedente de contacto estrecho con animales domésticos, se recomienda descartar quiste hidatídico.

Se solicita en consulta de Medicina Interna realización de analítica con serología para echinococcus.

Juicio clínico

Dolor abdominal crónico a filiar.

Diagnóstico diferencial

.

Comentario final

El ecógrafo es una herramienta útil para el diagnóstico diferencial de dolor abdominal que junto con una buena anamnesis puede ayudar a la detección precoz de múltiples patologías y que cada día estamos implantando más en las consultas de atención primaria.

Bibliografía

.

576/379. PÉRDIDA BRUSCA DE LA VISIÓN

Autores:

García Medero, S.[1], Barrera Martínez, Y.[2], Casini Merino, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 41 años atendida telefónicamente desde atención primaria que refiere pérdida brusca de visión del ojo derecho, indolora, de 5 días de evolución. Previamente agudeza visual disminuída en OD. Asocia mareos sin giro de objetos que relaciona con cervicalgia. Cefalea holocraneal opresiva de larga data. No otra sintomatología asociada. La semana previa fue valorada en urgencias por crisis hipertensiva. Su médico de AP la deriva a urgencias oftalmológica tras una exploración sin focalidad neurológica. Tras descartarse patología oftalmológica, se deriva a urgencias generales para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

NAMC. No hábitos tóxicos. AP: atrofia óptica del OD diagnosticada en su país de origen. Hernia discal T2-T3. Tratamiento: Loratadina, naproxeno, tramadol/paracetamol y diazepam.

- Exploración física: AEG, CyO, bradipsíquica y bradilálica, BHyP. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos ni roce. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII sin edema ni signos de TVP.

- Analítica sanguínea: sin hallazgos.

- Exploración neurológica: pupilas poco valorables por dilatación farmacológica. Hipoacusia neurosensorial derecha (Rinne negativo y Weber lateralizado a la derecha). Bradilalia y bradipsiquia. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetría en maniobra dedo-nariz. No rigidez nucal.

- TAC de cráneo: Disminución de calibre del nervio óptico derecho a valorar con la clínica.

Juicio clínico

Neuropatía óptica del ojo derecho.

Diagnóstico diferencial

Patología vascular ocular (obstrucción arterial o venosa de la retina, hemorragia vítrea, uveítis posterior) vs patología del nervio óptico (neuritis óptica, neuropatía crónica OD).

Comentario final

En el diagnóstico diferencial de alteración de la visión, hay que incluir patologías que afectan a estructuras propias del ojo, y diferenciarlas de patología proveniente del nervio óptico. Para ello es importante saber, la rapidez con la que se ha instaurado el cuadro y todos los síntomas y signos asociados.

La atención primaria supone la primera toma de contacto con el paciente y tiene una especial importancia en la exploración y el diagnóstico del paciente, siendo el nexo de unión entre paciente y atención hospitalaria.

Bibliografía

- *- Suárez-Pita D et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. Madrid. 2016.*

- *- Jiménez-Murillo L, Montero-Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.*

576/380. CALAMBRES EN EL BRAZO

Autores:

Miñarro Llamas, M.[1], Salcedo Ballesteros, M.[2], López Carrillo, I.[3], Fernández Rodríguez, L.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia

Descripción del caso

Varón de 57 años, acude a urgencias refiriendo episodios de rampas en brazo izquierdo, asociado a parestesias y limitación de la movilidad, acorchamiento facial y destellos en ojo ipsilateral, en el día de ayer, que cedió espontáneamente tras 5 minutos. Esta mañana ha vuelto a presentar calambres y pérdida de fuerza, durante unos segundos. El paciente es diabético, hipertenso y exfumador. Se decide ingreso para comenzar tratamiento con doble antiagregación

En arteriografía se confirman estenosis carotídeas BL subsidiarias de revascularización

Durante el ingreso el paciente se encuentra estable

Se da alta y se avisará para ingreso programado para angioplastia

Exploración y pruebas complementarias

TA 111/57

NRL: Funciones superiores normales. Pares craneales centrados. Balance motor 5/5 global. Sensib conervada. No dismetrías. RCP flexor BL

Analítica normal. ECG RS a 82 lpm, sin alt en la repolarización

TC CREANEAL sin evidencia de patología intracraneal.

Arteriografía de TSA y cerebral: Estenosis focal posbulbar de ACID, de 60-70%. Estenosis bulbar de ACII de 80%. No colaterales

Juicio clínico

Estenosis carotídeas BL

Episodios compatibles con AIT hemisféricos izquierdo aterotrombólico

Diagnóstico diferencial

Ante una pérdida de fuerza lo primero es diferenciar si la afectación es localizada o bien generalizada. En nuestro caso, localizada, se debe diferenciar en simétrico o asimétrico. Dentro de las posibles opciones de asimetría como nuestro paciente presenta, encontramos neuropatía por compresión, enfermedad medular, mononeuropatía múltiple, miastenia gravis, enfermedad desmielinizante, enfermedad neurológica avanza, evento cardiovascular y atrofia por desuso.

Comentario final

Un ataque isquémico transitorio es una isquemia cerebral focal que produce déficit neurológico, en cual la clínica se resuelve en menos de 24 horas, a pesar de que la mayoría duran menos de 1 hora. El infarto es muy poco probable. Se relaciona con múltiples FRC. La estenosis carotídea ocurre tras procesos ateroesclóricos y tratamiento puede ser conservador con medidas HD, farmacéuticas o invasivo. La angioplastia se basa en la colocación de un stent con el fin de dilatar la estenosis.

Bibliografía

- *Kernan WN, Viscoli CM, Furie KL, et al: Pioglitazone after ischemic stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 374 (14):1321–1331, 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1506930.*
- *Easton, et. al. "Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack:". Stroke. 40 (6): 2276–2293. doi:10.1161/STROKEAHA.108.192218. PMID 19423857*

576/381. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA EPIGLOTITIS AGUDA

Autores:

Mengual González, C.[1], López Estepa, M.[1]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos

Descripción del caso

Mujer de 26 años con alergias a pólenes y gramíneas,HTA y DM2;acude a consultas de AP por dolor faríngeo de lado izquierdo;punzante y corta evolución.Con irradiación ótica y hemicraneal izquierda.Distermia.Se solicitó PCR COVID19 y dimos tratamiento con Nolotil;sin mejoría clínica de los síntomas.A los dos días acudió por fiebre y disfagia a sólidos y líquidos.Se realizó exploración ORL y se solicitó analítica con Rx lateral cuello.Ante los hallazgos obtenidos,se derivó a SUH para continuar con el seguimiento y estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Ambulatoria:COC,eupneico en reposo.BEG. Eupneica manteniendo buenas saturaciones. Orofaringe:mínima hipermia faríngea.No cuerpos extraños.Otoscopia Normal.Sin focalidad neurológica. PCR COVID19:negativa.

Analítica:leucocitosis con desviación a la izquierda. Resto sin alteraciones.

Rx lateral de cuello:Se observaba el signo de la valécula o del dedo del pulgar.

Hospital:TAC:Engrosamiento difuso del borde libre de la epiglotis con diámetro anteroposterior de hasta 8mm yoblitera la grasa preepiglótica.Edema hipopfaringeo y piriformes. Se identifican múltiples pequeños ganglios reactivos de predominio en los niveles cervicales IIA yIIB,de características no patológicas.Engrosamiento del espacio retrofaríngeo infrahioideo,sugestivo de celulitis.

Juicio clínico

Epiglotitis aguda

Diagnóstico diferencial

Absceso retrofaríngeo o periamigdalino/Laringitis viral/Laringotraqueitis/Laringitis viral/COVID19/ Cuerpo extraño/Cáncer/Angioedema/Malformacion congénita

Comentario final

La odinofagia es uno de los motivos más frecuentes de consulta en AP.El dolor de garganta de presentación aguda es,a menudo,ocasionado por infecciones autolimitadas de la vía aérea superior. Sin embargo,también puede ser la forma de presentación de otras enfermedades potencialmente graves,como los abscesos periamigdalino o retrofaríngeo y la epiglotitis.

La epiglotitis aguda del adulto es una enfermedad poco frecuente,potencialmente grave e incluso letal,que es causada por una inflamación de la epiglotis y a menudo de otras estructuras anatómicas supraglóticas.Hasta en un 90% de los casos el microorganismo responsable es el Haemophilus influenzae tipo b,aunque pueden causarla otros gérmenes como Streptococcus pneumoniae o Staphylococcus pyogenes.

La paciente ingresó a cargo de UCI para realizar intubación orotraqueal profiláctica ante vía aérea difícil y de alto riesgo.Se pautó tratamiento en SUH con Ceftriaxona2gr y Urbason80mg y se comentó el caso con ORL sin mejoría clínica.Por ello,fue valorada por alergología para descartar angioedema hereditario familiar.Por ello,solicitamos C3,C4yC1inhibidor cuantitativo y funcional,dando resultados negativos.El tratamiento con Firazyr mejoró su sintomatología. Dada la relevancia que presenta el diagnóstico precoz de esta patología es importante tenerla en cuenta en atención primaria.

Bibliografía

- *ArumainathanUD,SiowSC,SubhaST.Adult acute epiglottitis.MedJMalaysia.2002Jun;57(2):240-1. PMID:24326662.*

576/385. NEUMONÍA EN EL ANCIANO

Autores:

Sanuy Perdrix, I.[1], Arjona González, P.[2], Bermejo Cotillo, P.[3], Sánchez Pérez, M.[4]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 84 años, monja. Alérgica a penicilinas. Antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular y accidente cerebrovascular trombótico. En tratamiento con bisoprolol 2.5mg/24h, ramipril 5 mg/24h, furosemida 40 mg/24h, edoxaban 30 mg/24 horas y digoxina 0.25 mg/24h. Acude a nuestra consulta por lumbalgia mecánica que se trata con analgésicos. Tras 7 días, la paciente vuelve a consultar por aparición de febrícula, aumento de disnea, persistencia de malestar y aparición de deposiciones diarreicas; a la auscultación presentaba crepitantes y roncus bilaterales, por lo que derivamos a urgencias por sospecha de proceso neumónico en paciente frágil. Tras realización de TC toraco-abdominal que describe leve derrame pleural y pequeño proceso neumónico, administran dosis de antibiótico intravenoso y prescriben antibiótico domiciliario. La paciente, a las 48 horas vuelve a acudir a urgencias hospitalarias por no mejoría clínica, con aumento del deterioro general, además de desorientación, náuseas y vómitos, junto con disnea de mínimos esfuerzos y ortopnea; tras realización de nuevo TC torácico encuentran condensación en lóbulo superior izquierdo (LSI) y lóbulo inferior izquierdo (LII) y derrame metaneumónico, iniciando antibioterapia empírica intravenosa e ingresando en planta de enfermedades infecciosas, con correcta evolución durante el ingreso, siendo dada de alta y con posterior revisión en consulta con estabilidad clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, taquipneica y sudorosa. Palidez mucocutánea. Algo desorientada, fiebre de 38'5ºC. Tensión Arterial 90/60 mmHg. SatO2 96%. Auscultación cardio-pulmonar: tonos arrítmicos, sin soplos, roncus en ambos campos pulmonares y crepitantes húmedos en ambas bases. Rx tórax: condensación en LSI y LII con derrame pleural bilateral. TC tórax: derrame metaneumónico con condensación en LSI y LII. Analítica Sanguínea: Hb 11, Leucocitos 19.000 (Neutrófilos 15.000), PCR 200, resto sin hallazgos.

Juicio clínico

Bronconeumonía con derrame pleural metaneumónico izquierdo.

Diagnóstico diferencial

IC Descompensada, Tuberculosis pulmonar, Neoplasia pulmonar.

Comentario final

Las infecciones respiratorias pueden presentar menor expresividad clínica, con sintomatología más larvada y progresiva, pero a la vez, con mayor intensidad; además de suponer mayor riesgo de complicaciones y posibles ingresos hospitalarios.

Bibliografía

- *Postma DF, Van Werkhoven CH, Van Elden LJ, Thijsen SF, Hoepelman AI, et al; CAP-START Study Group. Antibiotic treatment strategies forcommunity-acquired pneumonia in adults. N Engl J Med. 2015;372(14):1312-23.*

576/387. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER RENAL TRAS HEMOPTISIS

Autores:

Mata López, M.[1], Méndez Ezquerra, A.[2], Aguilera Montaño, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería, (2)

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Abla. Abla. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería

Descripción del caso

Paciente de 70 años con antecedentes personales de colitis ulcerosa, infección crónica por VHC, fumadora derivada a neumólogia por episodio autolimitado de hemoptisis además presenta dolor costal de años de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Tac torácico. Bronquiectasias cilíndricas de predominio central sin signos de complicación actual y atelectasias laminares basales. Tumoracion en región interpolar de riñón derecho de 39 mm altamente sospechosa de malignidad.

Espirómetria fev1/fvc 78. Fev1 2,62 fvc 3,35

Juicio clínico

Carcinoma de células renales de células claras

Diagnóstico diferencial

Bronquiectasias, pleuritis, cancer pulmonar, cancer renal

Comentario final

A la paciente se le realiza una nefrectomía derecha y al año se objetiva lesión metástasica en L1 y D12 que ocupa parcialmente el canal medular tras lumbalgia por mal gesto al coger peso. Dada la edad y ausencia de comorbiliddd y supervivencia estimada se decide corporectomia lumbar y fijación.

Bibliografía

- *CAlonso Pérez Y, Toscano Pardo JM. Diagnóstico temprano de las neoplasias renales desde Atención Primaria. Serie de casos. fml. 2017; 21(20):4p*
- *Guía clínica sobre el carcinoma renal*
- *B. Ljungberg, N. Cowan, D.C. Hanbury, M. Hora, M.A. Kuczyk, A.S. Merseburger, P.F.A. Mulders, J-J. Patard, I.C. Sinescu*
- *© European Association of Urology 2010*

576/390. MANEJO DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Mata López, M.[1], Méndez Ezquerra, A.[2], Aguilera Montaño, C.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Abla. Abla. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería

Descripción del caso

Paciente de 89 años que tras múltiples consultas en urgencias sin ingreso presenta diarrea intermitente de dos meses de evolución que se hace más copiosa y frecuente en el último mes. El paciente presenta encamamiento progresivo y astenia.

Exploración y pruebas complementarias

Analitica : urea 74 mg/dl, crea 1,86 mg/dl, sodio 133 mEq/l, PCR 71,94 mg/L , hb 10,g/dl, hto 29,5%. Leucocitos 4,500.

En analitica de control a la semana tras hidratación presenta:

Crea 1,49 mg/dl.

Cultivo de heces:

-C.difficile GDH(glutamato deshidrogenasa) positivo y toxina A/B positivas.

Juicio clínico

Infeccion por clostridium difícile.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de instestino irritable , infección por parásitos, infección por otras bacterias, cancer colorrectal.

Comentario final

El paciente se negaba al ingreso hospitalario así que fue tratado en domicilio con seguimiento por el mé-

dico y enfermería. Se tomaron las siguientes medidas generales: reposición hidroelectrolítica, retirar fármacos IBP o fármacos que afecten a la motilidad intestinal. Al tratarse de un primer episodio no grave y mantener vía oral se trató

-Vancomicina 125 mg/ 6 horas via oral.

-Una alternativa seria metronidazol 500 mg/8 horas.

Se explicaron las medidas de aislamiento necesarias a tomar a la familia: el paciente debia tener su cuarto de baño propio, debían ponerse bata y guantes al entrar a su habitación y quitárselo antes de salir, lavarse las manos con agua y jabón etc

Bibliografía

- *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la infección por Clostridioides difficile: Guía oficial de práctica clínica de la Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y del grupo de trabajo de Infección Postoperatoria de la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEDAR)*
- *Actualización sobre infección por Clostridium difficile en el paciente mayor.Updated review of Clostridium difficile infection in elderly.Cristina Bermejo Boixareua, Pablo Tutor-Uretab, Antonio Ramos Martínezb a Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España*

576/391. LA ATENCIÓN PRIMARIA TAMBIÉN ES ESENCIAL

Autores:

Carrillo García, L.[1], Rodríguez Rodríguez, Á.[2]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 23 años sin antecedentes personales de interés que consulta telefónicamente por aparición de "bulto" en zona supraclavicular izquierda hace 5 días. Refiere ser de unos 3 centímetros y consistencia dura. Refiere sudoración nocturna. Niega fiebre, vómitos, diarrea, viajes a otros lugares, relaciones sexuales de riesgo, dolor de garganta o pérdida de peso.

No fumadora ni consumo de tóxicos.

Cito a la paciente de forma presencial para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normohidratada y normocoloreada.

Cabeza y cuello: no adenopatías cervicales. Cavidad oral no eritematosa. Se objetiva adenopatía supraclavicular izquierda de unos 3 centímetros de diámetro de consistencia firme y dura, no móvil y adherida a planos profundos. No doloroso a la palpación. No adenopatías contralaterales. No edema en esclavina.

ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

No adenopatías en región axilar o inguinal.

Exploración neurológica: sin focalidad.

AS: Hb 11.5, Plaquetas 399.000, Leucocitos 10.870, Neutrófilos 8.520, Función renal en rango, LDH 283, Proteíans totales 8.5, PCR 29.6. Serología vírica negativa, proteinograma normal y VSG 41.

RX TÓRAX: Aumento de línea paratraqueal derecha, ensanchamiento mediastínico. Cito para TAC de tórax con contraste:

Conglomerados adenopáticos mediastínicos, paratraqueales altos derechos e izquierdos y subcarínicos.

BAG: Linfoma de Hodgkin subtipo nodular.

Juicio clínico

Linfoma Hodgkin

Diagnóstico diferencial

Adenopatía inflamatoria/infecciosa/reactiva. Adenopatías metastásica.

Comentario final

A pesar de que las tumoraciones cervicales son un motivo de consulta frecuente en nuestra consulta de AP la mayoría engloban una patología benigna. No obstante, hay que tener presente que un pequeño porcentaje es de etiología maligna como nuestra paciente, y es muy importante tener en cuenta los signos o síntomas de alarma para realizar un diagnóstico adecuado que, en ocasiones se ve dificultado por las demoras en pruebas y citas con otro nivel asistencial que no están en nuestra mano, y tendremos el importante papel de ofrecer información y apoyo al paciente y su familia durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y posterior evolución de la enfermedad. A pesar de esto este caso clínico demuestra que la accesibilidad a nuestra especialidad es una de las características primordiales.

Bibliografía

- *Navas Almodóvar MR, Riera Taboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías clínicas de Fisterra; 2006. Disponible en: http://www.Fisterra.com*

576/392. DOLOR EN PALMAS TRAS INFECCIÓN POR COVID19

Autores:

López de Priego García, V.[1], Gámiz Gámiz, M.[2], Cano Talavera, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barriada El Naranjo. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 83 años que acude a consulta de Atención Primaria refiriendo que presenta dolor tipo quemazón en palmas de las manos y plantas de los pies desde el ingreso por infección de COVID19 junto con cambios en la coloración a amoratado de la piel de ambas zonas e hinchazón. Comenta que se levanta peor y va disminuyendo a lo largo del día, pero presenta dificultad para realizar sus tareas cotidianas. Como antecedentes personales la paciente presenta hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 e insuficiencia venosa en miembros inferiores. Toma de tratamiento metformina y captopril.

Exploración y pruebas complementarias

En el momento de la exploración la paciente refiere un dolor moderado y observamos zonas de eritema en las palmas de las manos y las plantas de los pies de forma asimétrica con aumento de la temperatura local. No presenta alteración en la movilidad ni en la sensibilidad táctil de ambas partes.

Se realiza analítica de sangre con bioquímica, hemograma y coagulación en la cual no se observan trastornos de coagulación, en la bioquímica no destacan datos de interés y presenta una leve anemia normocítica con una hemoglobina de 11 g/dl, con un recuento de series normales, sin células inmaduras.

Juicio clínico

Posible Eritromelalgia secundaria

Diagnóstico diferencial

Eritromelalgia secundaria vs Fenómeno de Raynaud.

Comentario final

La eritromelalgia es una entidad clínica rara que se caracteriza por presentar zona con dolor tipo urente o quemazón, coloración de la piel eritematosa o violácea e hipertermia. Suele afectar en los pies aunque muchas veces se acompaña de afectación en manos. Se debe a una alteración de la microcirculación de las zonas afectas, con aumento de la circulación y alteración del sistema nervioso simpático. Puede durar de minutos a horas, empeora con el calor y mejora con el frío. Un 40% es de causa idiopática, aunque es frecuente que sea secundario a trastornos mieloproliferativos o puede darse en personas que padezcan hipertensión arterial, insuficiencia venosa o diabetes. Algunas formas responden a tratamiento con ácido

acetilsalicílico (AAS) y como medidas generales se recomienda elevación del miembro, frio local y reposo.

Bibliografía

- *Mark DP, D., MD and FAAD, 2021. Erythromelalgia. UptoDate. Available: <https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/erythromelalgia?search=eritromelalgia&source=search_result&selectedTitle=1~57&usage_type=default&display_rank=1> [Accessed 2 November 2021].*

576/393. DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Autores:

Fernández Rodríguez, L.[1], Salcedo Ballesteros, M.[2], Concepción Lopez, I.[1], Miñarro Llamas, M.[3]

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia

Descripción del caso

Varón de 29 años que acude a Urgencias por epigastralgia, diarrea, vómitos profusos y fiebre de 38,5ºC desde las 6 de la mañana de hoy. Ahora asocia mareo, náuseas, dolor torácico y vómito hace dos horas. Comenta que no ha comido nada y que tiene vómito directo al ingerir. No refiere transgresión dietética. No ambiente epidémico.

Vacunado para COVID-19 con Pfizer en dos dosis, siendo la última en Ago 2021.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada. BEG. NH Y NC . Eupneico en reposo.

AC: Rítmico, sin soplos. Taquicárdico

AP: MVC, sin ruidos patológicos

ABD: Blando y depresible con intenso dolor. Muy doloroso a la palpación superficial y profunda en todo el hemiabdomen derecho, sobre todo en FID e HCD, con defensa involuntaria. No masas ni megalias. Posibles signos de irritación peritoneal con defensa: Blumberg (+), McBurney dudoso, Rovsing (-), Murphy (+), Psoas y obturador no valorables por dolor intenso. Peristaltismo conservado

MMII: No edemas ni fóvea. No signos de TVP

Analitica: Leucos 17.15 Neutros 15.64 PCR 2.18 Bi. 2

Eco abd:Apendice fecal con signos inflamatorios.

Juicio clínico

Apendicitis aguda

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis aguda

Divertículo de Meckel

Enfermedad de Crohn

Hernia encarcerada

Trombosis mesentérica

Diverticulitis cecal o sigmoidea

Colecistitis

Pancreatitis aguda

Alteraciones urinarias (litiasis renal, infección del tracto urinario)

Absceso del psoas ilíaco

Comentario final

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice cecal y constituye la enfermedad intraabdominal más frecuente, con máxima incidencia en la pubertad y hasta los 30 años, aunque se puede producir a cualquier edad.El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por lo que es importante una buena anamnesis y exploración física valorando los signos y síntomas. La ecografía se puede considerar como la prueba de imagen inicial ya que es un estudio simple, de bajo coste, accesible e inocuo.El tratamiento de elección es la apendicectomía mediante un abordaje laparoscópico o abierto. Las complicaciones se relacionan

fundamentalmente con el retraso diagnóstico - Puede aparecer infección peritoneal localizada (absceso, plastrón) o difusa (peritonitis), íleo paralítico, pileflebitis (tromboflebitis de la vena porta) y sepsis de origen abdominal.

Bibliografía

- *Aranda Narváez JM, Montiel Casado MC, González Sánchez AJ, Jiménez Mazure C, Valle Carbajo M, Sánchez Pérez B, et al. [Radiological support for diagnosis of acute appendicitis: use, effectiveness and clinical repercussions]. Cir Esp. 2013;91(9):574-8*

Índice de Autores

A

Abad Sánchez, S.....41
Abril Rubio, A.....38, 39, 41, 43, 293
Abril Rubio, J.....38
Acosta Escasúa, C..... 156, 185
Acosta Navarro, G..... 67, 101, 102
Adame Herrojo, M.....59, 123, 146, 216
Adame Sanz, L 120, 122, 126, 127, 151, 169, 192, 205
Aguayo Sánchez, C.....40, 271, 274
Aguilera López, M.....34
Aguilera Maestre, E.....32
Aguilera Montaño, C.....324, 325
Aguirre Muñoz, J.....3, 9
Al Fazazi, S 189, 190
Alarcón Hidalgo, M 168
Alba López, M..... 110
Alberich Cea, R 130, 173, 187
Alberro Hidalgo, J..... 138
Alcalá Partera, J.....5, 7, 31
Alcalde Molina, M 83
Alcázar Navarrete, B.....26
Aledo Guirao, R.....93
Alfaro Greciano, R 7, 10, 25
Alonso Alcalde, J 217
Alonso Gallardo, M.....40
Alonso Gil, B 159, 161, 200, 202
Álvarez de Cienfuegos Sánchez, N.....182, 281
Álvarez González, A 254
Álvarez Luque, M.....157, 175, 180, 212, 264
Álvarez Rivas, J 5, 6, 17
Álvarez Valle, M..... 102
Álvarez-Cienfuegos Rodríguez, J..... 265
Andrade Almecija, A 237, 245, 248, 276
Andres Bosi, M 171
Andrés Vera, J..... 62, 71, 80, 235, 273, 316
Antón Martínez, A 93
Aparicio Gallardo, M.....244, 246, 248, 250
Aparicio Gallardo, V 78, 79
Aranda Domínguez, L.....89, 114, 121
Arjona González, P 2, 4, 8, 12, 38, 39, 41, 43, 58, 184, 324
Arrebola Galeote, M 76
Arroyo Morales, R..... 107
Asensio Sánchez, C 44
Atienza Martín, F.....2, 6, 7, 9, 19, 25, 42, 44
Ávila Álvarez, L..... 185

B

Balongo Molina, A 297, 313
Baquerizo Gallardo, J.....223
Baquerizo Pérez, I 271, 285
Barbosa Cortés, M 59
Barrera Martínez, Y 284, 305, 321
Barrera Pérez, L.....195, 253
Bartolomé Menéndez, I 114
Bastías Villar, M 108, 196, 214, 227, 233
Batista Cruzado, J.....74
Bautista Pino, B 280, 305
Becerra Serrano, A 224
Belando Consuegra, M 82, 277, 295, 301, 315
Bellaaziz Belaaziz, S 234
Bento López, A 93
Bento López, P 93
Bermejo Cotillo, P..... 278, 293, 324
Bertos Pérez, I..... 313
Bimbela Pedrola, JL.....3, 5
Blanco Capitán, M.....177, 178, 226
Bocero Garcia, A 298
Boillat Oriani, G.....92
Bonilla Palomas, JL 7
Borrás Estrada, J 49, 94, 219
Borrego García, A.....147
Borrego Goncer, M 57, 66
Borrero Díaz, V 148, 230, 235
Bosi, M..... 113, 164, 167, 171
Brata, C 65, 232, 259
Braza Gómez, P.....142, 159, 161, 197, 200, 202
Briones Barreiro, M.....9, 27
Buendia Moreno, T 280, 282, 305
Bueno Navarrete, P.....104, 106, 132
Bujalance Zafra, M 107
Burgos Forte, C 147, 155, 228, 241

C

Cabrera Fernández, S.....297
Cabrera Vera, M 265, 294, 297, 299, 310
Cabrerizo Carvajal, A..... 2, 7, 9, 25
Cabrerizo Domínguez, S.....233

Calderón Rodríguez, A 53, 54
Camacho Cerro, L 143, 150, 152, 153, 215, 231
Campillo Tomaino, F 63
Cano Mora de Saavedra, M 77
Cano Talavera, M 60, 68, 327
Canto Martín, C 102
Cañizares Martín, R 17
Capilla Díaz, S 4, 7, 15
Cardeñosa Márquez, M 70
Carmona García, M 224
Caro Bautista, J 4, 29
Carrillo García, L 326
Carrillo Martínez, M 128
Carrion Maruny, M 139, 189, 190, 238
Carro Sánchez, D 285
Casares Gomez, N 36
Casas Sanjosé, C 272
Casini Merino, M 199, 280, 282, 321
Castañeda Díaz, I 166, 203, 229
Castaño Durán, C 274
Castilla Castillejo, J 120, 122, 126, 127, 192, 205
Castillo Lorente, A 133
Castillo Moraga, M 2, 6, 8, 9, 21
Castro Torres, M 42, 44
Castro Vargas, J 240
Celotti Orozco, M 148, 208, 230
Cerezo Sánchez, P 21
Chacon Caso, P 40
Chavez Gata, L 139, 189, 190, 238
Cherino Navarro, J 4, 8, 15
Clemente Tomás, C 307
Concepción Lopez, I 328
Cózar García, I 83, 303
Crespo Díaz, T 286, 287
Criado Santos, C 185, 219, 223, 298
Cruz Molina, C 148, 208, 211
Cruz Pérez, A 270
Cuesta Plata, A 224
Curto Otero, J 134, 257

D

Damián García, R 90, 118, 121, 128, 227
de Hita Molina-Bailén, L 112, 113, 170
de Los Reyes Rodríguez, D 115
de Toro Torres, E 224
del Milagro Vázquez, A 109, 227, 256
del Paso Cañigueral, L 247, 248, 251
del Pino Castaño, R 244, 249, 250
del Rio Márquez, P 158
Delgado Cerpa, Á 91
Delgado Soto, E 270, 300
Díaz Cerrillo, J 4, 8, 15
Díaz Romero, J 219, 223, 271, 285
Díaz Sarmiento, S 145
Diaz-Crespo Mora, B 95
Díez Monge, A 308
Domínguez Fernández, Y 274
Duarte Fernandez, J 75, 76
Durán Barrantes, I 156

E

El Guartit Zouagui, R 248, 266, 276
Espejo Marín, M 213
Espejo Pérez, B 35
Espínola García, E 7, 10, 25
Espinosa Barta, P 32
Espuche Jimenez, M 82, 277, 301, 315
Estepa Torres, A 83
Estrada Ortiz, P 170, 171

F

Fernández Aranda, M 51, 184, 240
Fernández Bernal, N 61
Fernández Bersabé, A 81, 165, 172, 236, 258, 291
Fernández Berzosa, T 138, 166, 229
Fernández Carranco, C 49, 94, 219
Fernández de Alba Porcel, I 9, 10, 27
Fernández Isla, L 4, 9, 11
Fernández Martínez, R 82, 277, 301, 315
Fernández Navarro, N 273, 313, 316, 318
Fernández Oropesa, C 35
Fernandez Reyes, A 33, 52
Fernández Rodríguez, J 5, 6, 8, 17, 20, 77
Fernández Rodríguez, L 304, 306, 322, 328
Ferrer Collantes, M 217
Ferrer Frías, M 7
Ferrer López, I 42
Ferrer Sorolla, R 258
Filella Sierpes, A 91
Flores Guardabrazo, C 101, 102
Flores, O 65, 232, 259
Fonseca Del Pozo, F 34
Franco Cobo, J 47
Franco Márquez, M 120, 122, 126, 127, 192, 205, 207, 267

G

Galan Barrena, J 243
Galán García, A 199, 260, 261, 263, 272, 317
Galán Rico, J 258
Galián Ordóñez, A 119, 130, 135
Gallego Iglesias, M 119, 139, 141
Gallego Martinez, J 115, 155, 228, 241
Gallo Fernandez, C 49
Gálvez López, R 312
Gálvez Ramírez, F 6, 30
Gámiz Gámiz, M 222, 225, 327
Gandolfo Domínguez, J 271, 285, 298
Gaona Cabello, E 142
Garcés Alonso, C 178
García Arjona, Á 62, 99
García Becerro de Bengoa, M 181, 186
García Bonilla, A 8, 10, 26
García Claros, A 9, 10, 27
García Gallego, A 65, 232, 259
García García, J 168
García González, J 9, 28
García Guil, L 277
García Marrero, E 294, 297, 299, 310
García Martín, Á 196, 200, 227
García Martín, C 5, 8, 17
García Martín, E 237, 245, 293
García Medero, S 282, 284, 321
García Morales, V 267
García Onieva, F 208, 211, 235
García Páez, E 309
García Prat, M 216
García Ramos, E 181, 186
García- Revillo Fernandez, J 205
García Rodríguez, I 152, 183
Garcia Ruiz, T 35
García Sánchez, F 108, 109, 112
García Sánchez, M 60, 68, 302
García Santos, G 188
García-Delgado Morente, A 42
García-Revillo Fernández, J 122
Garica Martin, E 248
Garrido Montenegro, G 129, 177, 178
Garzón Aguilar, J 302
Gascón Jiménez, J 34
Gascon Veguin, S 89
Gasset Giráldez, J 55, 56, 85
Gasull Molinera, V 5, 7, 31
Generoso Torres, M 302, 319
Gil Aguilar, V 129
Gil Martín, B 183
Ginel Mendoza, L 5, 8, 16
Girón Prieto, M 193, 194, 198, 204
Gomes Porras, M 167
Gómez Albarracín, E 266, 272, 276
Gómez Jiménez, M 243
Gómez Nieves, O 105, 116, 117
Gómez Pagés, I 152
Gómez Pascual, T 195, 253
Gómez Sánchez, L 73, 84
Gómez Vargas, F 49, 94, 219
González Cosano, L 110, 125, 165, 172
Gonzalez Guitia, M 35
González Moles, L 193, 194, 198, 204
González Vico, C 62, 99
Goreva, A 36, 37
Granados Alba, A 60, 68
Guerra Falcón, J 234, 270, 300
Guerra Pérez, B 141, 163, 173, 174, 187
Guerrero Cano, C 47
Guillén Montero, M 62
Guisado Rodríguez, M 209, 212, 252
Guisasola Cárdenas, M 32, 46, 262, 288
Gutierrez Guerrero, P 267
Guzmán Quesada, E 36, 37

H

Hammad Al-Aji, A 82
Herguedas Herguedas, L 239, 241, 254
Hernández Ríos, E 252
Herrera Fernández, F 9, 28
Herrera González, C 294, 297, 299, 310
Herrero Reyes, J 87
Hervás Jeréz, J 40, 118, 121, 227
Hervás Molina, A 40
Hidalgo Martín, F 36, 37, 39
Hidalgo Requena, A 5, 8, 16
Hidalgo Rodríguez, A 32, 46, 288
Hidalgo Sánchez, A 262
Hita Rodríguez, M 133, 182
Hormigo Pozo, A 6, 30
Hussein Alonso, D 145

I

Ibáñez Lozano, A 152

J

Jarillo Castro, P 67, 101, 268
Jiménez del Marco, N 53, 54
Jiménez Muñoz, N..... 55, 56, 85
Jiménez, Á 52
Jurado García, E 316, 320
Jurado Mancheño, M 40, 271

L

Lara Carvajal, A..... 50, 78, 79
Lascurain Lapunzina, G 209, 258, 307, 311
Latorre Rodríguez, L 176
Lavado López, F 278, 316, 320
Lázaro Marmol, J 34
Lebrón Martínez de Velasco, C..... 264, 284
Leiva Cepas, F..... 2, 4, 8, 15
Lemos Pena, A 65, 232, 259
León García, J 98, 131
Linares Canalejo, A..... 61, 111, 140, 154
Lison Pérez, M..... 82, 295, 296
Llorens Falcetti, L 147, 188, 228, 241
LLoris Moraleja, C 182
López Carrillo, I..... 304, 306, 322
López Chaves, D 60, 302, 319
López Chávez, D 32, 46
López de Priego García, V 68, 222, 225, 319, 327
López Estepa, M..... 97, 213, 221, 323
López Gómez, J..... 57, 66
López León, L 125
López Ramón, I..... 33, 52
López Torres, G 52
Lorenzo Hernandez, M 36
Louise Rewaj, C 178
Lozano Kolesnikov, V..... 62, 67, 73, 235
Lucas Perez, P..... 87
Luna Barrones, I..... 116, 117
Luna Zamora, R..... 113, 171
Lupiáñez Jiménez, M..... 124, 217, 312
Lupiáñez Ramírez, M 47
Luque de Haro, E 69

M

Macías Beltrán, I..... 111, 140
Madrid Martos, M..... 62, 99
Maestre Moreno, M..... 309
Mairena Fernández, V 147, 188
Mancera Romero, J 2, 4, 6, 8, 10, 26, 29, 30
Manrique Ovejero, G..... 239, 241, 254
Manzano Guzmán, A 72
Maraver Zamora, M..... 243
Marco D´Ocon, M..... 209, 258, 307, 311
Marcos Alonso, C 74
Marín Pedrero, M 206, 255
Marqués García, G..... 295, 296
Márquez Estudillo, M..... 71, 104
Martín Brioso, E..... 61
Martín Castaño, B..... 50, 78, 79
Martín Enguix, D..... 5, 9, 18, 27, 32, 46, 262, 288
Martín Guerra, L..... 89, 90, 114
Martín Hidalgo, A..... 239, 241, 254
Martín Mañero, C..... 49, 121, 227
Martin Martínez, M..... 297
Martín Nicás, C 36, 37
Martín Riobóo, E..... 49, 90, 121, 128, 227
Martín Romera, R..... 47
Martín Romero, D..... 129, 178, 226
Martínez - Zaldivar Moreno, M..... 32
Martinez del Marmol Martinez, A 162, 307
Martínez del Río, M..... 105
Martinez Moreno, E 264
Martínez Navarro, I 47
Martínez Ruíz, J..... 191, 194, 269
Masía Perpiña, Ó 283
Mata López, M..... 277, 279, 324, 325
Matas Hernández, D..... 83, 303
Matos Martínez, S 279
Medina Arevalo, B 242
Medina Cobos, A..... 100, 103, 149, 193, 194
Medina Gámez, J..... 103, 144, 149
Mejías Estévez, M..... 2, 4, 8, 11
Melgares Ruiz, R..... 77
Mena Zurita, J..... 134, 200
Méndez Ezquerra, A..... 277, 279, 324, 325
Menendez Moreno, I 297, 313
Menéndez Polo, P..... 136, 137, 142, 176, 197
Menéndez Sagrado, P..... 222
Mengual González, C 213, 221, 323
Miguel Moreno, M..... 216
Milia Pérez, F 107
Miñarro Llamas, M..... 304, 306, 322, 328
Miralles Pérez, M..... 93
Miranda García, A..... 71
Moleón Bellido, M 292
Molina Cabrerizo, D 162

Molina Moreno, J 51, 184, 240
Molinero Delgado, L 74
Monsalvo Moro, M..... 49
Montilla López, A..... 128
Moñiz Pérez, C..... 81, 291
Moraga Ropero, I..... 4, 6, 11
*Morales Delgado, N*49, 89, 90, 114, 118, 121, 128, 227
Moreno Cruz, A 129, 177, 226
Moreno Jiménez, I..... 62, 71, 80
Moreno Ruiz, P 35, 36
Moreno Sánchez, A 36, 37
Morero Guerra, J..... 70
Morilla Roldan, C..... 156, 185, 219
Morillo-Velarde Moreno, C 120, 122, 126, 127, 179, 182, 192, 205, 207, 258
Mundt Fernández, I 115, 155
Muñoz Gallardo, Y 101, 102, 104, 106, 132, 273, 318
Muñoz Gámez, A 100, 144, 193, 194, 198, 204
Muñoz Mayo, L 101
Muriel Sanjuán, N 143, 150, 152, 153, 215, 231, 291
Murillo Fernández, M 42

N

Nairanouskaya Misevich, A 289
Naranjo Carrasco, F 257
Naranjo De La Cruz, A 188
Navarrete Vega, P..... 57, 66
Navarro Arco, C 2, 10, 28
Navarro Ortiz, N..... 32
Navas Jiménez, B 70
Nieto Ordóñez, C 206, 255
Nuez Ramos, G 84, 189, 201
Nuñez Sánchez, A..... 152, 183

O

Ocaña Rodríguez, J..... 5, 29
Olivares Carril, P 166, 170, 171
Oliveira Dias, C 162, 307
Oliveros Chinchilla, M 285
Ollero Ortiz, Á..... 247
Olmedo Carrillo, P..... 303
Oquendo Marmaneu, C 311
Ortega Sánchez, A 242
Ortega Sánchez, P..... 109, 164, 171, 210, 214, 229
Ortiz Osuna, M..... 90, 125
Ortiz Puertas, T..... 100, 103
Ortuño García, A 159
Osorio Martos, C..... 319
Oviedo López, L 313

P

Pacheco Perez, A 206
Paniagua Gómez, F 38, 43
Páramo Rodríguez, E 77
Peis Redondo, J 5, 29
Peña García, M 136, 137, 176
Peña Pinto, M 139, 141, 163, 173, 174
Peña Ruiz, A..... 86, 88
Perejón Fernández, A..... 91
Pérez Barragán, M 96
Pérez Burgos, J..... 92
Pérez Jurado, M..... 159, 161, 197, 200, 202
Pérez Linaza, A..... 190
Pérez Padrón, M..... 294, 297, 299, 310
Pérez Peis, G..... 225
Pérez Pérez, A..... 105, 255
Pérez Puertas, G 87
Pérez Razquin, E..... 59, 123
Pérez Salas, J 144, 149
Perova, Y..... 209
Pinto Mora, M..... 246, 249, 251
Polo Torres, E..... 96
Ponce Avilés, I..... 283
Povedano Hoyas, M..... 211, 230, 235
Prada Rica, M 267
Prieto Bonilla, M..... 96

Q

Quero Martin, A..... 112
Quesada Moraga, R..... 69, 72
Quickenborne Ruiz, C..... 163
Quintana Prego, R 47
Quintero Perez, E 40, 271
Quitián Martín, A 32, 46

R

Ramírez Ceballos, A 184
Ramírez Sánchez, S..... 222
Ramos Alonso, S 308
Ramos Galindo, N..... 157, 209, 212, 252
Ramos Masa, M..... 209, 212
Ramos Mesa, M..... 252
Rebelo Salgueiro, R 158
Reche Rodriguéz, A 82, 277, 301, 315
Reinoso Rodríguez, I..... 220
Rengel Gómez, M 125, 151, 205

Reviriego Mazaira, S 164, 167
Reyes Álvarez, M 133, 182, 281
Reyes Requena, M 33, 52
Robledo Casal, C 130, 135, 187
Rodríguez Buza, C 309
Rodríguez Gallego, Y 266
Rodríguez Gálvez, M 108
Rodríguez García, M 50
Rodríguez García, R 313
Rodríguez Juliá, M 116, 117
Rodríguez Martín, I 289, 290
Rodríguez Mengual, A 89
Rodríguez Moya, A 12
Rodríguez Onieva, A ... 120, 169, 179, 182, 207, 236, 258
Rodríguez Pérez, P 237, 245, 248
Rodríguez Rodríguez, Á 199, 260, 261, 317, 326
Rodríguez Sánchez, R 283
Rodríguez Soler, R 157, 175, 180, 264
Rojano Carretero, D 292
Rojas Moyano, V 289, 290
Rojas Prats, C 97, 213
Román De Sola, B 73, 104, 106, 132, 189, 201
Romero Cañadillas, A 70
Romero Gómez, M 6, 19
Romero Morales, F 10, 28
Romero Rodríguez, E 34
Rosa Guerrero, P 210
Rosales Montoro, A 256
Ruf Sánchez, P 53, 54
Ruíz Espinosa, M 260, 266, 272
Ruíz Fernández, M 268, 313, 316
Ruíz Granado, M 42, 44
Ruiz Iglesias, A 160, 199
Ruiz Molina, I 271, 274
Ruíz Moruno, F 40, 118
Ruiz Rull, C 147, 161
Ruíz Vela, A 51, 58, 184, 240
Ruiz Villaverde, R 7, 25
Ruíz-Canela Gallardo, M 120, 169, 179, 182, 207, 236, 258
Rull Ruiz, T 240

S

Salcedo Ballesteros, M 304, 306, 322, 328
Salguero Quirantes, R 119, 135, 139
Salido de Andrés, E 4, 7, 15
Salmerón Portela, P 38, 39, 41, 43, 245, 278, 293
Salmerón Rodríguez, M 7
Sánchez Alba, J 84, 235
Sánchez Aranda, C 7, 9, 26, 28
Sánchez Cambronero, M 32, 46, 262, 288
Sánchez Escobedo, D 307, 311
Sánchez González, M 2, 10, 28
Sánchez Martínez, I 5, 6, 17, 144, 149
Sanchez Mena, R 86, 88
Sánchez Morales, A 285
Sánchez Pérez, M 4, 6, 9, 58, 324
Sánchez Rodríguez, C 145, 268
Sánchez Sánchez, R 143, 150, 152, 153, 215, 231
Sánchez Serna, M 71, 80
Sánchez Velasco, M 81, 110, 122, 165, 172, 236, 291
Sandoval Codoni, J 6, 30
Santos Estudillo, M 111, 140, 154
Sanuy Perdrix, I 38, 39, 41, 43, 58, 278, 324
Sanz Ortega, T 39
Sanz Toro, I 113
Sariego Montiel, J 111, 154, 225, 300
Secilla Cabezuelo, M 203
Segura Grau, A 9, 27
Sellamito Morales, M 75, 76, 286, 287
Senabre Pérez de la Cruz, E 139, 238
Serrano García, M 189
Serrano González, C 75, 286, 287
Sevilla Fernández, A 64
Solano Jimenez, L 113, 196, 203
Soto Castro, C 110, 125, 151
Soto Febrer, F 54
Soto Rebollo, M 107
Sotomayor Venceslá, Y 114
Sousa Montero, M 61

T

Tapia Moreno, E 124, 217, 312
Ternero Fonseca, J 243
Teruel Garrido, M 242
Tiessler Martínez, B 200, 233, 256
Torres Hernández, A 210, 214
Torrescusa Camisón, R 136, 137, 139, 176, 238
Trujillo Díaz, N 208

U

Ugarte Abollado, E 97
Ureña Moreno, L 281

V

Valenzuela Molina, A 162, 307

Valle de Frutos, P *289*
Vallejo Basurte, C *169, 182*
Valverde Bascón, B *153, 231*
Vaquero Baena, P *97*
Vargas Díez, J *7, 9, 25*
Vázquez Benítez, A *92, 308*
Vázquez Cros, A *269*
Vega Galindo, M *72*
Vega Mendoza, M *134, 138, 257*
Vega Montes, P *264*
Vegas Romero, M *261, 263, 264, 317*
Vela Sánchez, L *298*
Velázquez Rey, L *283*
Vera Mesa, C *86, 88*
Verdejo Ferrer, S *157, 175, 180, 264*
Vergara Meca, L *98, 131*
Vicente Alcoba, P *99*
Vicente Pérez, P *92*
Vigo Muñoz, M *137, 158*
Vilar Castro, L *98, 131*
Villalba Alcalá, F *70*
Villalón Sánchez, A *244, 246, 248, 250, 251*
Villanueva Gil, M *104, 189, 201*
Villar García, J *90, 128*
Villas Luna, P *123, 146, 275*
Villen Santiago, J *195, 253*

Z

Zamora Cano, V *52*
Zuza García, E *40*