

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 14 · Vol. 14 · Marzo 2025

ISSN: 2254-4410

The poster features a blue header bar at the top with the journal title. Below it is a white rectangular area containing the congress information. The background of the white area shows a stylized illustration of the historic city of Córdoba, featuring the Great Mosque's arches and the minaret of the Mezquita-Catedral.

20º CONGRESO
Andaluz de Médicos
de Atención Primaria

2025

SEMERGEN
Andalucía

"Con fuerza, tiempo y
voluntad para ensanchar
nuestros conocimientos"
Maimonides

Córdoba

20, 21 y 22 de marzo

Palacio de Congresos de Córdoba

#semergenandaluz25

www.congresosemergenandalucia.com

info@congresosemergenandalucia.com

ap congress

C/Mesón de I. Edif. Parque
Local 1. 14004 - Córdoba
Tel.: 957 430 900
Fax: 957 430 958
info@apcongress.es

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. María Rosa Sánchez Pérez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jordín. Málaga.
Presidenta de SEMERGEN Andalucía.

Consejo asesor

Dr. Francisco Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud M^a Fuentesa Pérez Quirós. Sevilla.

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

Dr. Enrique José Gamero de Luna

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla.

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Jaén.

Dr. Eladio Jiménez Mejías

Universidad de Granada. Granada.

Dr. Esperanza Romero Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.

Comité Organizador

Presidenta

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de Atención Primaria de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Agencia de Investigación SEMERGEN. Vocal de Córdoba SEMERGEN Andalucía.

Vocales

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Vicepresidenta Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Responsable de Relaciones Institucionales. Grupos de Trabajo. Área de pacientes.

Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Hipertensión Arterial y Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN.

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

Dr. Manuel Jiménez de la Cruz

Medicina Familiar y Comunitaria. Granada.

Dr. Alfredo Ortiz Arjona

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. Miembro del GT de Innovación Digital en Salud de SEMERGEN.

Dr. Tomás Remesal Barrachina

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Cristina. Huelva. Miembro del GT de Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial de SEMERGEN.

Comité Científico

Presidente

Dr. José Manuel Carvajal Jaén

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro del GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Vocales

Dr. Pablo Amador Soto

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. Miembro del GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Dr. Pablo Arjona González

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenar. Málaga. Vocal Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Responsable de Comunicación y Área de Médicos Jóvenes.

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN.

Dra. María del Rosario Blasco Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería. Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Dr. Sergio Capilla Díaz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor Tajar. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

Dra. Mariana Cantarero Ortiz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar.

Dra. María José Cruz Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Estudios de la UDM de AFyC de AGS Sur de Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica de SEMERGEN.

Dr. Rafael Damián García

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN.

Dra. Marina Angélica Dionisio Flores

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana en Dos Hermanas. Sevilla.

Dr. Ignacio Fernández Granell

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

Dr. Francisco Javier Fonseca Del Pozo

Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir.

Dr. Enrique José Gamero de Luna

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Coordinador del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torreperogil. Jaén. Miembro del GT de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jordín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

Dra. Virginia González Blanco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. Eladio Jiménez Mejías

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada (UGR). Director de la Cátedra de Docencia e Investigación en Medicina de Familia SEMERGEN-UGR. Vocal de Universidad de SEMERGEN-Andalucía. Ciberesp. ibs.GRANADA.

Dra. Miriam Machín Hernández

Premio Resultado de Trabajo Médico de Familia

Dr. Manuel Maestre Moreno
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.
Miembro de GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Dra. Aurora Medina Cobos
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla.
Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

Dra. María Oliva Márquez
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.
Coordinadora del GT de Salud Laboral de SEMERGEN.

Dra. Mercedes Ramblado Minero
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.
Huelva. Miembro del GT de Salud Laboral de SEMERGEN.

Dr. Miguel Ramírez Baena
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Córdoba.

Dra. María Del Carmen Rodríguez Quesada

Dr. Francisco Javier Ruiz Moruno
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba.
Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Isabel María Sánchez Martínez
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro
del GT Dermatología de SEMERGEN.

Vocales del Área de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia.

Dra. María José Cruz Rodríguez

Dr. Pablo Arjona González

Dra. Aurora Medina Cobos

Vocal del Área de Urgencias

Dra. Manuela Sánchez González

Vocal de Almería

Dra. Luz Inmaculada Galera de Ulierte

Vocal de Cádiz

Dra. María José Castillo Moraga

Vocal de Córdoba

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

Vocal de Granada

Dra. Julia Vargas Díez

Vocal de Huelva

Dr. Tomás Remesal Barrachina

Vocal de Jaén

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

Vocal de Málaga

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Vocal de Sevilla

Dr. Enrique José Gamero de Luna

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta
Dra. Mª Rosa Sánchez Pérez

Vicepresidenta
Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Secretario y Responsable del Área de Competencias Profesionales
Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Tesorero
Dr. Manuel Jiménez de la Cruz

Vocal del Área de Coordinación de Actividades Provinciales y
Congresos
Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

Vocal del Área de Universidad
Dr. Eladio Jiménez Mejías



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

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 - 4410 Año 14 Vol. 14 Marzo 2025

©Copyright 2025 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/as

Publicamos la revista electrónica dedicada al 20º Congreso de Médicos de Atención Primaria de SEMERGEN Andalucía, que se celebró en el Palacio de Congresos de Córdoba del 20 al 22 de marzo de 2025. En este número se publican los resúmenes de las actividades científicas y las comunicaciones presentadas y admitidas por el Comité Científico.

Mas de 750 inscritos, con un 34 % de residentes, demuestran que nuestro congreso se ha consolidado como el lugar de encuentro anual de los Médicos de Familia y Residentes andaluces. Representa el espacio de referencia para la actualización científica y el intercambio de experiencias clínicas e investigadoras, que se confirma con el gran volumen de comunicaciones científicas aceptadas, un total de 436.

El programa científico contó con 41 actividades, de ellas 24 fueron talleres de Uso Racional del Medicamento, basados en las guías promovidas por la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía.

Además de la actualización de las patologías más prevalentes, las aulas de Habilidades Prácticas en urgencias, eco-grafía, dermatoscopia y cirugía menor, han destacado mesas como la dedicada a la mejora de la atención a las personas con Alzheimer en Atención Primaria, la mesa sobre el uso de test farmacogenéticos y la seguridad y efectividad de los nuevos tratamientos personalizados y que lidera SEMERGEN en el ámbito de la Atención Primaria.

Este año se han incorporado diversas actividades científicas innovadoras, entre ellas una mesa dedicada a los avances y el impacto de la inteligencia artificial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y talleres sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el adulto y trastornos de alimentación.

A la inauguración asistió la Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud, la doctora Valle García Sánchez. La conferencia inaugural trató sobre 'El Humanismo Médico en la Era de la Inteligencia Artificial' y fue impartida por el Dr. Eduardo de Teresa Galván, destacando el gran interés que generó ya que se superó el aforo del salón de actos del palacio de congresos.

Este año, el XVI Premio SEMERGEN Andalucía "Atención Primaria" se entregó al Dr. Jorge Fernández Parra por su apuesta clara por la mejora de la Atención Primaria como promotor e impulsor del Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria durante la presidencia del Ilustre Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

El reconocimiento al socio destacado se entregó al Dr. Manuel Jiménez de la Cruz, por ser uno de los impulsores de la creación de la sociedad en Andalucía, por su trabajo y los numerosos años de dedicación para hacer de SEMERGEN Andalucía una sociedad abierta y amable y un referente para la Atención Primaria.

La actividad comunitaria se centró en la formación en RCP telefónica a escolares y se llevó a cabo por profesionales del Grupo de Trabajo de Urgencias de SEMERGEN. Del mismo modo, se desarrolló una caminata saludable promovida por SEMERGEN Andalucía, cuyo recorrido se desarrolló en el casco histórico de la ciudad de Córdoba.

Resumiendo, un congreso que ha marcado récord de asistentes, de calidad científica y de satisfacción en la evaluación de las actividades.

Para finalizar, agradecer a los Comités y a sus Presidentes el gran trabajo realizado y felicitarlos por el éxito del congreso



Mª Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves 20 de marzo

16:30-18:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES E-PÓSTER

16:30-18:00H. TALLER URM. ACTUALIZACIÓN EN MANEJO DE FÁRMACOS PARA LA PREVENCIÓN DEL ICTUS.

Gálvez Anneano

Ponentes:

Dr. Enrique Martín Riobóo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Miembro del GT de Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.

Dra. Cristina Martín Mañero

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

16:30-18:00H. TALLER URM. TERAPIAS HIPOLIPEMIANTES: A QUIÉN, CUÁL Y POR QUÉ.

Zoilo A

Ponentes:

Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Alto. Cádiz. Miembro de los GGTT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo y de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Sr. Juan Carlos Domínguez Camacho

Farmacéutico de Atención Primaria. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicios centrales del SAS.

16:30-18:00H. TALLER URM. LA AMENAZA DE LAS RESISTENCIAS EN LOS ANTIMICROBIANOS: CÓMO TRATAR HOY LAS INFECCIONES COMUNES PARA PROTEGERNOS MAÑANA.

Zoilo B

Ponentes:

Dr. Leovigildo Giné Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

Sra. Rocío Fernández Urrusuno

Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Coordinadora Científico-Técnica PROA de Andalucía. Sevilla.

18:00-19:30H. TALLER URM. DETECCIÓN PRECOZ CON DERMATOSCOPIA: TIEMPO GANADO AL CÁNCER DE PIEL. SESIÓN 1.

Auditorio Embajadores B

Ponentes:

Dra. Aurora Medina Cobos

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN. Vocal del área de residentes y jóvenes médicos de familia SEMERGEN Andalucía.

Dra. Isabel María Sánchez Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

18:00-19:30H. SEMINARIO. CON PASO SEGURO: SALUD Y CUIDADOS EN PATOLOGÍAS FRECUENTES DEL PIE Y ESTRATEGIAS PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

Gálvez Anneano

Moderador:

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

- **Prevención y tratamiento de la salud del pie en pacientes con Diabetes Mellitus.**

Ponente:

Dr. José Luís Lázaro

Catedrático. Universidad Complutense de Madrid.

- **Onicopatías, metatarsalgias, talalgia, fascitis neuroma de Morton.**

Ponente:

Dr. Raúl Molinés Barroso

Profesor. Universidad Complutense de Madrid.

18:00-19:30H. TALLER URM. MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. SESIÓN 1.

Hasday Ibn Shaprut

Ponentes:

Dr. Pedro Serrano Rodríguez

Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Dra. Amalia Lara Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Granada.

18:00-19:30H. TALLER URM. DISFUNCIÓN DE SUELO PÉLVICO E INCONTINENCIA URINARIA. VALORACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA.

Zoilo A

Ponentes:

Sra. Esther María Medrano Sánchez

Profesora Titular. Departamento de Fisioterapia. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

Dra. María del Rosario Blasco Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería. Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

18:00-19:30H. TALLER URM. ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. SESIÓN 1.

Zoilo B

Ponentes:

Dr. David Martín Enguix

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y de Ecografía de SEMERGEN.

Dr. David López Chaves

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

19:45-20:45H. CONFERENCIA INAUGURAL. EL HUMANISMO MÉDICO EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL.

Auditorio Embajadores A

Ponente:

Dr. Eduardo de Teresa Galván

Profesor Emérito. Universidad de Málaga.

20:45-21:15H. ACTO INAUGURAL

Auditorio Embajadores A

21:15H. CÓCTEL DE BIENVENIDA

Viernes 21 de marzo

08:00-09:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES ORALES

09:00-10:30H. DEFENSA DE COMUNICACIONES E-PÓSTER

09:00-10:30H. TALLER URM. ENFOQUE INTEGRAL DE LA FIBROMIALGIA. FISIOTERAPIA, DOLOR Y MOVIMIENTO.

Auditorio Embajadores A

Ponentes:

Dr. Manuel José Mejías Estevez

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Sra. Julia Gámez Iruela

Fisioterapeuta. Centro de Salud Torredelcampo. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur. Profesora Asociada CIS. Universidad de Jaén.

09:00-10:30H. TALLER URM. MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. SESIÓN 2.

Auditorio Embajadores B

Ponentes:

Dr. Pedro Serrano Rodríguez

Pediatria de Atención Primaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Dra. Amalia Lara Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Granada.

09:00-10:30H. TALLER URM. USO ADECUADO DE LAS BENZODIACEPINAS. ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS.

Gálion Anneano

Ponentes:

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN.

Dña. Ingrid Ferrer López

Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla (intercentros). Distritos Aljarafe, Sevilla Norte y Sevilla. Responsable del Servicio de Uso Racional del Medicamento.

09:00-10:30H. TALLER URM. ELECCIÓN INFORMADA EN ANTICONCEPCIÓN PARA UNA SALUD RESPONSABLE.

Hasday Ibn Shaprut

Ponentes:

Dra. Elisa Alcantarilla Reyes

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. Miembro del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Dra. Alexia Cruz Pérez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. Huelva.

09:00-10:30H. TALLER. REINVENTANDO LA INSULINIZACIÓN EN DM2: HERRAMIENTAS PRÁCTICAS.

Zoilo A

Ponentes:

Dr. Javier Andrés Vera

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.

Dr. Antonio Abril Rubio

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Distrito Málaga Este-Axarquía. Málaga. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

09:00-10:30H. TALLER URM. CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA ENFERMEDAD AVANZADA A LA AGONÍA. SESIÓN 1.

Zoilo B

Ponentes:

Dra. María Nieves Generoso Torres

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Dra. Silvia Montoro Goethe

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande. Málaga. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

10:45-12:15H. DEFENSA DE COMUNICACIONES E-PÓSTER

10:45-12:15H. MESA. CARABELA ATENCIÓN PRIMARIA, SÉ PARTE DE LA TRANSFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Auditorio Embajadores A

Moderador:

Dr. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los GGTT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

Dr. José Manuel Carvajal Jaén

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Sevilla. Miembro del GT de Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.

Dr. Antonio Hormigo Pozo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.

10:45-12:15H. SEMINARIO. RIESGO CARDIOVASCULAR E INFLAMACIÓN: NOVEDADES EN OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS 2.

Auditorio Embajadores B

Ponentes:

Dra. Tania Ortiz Puertas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. Marina Angélica Dionisio Flores

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Montellano. Sevilla. Miembro de GGTT de Salud Mental y de Enfermedades Cardiovasculares.

Dr. Rafael González Manzanares

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

10:45-12:15H. TALLER URM. ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. USO RESPONSABLE Y SEGURO DE OPIOIDES.

Gálvez Anneano

Ponentes:

Dr. Enrique Jesús de Toro Torres

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba

Dra. Marina Carmona García

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

10:45-12:15H. TALLER. COLOCACIÓN Y EXTRACCIÓN DE IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBCUTÁNEOS.

Hasday Ibn Shaprut

Ponentes:

Dra. María del Rosario Blasco Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería. Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Dra. Elisabet Fernández Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud UGC Berja. Almería.

10:45-12:15H. TALLER URM. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA; ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Zoilo A

Ponentes:

Dra. Mª del Pilar Rodríguez Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Miembro de los GGTT de Nutrición y de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Dra. María De Los Ángeles Muñoz Muriel

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

10:45-12:15H. TALLER. ACTUALIZACIÓN EN VÉRTIGO Y DESEQUILIBRIO EN EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Zoilo B

Ponente:

Dr. David Martín Enguix

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y de Ecografía de SEMERGEN.

12:30-14:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES E-PÓSTER

12:30-14:00H. MESA. NUEVOS ESCENARIOS EN DM2 PARA PACIENTE RECIÉN DIAGNOSTICADO Y PACIENTE FRÁGIL."TALLER DE RETINO: UNA PALABRA VALE MÁS QUE 1000 IMÁGENES."

Auditorio Embajadores A

Ponentes:

Dr. Antonio Hormigo Pozo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.

Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. Miembro del GT de Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.

12:30-14:00H. MESA. TRASTORNOS AFECTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA ZONA GRIS PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Auditorio Embajadores B

Ponente:

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión

del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN.

12:30-14:00H. TALLER. PACIENTE RIESGO CARDIORENOMETABÓLICO: NO PASES PALABRA.

Zoilo A

Ponentes:

Dra. María José Espigares Huete

Nefrología. Presidenta de la Sociedad Andaluza de Nefrología (SAN). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Alto. Cádiz. Miembro de los GGTT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo y de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

12:30-14:00H. TALLER. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Zoilo B

Ponentes:

Dra. Tania Ortiz Puertas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. Miguel Ángel Rico Corral

Medicina Interna. Unidad Riesgo Vascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

12:30-14:00H. TALLER URM. APORTACIONES DE LA FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA MENOPAUSIA.

Zoilo A

Ponentes:

Sra. Gloria García Muñoz

Fisioterapeuta. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.

Dr. Sergio Capilla Díaz

Medicina Familiar y Comunitaria. Fisoterapeuta. Centro de Salud Huétor Tajar. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

12:30-14:00H. TALLER URM. TDAH EN EL ADULTO.

Zoilo B

Ponentes:

Dr. Pablo Aparicio Alemany

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

Dra. Teresa Cristina Ollero Rodríguez

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla.

14:00-16:00H. ALMUERZO DE TRABAJO

**Debido a la capacidad limitada del espacio de almuerzo, el mismo se llevará a cabo en varios espacios próximos a la sede del congreso y en dos turnos de una hora cada uno de 14:00 a 15:00 h. y de 15:00 a 16:00 h. Rogamos compruebe el lugar y turno asignado en el ticket que encontrará en su tarjeta de acreditación.

Agradecemos su colaboración.

16:00-17:30H. TALLER URM. ABORDAJE CLÍNICO DEL VÉRTIGO Y FISIOTERAPIA VESTIBULAR.

Galión Anneano

Ponentes:

Dr. Sergio Capilla Díaz

Medicina Familiar y Comunitaria. Fisiterapeuta. Centro de Salud Huétor Tajar. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

Sra. Lorena Alba Rosales

Fisioterapeuta. Hospital Comarcal de la Axarquía. Clínica Rincón Salud. Vélez-Málaga. Profesora Asociada CIS. Universidad de Málaga.

16:00-17:30H. TALLER URM. CÓMO EVITAR PRUEBAS Y TRATAMIENTOS INADECUADOS EN EL PACIENTE CON CEFALEAS: EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN 10 MINUTOS. SESIÓN 1.

Hasday Ibn Shaprut

Ponentes:

Dr. José Antonio Medina Gámez

Especialista en Neurología. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.

Dra. María de los Ángeles de Ochoa Morán

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

16:00-19:00H. AULA. ECOGRAFÍA.

Zoilo A

Ponentes:

Dr. David Martín Enguix

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y de Ecografía de SEMERGEN.

Dra. Macarena Valenzuela de Damas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Valenzuela. Granada. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN.

Dr. Cristian Vale Varela

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid.

17:30-19:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES E-PÓSTER

17:30-19:00H. SEMINARIO. EL MÉDICO DE FAMILIA Y LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO: ¿SABEMOS TODAS LAS RESPUESTAS?

Galión Anneano

Ponentes:

Dr. Raquel Alfaro Greciano

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz. Secretaría del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

Dra. Marta Martínez Díez

Ginecóloga. Hospital Regional Universitario de Málaga. Miembro de Gaepi-VPH.

17:30-19:00H. TALLER URM. ESTRATEGIAS PARA UN USO RACIONAL Y EFICAZ DE LA TRIPLE TERAPIA EN ASMA Y EPOC.

Hasday Ibn Shaprut

Ponentes:

Dr. Francisco Javier Ruiz Moruno

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Distrito Sanitario Córdoba-Guadaluquivir. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Dra. Alicia Gutiérrez Valencia

Farmacéutica. Técnico de Apoyo del Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

17:30-19:00H. TALLER URM. MANEJO PRUDENTE Y SEGURO DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES CON DEMENCIA.

Zoilo B

Ponentes:

Sra. María del Carmen González López

Farmacéutica. Coordinadora del Servicio de Farmacia del Distrito Sanitario Almería.

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN.

19:00-20:30H. ENTREGA PREMIO ATENCIÓN PRIMARIA

Julio Romero de Tormes

Sábado 22 de marzo

09:00-12:30H. AULA. DE PATOLOGÍAS TIEMPO-DEPENDIENTES: ¡A CORRER!

● Código Infarto.

Hasday Ibn Shaprut

Ponentes:

Dr. Pablo Morocho Mallo

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

Dr. Francisco Manuel Giraldo Abadín

Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

● Código Ictus.

Maimonides

Ponentes:

Dra. Manuela Sánchez González

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidades Móviles del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). Sevilla. Miembro de los GGTT de Comunicación, de Urgencias y de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Dr. Fernando María Pérez Pérez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Salud. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

● Código Trauma.

Zoilo

Ponentes:

Dr. Francisco Romero Morales

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Emergencias Sanitarias 061 Jaén. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

Dr. Alejo Gallego Montiel

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Urgencias Atención Primaria Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

09:00-12:30H. AULA. CIRUGÍA MENOR.

Galión Anneano

Ponentes:

Dr. José Manuel Pavón Mata

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Leganitos. Marbella. Miembro del GT de Cirugía Menor de SEMERGEN.

Dr. Abraham Hidalgo Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Cijuela. Granada. Miembro de los GT de Cirugía Menor y Respiratorio de SEMERGEN.

09:30-11:00H. TALLER URM. DETECCIÓN PRECOZ CON DERMATOSCOPIA: TIEMPO GANADO AL CÁNCER DE PIEL. SESIÓN 2.

Auditorio Embajadores B

Ponentes:

Dra. Aurora Medina Cobos

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN. Vocal del área de residentes y jóvenes médicos de familia SEMERGEN Andalucía.

Dra. Isabel María Sánchez Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

09:30-11:00H. TALLER URM. ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. SESIÓN 2.

Julio Romero de Tormes

Ponentes:

Dr. David Martín Enguix

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y de Ecografía de SEMERGEN.

Dr. David López Chaves

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

11:00-12:15H. TALLER URM. CÓMO EVITAR PRUEBAS Y TRATAMIENTOS INADECUADOS EN EL PACIENTE CON CEFALEAS: EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN 10 MINUTOS. SESIÓN 2.

Auditorio Embajadores B

Ponentes:

Dr. José Antonio Medina Gámez

Especialista en Neurología. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.

Dra. María de los Ángeles de Ochoa Morán

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

11:30-12:30H. MESA. ATRÉVETE A PREGUNTAR: GANA EN SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD CON LOS TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS.

Julio Romero de Tormes

Ponentes:

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Vicepresidenta Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Responsable de Relaciones Institucionales. Grupos de Trabajo. Área de pacientes.

Dr. Enrique José Gamero de Luna

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Coordinador del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

12:15-13:30H. TALLER URM. CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA ENFERMEDAD AVANZADA A LA AGONÍA. SESIÓN 2.

■ Auditorio Embajadores B

Ponentes:

Dra. María Nieves Generoso Torres

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Dra. Silvia Montoro Goethe

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurin El Grande. Málaga. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

12:30-13:30H. MESA. CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ALZHEIMER EN ATENCIÓN PRIMARIA.

■ Julio Romero de Tormes

Moderadora:

Dra. Mª Rosa Sánchez Pérez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Área de Tutores de SEMERGEN. Presidenta de SEMERGEN Andalucía.

Ponentes:

Dr. Enrique Arrieta Antón

Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro de los GGTT de Dolor y Cuidados Paliativos, de Comunicación y de Neurología de SEMERGEN.

Dr. José Antonio Medina Gámez

Especialista en Neurología. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.

Dr. Antonio Sagues Amado

Medicina Familiar y Comunitaria. Experto asesor de CONFEAFA.

13:30-14:00H. ACTO CLAUSURA

■ Julio Romero de Tormes

14:00-14:00H. CÓCTEL DE CLAUSURA

TALLERES

TALLER. COLOCACIÓN Y EXTRACCIÓN DE IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBCUTÁNEOS.

- > Dra. Blasco Martínez, M.
- > Dra. Fernández Martín, E.

Introducción (puesta en contexto de la actividad, ¿por qué es importante?)

En el año 2023 hubo más de 103.000 interrupciones voluntarias de embarazo (IVEs). Esto supone el mismo número de fracasos en anticoncepción. Este hecho nos obliga, como médicos de Atención Primaria, a conocer bien los métodos anticonceptivos. De todos ellos merece especial atención el implante subcutáneo por su larga acción, su efectividad y por la facilidad de su inserción.

Objetivos

- Objetivo general:
 - Exponer las características del implante subcutáneo y sus ventajas de uso.

Objetivos específicos

- Conocer indicaciones y contraindicaciones de uso
- Cualificar en la inserción del implante
- Cualificar para su retirada

Metodología docente

En un primer momento desarrollaremos mediante un power-point la teoría sobre las características del método, ventajas y posibles efectos adversos de su uso.

Después emitiremos unos videos explicativos, con instrucciones para inserción y retirada del implante anticonceptivo subcutáneo.

En último lugar, los asistentes practicarán para coger habilidad en la inserción y retirada del implante.

Contenido de la actividad

De entre todos los anticonceptivos, los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés), son especialmente aconsejables para la mayoría de las mujeres. Nosotros, como médicos de familia, debemos conocer sus indicaciones y sus posibles efectos adversos. Entre ellos destaca

el implante anticonceptivo subcutáneo, que por su facilidad de inserción y retirada está especialmente indicado para su uso en las propias consultas, sin necesidad de derivación a otros profesionales.

Para optimizar su uso, es necesario que el profesional esté instruido en la técnica de inserción y retirada del mismo, actividad de la que nos ocuparemos en este taller.

TALLER URM. ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. USO RESPONSABLE Y SEGURO DE OPIOIDES.

- > Dr. de Toro Torres, E.
- > Dra. Carmona García, M.

Introducción

El dolor crónico no oncológico es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria e interfiere de forma muy importante en la calidad de vida de quien lo padece. La mayoría de las veces el dolor aparece en un contexto de paciente frágil pruripatológico que hace muy complejo el manejo del mismo, con múltiples interacciones y efectos adversos indeseables. En otras ocasiones aparece en pacientes más jóvenes, en un contexto aparentemente más simple (menos complejo) pero con interferencia de forma severa en la actividad laboral de los mismos, con las importantes repercusiones que esto supone en su entorno económico, social y familiar.

Objetivos

Desarrollar las habilidades necesarias para el manejo del dolor crónico no oncológico, conociendo las distintas terapias disponibles, no farmacológicas y farmacológicas, para combinarlas de la forma más eficaz posible con el objetivo de conseguir un buen control del dolor minimizando las interacciones y efectos adversos farmacológicos.

Aprender a usar de forma segura y responsable los distintos opioides en aquellos casos en los que está indicado su uso.

Metodología docente

Se usará un método interactivo, eminentemente práctico, para fomentar la participación de los asistentes al taller, con apoyo didáctico teórico resumido y orientado a la adquisición de las habilidades anteriormente mencionadas.

Contenido de la actividad

Se pretende, a través de casos clínicos seleccionados, conseguir una actitud proactiva por parte del alumnado para que aplique un razonamiento analítico tras la exposición de dichos casos clínicos, que serán expuestos a través de "Role Playing".

Para apoyar cada caso clínico se acompañará de una exposición en Power Point de aquellos fundamentos teóricos que debemos conocer para plantear las posibles soluciones al mismo.

Bibliografía

Se recomienda tanto textos como una web de referencia donde pueden encontrarse contenidos y recursos muy interesantes en relación con el dolor de forma general y de forma específica.

<https://www.dolor.com/>, disponible también en APP para el móvil.

Català Puigbò E. Manual de tratamiento del dolor, 4^a ed. Ed. Permanyer 2020. ISBN 978-84-18150-66-1

Alonso Verdugo A, Ibor Vidal PJ et al. Atención al dolor. Monografía DPC SEMERGEN. 2016.

TALLER URM. ACTUALIZACIÓN EN MANEJO DE FÁRMACOS PARA LA PREVENCIÓN DEL ICTUS.

- > Dr. Martín Riobóo, E.
- > Dra. Martín Mañero, C.

Introducción

El ictus es la segunda causa de muerte, la tercera causa de discapacidad y una de las principales causas de demencia en todo el mundo. Cada año, alrededor de 120.000 personas sufren un ictus en España y fallecen alrededor de 25.000 personas por esta enfermedad. En 2023, dentro de la estrategia del ictus en Andalucía, se publicó el "Libro de Atención Integral del Ictus" con un contenido holístico que aborda todas y cada una de las fases de prevención y tratamiento del ictus. Del mismo modo en 2024 se realizó por parte del Ministerio de Sanidad la tercer actualización en Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud.

Entre un 80-90% de los ictus son evitables controlando los factores de riesgo (tales como la hipertensión arterial, la diabetes, el tabaquismo o la obesidad, entre otros). Asimismo, gracias a los importantes avances científicos, tecnológicos, organizativos y clínicos de los últimos años, se han desarrollado tratamientos efec-

tivos que pueden minimizar los déficits. Además, el diagnóstico de las causas es más preciso y contamos con tratamientos que disminuyen el riesgo de recidiva.

Objetivos

- Dar a conocer los principales documentos y consensos publicados en los últimos años en nuestro país y nuestra comunidad autónoma.
- Actualizar los avances tanto en el diagnóstico como en abordaje y tratamiento del ictus.
- Establecer la pauta de actuación práctica integral que abarcaría desde la sospecha de un ictus en medicina prehospitalaria, como su manejo intrahospitalario y el seguimiento posterior por Atención Primaria.

Metodología docente

Taller práctico con casos clínicos, preguntas y respuestas a realizar por los asistentes

Contenido de la actividad

Mediante diapositivas y videos explicativos, los ponentes realizaran diversos casos clínicos que integrarán todos los aspectos preventivos diagnósticos y terapéuticos en la atención del ictus, con participación activa de los discentes y resumen final que se elaborará con los asistentes con los puntos principales para llevar a casa.

Bibliografía y recursos

- <https://ictus-andalucia.com/protocolos/>
- <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/home.htm>
- Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, Chaturvedi S, Cole JW, Cornwell WK 3rd, et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2024 Dec;55(12):e344-e424.
- Dawson J, Béjot Y, Christensen LM, De Marchis GM, Dicchgans M, Hagberg G, et al. European Stroke Organization (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *Eur Stroke J*. 2022 Sep;7(3):I-II. doi: 10.1177/23969873221100032.

TALLER URM. EVITANDO PRUEBAS Y TRATAMIENTOS INADECUADOS EN PACIENTES CON CEFALEAS: EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA EN 10 MINUTOS.

- > Dr. Medina Gámez, J.
- > Dra. de Ochoa Morán, M.

Introducción

La cefalea es una patología neurológica frecuente en el ámbito de la atención primaria. Tener conceptos clave es lo fundamental para perderle el “miedo a la Neuro” y mejorar la asistencia a la población. Una exploración neurológica básica permite descartar datos de alarma, así como identificar cefaleas menos habituales y permitir un pronto tratamiento y derivación a Neurología.

Adicionalmente, una exploración neurológica básica normal permitirá asumir por parte de Medicina de Familia el manejo inicial de las cefaleas más frecuentes, así como de otras patologías.

Objetivos

Identificar y diferenciar cefalea tensional de migraña, así como tener idea de otros diagnósticos diferenciales posibles y de los criterios de derivación. Tratamiento de las cefaleas más prevalentes en Medicina de Familia, tanto de la perspectiva del dolor agudo como del tratamiento preventivo.

Adquirir conceptos clave de exploración neurológica básica, adaptada al tiempo de consulta real del que se dispone en el centro de salud, siendo capaz de realizar la importante función de cribado que tiene junto con una correcta anamnesis en las condiciones reales de la práctica clínica.

Metodología docente

El taller será realizado de forma presencial y constará de tres partes:

1. Exposición de los conceptos clave de las cefaleas más relevantes para Medicina de Familia.
2. Explicación de los conceptos clave para realizar una exploración neurológica básica.
3. Casos clínicos reales del centro de salud en los que se aplican las ideas explicadas anteriormente y se anima al público a su participación.

Contenido de la actividad

1. Conceptos clave para hacer una exploración neurológica básica exprés a prueba de los tiempos que en la actualidad se tiene en una consulta de primaria. La importancia de la anamnesis y la observación como herramienta de cribado de cara a identificar tratamientos a emplear, necesidad o no de pruebas complementarias y/o de derivación tanto a urgencias hospitalarias como a consulta de Neurología.

2. Identificación y diferenciación de la cefalea tensional y migraña, resaltando las características clave en las que fijarse desde la atención primaria.

3. Cefalea por abuso de analgésicos. Prevención, identificación y manejo desde atención primaria.

4. Datos clave para detección desde primaria de las cefaleas trigeminoautonómicas más frecuentes. Establecer una actitud activa de cara a identificar características fundamentales, de cara a poder derivarlas o tratarlas adecuadamente lo antes posible.

5. El tratamiento sintomático agudo y el tratamiento preventivo desde atención primaria.

Importancia de una correcta higiene de sueño y una buena gestión del estrés en el manejo de nuestro paciente, así como factor importante a la hora de reducir necesidad de medicación (mejora de seguridad del paciente y reducción de efectos secundarios).

6. Cuándo solicitar estudio de neuroimagen en una cefalea.

7. Criterios de alarma.

8. Cuándo derivar una cefalea a Neurología.

9. Casos clínicos sobre cefaleas en atención primaria.

TALLER URM. DISFUNCIÓN DE SUELO PÉLVICO E INCONTINENCIA URINARIA. VALORACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA.

> **Sra. Medrano Sánchez, E.**

> **Dra. Blasco Martínez, M.**

Introducción (puesta en contexto de la actividad, ¿por qué es importante?)

El suelo pélvico en la mujer está especialmente implicado en el parto, y con la edad suelen aparecer lesiones que llevan varias patologías, entre ellas la incontinencia urinaria. El tratamiento con fisioterapia ayuda en gran medida a prevenir y corregir estas disfunciones.

Objetivos

- Objetivo general:
 - Aumentar nuestro conocimiento sobre las disfunciones del suelo pélvico

Objetivos específicos:

- Conocer las comorbilidades asociadas
- Hacer una adecuada valoración clínica de las patologías que se presentan

- Constatar la importancia del tratamiento de fisioterapia

Metodología docente

- Parte teórica. Desarrollo power point
- Parte práctica. Ejercicios de fisioterapia para refuerzo de la zona pélvica

Contenido de la actividad

En una primera parte desarrollaremos en un power-point la anatomía y fisiología de la zona, así como las patologías que aparecen en el suelo pélvico femenino.

En una segunda parte desarrollaremos en otro power-point la importancia de la fisioterapia como tratamiento de esta disfunción, y en qué consiste. En tercer lugar, propondremos a los asistentes la realización de ejercicios de mantenimiento y reforzamiento de suelo pélvico.

TALLER URM. APORTACIONES DE LA FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA MENOPAUSIA.

- > Sra. García Muñoz, G.
- > Dr. Capilla Díaz, S.

Introducción

Las mujeres, al llegar a la mediana edad se sumergen en una etapa de múltiples cambios orgánicos y hormonales en su cuerpo, es a lo que denominamos perimenopausia y la menopausia. Estos cambios hormonales suponen una experiencia totalmente nueva para estas mujeres, apareciendo múltiples síntomas secundarios a dichos cambios, los cuales abarcan una esfera muy amplia. Además, una vez iniciada esta etapa no es infrecuente que se produzca una redistribución de la grasa corporal, así como mayor tendencia a la osteopenia/osteoporosis; por ello, es importante concienciar a nuestras pacientes para que cuando se produzca este cambio mantengan, si ya la realizaban, o aumenten su actividad física; no solo por mejoría de la salud ósea, si no como coadyuvantes en el control de los síntomas climatéricos.

Objetivos

- Conocer la fisiología de la menopausia en las mujeres.
- Concienciación sobre la importancia del ejercicio físico durante la menopausia.
- Abordaje no farmacológico de síntomas climatéricos

Metodología Docente

Se realizará un taller predominantemente práctico, con ejemplos y propuestas de actividades para poder trasladarlas a nuestras consultas.

Contenido De La Actividad

El taller se desarrollará con la participación de los dos ponentes. Primero daremos unas nociones básicas para repasar la fisiología de la menopausia, qué cambios ocurren en el cuerpo de la mujer y qué consecuencias tienen en su organismo, y directa o indirectamente en su calidad de vida. Repasaremos los posibles tratamientos farmacológicos que existen hoy en día, y, explicaremos la importancia que tiene la actividad física y el ejercicio, tanto cardiovascular como de fuerza y flexibilidad para el control de los síntomas climatéricos y para evitar posibles consecuencias negativas de la menopausia en el organismo. Posteriormente, Gloria, nuestra fisioterapeuta de referencia, nos explicará de forma práctica el abordaje que se realiza desde la fisioterapia y cuáles son las pautas para recomendar en las pacientes, así como ejemplos de ejercicios beneficiosos para las mismas.

TALLER URM. APORTACIONES DE LA FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA MENOPAUSIA.

- > Sra. García Muñoz, G.
- > Dr. Capilla Díaz, S.

Introducción

Las mujeres, al llegar a la mediana edad se sumergen en una etapa de múltiples cambios orgánicos y hormonales en su cuerpo, es a lo que denominamos perimenopausia y la menopausia. Estos cambios hormonales suponen una experiencia totalmente nueva para estas mujeres, apareciendo múltiples síntomas secundarios a dichos cambios, los cuales abarcan una esfera muy amplia. Además, una vez iniciada esta etapa no es infrecuente que se produzca una redistribución de la grasa corporal, así como mayor tendencia a la osteopenia/osteoporosis; por ello, es importante concienciar a nuestras pacientes para que cuando se produzca este cambio mantengan, si ya la realizaban, o aumenten su actividad física; no solo por mejoría de la salud ósea, si no como coadyuvantes en el control de los síntomas climatéricos.

Objetivos

Conocer la fisiología de la menopausia en las mujeres.

Concienciación sobre la importancia del ejercicio físico durante la menopausia.

Abordaje no farmacológico de síntomas climatéricos

Metodología docente

Se realizará un taller predominantemente práctico, con ejemplos y propuestas de actividades para poder trasladarlas a nuestras consultas.

Contenido de la actividad

El taller se desarrollará con la participación de los dos ponentes. Primero daremos unas nociones básicas para repasar la fisiología de la menopausia, qué cambios ocurren en el cuerpo de la mujer y qué consecuencias tienen en su organismo, y directa o indirectamente en su calidad de vida. Repasaremos los posibles tratamientos farmacológicos que existen hoy en día, y, explicaremos la importancia que tiene la actividad física y el ejercicio, tanto cardiovascular como de fuerza y flexibilidad para el control de los síntomas climatéricos y para evitar posibles consecuencias negativas de la menopausia en el organismo. Posteriormente, Gloria, nuestra fisioterapeuta de referencia, nos explicará de forma práctica el abordaje que se realiza desde la fisioterapia y cuáles son las pautas para recomendar en las pacientes, así como ejemplos de ejercicios beneficiosos para las mismas.

TALLER URM. MANEJO INTEGRAL DE LA FIBROMIALGIA: ESTRATEGIAS DE FISIOTERAPIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR Y LA MEJORA DEL MOVIMIENTO.

Dr. Mejías Estévez, M.
Dra. Gámez Iruela, J.

Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica de etiología desconocida caracterizada por dolor muscular generalizado y multifocal, acompañado de fatiga, alteraciones del sueño y cognitivas, del estado de ánimo y comorbilidad en diferentes órganos y sistemas. Presenta una alta prevalencia en la población general, suponiendo una elevada demanda de atención sanitaria y de consumo de recursos. El abordaje terapéutico integral, desde el modelo biopsicosocial, se hace imprescindible para una mejora en la calidad de vida y en la sintomatología de las personas con fibromialgia, donde la fisioterapia con un enfoque multimodal y activo representa una de las primeras líneas de tratamiento.

OBJETIVOS

- Contribuir a un mayor conocimiento de la fibromialgia a través de un abordaje terapéutico integral basado en la evidencia científica.
- Mejorar la toma de decisiones sobre el diagnóstico, tratamiento y otros aspectos relacionados con la fibromialgia.
- Avanzar en pautas comunes de actuación para contribuir a un manejo de la fibromialgia más eficaz consiguiendo mejorar la sintomatología y calidad de vida de estos pacientes.

Metodología docente

El taller URM se realiza de forma presencial. La participación activa, resolución de problemas y el debate guiado permiten a los participantes incorporarse a un espacio de reflexión y aprendizaje.

Contenido de la actividad

Actualización en diferentes aspectos de la fibromialgia y dolor crónico. Presentación de diferentes estrategias terapéuticas de la fibromialgia, basadas en la evidencia científica, desde un abordaje integral, interdisciplinar y colaborativo. Se describen los componentes que, actualmente, representan los mejores resultados en estos pacientes, con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas eficaces: educación en neurociencia del dolor, ejercicio terapéutico guiado por fisioterapeutas y terapia cognitivo conductual.

Bibliografía

- Ramírez-Gil J, Blanca Folch M, Roth Damas P, et al. Recomendaciones «No hacer» en el síndrome de Fibromialgia. Aten Primaria. 2024; 57(2).
- Serrat M, Sanabria-Mazo JP, Almirall M, et al. Effectiveness of a Multicomponent Treatment Based on Pain Neuroscience Education, Therapeutic Exercise, Cognitive Behavioral Therapy, and Mindfulness in Patients with Fibromyalgia (FIBROWALK Study): A Randomized Controlled Trial. Physical Therapy. 2021; 101(12).
- González González J, Teso Rubio M, Waliño Paniagua C. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. Reumatología Clínica. 2015; 11 (1):22-26.
- Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ. Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. Reumatol Clin. 2016; 12:65-71.

- Ram PR, Jeyaraman M, Jeyaraman N, Nallakumarasamy A, Khanna M, Gupta A, Yadav S. *Beyond the Pain: A Systematic Narrative Review of the Latest Advancements in Fibromyalgia Treatment*. Cureus. 2023 Oct 31;15(10).
- Barrenengoa-Cuadra MJ, Angón-Puras LÁ, Moscoso-Cuevas JI, González-Lama J, et al. *Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria*. Aten Primaria. 2021 Jan;53(1):19-26.

TALLER. OPTIMIZACIÓN DE LA INSULINIZACIÓN EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTRATEGIAS PRÁCTICAS Y HERRAMIENTAS EFECTIVAS.

- > Dr. Andrés Vera, J.
> Dr. Abril Rubio, A.

La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad de alta prevalencia que requiere un abordaje terapéutico dinámico y personalizado en función de las características del paciente. La Insulinización es una herramienta clave en el manejo de la DM2, pero su inicio y ajuste suelen retrasarse debido a las barreras tanto de los profesionales sanitarios como del paciente. Este taller busca actualizar conocimientos y estrategias para frenar la inercia terapéutica, así como manejo de insulina en el inicio y en situaciones especiales.

Objetivos

- Actualizar últimas guías de práctica clínica y el posicionamiento de la insulina en ellas.
- Identificar barreras comunes tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes en la insulinización y estrategias para superarlas.
- Conocer el manejo de la insulina en aquellas situaciones especiales.
- Promover el uso de nuevas tecnologías en personas con insulina.
- Conocer las nuevas insulinas semanales que se están desarrollando.

Metodología Docente

El taller se desarrollará de manera participativa, combinando teoría con casos prácticos:

- **Exposición** sobre actualización en insulinas y guías clínicas.

- **Casos clínicos interactivos** para la toma de decisiones en uso de insulina.
- **Discusión en grupos** sobre estrategias para mejorar la adherencia y frenar la inercia terapéutica.

Contenido de la Actividad

Conocer la evolución de la insulina a lo largo de la historia, así como el futuro conociendo las nuevas insulinas que están desarrollándose en diferentes ensayos clínicos. Actualización de las guías de práctica clínica y posicionamiento de la insulina en las diferentes guías, conocer perfiles de pacientes en los que es necesario el tratamiento de inicio con insulina así como manejo en situaciones de ingreso hospitalario, uso de corticoterapia o en anciano frágil/paliativos. Por último se hará hincapié en conocer las dos insulinas semanales que se están desarrollando así como conocer los ensayos clínicos en desarrollo y ver resultados preliminares.

Este taller busca dotar a los profesionales de herramientas prácticas y actualizadas para mejorar el manejo de la insulinización en la DM2, contribuyendo a una mejor calidad de vida para los pacientes y facilitando el día a día en consulta.

Bibliografía

- Gómez-Huelgas R, Gómez Peralta F, Rodríguez Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ, et al. *Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018 Mar-Apr;53(2):89-99. doi: 10.1016/j.regg.2017.12.003.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes-2023. Diabetes Care. 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S1-S292.
- Manejo práctico del paciente con DM2 en Atención Primaria SEMERGEN 2024

TALLER URM. TDAH EN EL ADULTO.

- > Dr. Aparicio Alemany, P.
> Dra. Ollero Rodríguez, T.

Introducción:

En los últimos años se está apreciando un aumento del diagnóstico de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TADH) a nivel global, aunque es una entidad que se origina en la infancia, puede progresar hasta la adolescencia y la edad adulta con importante repercusiones en la vida del paciente. De igual forma, podemos encontrarnos ante casos en los que se re-

trasa el diagnóstico en esta primera época y llegan a edades más maduras sin diagnosticar.

La sintomatología clínica es muy similar en adultos y en niños, aquellos aspectos relacionados con la inatención serán los motivos de consultas más frecuentes en los adultos, debido al impacto en la actividad académica y laboral que suelen tener en la vida de los pacientes.

Para esta entidad no existe una prueba específica que permita un diagnóstico de certeza. Como herramientas de apoyo tenemos una serie de escalas y test que tienen como objetivo cribar pacientes con síntomas compatibles. Además, en los adultos esta habitualmente asociada a otras condiciones psiquiátricas que complican su reconocimiento, diagnóstico y manejo. Según las guías, cuando el TDAH coexiste con otra patología, deberá ser tratada primero aquella más limitante.

No existe tratamiento curativo. El objetivo del mismo será disminuir la intensidad y la frecuencia de los síntomas para mejorar la calidad de vida del paciente. El único tratamiento aprobado es el uso de metilfenidato, asociado a terapias no farmacológicas. Este tratamiento, sin embargo este primero, no está exento de efectos secundarios que también pudieran limitar la vida de nuestros pacientes.

Es fundamental, como médicos de Atención Primaria un diagnóstico y tratamiento precoz, estableciendo criterios diagnósticos y de sospecha, que puedan garantizar una correcta detección y derivación evitando el uso inapropiado de psicofármacos y garantizando una adecuada calidad de vida tanto para los pacientes como sus familias.

Metodología docente

En este taller, realizaremos una puesta al día teórica de este trastorno, muy estudiado en pediatría, pero poco conocido por los médicos de Atención Primaria. Presentaremos las escalas de sospecha más habituales en la práctica clínica habitual y aprenderemos a aplicarlas correctamente e interpretarlas según corresponda. También se realizará la actividad práctica con casos clínicos adaptados a dicha condición.

Contenido de la actividad

Como hemos ido explicando, comenzaremos con una puesta al día de TDAH. Para ello es fundamental entender la fisiopatología de dicha entidad y la situación epidemiológica actual. Es evidente un crecimiento en los últimos años, pero valoraremos si

realmente hay un crecimiento en la prevalencia o se trata de un sobre diagnóstico.

Valoraremos el cuadro clínico habitual, con los criterios de sospecha de esta entidad. Trabajaremos con las escalas de sospecha, conociendo cuando aplicarlas y la forma de hacerlo en la consulta diaria, tanto cuestionarios autoaplicados como escalas que debe aplicar la familia y otros cuidadores.

También hablaremos del uso de metilfenidato como tratamiento en esta condición, sabiendo que no está exento de efectos secundario y debatiendo sobre la necesidad de dicho tratamiento.

Bibliografía y recursos de interés

Se aportarán durante la presentación de la actividad.

TALLER URM. TERAPIAS HIPOLIPEMIANTES: INDICACIONES, TIPOS Y JUSTIFICACIÓN.

- > Dr. Castillo Moraga, M.
- > Sr. Domínguez Camacho, J.

La disminución de la patología vascular es una prioridad en salud pública y, en particular, en atención primaria. Algunos fármacos hipolipemiantes contribuyen a la disminución del riesgo vascular en determinados pacientes, pero ¿qué fármaco es adecuado para qué tipo de paciente y por qué?

El objetivo de este taller es dar respuesta a esta pregunta, actualizando los conocimientos sobre la utilidad de los fármacos hipolipemiantes en la prevención del riesgo cardiovascular, y contextualizando su uso ante la diversidad de pacientes atendidos en las consultas de atención primaria.

Para ello se empleará una metodología docente interactiva, valorando expectativas, creencias previas y contraste de opiniones tras la exposición de evidencias y debatiendo situaciones clínicas habituales en la consulta.

Contenido de la actividad:

1. Nuevas Guías de Práctica Clínica: qué mensajes y recomendaciones se mantienen y qué nuevas visiones aportan. Objetivos de la terapia con hipolipemiantes: disminución del riesgo cardiovascular. Objetivos lipídicos.
2. Breve recordatorio de las evidencias de eficacia y seguridad de los fármacos "clásicos": estatinas, ezetimiba, fibratos.

3. Novedades terapéuticas de interés en atención primaria: ácido bempedoico. Estudios, de eficacia y seguridad, y lugar en terapéutica.
4. Novedades terapéuticas de interés en atención primaria: icosapento de etilo. Estudios de eficacia y seguridad, y lugar en terapéutica.
5. A quién y por qué tratar: estratificación del riesgo vascular. Factores de riesgo clásicos y emergentes.
6. La clave del éxito en la prevención de la enfermedad vascular aterosclerótica: tratando personas y no analíticas.

Bibliografía

Uso racional del medicamento: documentos y protocolos.
<https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento>

- Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. PEER simplified lipid guideline 2023 update: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician*. 2023;69(10):675-686. doi:10.46747/cfp.6910675
- Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); December 14, 2023.
- Rivera FB, Cha SW, Varona MC, Fernández Co EM, Magalang JV, Aparece JP, et al. Atherosclerotic coronary plaque regression from lipid-lowering therapies: A meta-analysis and meta-regression. *Am J Prev Cardiol*. 2024 Mar 11;18:100645.
- Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023 Oct 14;44(39):4043-4140.
- J.M. Mostaza, X. Pintó, P. Armario et al., Estándares de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 para el control global del riesgo vascular, Clínica e Investigación en Arteriosclerosis, <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2024.02.001>
- Castro A et al. Recomendaciones de seguimiento a partir del «cuarto trimestre» de mujeres con complicaciones vasculares y metabólicas durante el embarazo. Documento de consenso de la SEC, SEMERGEN, semFYC y SEGO REC Cardioclínics 2020; 55(1):38-46

TALLER URM. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA; ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- > Dra. Rodríguez Martínez, M.
- > Dra. De Los Ángeles Muñoz Muriel, M.

Introducción:

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos del comportamiento alimentario, de origen multifactorial, que constituyen alteraciones de la salud con importantes repercusiones en el desarrollo biológico, psicológico, social y familiar. Las personas que lo padecen presentan creencias negativas sobre la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal, acompañadas de conductas como “restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes”. Aunque pueden desarrollarse a cualquier edad, el mayor riesgo es para hombres y mujeres jóvenes entre 13 y 17 años.

Representan un problema grave, ocasionando una morbilidad médica con afectación multiorgánica y psiquiátrica importante, con una larga duración, que tienden a cronificarse, con frecuentes recaídas y requieren un tratamiento multidisciplinar difícil y prolongado.

Objetivos

1. Definir los Criterios diagnósticos del TCA, incorporando las actualizaciones (CIE 11)
2. Describir la etiopatogenia de los TCA
3. Mostrar la arquitectura de actuación multiprofesional
4. Describir las estrategias de prevención y actitudes terapéuticas
5. Adquirir habilidades para el manejo en consulta de atención Primaria de pacientes con TCA.

Metodología docente

- Exposición oral, empleando soportes visuales.
- Dinámica de grupos: role playing
- Debate grupal

Contenido de la actividad

Constará de una parte de exposición oral con los conceptos claves sobre el TCA. Se procederá a establecer grupos de trabajo a los que se les presentará diferentes casos clínicos que deberán diagnosticar y estable-

cer estrategias de intervención. Finalmente, un representante de cada grupo expondrá al grupo su caso para a través del debate en grupo, se obtendrán las principales conclusiones.

Bibliografía:

- “*TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*”. *Proceso Asistencial Integrado*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2a edición. 2018 ISBN: 978-84-947313-5-8. Enlace: <http://hdl.handle.net/10668/2846>
- *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5.a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline [NG69]. NICE; 2017. [Actualizado 16 Dic 2020]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/NG69
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 11a revisión. [Internet]. OMS. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
- Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.o Extra 2):8-15
- Ruiz Lázaro PM, Martín Palmero Á. Nuevos abordajes en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.o Extra 2):138-149
- Bermúdez Durán LV, Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Rev.méd.sinerg*. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/753>
- Martínez Suárez V, Suárez González F, López Díaz-Ufano M. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la atención primaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 2):112-120

TALLER URM. MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

- > Dr. Serrano Rodríguez, P.
- > Dra. Lara Carvajal, A.

Las urgencias de pacientes en edad pediátrica suponen un porcentaje considerable en los puntos de urgencias de atención primaria atendidos por médicos de familia, a veces, poco familiarizados en el manejo de este tipo de pacientes.

Objetivos:

El Objetivo del taller” Motivos de consulta frecuentes en urgencias pediátricas”, va a consistir en revisar y recordar las patologías que con mayor frecuencia se van a ver en un servicio de urgencias de atención primaria, sobre todo en zonas rurales.

Se expondrá un rápido repaso teórico-práctico que nos facilite una mejor atención a los pacientes en edad pediátrica, con resúmenes de lo mas importante a tener en cuenta a la hora de manejar diversas patologías y dar unas pinceladas prácticas que nos ayuden a afianzar la atención a este tipo de pacientes. Se hará hincapié en las cosas que no se nos deben de pasar en la anamnesis, exploración y tratamiento.

También repasaremos, de forma breve, el manejo de los fármacos más utilizados en pediatría, sus indicaciones y su dosificación.

Metodología docente:

Presentación power-point. Taller con contenidos teóricos y casos prácticos, con espacio para que los asistentes expongan preguntas y sus dudas.

Contenido:

Se abordarán temas como triángulo de evaluación pediátrica, fiebre en la infancia, infecciones respiratorias, infecciones del aparato digestivo, dolor abdominal, traumatismos, ITU, afecciones dermatológicas como exantemas, uso racional de antibióticos, etc.

Bibliografía:

- Cubero Santos A, García Vera C, Muñoz Fernández JR, Lupiani Castellanos P. *Faringoamigdalitis. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria*. AEPap 2015 (en línea) consultado el 15 de diciembre de 2015, disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/>.
- Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. *An Pediatr (Barc)*. 2015;83:439.e1-
- Del Castillo F. *Infecciones respiratorias de vías altas*. En: *Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.2009,pp 603-610
- *Urgencias en Pediatría (Formación continuada en Pediatría Vol. 10. A. Muñoz Hoyos)*.
- *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría Hospital la Paz 9º edición 2023*.
- *Manual de urgencias en pediatría. Hospital universitaria Virgen del Rocío*.

- Sociedad Española de Urgencias Pediátricas
- Malo S, Bjerrum L, Feja C, Lallana MJ, Poncel A, Rabaneque MJ. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. *An Pediatr (Bar)*. 2015; 82(6):412-416.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Guía rápido de Dosificación en pediatría g-pediatria.
- APP. DosispediA

TALLER URM. ABORDAJE CLÍNICO DEL VÉRTIGO Y FISIOTERAPIA VESTIBULAR.

- > Dr. Capilla Díaz, S.
 > Sra. Alba Rosales, L.

Introducción

El vértigo es un síntoma incapacitante, de alta incidencia en nuestra sociedad y que obedece a distintas causas. Los síntomas relacionados con las alteraciones del equilibrio, como vértigo, inestabilidad y mareo; constituyen un motivo muy frecuente de consulta, tanto en atención primaria como en especializada, siendo recurrente la rotación entre diferentes especialistas (ORL, neurología, cardiológia, traumatología, rehabilitación, etc.) sin que en la mayoría de las ocasiones se logre obtener un diagnóstico concreto, lo que impide ofrecer una terapia especializada.

Se sabe que cada año el 2% de la población española acude a Atención Primaria por este motivo, cuantificándose el diagnóstico de vértigo entre un 3-7% en la población general, y esta cifra aumenta al 17-30% si hablamos también de sensación de inestabilidad. La prevalencia en adultos mayores es incluso más elevada, de forma que cerca del 50% de los mayores de 60 años presentan hipofunción vestibular fisiológica y según la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL CCC), el 80% de la población sufre algún episodio de este tipo a lo largo de su vida.

Con estos datos, confirmamos que se trata de un problema muy prevalente en la población general.

Objetivos

Objetivo principal: dar visibilidad a los trastornos del equilibrio a la vez que plasmar la importancia del trabajo en equipo multidisciplinar.

Objetivos secundarios:

- Enseñar la valoración del paciente vertiginoso, mareado o inestable.

- Conocer los diagnósticos más frecuentes y los emergentes en los últimos años, destacando el Mareo postural perceptivo persistente (MPPP), el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB) y la migraña vestibular entre otros.
- Mostrar el abordaje terapéutico y farmacológico.
- Recordar las pruebas y maniobras de reposicionamiento en el VPPB.
- Definir qué es la rehabilitación vestibular y sus mecanismos terapéuticos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Metodología docente

Taller teórico práctico donde intentaremos afrontar los trastornos vestibulares más prevalentes, definirlos y plantear los posibles abordajes terapéuticos desde el punto de vista médico y fisioterápico.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

- Datos epidemiológicos e implicaciones del vértigo.
- Definición de conceptos clave en el campo de los trastornos del equilibrio.
- Clasificación Internacional de Trastornos Vestibulares.
- Exploración: anamnesis, evaluación y pruebas complementarias.
- Tratamientos farmacológicos.
- Factores genéticos y sus futuras implicaciones en un entorno de medicina personalizada.
- Rehabilitación vestibular.
- Recomendaciones práctico-clínicas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía o recursos (de interés)

- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno. Documento de consenso de la comisión de otoneurología Sociedad Española de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Vázquez et al. 2024.
- Guía práctica del vértigo posicional paroxístico. Benito-Orejas J.I. et al. 2017.
- Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPP): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. J Vestib Res. 21 de octubre de 2017;27(4):191-208.

- Bauer M, Benito-Orejas JI, Ramírez-Salas JE. Rehabilitación vestibular en la dependencia visual y somatosensorial. *Rev ORL.* 28 de septiembre de 2019;11(1):79-88.

Escalas

- Castillejos-Carrasco-Muñoz R, Peinado-Rubia AB, Lérida-Ortega MÁ, Ibáñez-Vera AJ, Tapia-Toca MC, Lomas-Vega R. Validity and reliability of the Niigata PPPD Questionnaire in a Western population. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(12):5267-76.
- Verdecchia DH, Hernandez D, Andreu MF, Salzberg S. Traducción y adaptación transcultural del cuestionario Visual Vertigo Analogue Scale para uso en Argentina. *Acta Otorrinolaringológica Esp.* 1 de septiembre de 2020;71(5):289-95.
- Jacobson GP, Piker EG, Hatton K, Watford KE, Trone T, McCaslin DL, et al. Development and Preliminary Findings of the Dizziness Symptom Profile. *Ear Hear.* mayo de 2019;40(3):568-76.

RECURSOS

<http://www.otoneurobadajoz.co.nr> (You Tube – Gabriel Trinidad Ruiz).

MESAS

MESA. CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ALZHEIMER EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- > Dra. Sánchez Pérez, M.
- > Dr. Sagües Amado, A.
- > Dr. Arrieta Antón, E.

Introducción

La Enfermedad de Alzheimer es un problema de salud que no solo afecta a quien lo padece, sino a todo su entorno, que tiene que adaptarse para suplir la incapacidad que genera el deterioro cognitivo. Esto implica la presencia de un cuidador, generalmente un familiar, y de forma permanente. Nuestro objetivo terapéutico va a ser siempre el paciente y su cuidador.

Objetivos

- Conocer la Evolución de la enfermedad de Alzheimer y los problemas que surgen en las fases avanzadas de la misma.
- Prevenir complicaciones , riesgos y la aparición de crisis
- Manejo de la comorbilidad de un paciente, por lo general de avanzada edad
- Prestar apoyo al cuidador en el manejo de la enfermedad y en la toma de decisiones
- Aplicar un abordaje paliativo centrado en la calidad de vida en la fase avanzada

Metodología docente

Se trata de una Mesa en la que tres ponentes y un moderador revisarán el papel del Médico de Familia en la atención a la Enfermedad de Alzheimer y cómo puede mejorarse. Cada ponente hará una breve intervención y posteriormente habrá un diálogo.

Contenido de la actividad

La Enfermedad de Alzheimer (EA) avanzada se caracteriza por el deterioro progresivo de las funciones cognitivas y, a la vez la aparición de pérdidas funcionales cada vez más evidentes, primero para las actividades instrumentales de la vida diaria y más adelante para las actividades básicas. En consecuencia, estamos hablando de un paciente frágil y vulnerable, en el que se van a producir complicaciones debidas a la propia evo-

lución de la enfermedad y a la aparición de complicaciones debidas a la presencia de comorbilidades.

El deterioro del enfermo de Alzheimer, aunque progresivo, no tiene un patrón definido, ni una velocidad constante de instauración, va a prolongarse en el tiempo con altibajos hasta la fase terminal de la enfermedad. Esta evolución ocurre en un paciente que habitualmente vive en la comunidad, en un domicilio familiar a cargo de un cuidador, que suple las carencias del paciente. Sólo cuando la incapacidad y la dependencia son graves los pacientes (algunos) son ingresados en una residencia.

El médico de Atención Primaria (AP) tiene un papel fundamental en el seguimiento de este paciente. Hoy por hoy, los pacientes en fase moderada y avanzada no se van a beneficiar de los nuevos tratamientos que están apareciendo, y, aunque se realice un seguimiento compartido con los especialistas hospitalarios (neurología), la inmediatez y la rapidez de respuesta de AP, junto con el conocimiento del paciente y de su entorno, hace que la mayoría de las crisis y complicaciones que puedan presentarse deban manejarse en nuestro ámbito.

En este seguimiento hay una serie de "hitos" a los que prestar especial atención:

- Comorbilidad y polifarmacia
 - Los pacientes con EA presentan otras patologías crónicas que necesitan control y tratamiento. Los tratamientos farmacológicos siempre tienen efectos secundarios que hay que minimizar para evitar complicaciones. Hay una gran cantidad de medicamentos de uso común con efectos secundario de tipo anticolinérgico, que pueden originar mayor confusión el paciente y, por tanto, que se presenten alteraciones del comportamiento, o que éste no pueda comunicar con claridad otras complicaciones (retención aguda de orina, estreñimiento, problemas respiratorios, etc.). Las descompensaciones de una enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, EPOC, etc.) pueden tener las mismas consecuencias, por lo que es preciso conocerlas y adelantarse en lo posible a su aparición.
- Prevención de crisis y situaciones de riesgo y manejo de las mismas
 - Un paciente con deterioro cognitivo tiene una capacidad limitada para comprender lo que está ocurriendo a su alrededor y para reaccionar ante ello. Esta suele ser la causa de la mayoría de las alteraciones del comportamiento y de los sínto-

mas psicológicos del enfermo de Alzheimer. Es importante prevenir estas complicaciones con un estilo de comunicación suave, directo, que ayude al paciente a orientarse y no le cause inquietud o confusión. También con medidas ambientales (rutinas, iluminación, evitar ruidos, evitar cambios en la decoración y la colocación de los objetos, etc.).

- En ocasiones estas crisis precisan tratamiento farmacológico con neurolépticos, pero en la mayoría de las ocasiones es posible trabajar con los cuidadores un abordaje averiguando las causas y las consecuencias de estos comportamientos y corrigiendo aquello que pueda causarlo.

• Atención y apoyo al cuidador

Ya hemos visto la importancia del cuidador en el mantenimiento de la autonomía del paciente y en la prevención y manejo de las crisis y complicaciones. Para ello el cuidador necesita información y apoyo. La AP no es el único recurso, pero si uno de los más importantes, ya que una de nuestras funciones es detectar las situaciones de sobrecarga de un cuidador y el riesgo de claudicación, y por otra parte, la accesibilidad de AP y el conocimiento longitudinal del paciente y del cuidador permiten ofrecer información, recursos y también soporte emocional. La información incluye qué es la EA y cómo evoluciona, qué complicaciones pueden presentarse, como comunicarse con el enfermo, cómo prevenir y manejar las crisis y complicaciones, y qué otros recursos existen (dependencia, asociaciones, servicios sociales, etc.). El apoyo y el soporte se dan con una comunicación empática y ofreciendo ayuda a la hora tomar decisiones sobre los cuidados que precisa el enfermo o sobre lo que es o no deseable para él y su familia.

• Cuidados paliativos

El paciente con EA avanzada es un enfermo subsidiario de recibir cuidados paliativos puesto que padece una enfermedad progresiva y avanzada, sin perspectivas de curación, y con presencia de complicaciones. En esta situación es fundamental que los objetivos terapéuticos y de cuidados sean conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su entorno (ausencia de dolor, control de síntomas, evitar alteraciones del comportamiento, ...), lo que se puede proporcionar mediante cuidados paliativos. ¿Esto significa que el paciente debe ser derivado a otro equipo asistencial? En principio no. Se trata de hacer una buena valoración y buscar el

mejor cuidado, y si la complejidad de los síntomas o la complejidad de la situación lo requieren, buscar la colaboración de los equipos de soporte de cuidados paliativos.

Bibliografía o recursos

- *Abordaje del Alzheimer y otras demencias. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 2 de diciembre de 2021. Ministerio de Sanidad, 2022*
- *Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, Vol. 404, No. 10452*
- *Robles Bayón A, Gude Sampedro F. Prescripciones inconvenientes en el tratamiento del paciente con deterioro cognitivo. Neurologia 2014; 29(9):523–532*
- *Trinh E, Lee A, Kim KY. End-of-Life Care of Persons With Alzheimer Disease: An Update for Clinicians. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2019; 37(4): 1-4*
- *Mitchell SL. Advanced Dementia. N Engl J Med 2015;372:2533-40*
- *Plan integral de Alzheimer y otras demencias en Andalucía. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2023/10/PIAD_septiembre2023_final.pdf*

> Dr. Medina Gámez, J.

Introducción:

El deterioro cognitivo es una patología neurológica prevalente en el ámbito de la atención primaria.

Con una población cada vez más envejecida y con un aumento de la presencia de este problema de salud en la población anciana hacen que tenga asociada una importante repercusión en la calidad de vida de la población y va a cobrar más relevancia en el futuro. Tener una idea general de la situación actual es fundamental para perderle el “miedo a la Neuro” y mejorar la asistencia a la población.

Objetivos :

Exponer algunos datos de la realidad de la Enfermedad de Alzheimer, abordando los principales puntos donde Medicina de Familia puede aportar más: una revisión conceptual de cómo detectar la enfermedad en etapas iniciales, manejo desde el centro de salud, situación paliativa, voluntades anticipadas, asociaciones de pa-

cientes, apoyo familiar y afectación biopsicosocial de la enfermedad.

Metodología docente

El taller será realizado de forma presencial y constará de dos partes: una primera, en la que los tres ponentes expondrán en varios minutos los conceptos clave de cada bloque; y una segunda, en la que todos los asistentes preguntarán dudas o se compartirán reflexiones.

Contenido de la actividad

1. Situación de la Enfermedad de Alzheimer a día de hoy.
Diagnóstico temprano de las fases iniciales de la enfermedad y manejo de tratamiento médico. Importancia de la detección de esta enfermedad infradiagnosticada.
2. Manejo de la Enfermedad de Alzheimer en estadio avanzado, aplicación de los cuidados paliativos en la Enfermedad de Alzheimer.
3. Aspecto sociosanitario de la Enfermedad de Alzheimer.
Recursos, asociaciones y afectación de la situación de vivencia de enfermedad, así como de su diagnóstico por parte de pacientes, familiares y cuidadores.
4. Dudas, reflexiones y diálogo entre asistentes y miembros de la mesa.

RESULTADOS DE TRABAJOS ORIGINALES

MÉDICO DE FAMILIA

823/229. EXPERIENCIA EN ATENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SÁHARA OCCIDENTAL, PROYECTO DE COOPERACIÓN HUMANITARIA-2024

Autores:

Generoso Torres, M.¹, Malainin Chibih, U.², Hamad Mohamed Fadel, S.², Hamadi Mahdjou, A.³, Guisasola Cárdenas, M.⁴, Aguirre Rodríguez, J.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mirasierra. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal-Overa. Huércal-Overa. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Balaguer. Balaguer. Lérida, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada

Objetivos

Analizar la situación sanitaria actual, identificando áreas dónde realizar promoción de la salud. Identificar y tratar problemas de salud de los refugiados saharauis en los campamentos de Tinduf mediante atención médica y la realización de técnicas.

Metodología

Se ha realizado un trabajo descriptivo y cualitativo. A través de dos ONG, se trasladó una comisión formada por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria junto con material médico y farmacológico.

Resultados

Trabajamos en el hospital de Smara, atendiendo una media de 100 pacientes diarios. Entre los motivos de consulta más frecuentes se encontraron la diabetes y la hipertensión, ambas enfermedades crónicas con alto riesgo de comorbilidades. Tratamos con una población sedentaria cuya alimentación presenta altos niveles de azúcares, sobre todo por la ingesta diaria de grandes cantidades de té. Asociado a esto y a la falta de higiene, destacó la patología bucodental. En cuanto a la salud de la mujer destacaron

las alteraciones menstruales, amenorreas, dismenorrea, mastalgia y nódulos mamarios, así como la anemia ferropénica debido al sangrado menstrual abundante, la malnutrición crónica y falta de diversidad en la dieta. Otros motivos de consulta fueron: dolor, patología de vías respiratorias, síntomas del tracto urinario inferior en varones, en urgencias parasitosis y patología infecciosa digestiva con alta tasa de diarrea y deshidratación. Predominaron los problemas dermatológicos como la dermatitis atópica en niños, derivada en gran parte de la exposición solar, altas temperaturas, falta de higiene y de cuidado de la piel. Se han realizado diferentes técnicas de cirugía menor e infiltraciones. El uso de la ecografía en los campamentos ha sido una herramienta fundamental para complementar en nuestra práctica clínica, ayudándonos a tomar decisiones en cuanto al manejo de los pacientes.

Conclusiones

Se identifican áreas de mejora sobre las que realizamos promoción de la salud fomentando cambios en los hábitos higiénico dietéticos, ejercicio y abandono del hábito tabáquico, así como cuidado de la higiene y de la piel. Se atendieron problemas de salud más frecuentes; anemia, diabetes, hipertensión, patología dermatológica, salud reproductiva... Con la ecografía se describieron lesiones que precisaron derivación a hospitales mejor equipados y se emplearon técnicas como cirugía menor e infiltraciones aliviando las dolencias del pueblo saharaui.

823/431. ¿FALTAN CITAS O SOBRAN ASISTENCIAS EN EL 2024 EN MI CONSULTA?

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Investigador. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz

Objetivos

Determinar la cuantía de citas a las que no acuden los pacientes, características generales de los pacientes que no asistieron y el volumen de citas ofertadas en una consulta de un médico de familia realmente en un año natural.

Metodología

Se ha determinado el volumen total de citas ofertadas en agenda (estimación personal por registro diario de actividad) en el año 2024, así como la cuantía de citas a las que no acudieron los pacientes identificados con

el código CIE9 V15.81 (Incumplimiento del tratamiento médico) que fueron cuantificados por medio de la aplicación de listados del programa asistencial Diraya.

Resultados

Del total de las 7166 citas ofertadas en los 209 días que pasé consulta en mi centro de salud, 724 citas (10.10 %) de ellas no fueron utilizadas por los pacientes citados. De un total de 1523 pacientes incluidos en mi cupo a finales del año 2024, 450 pacientes (29.5 %) no acudieron a su cita al menos una vez al año. De ellos, 65 pacientes (4.26 %) faltaron a su cita al menos 3 veces en el año, suponiendo una pérdida de 245 citas en total y el 33.9% del total de citas perdidas. Llama la atención ver como el número de citas perdidas en el año oscila entre 1 y 8. Se han identificado 7 pacientes se ausentan de su cita en más de 6 ocasiones. La edad media del paciente que no acude a la consulta es de 47.6 años (entre los 14 y 98 años con DS ±17.9). Un total de 379 citas fueron perdidas por mujeres (52.3%).

Conclusiones

Un alto porcentaje de citas son inutilizadas por los propios pacientes. Se precisaría un análisis más detallado para intentar determinar el origen de estas faltas de asistencia. Se plantea la necesidad que se instauren unas medidas correctoras normativizadas reglamentariamente ante pacientes que de forma reiterada (acúmulo de 3 citas sin asistir) no acudan a sus citas a lo largo del año, así como un sistema automatizado de alertas para los que acumulen varias citas en el año.

823/482. EVALUACIÓN DE SARCOPENIA EN LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES. ESTUDIO CAÍDAS/CAÍDAS DE REPETICIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES (C)

Autores:

Benítez Rivero, J.¹, Contreras Escámez, B.², Lagares Franco, C.³, Perejón Díaz, M.⁴, Gutiérrez Yins, Y.⁵, Morales Rodríguez, I.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, (2) Especialista en Geriatría. Hospital Jerez Puerta del Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Departamento de Estadística en investigación UCA, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Colorado. Conil de la Frontera. Cádiz, (5) Centro Asistencial

San Juan de Dios, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar-Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

Objetivos

Analizar la sensibilidad y especificidad para prevenir caídas en el medio residencial en Andalucía y su relación con Sarcopenia según los niveles de Proteínas Totales, Albúmina y el Peso.

Metodología

Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal, retrospectivo, de los mayores en medio residencial, año 2023. A los residentes de los centros participantes, se les recogen las variables: Sexo, edad, incidencia de caídas, incidencia de caídas de repetición, valor de , Proteínas Totales, Albúmina, nivel de en sangre. Los datos son conseguidos repasando la historia clínica de la residencia. Se toma muestra significativa de la población institucionalizada de Andalucía de 25829, al error estimado del 5%, siendo la misma de 379 personas. El análisis estadístico se realiza con apoyo del paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0.

Resultados

La base de datos consta de 961 residentes de 14 centros. Mujeres 650 (67,6%), hombres de 311 (32,4%). Con una media de $83,38 \pm 8,5$ años (65-104 años). Cuando separamos por la línea de 80 años, tenemos <80 años al 31,2% de la serie, y =80 años al 68,8 %, siendo la franja de edad de 85-89 años con 23,9% la más poblada. Con respecto a la incidencia de caídas, han ocurrido en el 37,3% de los residentes, pero cuando analizamos las caídas de repetición, tenemos desde 0 a 10 caídas de repetición, siendo más numerosas, además de los que no caen (77,4%), las ocurridas de 1 a 3 ocasiones con 17,5%. Con respecto a la sarcopenia, los niveles de Proteínas totales de $6,35 \pm 0,63$ gr/dl (5-9 gr/dl), ROC: 0,811; la Albúmina en $3,52 \pm 0,52$ gr/dl (1.7-5.9), ROC: 0,881; el Peso con media de $66 \pm 14,8$ kg (32-119 kg), ROC: 0,866. Con respecto a la toma de suplementos de Vitamina D, la mediana=20,7ngr/dl; Curva ROC VitD/Caídas=0,700. El 62,2% no toman nada, estando con calcifediol el 13,7%, con colecalciferol el 22,2% y aún hay quien toma Ca+Vit D en el 1,9% de la población.

Conclusiones

La medición de Proteínas Totales, Albúmina y Peso, Vitamina D en individuos >65 años, es altamente sensible/específica para identificar el riesgo de caídas-sarcopenia. Estos parámetros siempre tienen que estar incluidos en la VGI.

MÉDICO RESIDENTE

823/48. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR QUE INICIEN TRATAMIENTO CON POLIPÍLDORA CARDIOVASCULAR. ESTUDIO TRIAP

Autores:

Rodríguez Armesto, A.¹, Cinza Sanjurjo, S.², Portela Romero, M.³, Rey Aldana, D.⁴, Segura Fragoso, A.⁵, González Juanatey, J.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arevalo. Santiago de Compostela. La Coruña, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrada. A Estrada. Pontevedra, (5) Médico Jubilado Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo, (6) Especialista en Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña

Objetivos

Analizar si hay diferencias en el descenso de presión arterial y LDL-colesterol en los pacientes que reciben la polipíldora del CNIC (centro Nacional de Investigación en enfermedades Cardiovasculares) comparado con los monocomponentes por separado en una cohorte de pacientes de Atención Primaria.

Metodología

Se plantea un estudio de cohortes retrospectivas, con dos ramas de seguimiento longitudinal (polipíldora vs monocomponentes por separado), de los pacientes incluidos en la base de datos nacional BIFAP (Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en el Ámbito Público). El estudio incluyó pacientes mayores de 40 años, con ECV previa y que iniciaran tratamiento simultáneamente con ramipril, atorvastatina y AAS 100mg, durante al menos 12 meses, entre el 1 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2018. Se analizaron los cambios en la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) y perfil lipídico mediante la prueba de t-Student. Se utilizó un ajuste por Propensity score en el que se utilizaron las siguientes variables para el ajuste: edad, sexo, HTA, DM, dislipemia, obesidad, tabaquismo, insuficiencia cardíaca, infarto ce-

rebral, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, aterosclerosis aórtica; y la dosis de cada una de las moléculas comparadoras (ramipril y atorvastatina).

Resultados

Se incluyeron un total de 12,182 pacientes (2,229 pacientes en la rama de polipíldora-CNIC, con un seguimiento medio de 2,52 años, y 9,953 pacientes en la rama de los monocomponentes, con un seguimiento medio de 3,85 años). Tras el seguimiento de ambas cohortes, la PAS y la PAD descendieron más en el grupo de pacientes de monocomponentes ($p=0.003$ y $p<0.001$, respectivamente). Además, el descenso de PAS y PAD superior al 10% fue mayor en los pacientes del grupo de monocomponentes. Respecto al perfil lipídico, el descenso de LDL colesterol fue mayor en los pacientes de la cohorte de monocomponentes ($p<0.001$) y también en este grupo se observó un descenso de superior al 10% en más pacientes (82.3% vs 70.9%, $p<0.001$).

Conclusiones

La utilización de la polipíldora cardiovascular del CNIC en nuestro trabajo no se ha asociado a mayor descenso de presión arterial ni del LDL colesterol.

823/84. RELACION ENTRE LOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 Y EL DESARROLLO DE RETINOPATIA DIABÉTICA

Autores:

Mazón Castro, L.¹, Varela Sanda, T.², Rodríguez Otero, E.³, Domínguez de Dios, A.², Rodríguez Armesto, A.⁴, Cruz De Castro, V.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vila de Cruces. Vila de Cruces. Pontevedra, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vila de Cruces. Vila de Cruces. Pontevedra, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vila de Cruces. Vila de Cruces. Pontevedra, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña, (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rianxo. Santiago de Compostela. La Coruña

Objetivos

Analizar, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMt2), la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el desarrollo de retinopatía diabética (RD).

Metodología

Se incluyen en el análisis los 92 pacientes con DMt2, sin patología ocular o cirugías oculares previas, de un cupo de AP del CS de Vila de Cruces, que aporta una precisión del 5,6% para una prevalencia poblacional esperada del 8% para una población total de 6.000 habitantes. La población de estudio se estratifica según los años de evolución de la diabetes en < 5 años de evolución y > 5 años de evolución. Secundariamente se analiza además si otras variables como el sexo y la HbA1 pudieran tener relación el desarrollo de retinopatía diabética. Para ello se realiza un análisis bivariante con chi cuadrado. Además se realiza una curva de Kaplan que correlaciona el tiempo de evolución de la DMt2 y la aparición de RD.

Resultados

De los 92 pacientes incluidos 63.1% eran hombres y 34% mujeres; de ellos 42 % eran <65 años y 57 % eran > 65 años. La prevalencia de RD fue del 8,7%, de los cuales el 52,2% tenían más de 5 años de evolución de la enfermedad. No se observó relación con la edad (11,3% vs 5,1%, p=0,297) ni con el sexo (8,8% vs 8,6%, p=0,973). Sin embargo sí se observó relación con la antigüedad de la DMt2 (14,5% vs 2,2%, p=0,036). Se observó mayor prevalencia de RD en pacientes con HbA1c>7%, aunque no alcanzó significación estadística (16,6% vs 4,8%, p=0,059). En la curva de Kaplan Meier vemos que la mayoría de los casos de RD se va cuando la DMt2 supera los 5 años de evolución.

Conclusiones

La prevalencia de la RD es mayor con la antigüedad de la DMt2, se incrementa con la edad de los pacientes y el mal control de la HbA1c. Limitación: se pretende ampliar el tamaño muestral e incluir pacientes de otros cupos de AP y CS para mejorar la potencia estadística, la validez externa y disminuir el azar de los resultados, que son concordantes con la información publicada hasta la actualidad

823/254. CONSULTA DE ACOGIDA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN Y PERFIL DE PACIENTE QUE LA UTILIZA

Autores:

Quintana Prego, R.¹, Guisasola Cárdenas, M.¹, Aguirre Rodríguez, J.², Generoso Torres, M.², González Bravo, A.³, Martín Enguix, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada, (2) Especialista en 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

Objetivos

Las consultas de acogida de enfermería (CAE) fueron implementadas por El Servicio Andaluz de Salud en 2021, para intentar mejorar la accesibilidad a la Atención Primaria, tras la situación de "colapso" que provocó la pandemia COVID 19. En este trabajo, nuestro objetivo fundamental es conocer si las CAE son realmente resolutivas y si esta capacidad se relaciona con el motivo de consulta. Otros objetivos secundarios son: definir el perfil del paciente que las demanda, motivo de consulta y día de la semana de mayor afluencia.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, analizando las CAE registradas durante 2023 en un centro de salud urbano de Granada. Recogimos datos demográficos, clínicos y administrativos de los pacientes, incluyendo motivos de consulta, índice de comorbilidad de Charlson, fecha de consulta y resolución (o no) por parte de enfermería. Los datos fueron procesados con estadística descriptiva y pruebas de significación para analizar diferencias entre variables.

Resultados

del total de 626 CAE en el año 2023, seleccionamos aleatoriamente 295 (Nivel de confianza: 98%; Margen de error: 5%). El 67,8% de los pacientes (200) eran mujeres, edad media: $48,73 \pm 20,9$; índice de Charlson medio: $1,45 \pm 1,99$ (mediana: 0, en 47,8% de los pacientes). Principales motivos de consulta: catarro de vías alta: 13,22% (39), dolor de garganta: 12,88% (38), infección urinaria (ITU): 7,80% (23) y ansiedad: 4,75% (14). Los miércoles son los días de más afluencia (22,7%). Enfermería resolvió el 15,59% de las CAE (46). Los motivos más resueltos fueron: heridas (19,6%), catarro de vías altas (15,2%) y contusiones (8,7%). No encontramos diferente capacidad de resolución según sexo, edad o comorbilidades ($P>0,05$).

Conclusiones

1) Enfermería resuelve sólo 1 de cada 7 CAE. 2) La mayor capacidad de resolución se da en heridas, catarros y contusiones; sin influencia de la edad o del sexo. 3)

Perfil del paciente: mujer joven, sin comorbilidades que consulta por patología banal, y que ha utilizado la CAE al menos 2 veces. 4) Catarros, dolor de garganta, ITU y ansiedad son las causas más frecuentes de consulta. 5) El miércoles es el día de más demanda de CAE.

823/304. ¿CONSEGUIMOS LA DESHABITUACION TABAQUICA TOMANDO CITISINA?

Autores:

Machín Hernández, M.¹, Arjona González, R², García González, M.³

Centro de Trabajo:

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

Objetivos

Evaluar la eficacia de la citisina en el proceso de deshabituación tabáquica en una zona de salud urbana.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: fumadores a los que se les prescribió citisina entre diciembre 2023 y diciembre de 2024. Datos recogidos de historia clínica digital y realización de entrevista telefónica. Población de 256 pacientes, estudiando a todos los pacientes que se les prescribió Citisina de forma consecutiva sin requerir obtención de muestra. Zona básica de salud urbana. Variables: demográficas, test de Fagerström y evaluación de la deshabituación tabáquica. Medidas de frecuencia, comparación de medias y de asociación. Se consideró un nivel de significación de $\alpha=0,05$. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 256 pacientes. Mujeres 131 (51.2%; IC 95%: 50,96-51,44). Media de edad 52,8±11,24 años. Media de edad de inicio del tabaquismo 19,52±7,78. Media de años de tabaquismo 32,99±13,27. Media NºCigarrillos/día 23,23±10,46. Existen diferencias significativas con respecto al nºCigarrillos/día siendo mayor en varones que muje-

res (25,3vs21,32, $p<0,05$). Un total de 27 pacientes presentaban un IMC>30 (10,5%;IC 95%: 10,26-10,74). Test de Fagerström>7 247 (96,5%;IC 95%: 96,26-96,74), 251 pacientes habían realizado un intento de deshabituación previa fallido (98%;IC 95%: 97,76-98,24), en 39 pacientes consta cita de seguimiento tras prescripción (15,2%;IC 95%: 14,96-15,44) y 248 pacientes retiraron citisina de la farmacia (96,9%;IC 95%: 96,66-97,14). Respondieron a la entrevista telefónica 207 pacientes (80,85%;IC 95%: 80,61-81,09). 157 tomaron citisina (75,8%; IC 95%: 75,53-76,07), dejando de fumar 128 pacientes (61,8%;IC 95%: 61,53-62,07). A la llamada, llevaban sin fumar menos de un mes 23 (14,6%;IC 95%: 14,33-14,87), entre 1-6 meses 56 (35,7%;IC 95%: 35,43-35,97), entre 6-12 meses 41 (26,1%; IC 95%: 25,83-26,37) y más 12 meses de deshabituación 8 (5,1%;IC 95%: 4,83-5,37). Tras citisina, han recaído 91 (58%;IC 95%: 57,73-58,27). No existen diferencias significativas entre sexos ni edad, con respecto al éxito de la deshabituación tabáquica.

Conclusiones

- Una cuarta parte de los pacientes a los que se les prescribió citisina actualmente no fuman.
- 50 pacientes no tomaron citisina a pesar de tenerla prescrita. -Alta dependencia al hábito tabáquico. -Espresso registro de seguimiento en AP tras iniciar tratamiento para deshabituación

823/389. INTERVENCIÓN Y COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN SITUACIÓN CRÍTICA O TRAUMÁTICA

Autores:

Povedano Buitrago, J.¹, Povedano Guerrero, J.², Castro Jiménez, R.³, Martínez de la Torre, T.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina del Trabajo. Ministerio de Defensa., (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (4) Enfermera. Centro de Salud de Poniente. Córdoba.

Objetivos

El personal sanitario, en el ejercicio de sus funciones, está expuesto con cierta asiduidad a pacientes que sufren situaciones de crisis. En no pocas ocasiones, es el médico quien ha de transmitir el primer mensaje y comunicar o explicar al paciente o familiares el hecho

o noticia que puede suponer una crisis circunstancial. Así, el objetivo de esta comunicación es revisar la literatura sobre la actuación del personal sanitario en situaciones críticas o fatídicas, con el fin de transmitir, concretar y resumir el procedimiento de comunicación. También es nuestro objeto exponer e incidir en los mecanismos para la intervención, las actitudes y las pautas de comunicación de malas noticias.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de distintos libros, manuales y artículos, empleando bases de datos como PubMed y Scielo, y utilizando descriptores.

Resultados

Hay evidencia empírica de que las habilidades de comunicación y la actitud de los profesionales sanitarios suponen una implicación trascendental y determinante en el modo en que el paciente y sus seres queridos abordan la situación traumática, lo cual repercute su salud física y mental. La intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar la situación inesperada explicarán el impacto psicológico. Por tanto, la finalidad de la intervención en estos escenarios es tratar de reducir la ansiedad generada inicialmente y trabajar con los sentimientos básicos, propiciando la expresión de los mismos (soledad y aislamiento, indefensión, incapacidad de respuesta adecuada, deconstrucción del self, etc.). *Mecanismos para la intervención en crisis: centrar la atención, respetar los silencios, escucha activa, contacto físico, empatía. *Actitudes inadecuadas: emitir consejos, proyectar nuestros propios sentimientos, resaltar “presuntos” aspectos positivos, pretender desviar la atención del interlocutor hacia otros asuntos, comentarios que impliquen identificación total.

Conclusiones

Se consideran necesarios el entrenamiento y formación del personal sanitario en estos difíciles procesos comunicativos que estamos obligados abordar. Hemos de tener en consideración que, además de intentar proporcionar una asistencia sanitaria óptima desde el ámbito científico y médico, nuestra función en estas situaciones también será aliviar o paliar, que no eliminar, el dolor del paciente y allegados, lo cual además puede tener implicaciones pronósticas.

823/435. PREVALENCIA DE ANEMIA GESTACIONAL POR TRIMESTRE EN UNA POBLACIÓN DE 1043 GESTANTES ATENDIDAS EN UN ÁREA SANITARIA

Autores:

Rodríguez Juliá, M.¹, Luna Barrones, I.¹, Sánchez Pareja, V.², Ulloa Jerez, C.³, Escribano Serrano, J.⁴, Jiménez Varo, E.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz, (5) Especialista en Bioquímica clínica. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz

Objetivos

Determinar la prevalencia de anemia gestacional estratificada por trimestre en una población de 1.043 gestantes.

Metodología

Estudio observacional transversal realizado entre 2021-2023. Se estudiaron 1.043 gestantes atendidas en 5 UGC. La anemia se definió por criterios de la OMS por trimestre ($Hb < 11\text{ mg/dl}$ en trimestre 1º-3º y $hb < 10,5\text{ mg/dl}$ en trimestre 2º). Se definió déficit férrico por ferritina $< 30\text{ pg/dl}$ o TSAT $< 20\%$. En el análisis estadístico se utilizó distribución de frecuencia y pruebas estadísticas.

Resultados

Se estudiaron 1.043 gestantes con una mediana edad 31 años (RIC 27-35) distribuidas en G15 20%, G25 52% y G35 27%, con una paridad anterior media de 0,57 (DE 0,72) y un 54% primigestas. Presentaron una mediana de IMC 25 (RIC 22-29) con 21% de obesidad. La prevalencia de AG general es del 30,9% (IC95% 29,5-32,3), más frecuente en el grupo más joven (G15=p<0,05), sin que se vea afectada por la presencia de obesidad o por la paridad previa. La prevalencia en 1T fue del 3,2% con un 45% de normocítica y 72% hipocrómica con un 42% con déficit de hierro. La prevalencia en 2T fue del 12,8% con un 82% de normocítica y 71% hipocrómica con 60% con déficit de hierro. La prevalencia en 3T fue

del 25,2% con un 84% de normocítica y 81% hipocrómica con 75% con déficit de hierro.

Conclusiones

La prevalencia descrita supera ampliamente lo publicado hasta ahora en España. Se detecta un considerable aumento de la prevalencia con el avance de la gestación.

La etiología más importante es la deficiencia de hierro, lo que nos hace pensar en un fracaso de las estrategias de suplementación y tratamiento con hierro durante la gestación.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

MÉDICO DE FAMILIA

823/9. PROYECTO: IMPACTO DE LA DOBLE JORNADA LABORAL EN LA SALUD DE LA MUJER

Autores:

Blasco Martínez, M.¹, Marín Jiménez, F.², Ruiz Mariscal, E.³, Lorenzo Nieto, P.², Marín Jiménez, M.⁴, Ruano Bieito, G.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 17 de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona, (3) Enfermera. Centro de Salud 17 de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona, (4) Serveis Administratius. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona, (5) Investigador. Centro de Salud Montbau. Viladecans. Barcelona

Introducción

Este proyecto investiga el impacto de la doble jornada laboral (trabajo remunerado + tareas de cuidado no remuneradas) en la salud de las mujeres en El Prat de Llobregat (Barcelona). Se utilizará un enfoque de género para analizar las consecuencias en la salud física y mental, y se priorizará la participación de las mujeres en todas las fases.

Objetivos

Objetivo general: Evaluar el impacto de la doble jornada en la salud femenina y desarrollar estrategias de mitigación. ? Objetivos específicos: Determinar la prevalencia de la doble jornada; identificar sus consecuencias en la salud física y mental; analizar los recursos de apoyo disponibles; proponer intervenciones comunitarias; y evaluar su viabilidad y efectividad.

Diseño

Diseño mixto (cuantitativo y cualitativo). Encuestas para datos sobre prevalencia y correlaciones con indicadores de salud. Entrevistas en profundidad y grupos focales para explorar experiencias individuales y contextualizar los datos. Diseño observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Área de influencia de un Centro de Atención Primaria en una localidad de la periferia metropolitana.

Material y métodos

Cuestionario de Repercusión Familiar (IEQ)¹: Aunque diseñado para medir las consecuencias del cuidado de pacientes con trastorno mental grave, podría adaptarse para evaluar el impacto de las tareas de cuidado no remuneradas en la salud de las mujeres. Mide preocupación, presión, tensión y supervisión. ? Escala de Zarit¹: Si bien no se describe completamente en las fuentes, se menciona como una escala para medir la sobrecarga del cuidador. Su uso requeriría una adaptación al contexto específico de la doble jornada laboral femenina Y guiones de entrevista semiestructurados. Análisis de datos: estadística descriptiva e inferencial (cuantitativo); análisis temático (cuantitativo).

Aplicabilidad

Los resultados mejorarán la salud de las mujeres en el área y informarán el desarrollo de políticas públicas e intervenciones comunitarias. Difusión de resultados a través de diversos canales.

Aspectos ético-legales

Respeto a los principios éticos de la investigación (confidencialidad, anonimato, consentimiento informado). Aprobación del comité de ética. Cumplimiento de la normativa de protección de datos.

823/10. PROYECTO DE BIENESTAR DIGITAL EN UNA POBLACIÓN DE UN ÁREA METROPOLITANA

Autores:

Ruiz Mariscal, E.¹, Marín Jiménez, F.², Blasco Martínez, M.³, Lorenzo Nieto, P.², Gregorio Fernández, H.⁴, González Gómez, E.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Centro de Salud 17 de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 17 de Setembre. El Prat de Llobregat. Barcelona, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería, (4) Regidoria de Salut, Ajuntament de El Prat de Llobregat, (5) Regidoria d'Educació, Ajuntament El Prat de Llobregat

Introducción

El Grupo de Trabajo de Bienestar Digital lidera un proyecto para promover el bienestar digital entre niños y adolescentes en un municipio de un área metropolitana. Este esfuerzo colaborativo reúne al Ayuntamien-

to, servicios externos, entidades locales y ciudadanos para crear una estrategia transversal. El objetivo es abordar el uso de pantallas mediante prevención y buenas prácticas.

Objetivos

El proyecto busca implementar una estrategia para el uso responsable de dispositivos digitales, especialmente móviles, en niños y adolescentes. Sus objetivos específicos incluyen: Diagnosticar la situación del uso de pantallas en el municipio para, a posteriori, poder formar grupos de trabajo para abordar diferentes edades y áreas de intervención observadas en el estudio.

Diseño

El proyecto, dividido en fases, incluye: Un manifiesto con pautas de edad para el uso de pantallas. Un cuadríptico con buenas prácticas según grupos de edad. Un sitio web con recursos, recomendaciones y preguntas frecuentes. Catálogo de actividades analógicas por edades. Identificación de espacios libres de teléfonos. Plan digital familiar para fomentar hábitos saludables. Campaña de comunicación con videos y material promocional. Jornada comunitaria anual para reflexionar sobre bienestar digital. Contrato digital familiar con un decálogo de buenas prácticas. Diseñar un plan de acción integral para el municipio. Crear material gráfico de comunicación, como guías o informes. Los grupos de trabajo definirán contenidos clave y validarán las acciones con la comunidad.

Emplazamiento

Con base en una ciudad mediana, el proyecto abarca escuelas, centros de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias, e involucra a familias y ciudadanos

Material y métodos

El enfoque incluye: Reuniones de grupos de trabajo para desarrollar propuestas. Consultas a la OMS, la Asociación Española de Pediatría y el Manifiesto de Derechos Digitales de Cataluña. Diseño colaborativo con herramientas digitales como Mural. Validación comunitaria mediante una jornada final. Creación de materiales educativos como videos, folletos y contenidos promocionales. Recursos digitales actualizados en una plataforma centralizada.

Aplicabilidad

El proyecto ofrece herramientas prácticas para familias, educadores y profesionales de la salud. Los re-

cursos están adaptados a diferentes edades, desde la gestación hasta la adolescencia, considerando el desarrollo cognitivo más que el nivel educativo. Se incluyen pautas sobre hábitos digitales, controles parentales y actividades alternativas. Además, aborda la influencia de algoritmos y fomenta el pensamiento crítico en línea.

Aspectos ético-legales

El proyecto subraya la protección frente a contenido dañino y promueve el bienestar digital mediante educación en alfabetización digital y comunicación abierta en las familias. El plan digital familiar refuerza el uso justo y consciente de pantallas. Basado en fuentes como las directrices de la OMS, estudios de la Asociación Española de Pediatría y el Manifiesto de Derechos Digitales de Cataluña, el proyecto prioriza la actualización constante de recursos.

823/255. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA, SEGURIDAD Y ADHERENCIA DE TIRZEPATIDA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, EN VIDA REAL

Autores:

Guisasola Cárdenas, M.¹, Quintana Prego, R.¹, González Bravo, A.², Martín Enguix, D.³, Generoso Torres, M.³, Aguirre Rodríguez, J.³

Centro de Trabajo:

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

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica prevalente en España que afecta significativamente a la calidad de vida y al pronóstico de los pacientes. Esta condición, asociada a múltiples comorbilidades como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, incrementa el riesgo de mortalidad prematura. En este contexto, tirzepatida, un fármaco con acción dual sobre los receptores GLP-1/GIP, ha mostrado en ensayos clínicos controlados una notable eficacia en la pérdida de peso y la mejora de parámetros cardiometabólicos. Sin embargo, estos estudios se realizaron bajo condiciones controladas que no reflejan completamente la realidad de la práctica clínica diaria. Es por ello por lo que se hace necesario evaluar su efectivi-

dad, seguridad y adherencia en contextos de vida real en nuestra población, para complementar la evidencia existente y mejorar las decisiones terapéuticas en Atención Primaria (AP).

Objetivos

Evaluar la efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento con tirzepatida en pacientes con obesidad o sobrepeso residentes en Granada y su provincia. Adicionalmente, se analizará su impacto en parámetros metabólicos y en la calidad de vida de los pacientes, y se definirá el perfil de los usuarios de este tratamiento, incluyendo el origen de la prescripción médica.

Diseño

Multicéntrico, descriptivo y longitudinal, permitiendo recopilar datos de múltiples puntos y analizar tendencias reales en un entorno no experimental.

Emplazamiento

La captación se llevará a cabo a través de las farmacias comunitarias ubicadas en Granada y su provincia, aprovechando su acceso directo a los pacientes que solicitan la dispensación de tirzepatida. Contamos con el apoyo y la colaboración activa del Colegio de Farmacéuticos de Granada. El desarrollo del estudio será llevado a cabo por médicos de AP.

Material y métodos

La población de estudio incluye mayores de 18 años con prescripción de tirzepatide. Se recogerán datos sobre variables sociodemográficas, peso, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, efectos secundarios y resultados clínicos medidos en reducción de IMC y de peso. Las mediciones incluirán parámetros metabólicos (HbA1c, lípidos y presión arterial), evaluados al inicio y a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. El análisis estadístico se realizará utilizando rcmdr 4.0.3. Las limitaciones del estudio incluyen posibles sesgos en la captación de los participantes y la variabilidad inherente a un entorno no controlado.

Aplicabilidad

Los resultados proporcionarán una visión práctica de la efectividad y seguridad en vida real de tirzepatida en pacientes de la provincia de Granada seguidos en AP. Permitiendo optimizar el manejo clínico de la obesidad y sobrepeso. Este estudio será clave para identificar áreas de mejora en el tratamiento y definir estrategias de intervención más personalizadas.

Aspectos ético-legales

El estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores. Asimismo, se garantizará el cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales, conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales Españolas. Actualmente, el protocolo del estudio se encuentra en trámite de evaluación por el Comité de Ética de Investigación local (Expte. SICEIA-2024-002967).

823/447. EVOLUCIÓN DEL CUADRO SINTOMATOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN RESPUESTA A TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Esparza García, M.¹, Serrano Flores, C.², Montes Redondo, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Introducción

A pesar de afectar entre el 5% y el 10% de la población mundial, el Síndrome de Intestino Irritable (SII) sigue siendo un trastorno poco comprendido, ya que se diagnostica principalmente por descarte, sin evidencias orgánicas o funcionales claras. Además, el tratamiento actual no ofrece soluciones duraderas y efectivas. Este síndrome, al ser crónico, suele coexistir con trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, lo que aumenta el riesgo de que los pacientes con SII desarrollen estos trastornos, y viceversa. Dado que la Atención Primaria es la primera línea de contacto con los pacientes, es fundamental centrarse en la atención psicológica, que podría tener un impacto más significativo en la mejora de los síntomas, antes que en el tratamiento de los problemas gastrointestinales.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es estudiar el impacto de Terapia Cognitivo-Conductual en la evolución

del cuadro sintomático propio del SII. Derivados de él, los objetivos secundarios específicos son:

- Describir las características de la población incluida.
- Conocer la evolución en los cuestionarios.
- Indagar que variables podrían influir en el resultado evolutivo.

Diseño

Estudio cuasi-experimental de series temporales interrumpidas, prospectivo y multicéntrico.

Emplazamiento

Se llevará a cabo en dos ubicaciones geográficas distintas de Córdoba, una población urbana correspondiente al Centro de Salud Santa Rosa, y una población rural, perteneciente al Centro de Salud de Montoro.

Material y métodos

Estudio cuasi-experimental de series temporales interrumpidas, prospectivo y multicéntrico. Se incluirán pacientes >18 años, con diagnóstico de SII quedando excluidos aquellos con este diagnóstico pero que se encuentren en atención psicológica previamente, otra patología gastrointestinal no identificada como SII, y pacientes con patología oncológica o terminal. Se comparará el impacto de la TCC en pacientes con SII frente a un grupo control, para lo cual se realizará un seguimiento durante 6 meses, bimestralmente, en el que se cumplimentarán 4 cuestionarios estandarizados y validados: IBS-5SS (Irritable Bowel Syndrome Symptom Severity Scale), IBSSS (Irritable Bowel Syndrome Severity Score), IBS-QOL (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life) y Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Las variables a estudiar son: sexo/género autorreferido, edad (en años), estado civil, nivel de estudios, ocupación/situación laboral, residencia/Centro de Salud de adscripción, práctica de deportes/hobbies, enfermedades/comorbilidades, y puntuación, tanto basal como evolutivas periódicas, de los cuestionarios de evaluación. Se realizará un estudio descriptivo de las variables, así como test de contraste de hipótesis para comparar las variables entre grupos. Para ello se utilizarán, prueba de la suma de rangos de Wilcoxon para variables cuantitativas, y para variables cualitativas, test Chi-cuadrado, con corrección de Pearson si procede, o si alguna de las frecuencias absolutas es inferior a 5, test de Fisher. Se considerará un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Los datos serán analizados con SPSS.

Aplicabilidad

Confirmar el beneficio de la Terapia Cognitivo Conductual en el síndrome de intestino irritable como pilar de tratamiento.

Aspectos ético-legales

Estará sujeto a las normas de Buena Práctica Clínica y cumplirá en todo momento los preceptos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

MÉDICO RESIDENTE

823/113. GRADO DE SATISFACCIÓN DE INFILTRACIONES ARTICULARES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores

Relaño Mesa, A.¹, Damián García, R.², Martín Riobóo, E.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Introducción

En Atención Primaria (AP), las patologías articulares representan un desafío continuo debido a su impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Las infiltraciones articulares con corticoesteroides y anestésicos locales son una intervención eficaz para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad, especialmente en patologías como la osteoartritis y la artritis reumatoide. No obstante, la evidencia sobre su efectividad a largo plazo y la satisfacción del paciente en el ámbito de la AP sigue siendo limitada. Este estudio analizará el impacto de estas infiltraciones mediante la escala visual analógica (EVA) para evaluar el dolor, considerando factores como el dolor crónico, el envejecimiento y las comorbilidades, con el fin de optimizar estrategias terapéuticas y personalizar la atención en este nivel asistencial.

Objetivos

Principal: estudiar el grado de satisfacción de los pacientes que se someterán a infiltraciones articulares con corticoesteroides y anestésicos locales en AP entre noviembre de 2024 y junio de 2025.-Secundarios: determinar la prevalencia de las articulaciones infiltradas, analizar las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes, describir las características clínicas del diagnóstico inicial, valorar la mejoría clínica utilizando la EVA antes y después del procedimiento, e identificar posibles eventos adversos durante y después de la infiltración.

Diseño

El estudio será observacional, descriptivo y transversal, y evaluará a pacientes sometidos a infiltraciones articulares en Atención Primaria (AP) entre noviembre de 2024 y junio de 2025. Los datos serán recopilados prospectivamente. Se medirá el dolor antes y después del procedimiento utilizando EVA, y se recogerán datos sociodemográficos, clínicos, de satisfacción, así como los efectos adversos que pudieran surgir.

Emplazamiento

El estudio se llevará a cabo en dos centros de salud de Córdoba: Centro de Salud Poniente y Centro de Salud Aeropuerto, durante el periodo de estudio indicado.

Material y métodos

La muestra incluirá pacientes con patologías articulares en hombro, cadera, rodilla y pie que requieran infiltración con corticoesteroides y anestésico local. El tamaño muestral real será de 64 pacientes, considerando una tasa de pérdidas estimada del 20%. Se utilizarán encuestas de satisfacción y escalas EVA antes del procedimiento, así como a las dos y cuatro semanas posteriores. Se documentarán variables sociodemográficas, clínicas y antecedentes médicos, además de los eventos adversos durante el procedimiento y el seguimiento. La recopilación de datos se llevará a cabo mediante un cuaderno de recogida de datos (CRD), y el análisis de los resultados se realizará utilizando el programa estadístico SPSS.

Aplicabilidad

Los resultados de este estudio permitirán valorar la efectividad de las infiltraciones articulares para el manejo del dolor y la satisfacción del paciente, lo que contribuirá a mejorar la calidad del tratamiento en AP. Además, los hallazgos podrían ayudar a personalizar el tratamiento según las necesidades y experiencias de los pacientes, optimizando los recursos disponibles en el sistema de salud.

Aspectos ético-legales

El estudio cumplirá con las normativas de protección de datos y la Declaración de Helsinki, garantizando la confidencialidad y anonimato de los pacientes. Se solicitará el consentimiento informado a todos los participantes antes de su inclusión en el

estudio, explicando los objetivos, procedimientos y posibles riesgos del tratamiento.

823/324. DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN FORMA DE ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Autores:

Tejero Carmona, M.¹, Atienza Martín, F.², Montero Alba, M.³, Asensio Sánchez, C.⁴, Ruiz Granado, D.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maillén. Sevilla, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cachorro. Sevilla

Introducción

El consumo inadecuado de benzodiacepinas es muy elevado en nuestro entorno. Por ello, es necesario desarrollar estrategias que ayuden a disminuir su uso.

Objetivos

Evaluar la eficacia de una intervención educativa en pacientes con uso crónico de benzodiacepinas para conseguir el abandono de su uso.

Diseño

Diseño cuasiexperimental antes-después sin grupo control.

Emplazamiento

Centros de Salud urbanos pertenecientes al área sanitaria de Sevilla.

Material y métodos

1. Población: Pacientes mayores de 18 años, con uso de benzodiacepinas superior a ocho semanas, que hayan aceptado previamente participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Quedaran excluidos del estudio, aquellos pacientes institucionalizados, los diagnosticados de Trastorno mental grave, los pacientes en proceso de tratamiento de adicciones o los que se encuentran en cuidados paliativos.
2. Muestra: Se estableció un tamaño muestral de 385 pacientes, estimando una eficacia del 32%, con un

error alfa del 0,05; una potencia del 80% y unas pérdidas del 15%.

3. Variables: La variable principal es el abandono del uso crónico de benzodiacepinas a los tres, seis y doce meses. En variables secundarias encontramos las demográficas (edad, sexo), tiempo de uso de benzodiacepinas (en meses), indicación (ansiedad, depresión, insomnio), calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA). 4. Intervención: Se efectuará la intervención educativa del programa BenzoStop Juntos de manera exclusiva o asociado a alguno de los siguientes recursos: guías de autoayuda, técnicas de respiración profunda, técnicas de relajación de Schultz, medidas de higiene del sueño, aceite esencial de lavanda. 5. Análisis estadístico: análisis descriptivo para medias y desviación estándar en variables continuas, proporciones e intervalo de confianza de 95% para variables categóricas. Análisis Inferencial si las variables siguen criterios de normalidad con T-Student para medias y Chi cuadrado para proporciones. Si las variables no siguen criterios de normalidad, se emplearán pruebas no paramétricas. 6. Limitaciones: en los criterios de exclusión encontramos a pacientes menores de dieciocho años, sin embargo, los adolescentes suponen un grupo población con importante consumo de benzodiacepinas por lo que podría ser una línea de investigación para futuros estudios. Otra de las limitaciones, es la pérdida de pacientes a lo largo del estudio ya sea por fallecimiento, abandono del estudio o recaídas. Esto podría suponer una disminución del tamaño muestral y como consecuencia, de la significación estadística. Finalmente mencionar que la recogida de datos y la intervención educativa precisa de un equipo multidisciplinar en los diferentes Centros de Salud, la rotación de médicos y enfermeros supone un punto negativo pudiendo llegar a causar limitaciones en el estudio.

Aplicabilidad

Si la intervención educativa resulta efectiva para disminuir el uso crónico de benzodiacepinas, ésta podría emplearse de manera sistemática en la práctica clínica para aquellos pacientes con uso inadecuado de estos fármacos.

Aspectos ético-legales

- -Consentimiento informado.
- Acceso restringido a base de datos.
- Anonimización de datos.
- Seguimiento de normas de Helsinki.

823/467. ADECUACION DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE TEST DE ANTÍGENO EN HECES

Autores:

Limón Garrido, N.¹, Armas Villa, R.¹, Aguilar Jiménez, A.², Martínez Ruiz, M.³, Torralbo Díaz, M.⁴, Hidalgo Cuadrado, D.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espiel. Espiel. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba.

Introducción

La infección por Helicobacter pylori (IHP) afecta a nivel mundial al 50%. Se estima una prevalencia similar en España. Se adquiere en la infancia, la mayoría de las personas permanecen asintomáticas. Clínicamente relacionada con patologías leves (dispepsia, anemia ferropénica y déficit de vitamina B 12 sin otras causas) y graves (adenocarcinoma gástrico, úlcera péptica, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica-MALT). Por estos dos motivos, su elevada prevalencia y su implicación en patologías potencialmente graves, es necesario realizar un correcto diagnóstico y tratamiento (evitar resistencias). Para el diagnóstico se disponen de test invasivos (precisan de endoscopia) y test no invasivos (del aliento y antígeno en heces), estos últimos disponibles en atención primaria. Los test invasivos, son de elección si existen signos de alarma (> 55 años, vómitos, hemorragia digestiva, masa abdominal, pérdida de peso, disfagia). Se recomienda no tomar IBP dos semanas antes, y antibióticos cuatro semanas previas para evitar falsos negativos. Se considera recomendado la búsqueda de IHP en:-Úlcera péptica pasada o activa.-Linfoma tipo MALT.-Adenocarcinoma gástrico.-Riesgo elevado de cáncer gástrico: lesiones premalignas (atrofia de la mucosa gástrica, metaplasia intestinal, displasia gástrica) y en familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico. Según la

última guía Americana del colegio de gastroenterología (ACG) se recomienda realizar el despistaje a partir de los 45-50 años.–Pacientes con AINES y AAS a largo plazo.–Anemia ferropénica y déficit de vitamina B 12 no explicada por otras causas. -púrpura trombocitopénica idiopática.–Pacientes menores de 55 años con dispepsia no investigada, sin signos de alarma.–Miembros del hogar de pacientes con pruebas no serológicas positivas para HP (según última guía ACG).–Comprobación de erradicación tras tratamiento (a partir de las 4 semanas del mismo, para evitar falsos positivos, incluso más tiempo si se realiza con test de antígeno en heces).

Objetivos

1) Analizar si la petición del test de antígeno en heces de IHP se adapta a las recomendaciones diagnósticas de consenso. 2) Evaluar si el tratamiento erradicador se adecua a las pautas de consenso establecido.

Diseño

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Emplazamiento

Centro de salud rural que atiende una población de 16.946 habitantes por 10 médicos de familia.

Material y métodos

Criterios de inclusión: Pacientes > 14 años, con determinación de test de antígeno en heces para HP durante el periodo enero-diciembre 2024 (listado a partir de la base de datos de laboratorio, en función del número se elegirá a toda la población o una muestra representativa). Recogida de datos: revisión de la historia clínica digital. Variables: edad, sexo, indicación del test, posibilidad de falso positivo, tipo de tratamiento erradicador, comprobación erradicación, técnica comprobación erradicación, respuesta al tratamiento, seguimiento (AP o digestivo), causa de derivación a digestivo. Limitaciones: en relación con la falta de registro en las historias clínicas

Aplicabilidad

Detectar en nuestro centro situaciones de mejora formativas en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Aspectos ético-legales

La recogida de datos se realizará mediante registro anónimo de los datos de los pacientes.

823/471. COMO MEJORAR LA SALUD DE NUESTROS PACIENTES INMOVILIZADOS DE FORMA MULTIDISCIPLINAR

Autores:

Garcia Garcia, J.¹, García Ramos, R.¹, Galache Rebolloso, A.¹, De Las Cuevas Lopez, A.², Vicente Hernández, R.¹, Bueno Fernandez Burgos, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Introducción

La atención domiciliaria se define como un servicio sanitario mediante el cual se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren hospitalización, dirigidas a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físicos. El número de pacientes atendidos en Atención Primaria que padecen una limitación importante de su capacidad funcional es considerable con una clara tendencia al alza debido al envejecimiento de la población y a la alta prevalencia de enfermedades graves incapacitantes. Se trata de un proceso enmarcado dentro de la atención longitudinal y continuada, constituyendo una característica propia del médico de atención primaria, constituyendo el núcleo de la atención el enfermo y sus cuidadores.

Objetivos

Mejorar la exactitud diagnóstica atendiendo a las cuatro esferas biopsicosocial Mejorar el estado funcional y cognitivo Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar Descubrir problemas no diagnosticados y potencialmente tratables Establecer un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente

Diseño

Estudio prospectivo transversal de 12 meses de duración realizados en pacientes inmovilizados usuarios de atención primaria

Emplazamiento

Dos centros de salud urbanos de la misma área de gestión sanitaria. La población que atiende en 2024 es de 41.619 habitantes

Material y métodos

Población a estudio: Inmovilizados mayores de 65 años asistidos desde Atención Primaria. Muestra: 10 pacientes aleatorios de cada cupo del centro de salud. Criterios de inclusión: Mayores de 65 años que pertenezcan al programa de inmovilizados y estén correctamente registrados en Diraya. Intervenciones: Revisión de historias clínicas de los pacientes incluidos en "Atención a personas inmovilizadas" durante el periodo 1/2/2025 hasta 28/2/2026. Variables de estudio: Edad, sexo, comorbilidades, tratamientos, duración de la inmovilización en domicilio (años), ingresos hospitalarios, escalas: Barthel, Norton y Pfeiffer Análisis estadístico: Para la recogida de datos usaremos el programa Microsoft Excel y para el análisis estadístico usaremos el programa informático estadístico SPSS®. Las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencia e intervalo de confianza 95% (IC95%). Las variables cuantitativas se expresarán mediante medias y desviaciones típicas

Aplicabilidad

Este estudio nos ayudará a conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes inmovilizados y usuarios de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud en nuestra zona básica, así como de sus comorbilidades y su calidad de vida. Con esto podríamos desarrollar nuevos protocolos o planes de cuidados en función de las necesidades de nuestros pacientes.

Aspectos ético-legales

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Para llevar a cabo este proyecto se solicitará la aprobación al comité de ética correspondiente y se seguirán las recomendaciones pertinentes. La base de datos será custodiada por el investigador principal del proyecto y estará anonimizada, sin datos de carácter personal que puedan identificar al paciente.

823/138. POTENCIAL PREDICTIVO DE LA FRECUENCIA DE CONSULTAS Y DEL PERFIL DIAGNÓSTICO EN EL ÚLTIMO AÑO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE EN-

FERMEDADES CARDIOVASCULARES GRAVES Y SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA (ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES RETROSPECTIVO)

Autores:

Arzua Moya, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribeira. Ribeira. La Coruña

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en España y en el mundo, con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y una gran carga económica para el sistema sanitario. Aunque los avances en diagnóstico y tratamiento han sido notables, el retraso en la identificación de estas patologías sigue siendo un problema crítico. Este estudio pretende evaluar si la frecuencia y el perfil de consultas en Atención Primaria durante el último año pueden predecir el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares graves, como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca y la fibrilación auricular. Además, busca identificar síntomas precoces (disnea inexplicada, fatiga y palpitaciones) y tardíos (dolor torácico, edema periférico y síncope) que puedan servir como señales de alarma para los profesionales sanitarios. También se analizará el impacto del diagnóstico precoz en la supervivencia, aportando evidencias que podrían optimizar las estrategias preventivas, mejorar los desenlaces clínicos y reforzar el papel clave de la Atención Primaria en la detección precoz de estas enfermedades.

Objetivos

1. Determinar la relación entre la frecuencia y el perfil de consultas en Atención Primaria y el diagnóstico precoz de enfermedades cardiovasculares graves.
2. Identificar patrones clínicos asociados a factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo y dislipemia.
3. Evaluar el impacto del diagnóstico precoz sobre la supervivencia, cuantificando cómo el número y tipo de consultas influye en los desenlaces clínicos.
4. Proporcionar una base para el desarrollo de herramientas predictivas aplicables en la práctica clínica diaria.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo, con un diseño de casos y controles combinado con una cohorte dinámica no concurrente para el análisis de supervivencia.

Emplazamiento

El estudio se realizará en un único Centro de Salud perteneciente al área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, con acceso a registros clínicos electrónicos.

Material y métodos

Se incluirán pacientes mayores de 18 años diagnosticados de enfermedades cardiovasculares graves entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2023. Por cada caso identificado, se seleccionarán aleatoriamente cuatro controles sin diagnóstico, pareados por edad, sexo y cupo del centro de salud. Las variables a analizar incluyen: Frecuencia de consultas: Número total de visitas al médico de familia en el año previo al diagnóstico. Síntomas precoces y tardíos: Registrados en las historias clínicas electrónicas. Factores de riesgo: Hipertensión, diabetes, tabaquismo, dislipemia y obesidad. Para el análisis de supervivencia, se emplearán modelos de Kaplan-Meier y regresión de Cox ajustados por variables de confusión.

Aplicabilidad

Este estudio puede mejorar la detección temprana de enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria, promoviendo estrategias basadas en datos que optimicen la atención sanitaria, reduzcan el retraso diagnóstico y mejoren la supervivencia de los pacientes. Asimismo, podría sentar las bases para el desarrollo de herramientas predictivas que apoyen la toma de decisiones en la práctica clínica.

Aspectos ético-legales

Pendiente de la aprobación del Comité de Ética de Investigación local del área del estudio. Se respetará la confidencialidad y anonimización de los datos según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

823/144. PREVALENCIA DEL CONSUMO TABÁQUICO Y FACTORES CARDIOVASCULARES EN POBLACIÓN GALLEGA CON EPOC GRAVE

Autores:

Arzua Moya, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribeira. Ribeira. La Coruña

Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbimortalidad global. Se caracteriza por una limitación persistente al flujo aéreo que no es completamente reversible y está asociada, en la mayoría de los casos, al consumo de tabaco. En Galicia, esta enfermedad representa un desafío importante para la atención primaria y hospitalaria debido a su elevada prevalencia y al impacto en la calidad de vida de los pacientes. El tabaquismo es el factor de riesgo más significativo para el desarrollo y progresión de la EPOC. Además, incrementa el riesgo de comorbilidades cardiovasculares como hipertensión, arritmias y cardiopatías isquémicas. La interrelación entre EPOC, tabaquismo y enfermedades cardiovasculares aún no ha sido estudiada en profundidad en la población gallega, especialmente en los casos más graves. Este estudio busca abordar esa laguna en el conocimiento y proporcionar datos específicos que permitan mejorar la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo clínico.

Objetivos

1. Determinar la prevalencia del tabaquismo en pacientes gallegos diagnosticados con EPOC grave.
2. Identificar factores de riesgo cardiovascular asociados en esta población.
3. Evaluar la relación entre la severidad de la EPOC y el consumo de tabaco.
4. Analizar la correlación entre el hábito tabáquico y la presencia de comorbilidades cardiovasculares.
5. Comparar perfiles clínicos y factores de riesgo entre fumadores, exfumadores y no fumadores.

Diseño

Estudio observacional de diseño transversal llevado a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Emplazamiento

Consulta monográfica de EPOC del servicio de neumología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Material y métodos

Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años diagnosticados con EPOC grave según la clasificación GOLD 3

y 4. Se estima incluir un total de 500 participantes, distribuidos en fumadores, exfumadores y no fumadores.

Procedimientos: La recogida de datos incluirá la revisión de historias clínicas y la administración de cuestionarios estructurados sobre hábitos tabáquicos, factores de riesgo cardiovascular y características sociodemográficas. Además, se recopilarán parámetros clínicos relacionados con la EPOC, como la frecuencia de exacerbaciones y resultados de espirometrías recientes. Variables: Variable principal: Prevalencia del consumo de tabaco en la población con EPOC grave. Variables secundarias: Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia), severidad de la EPOC, y perfil clínico de los pacientes según su hábito tabáquico. Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo para caracterizar a la población y un análisis bivariado para comparar los perfiles clínicos de fumadores, exfumadores y no fumadores. También se emplearán modelos de regresión logística para explorar asociaciones entre el consumo de tabaco y las comorbilidades cardiovasculares.

Aplicabilidad

Este estudio proporcionará datos específicos sobre la relación entre tabaquismo y EPOC grave en la población gallega. Los resultados podrán emplearse para desarrollar estrategias preventivas, como programas de deshabituación tabáquica, y para optimizar el manejo clínico mediante la detección precoz de complicaciones cardiovasculares. Asimismo, fortalecerán el papel de la atención primaria el manejo integral de esta enfermedad.

Aspectos ético-legales

Pendiente de aprobación por el comité de ética de Santiago-Lugo. Se garantizará el cumplimiento de la normativa vigente en protección de datos (RGPD). Los participantes proporcionarán consentimiento informado antes de la inclusión, y podrán retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones.

CASOS CLÍNICOS

MÉDICO DE FAMILIA

823/2. HEMANGIOMA HEPÁTICO GIANTE

Autores:

Tena Santana, G.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 Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del Caso

Varón de 88 años con diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento con doxazosina 4 mg, hipoacusia neurosensorial severa bilateral e hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con dutasteride 500 mcg que consulta por tinte icterico de piel desde hace una semana y orinas colúricas, sin dolor asociado. Al tratarse de un cuadro de ictericia indolora, derivamos a urgencias hospitalarias para valoración con pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza analítica objetivando bilirrubina total en 17,37 mg/dl a expensas de bilirrubina directa en 15,08 mg/dl con elevación de transaminasas generalizado y sin alteraciones iónicas. Dada la confirmación del cuadro de ictericia con marcadores de daño hepático, se solicita ecografía de abdomen urgente, describiendo "hígado de ecoestructura heterogénea con gran lesión focal ecogénica de 7,4 x 7,2 cm periférica que asienta predominantemente sobre el segmento VI, con bordes bien definidos sin flujo Doppler en su interior". Ante Lesión Ocupante de Espacio como causa de la ictericia, se decide ingreso en planta para filiar la misma.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hepatocarcinoma / hemangioma hepático / ictericia obstructiva indolora.

Diagnóstico diferencial

El estudio inicia con TAC de abdomen con contraste y posteriormente resonancia magnética, estableciendo

el diagnóstico de hemangioma hepático de grandes dimensiones que ocasiona el cuadro de ictericia obstructiva y aunque no se tratara de un hepatocarcinoma, el pronóstico del paciente es reservado dada la hiperbilirrubinemia severa con inicio de síntomas de encefalopatía.

Comentario final

En un cuadro de ictericia siempre tenemos que valorar si va acompañada o no de dolor. Cuando se trata de una ictericia dolorosa, habitualmente es relación a obstrucción por cálculos del sistema biliar; pero cuando es indolora como el caso del paciente, hay que valorar que se trate, como primera posibilidad, de una lesión ocupante de espacio con crecimiento lento y que puede ocasionar los síntomas. En estas circunstancias, se debe proceder al ingreso del paciente para filiar el origen de la lesión y consultar con comité de tumores.

Bibliografía

- Fernández I; Bernabeu J. Hemangiomas hepáticos. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;419-24.
- AB Ortiz, Martínez G, Alvarado RA; Lajud FA. Tratamiento quirúrgico de los hemangiomas hepáticos en una unidad médica de alta especialidad del sureste de México. *Cir Cir.* 2016;84:445-6.

823/3. UN DISGUSTO QUE LLEGA AL CORAZÓN

Autores:

Tena Santana, G.¹, Caballero Morgado, J.², Bermejo Vélez, M.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. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva

Descripción del Caso

Mujer de 52 años de edad con diagnóstico de síndrome ansioso-depresivo y diabetes gestacional. En tratamiento con paroxetina 20 mg / 24 horas, alprazolam 500 mcg / 12 horas y tizanidina clorhidrato 4 mg / 24 horas. Ha permanecido encamada durante dos días en domicilio tras discusión con

su pareja. Tras ello, comienza con astenia intensa y dorsalgia, asociando náuseas sin vómitos. A su llegada a urgencias presenta buen estado general, eupneica con tonos cardiacos apagados aunque a buena frecuencia.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza analítica evidenciando hiperglucemia de 700 mg/dl con acidosis metabólica con gap elevado, cetonuria, hiperpotasemia, hiponatremia y elevación de enzimas pancreáticas y hepáticas. En radiografía de tórax se objetiva índice cardiotorácico muy incrementado, indicando ecocardiografía transtorácica apreciando derrame pericárdico severo con diámetro anterior de hasta 3 cm sin claro compromiso de cavidades derechas ni datos de taponamiento cardiaco. Tras anamnesis no apreciamos causa clara desencadenante. Se inicia tratamiento intensivo con insulina y corrección hidroelectrolítica

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cetoacidosis diabética y derrame pericárdico de etiología incierta.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis, derrame pericárdico, taponamiento cardiaco.

Comentario final

Se realiza pericardiocentesis diagnóstica, extrayendo 30 ml de líquido serohemático con estudio negativo para malignidad y sin contenido infeccioso. Las serologías realizadas también resultaron negativas. Impresiona de un derrame pericárdico crónico que no ha ocasionado taponamiento cardiaco y ha conservado funcionalidad hasta que se ha hecho masivo. Al alta, se realiza conciliación también de su tratamiento antidiabetógeno tras el episodio de debut diabético con cetoacidosis, recetando insulina Abasaglar 24 UI en las noches, insulina Novorapid 11 UI cada 8 horas y metformina 850 cada 12 horas.

Bibliografía

- Navarro OD, Bello A, Borré D, Ramírez R, Sarmiento O, Arteta C. Derrame pericárdico y taponamiento cardiaco. Rev. Col. Cardiol. 2017;24:541-4. 2) Trout GO, De la Hoz R; Alfaro LM, Córdoba AP, Consuegra GA. Manejo de derrame pericárdico: revisión sistemática de la literatura. Rev. Col. Cardiol. 2018; 25:103-5.

823/12. ¿UNA CEFALEA SIN IMPORTANCIA?

Autores:

Herrera Víquez, F.¹, Rodríguez Juliá, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chipiona Dr. Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Vela-dá. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente varón de 32 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias hospitalarias por presentar cervicalgia, mareo y náuseas con vómitos mientras estaba practicando deporte en el gimnasio, diagnosticándose de vértigo periférico. Al día siguiente acude al centro de salud por persistencia de los síntomas, con cefalea holocraneal de fuerte intensidad, náuseas y vómitos incoercibles

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: afectación del estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, rigidez de cuello, no pérdida de fuerza ni sensibilidad en miembros superiores ni inferiores. Se deriva a urgencias hospitalarias nuevamente, donde se decide ingreso. Se realiza TAC craneal, donde se objetiva hematoma intraparenquimatoso, con hemoventrículo y hemorragia cerebelosa. Se comenta el caso con Neurocirugía de hospital de referencia, decidiéndose el traslado. Se realiza angioTAC donde se aprecia malformación arteriovenosa grado III de Spetzler Martin y aneurisma dependiente de PICA derecha. Se procede a realizar arteriografía para embolización de malformación arteriovenosa. Se realiza TAC de control sin observarse complicaciones, y ante la evolución favorable, se da de alta.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hemorragia parenquimatosa encefálica secundaria a rotura aneurismática

Diagnóstico diferencial

Aneurisma cerebral vs Migraña vs Vértigo periférico

Comentario final

Las malformaciones arteriovenosas son estructuras vasculares anormales a modo de ovillo, en su mayo-

ría de origen congénito aunque no hereditarias, y cuya edad más habitual de presentación es entre los 20 y 40 años. Su principal riesgo es la hemorragia cerebral, con un riesgo de sangrado del 2 al 4 % anual. Puesto que en muchos casos son asintomáticas, es muy importante el control de los factores de riesgo cardiovascular y una correcta anamnesis para descartar focalidad neurológica

Bibliografía

Patterson JT. Neurosurgery. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21st ed. St Louis, MO: Elsevier; 2022:chap 68. Samaniego EA, Roa JA, Ortega-Gutiérrez S, Derdeyn CP. Arteriovenous malformations and other vascular anomalies. In: Grotta JC, Albers GW, Broderick JP, et al, eds. Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 30.

823/17. DERMATOSIS ALLIACEAE

Autores:

Gamero de Luna, E.¹, Salas Burgos, J.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

Varón de 70 años con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular y dislipemia. Alergia a AINEs incluyendo metamizol. Viudo desde hacía un año, sin hijos, se ocupaba de las tareas domésticas. En una revisión rutinaria, manifestó que desde hacía un mes presentaba en el pulpejo del primer dedo de la mano izquierda una lesión rasposa, ligeramente eritematosa, que impresionó como una reacción por contacto. Al mes volvió por haberse extendido la lesión a la yema del segundo y tercer dedo, presentando algunas fisuras dolorosas. No se evidenciaron otras lesiones dérmicas. En la anamnesis dirigida afirmó tener que cocinar y utilizar frecuentemente ajo, percatándose del empeoramiento de la lesión con el picado de este.

Exploración y pruebas complementarias

Pulpitis crónica, seca, fisurada y descamativa, pruriginosa y dolorosa localizada en los tres primeros dedos de la mano izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Dermatosis de contacto

Diagnóstico diferencial

Dermatitis por contacto. Vasculitis. Eritema pernio. Dishidrosis. Atopias La presentación característica en los tres primeros dedos de la mano usada para sujetar el ajo, y la historia concordante de exposición al tóxico y aparición o agravamiento de la lesión orienta hacia el diagnóstico, diferenciándolo de otras sensibilizaciones que pueden coexistir (goma, metales, detergentes, ...). El diagnóstico de confirmación se obtiene exponiendo la piel del paciente a una lámina de ajo durante 30 minutos o a una crema de dialil disulfuro (DD)

Comentario final

El principal alergeno del ajo es el DD, aunque también contiene garlicina y alildipropil-isulfuro, responsables de otros cuadros de sensibilización, local y sistémica. Esta dermatosis afecta típicamente a tres dedos de la mano no dominante de profesionales de la cocina y empleados de hogar. Ocasionalmente podemos verla en otras localizaciones, pues el ajo se usa en algunas culturas como medicamento. El tratamiento es evitar la exposición y pueden ayudar emolientes y corticoides. El uso de guantes de goma no la evita.

Bibliografía

- Öner Ü, Bi?Len H, Meli?Koglu M, Özdemir S. A Case of Garlic Induced Irritant Contact Dermatitis. Turk Klin J Case Rep. 2020;28(2):103-5. 2. Armentia A, Martín-Armentia S, Pineda F, et al. Allergic hypersensitivity to garlic and onion in children and adults. Allergol Immunopathol (Madr). 2020;48(3):232-6.

823/20. BENEFICIOS DEL USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Aragonés Jiménez, A.¹, Padrón Martín, M.², Maestre Moreno, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Sauzal. El Sauzal. Santa Cruz de Tenerife, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna-Mercedes. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del Caso

Mujer de 25 años de edad sin antecedentes personales de interés la cual nos consultó por llevar varias semanas con cuadro de dolor en zona centro torácica, no opresivo, definido como punzante irradiado a espalda, sin cortejo vegetativo, ni fiebre, ni náuseas; empeora con la ingesta.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible con Murphy negativo; doloroso a la palpación profunda, y signos de irritación peritoneal negativos. Analítica y electrocardiograma anodinos. Hemodinámicamente estable. Ecografía clínica: hígado homogéneo sin lesiones focales, vesícula de paredes finas ocupada con imagen hiperecogénica con sombra posterior y Murphy ecográfico negativo; resto sin hallazgos significativos.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Colelitiasis sintomática sin signos de colecistitis aguda en el momento de la exploración.

Diagnóstico diferencial

1. Dolor abdominal no quirúrgico.
2. Dolor torácico atípico.
3. Dolor abdominal de origen ginecológico.

Comentario final

La ecografía clínica abdominal en atención primaria es una prueba inocua, sencilla y accesible, que nos permite la toma de decisiones en nuestro medio. La convierte en una de las primeras pruebas complementarias a llevar a cabo tras una buena anamnesis ante la sospecha de patología abdominal urgente o de seguimiento.

Bibliografía

- *Ana Segura Grau ; M. Mejías Gil [1] ; Marta Román Garrido. Uso de la ecografía clínica en atención primaria: dolor abdominal agudo. SEMERGEN: revista española de medicina de familia, ISSN 1138-3593, Nº. 9, 2024.*

823/26. DOCTOR ME DUELE TODO

Autores:

Zambrano Quevedo, F.¹, Nievas López, S.², Montero López, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada, (2) Enfermera. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Descripción del Caso

Mujer de 22 años con antecedentes personales de anemia y familiares de madre con Psoriasis. Consulta por placas descamativas en cuero cabelludo, espalda y abdomen. Se pauta corticoide tópico y se realiza teleconsulta a Dermatología por sospecha de Psoriasis, dónde coinciden en diagnóstico y recomiendan Calcipotriol/Betametasona tópica. Dos años después, consulta por dolor de meses de evolución en muñecas, zona lumbar y cansancio que achaca a anemia. Se solicita analítica general con marcadores reumáticos y radiografía lumbar y de manos. Las pruebas son normales y la exploración anodina, pero por persistencia de dolor y gran afectación general se teleconsulta a Reumatología. En Reumatología diagnostican Artropatía psoriásica axial y periférica. Instauran Metotrexato 10 mg semanales y la paciente experimenta mejoría significativa.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración articular normal. Placas eritematosas descamativas infra-mamaria derecha, cuero cabelludo, espalda y abdomen. HLA-B27 positivo. Resonancia de columna lumbosacra y sacroilíacas: Discreta hipertrrofia de articulaciones facetarias con hiperseñal sinovial. Conclusión: Sinovitis facetaria multisegmentaria. Sin signos de sacroileítis.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Artropatía psoriásica axial y periférica

Diagnóstico diferencial

Anemia, lumbalgia

Comentario final

La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria que afecta a las articulaciones y/o entesis (1) además de otras estructuras del sistema musculoesquelético cursando con dolor, hinchazón, calor, dificultad del movimiento, y que desarrollan en torno al 10-30% de los pacientes con psoriasis en la piel. La prevalencia de artritis psoriásica se sitúa en el 0,58% de la población española, así hay aproximadamente 220.000 afectados en España y sigue sufriendo un retraso diagnóstico. Como Médicos de Familia estar atentos a posibles empeoramientos y complicaciones de estos pacientes evita lesiones irreversibles. Este caso es, además, un claro ejemplo de lo que la teleconsulta aporta a la coordinación internivel.

Bibliografía

- Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Loreto Carmona, Rafael Gabriel a, Javier Ballina c, Armando Laffond,

823/27. NO ES SÓLO UNA VITAMINA

Autores:

Tallón Aguayo, M.¹, Velasco Varo, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil José. Puente Genil. Córdoba

Descripción del Caso

Varón de 70 años, sin alergias medicamentosas, fumador, no enolismo, hipertenso, diabético y dislipémico en tratamiento con Metformina 850 mg/Vildagliptina 50 mg/ 24h, Atorvastatina 20 mg/24h y Enalapril 10 mg/24h. Acude para revisión de sus patologías crónicas y de los niveles de vitamina B12 ya que en control previo estaba descendida, motivo por el que estuvo en tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Se solicita analítica en el que se objetiva buen control de sus patologías crónicas aunque se detecta ligera anemia, leucocitosis y elevación de GGT, fosfatasa alcalina y vitamina B12. Se realiza exploración física completa en la que se detecta molestias a la palpación en epigastrio y hepatomegalia, sin otros datos de complicación. El paciente refiere que presenta anorexia y epigastralgia ocasional desde hace 1 mes habiendo perdido unos 10 kg de peso en los últimos dos meses. Se solicita análisis con marcadores tumorales (alfa Fetoproteína, CA 19.9 y CEA), serología virus hepatotropos, sangre oculta en heces (SOH), ecografía abdominal y se deriva a Digestivo. A la semana acude a por los resultados detectándose elevación de los marcadores CEA y CA 19.9 siendo la serología para virus hepatotropos y la SOH negativa. En la ecografía se detecta neoplasia hepática con afectación de la vesícula biliar, como primera posibilidad colangiocarcinoma, que se confirma posteriormente. En el estudio de extensión se detectó la presencia de metástasis pulmonares tratándose así de colangiocarcinoma estadio IV de mal pronóstico, falleciendo el paciente a los pocos meses.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neoplasia hepática o biliar.

Diagnóstico diferencial

Hepatitis (viral, tóxica o autoinmune), hepatopatía crónica, litiasis biliar, hepatocarcinoma, tumores de la encrucijada bilio pancreática (colangiocarcinoma, carcinoma de vesícula biliar, cáncer de páncreas), cáncer de colon metastásico.

Comentario final

Con este caso clínico se pretende objetivar el valor de la vitamina B12 como marcador tumoral inespecífico de neoplasias sólidas y hematológicas fundamentalmente. Es primordial no obviar la elevación de la vitamina B12 en pacientes aparentemente sanos ya que puede ser un signo de alerta ante una enfermedad de entidad.

Bibliografía

- García Rodríguez AM, Sánchez Velasco MJ, Fernández García N, Garrote Adrados JA. Hipervitaminosis B12: reactante y biomarcador en cáncer. Aten Prim Pract. 2019; 1(3):45-49.

823/29. OJO CON EL CUELLO

Autores:

Linares Canalejo, A.¹, Tena Santana, G.², Santos Estudio, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. 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 La Orden. Huelva

Descripción del Caso

Paciente de 67 años, con antecedentes de hipertensión no controlada (HTA) e insuficiencia mitral moderada con fracción eyección conservada desde 2010. Acude a consulta por lesión pulsátil a simple vista a nivel cervical derecho, de varias semanas de evolución. No doloroso. Asintomática actualmente (no disnea ni cortejo vegetativo).

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar sin soplos (ni soplos carotídeos). No adenopatías cervicales. No palpo bocio tiroideo. Tensión arterial (TA) 145/92. Frecuencia cardiaca: 78 Electrocardiograma: Ritmo sinusal 77 lpm, eje 30º, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Ecografía

de cuello en consulta: Carótida derecha aumentada de tamaño 1.2mm sin evidenciar aneurisma y disección. Pequeño trombo en luz arterial derecha que no obstruye. Carótida izquierda de buen calibre 0,8mm. Vena yugular izquierda de buen calibre reductible con ecógrafo. No visualizo adenopatías. Se realiza reajuste de la medicación para la TA y se deriva a Medicina Interna donde mediante Ecografía Doppler se diagnóstica de aneurisma de aorta torácica. Se pauta tratamiento con betabloqueantes y se deriva a Cirugía vascular para valoración quirúrgica.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Aneurisma de Aorta

Diagnóstico diferencial

Bocio tiroideo, Tumor cervical, Absceso.

Comentario final

Como ya conocemos, el aneurisma es una de las patologías vasculares más graves conocidas, por su alta riesgo de rotura y elevada mortalidad. Un diagnóstico certero y precoz, puede ayudar al paciente a evitar complicaciones severas. Gracias al aumento de la formación de los médicos de Atención primaria en ecografía, aumentamos la esperanza de vida mediante una actuación inmediata, evitando largas esperas y retrasos del diagnósticos de patologías graves por parte de la medicina especializada hospitalaria.

Bibliografía

- López Sabater MB, Del Castillo Martínez MJ, Garrido Vicente A. Aneurisma aórtico abdominal con rotura contenida. EuroEco 2020;9(4):68-70.

823/30. NO SIEMPRE ES UN CÓLICO RENAL

Autores:

Parrado Espinosa, M.¹, Merino Robledo, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga. (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del Caso

Paciente varón de 66 años, sin antecedentes personales, fumador y bebedor. Consulta en urgencias hospitalarias por dolor lumbar izquierdo irradiado a abdomen de dos

semanas de duración. Es diagnosticado de cólico renal izquierdo (análisis de sangre sin alteraciones y análisis de orina con leucocituria y hematuria microscópica leve, así como radiografía abdominal sin hallazgos). El paciente acude a Atención Primaria por persistencia de dolor, constatando además pérdida de peso de seis kilogramos en las últimas semanas. Realizamos análisis de sangre completo además de pruebas de imagen, descartándose presencia de litiasis concordante con el diagnóstico de inicio y se diagnostica de carcinoma pulmonar izquierdo, con metástasis en intestino delgado, páncreas, suprarrenales y partes blandas.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no doloroso a la palpación, con hepatomegalia, con puñoperCUSIÓN renal negativa bilateral. Análisis de sangre con hemograma, bioquímica, perfil hepático y perfil tiroideo sin alteraciones. Análisis de orina con leve hematuria microscópica y leve leucocituria. Urocultivo negativo. TC de tórax con masa pulmonar en pulmón izquierdo sugerente de lesión primaria. TC abdominal con hepatomegalia con esteatosis hepática, engrosamiento de un segmento de asa de delgado de 5,6 cm sugerente de lesión secundaria y lesión nodular en cabeza pancreática, en suprarrenal izquierda, peritoneales y en partes blandas sugerentes de lesiones secundarias. TC de cráneo sin lesiones ocupantes de espacio. Fibrobroncoscopia con toma de biopsia de masa pulmonar, con resultado de adenocarcinoma.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Adenocarcinoma pulmonar, con metástasis en intestino delgado, páncreas, suprarrenales y partes blandas.

Diagnóstico diferencial

Cólico renoureteral izquierdo, dolor abdominal inespecífico, síndrome constitucional.

Comentario final

Destacar la importancia de la anamnesis, indagando en antecedentes personales, así como de la exploración física en el paciente que consulta por dolor abdominal que persiste tras analgesia de primer escalón. Además, señalar que es fundamental el estudio de dolor abdominal en paciente sin antecedentes previos, dado que un porcentaje de los mismos presenta una organicidad diferente a la sospechada.

Bibliografía

- Karl W Thomas, Michael K Gould, David Naeger. (2024). Overview of the initial evaluation, diagnosis,

and staging of patients with suspected lung cancer. En Geraldine Finlay (Ed.), UptoDate.

823/38. ERUPCIÓN GENERALIZADA TRAS DOLOR DE GARGANTA

Autores:

Erena Ortega, L.¹, Castro Romero, C.¹, Thomas Carazo, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del Caso

Varón de 28 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta de Atención Primaria (AP) por aparición repentina de múltiples pápulas eritematodescamativas en tronco, brazos y piernas. Refiere que empezó varios días después de haber sufrido un resfriado. Presenta intenso prurito y no ha tomado fármacos.

Exploración y pruebas complementarias

Se observan pápulas eritematosas y descamativas de 0,5cm de diámetro, distribuidas simétricamente en tronco, brazos y piernas, con morfología en gotas. No aparecen lesiones en el cuero cabelludo, palmas o plantas. No hay adenopatías. La faringe es hiperémica con amígdalas hipertróficas, sin exudados visibles. Se realiza un diagnóstico clínico basado en la morfología típica de las lesiones. Pensamos en una psoriasis en gotas y realizamos consulta con Dermatología, que apoyan nuestro diagnóstico inicial. Dado que esta patología suele desencadenarse por infecciones, especialmente por estreptococos, realizamos un cultivo de faringe, que resulta positivo para *Streptococcus pyogenes*, lo que sugiere que la infección reciente pudo haber sido el factor precipitante. No se solicitan otras pruebas complementarias, ya que la clínica es típica. Iniciamos calcipotriol + betametasona tópico y pautamos penicilina V oral 500 mg cada 12 horas durante 10 días.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Psoriasis en gotas.

Diagnóstico diferencial

dermatitis atópica, tinea corporis, pitiriasis rosada, sífilis secundaria, toxicodermia.

Comentario final

La psoriasis en gotas es más frecuente en niños y jóvenes. Suele tener mejor pronóstico que el resto de psoriasis y puede remitir espontáneamente. Las lesiones consisten en pequeñas pápulas eritematodescamativas que afectan a tronco y a extremidades. La presencia de picor es variable y no afecta a las palmas y plantas de manos y pies. Puede haber un antecedente de estreptococia en las semanas previas, dato que ha sido de mucha utilidad a la hora de diagnosticar a nuestro paciente. El tratamiento consiste en emolientes y corticoides tópicos. Es fundamental realizar un seguimiento cercano para evitar recidivas y ajustar el tratamiento en función de la respuesta clínica.

Bibliografía

- Pacifico L, Renzi AM, Chiesa C. Acute guttate psoriasis after streptococcal scarlet fever. *Pediatr Dermatol*. 1993 Dec;10(4):388-9. Thuile T, Bonometti N, Deluca J, Boscarol G, Zelger B, Eisendle K. Generalized pustulosis in a 5-year-old girl. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015 Nov;13(11):1192-5.

823/44. UNA "ANSIEDAD" QUE CORTA LA RESPIRACIÓN

Autores:

López Chaves, D.¹, Garzón Aguilar, J.¹, Medina Cobos, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del Caso

Varón de 21 años sin antecedentes de interés y sin tratamiento que acude al servicio de urgencias del centro de salud de madrugada por presentar dolor torácico irradiado hacia región costal izquierdo y disnea de intensidad creciente, de una hora de evolución, sin náuseas, sin cortejo vegetativo, sin palpitaciones, que se despierta con los movimientos y esfuerzos. Se ha iniciado en el transcurso de su jornada laboral como repartidor, sin factor estresante ni emocional identificado, nunca presente previamente. Días previos clínica catarral acompañante. Tras exploración y con el cuadro referido, se remite urgente al hospital para realizar estudio específico con radiografía de tórax espirada, confirmándose la

sospecha clínica y requiriendo drenaje pleural urgente e ingreso en planta de Neumología, con evolución posterior favorable.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado, colaborador y atento. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo, sin tiraje ni esfuerzo respiratorio. Complexión leptosómica. Constantes: normotenso, saturación 99 % aire ambiente, frecuencia cardíaca 60 lpm.–Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Aparente disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Percusión timpánica, disminución de transmisión de vibraciones vocales y posible burbujeo posterior.–Resto de exploración sin nada destacable–ECG: ritmo sinusal a 67 lpm. Eje normal. PR normal. Imagen de bloqueo incompleto de rama derecha. No alteraciones agudas de la repolarización.–Rx tórax inspiración: sin evidenciarse imágenes patológicas de interés–Rx tórax espirada: se aprecia imagen compatible con neumotórax completo izquierdo.–Rx tórax pre-alta: reexpansión completa pulmonar

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neumotórax espontáneo completo

Diagnóstico diferencial

Somatización ansiosa, miopericarditis aguda, dorsalgia mecánica, neumonía incipiente, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

El neumotórax espontáneo es una entidad infradiagnosticada por su escasa prevalencia y el enmascaramiento clínico que presenta en un perfil de paciente que frecuentemente obedece a otras causas. Este caso pone de relieve la importancia de realizar una correcta anamnesis del dolor torácico y atender a los detalles de la exploración clínica clásica, además de recordar que ante la sospecha siempre debe solicitarse una radiografía de tórax en inspiración forzada porque pueden pasar desapercibidos.

Bibliografía

- Bense L, Wiman LG, Hedenstierna G. Onset of symptoms in spontaneous pneumothorax: correlations to physical activity. Eur J Respir Dis. 1987;71(3):181-6. PubMed PMID: 3678419

823/45. DOCTOR, ME HAN SALIDO UNAS PUPAS EN LAS MANOS TRAS PINCHARME CON PESCADO

Autores:

López Chaves, D.¹, Garzón Aguilar, J.¹, Medina Gámez, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del Caso

Varón de 45 años sin antecedentes de interés, de profesión cocinero, que acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por inflamación de ambas manos y aparición de múltiples lesiones dolorosas en ambas palmas. Refiere que mientras trabajaba el día anterior manipulando pescado (concretamente, gallo) sufrió pinchazos con espinas de la aleta, apareciendo dos heridas que posteriormente se han ido extendiendo por las palmas de las manos hasta muñecas. No presenta más lesiones por el resto del cuerpo. Afebril. Tras iniciar tratamiento empírico con doxiciclina 100mg/12h, amoxicilina 1gr /8h e itraconazol 100mg/24h durante 2 semanas, se reevalúa con desaparición completa de las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias

Presencia de lesiones nodulares eritematodescamativas no confluyentes, dolorosas a la palpación, en cara palmar de ambas manos, de aspecto esporotricoide

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Erisipeloide versus Infección cutánea por Mycobacterium Marinum versus Esporotricosis

Diagnóstico diferencial

Erisipeloide (causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae*, frecuente en ganaderos, carníceros y pescaderos, normalmente lesión única, rojiza y localizada de aspecto celulítico), *Mycobacterium Marinum* (presente en aguas contaminadas de piscinas y acuarios, distintas formas de presentación, más típico granuloma de las piscinas, tratamientos prolongados), Esporotricosis (infección fúngica provocada por *Sporothrix schenckii*, presente en granjeros y jardineros tras trauma con espina vegetal, provoca nódulo único que evoluciona a pápula-pústula ulcerativa que tiende a extenderse por trayecto linfático).

Comentario final

Las profesiones asociadas a manipulación de alimentos como cocineros están expuestas a contraer infecciones poco comunes como la presente en este caso, que aunque finalmente no se llegara a un diagnóstico definitivo, el perfil del paciente y el tipo de lesiones cutáneas hizo sospechar desde las urgencias de Atención Primaria estas entidades características, permitiendo el tratamiento empírico certero para la resolución del cuadro.

Bibliografía

- Y. Juárez Casado y Cols. Infección cutánea por *Mycobacterium Marinum*. Descripción de tres Casos y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:277-282 María Eugenia Iglesias Zamora, grupo de trabajo NORLABOR. Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica para los trabajadores expuestos a Dermatosis Laborales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 Feb 25.

823/51. DOLOR ABDOMINAL INESPECIFICO EN CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:

Geara Joyed, P.¹, Japon Cabello, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Enfermera. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente mujer de 66 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento que acude a punto fijo de urgencias por dolor abdominal difuso inespecífico, se administra analgesia y da alta a domicilio, al día siguiente acude a consulta de AP con intensificación del dolor que se irradia en cinturón desde mesogastrio a ambos flancos. No fiebre, no alteraciones del hábito ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, muy afectada por el dolor, TA: 147/86 mmHg, glucemia 147 mg%. Abdomen blando y depresible, dolor difuso a palpación con ligera defensa, no peritonismo. No fiebre. EKG sin hallazgos relevantes Se deriva a Urgencias-Hospital donde destaca en analítica leucocitosis con neutrofilia y en Rx dilatación de asas intestino

delgado. Al mejorar sintomatología durante el ingreso se decide alta y revisión y analítica tras 24 horas. Al día siguiente persisten molestia abdominales con inapetencia y sin defecar ni expulsar gases, mantiene leucocitosis. TAC abdomen: obstrucción de intestino delgado por probables bridas SNG y protocolo gastrografín 1000cc enterico en 24h Dada la persistencia de clínica tras tratamiento conservador se decide laparoscopia exploradora y sección de brida con buena evolución, tolerando dieta y con tránsito intestinal

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Obstrucción intestinal por bridas

Diagnóstico diferencial

Meteorismo, neoplasias intestinales, divertículo de Meckel

Comentario final

La obstrucción intestinal es un problema potencialmente grave que tenemos que sospechar desde atención primaria y que puede precisar tratamiento quirúrgico urgente por su alta morbilidad. Representa el 21,8% de las emergencias quirúrgicas. Las adherencias postoperatorias son la principal causa de obstrucción de intestino delgado (60-85%) seguidas de neoplasias (20%) y finalmente las hernias (10%).

Bibliografía

- Di Saverio S, Coccolini F, Galati, M, Smerieri N, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2018 update of the evidence-based guidelines. *World J Emerg Surg*. 2018;8(1):1-14

823/52. LOBO CON PIEL DE CORDERO DESENMASCARANDO POR LA ECOGRAFÍA

Autores:

Martín Enguix, D.¹, Quintana Prego, R.², Marín López, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada

Descripción del Caso

Varón de 33 años sin antecedentes personales ni familiares, que acudió a consulta por dolor intenso, punzan-

te, de inicio súbito y continuo en la fosa renal derecha, irradiado hacia el hipocondrio derecho y acentuado con la inspiración profunda. El dolor comenzó una hora antes y el paciente negó síntomas miccionales, digestivos, respiratorios, disnea, fiebre u otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente mostraba signos vitales normales, flexionando el tronco por dolor. El abdomen presentaba defensa en hipocondrio y flanco derechos, signo de Murphy dudoso y puñopercusión-renal negativa. La auscultación cardíaca fue normal y la pulmonar mostraba hipofonesis leve en la base derecha. Se realizó ecografía abdominal, que descartó patología biliar y renal. Observamos un apósito en la rodilla izquierda, y el paciente nos relata un accidente reciente que le produjo una herida de 8cm, suturada 9 días antes, tras lo cual permaneció en reposo. En las últimas 48h presentó molestias progresivas en la pierna derecha. Al inspeccionar la herida, mostraba buen aspecto, pero un discreto aumento del perímetro ($<1,4$ cm) de la pantorrilla comparado con la contralateral. La ecografía pulmonar, mostró líneas B y condensaciones subpleurales en base derecha y el Eco-doppler venoso objetivó una trombosis venosa profunda(TVP) poplítea izquierda. Con estos hallazgos, el paciente fue derivado a urgencias, donde la angio-TAC confirmó nuestra sospecha diagnóstica de tromboembolismo pulmonar agudo(TEPA). Durante su hospitalización fue tratado con heparina a dosis terapéuticas, mostrando buena evolución.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

TEPA secundario a TVP poplítea con presentación atípica de dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: El dolor en la fosa renal derecha orientó inicialmente hacia patología hepática o biliar, ambas descartadas tras una ecografía abdominal normal. Los hallazgos en la extremidad inferior y la ecografía pulmonar llevaron a considerar un proceso tromboembólico, confirmado posteriormente como TEPA.

Comentario final

El 9,5% de los casos de TEPA se presentan con dolor abdominal como único síntoma. El abordaje holístico del médico de Atención Primaria, que integra una anamnesis y exploración minuciosas, junto con el apoyo de una ecografía clínica multidimensional, es crucial para optimizar los tiempos diagnósticos y reducir

la morbimortalidad, especialmente en pacientes con síntomas inespecíficos.

Bibliografía

- Jolobe OPM. Atypical manifestations of pulmonary embolism. Arch Vas Med.2020;4:08-018.

823/55. TRASTORNO DEPRESIVO INDUCIDO POR CORTICOIDES

Autores:

Garzón Aguilar, J.¹, Medina Cobos, A.², Jiménez Jiménez, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del Caso

Paciente de 57 años, sin alergias conocidas, antecedente de episodio depresivo moderado tras fallecimiento de su hija hace 15 años en remisión sin toma actual de tratamiento farmacológico. Trabaja en hostelería, fuma 10 cigarrillos diarios desde los 15 años, sin tratamientos habituales. Es traída por su hermana a consulta por presentar desde hace 3 semanas cuadro de astenia, anhedonia e intensa culpabilidad sin acontecimiento vital estresante asociado. Pérdida de 4 kilos y marcada labilidad emocional. No presenta ideación suicida pero ha descuidado su higiene personal. Se interroga a la paciente que niega otros agentes estresores a nivel familiar o laboral, no clínica acompañante salvo episodio de lumbalgia hace 4 semanas tratado desde urgencias con corticoterapia oral durante 10 días. Se sospecha iatrogenia farmacológica con recaída de síntomas depresivos. Se vuelve a reintroducir sertralina ante respuesta previa positiva y se realiza vigilancia domiciliaria por parte de familiares. En revisión presenta mejoría clínica por lo que se mantiene tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, falta de aseo personal y palidez mucocutánea. Consciente y orientada, poco colaboradora y tendente al llanto. Talla: 158cm; peso: 47 kg. Tensión arterial 107/60. Auscultación cardiorespiratoria y exploración abdominal normal. Pensamientos negativos y baja autoestima; evita el contac-

to visual. No alteraciones sensoperceptivas ni falta de atención, concentración o memoria.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Depresión inducida por corticoides

Diagnóstico diferencial

Síndrome constitucional por proceso sistémico (se solicitó analítica que resultó normal y no presentaba clínica acompañante) y trastorno adaptativo (la paciente negaba desencadenante).

Comentario final

Las manifestaciones psiquiátricas secundarias al uso de corticoesteroides pueden suponer un reto diagnóstico debido al amplio uso de estos fármacos en práctica clínica. Los cuadros más frecuentes son depresión, manía y delirium, pudiendo incluso producir un cuadro de demencia reversible. Suelen aparecer a partir del tercer día de tratamiento hasta el undécimo día después del tratamiento. Si bien el trastorno que se induce con más frecuencia es la depresión, los pacientes con antecedentes de manía o gestos suicidas presentan más riesgo de recidiva, incluso de 7 veces más por lo que debemos ser precavidos en el uso de los mismos.

Bibliografía

- Montaño D, Román J. Trastornos Psiquiátricos Inducidos por Medicamentos. Cienc médica [Internet]. 2011;14(1):21-4.

823/60. INFECCIÓN RESPIRATORIA CONDENSANTE CON INMEDIATA CASADA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES. FISIOPATOLOGÍA DE UN PACIENTE CON

Autores:

Villalba Alcalá, F.¹, Romero Cañadillas, A.², Gálvez Guerrero, F¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla, (2) Enfermera. Centro de Salud Osuna. Osuna. Sevilla

Descripción del Caso

Varón 74 años con HTA , DLP y Exfumador tratamiento olmesartan 20, simvastatina 20. Acude a urgencias con disnea brusca con semiología de broncoespasmo. En dicho contexto sufrió un IAM, una hemiparesia y un cuadro de taquiarritmia.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, orientado, glasgow 13/15, T^o: 38.8º, taquipneico y taquicardico tonos arritmicos a 130. Hemiparesia izquierda con disartria. Ingrera en observación donde se descarta TEP, Rx tórax se aprecia imagen de condensación en LSD diagnosticándose de Neumonía grave. En el TAC Accidente Vascular Isquémico y en el EKG elevación de ST cara inferior y en v4-v6 con elevación de troponinas. Pasa a UCI donde surge un episodio de Fibrilación paroxística que revierte con amiodarona. La neumonía provoca alteración del intercambio gaseoso en alvéolos y la consecuente respuesta inflamatoria sistémica aumenta la actividad inflamatoria en las placas ateroscleróticas coronarias y disfunción endotelial que también modifica el tono vascular coronario favoreciendo el IAM, pueden aparecer arritmias como resultado de la lesión miocárdica o pericárdica.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neumonia de LSD que desencadena Ictus isquémico, IAM y Fibrilación Auricular

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo Pulmonar Masivo

Comentario final

El infarto agudo de miocardio (IAM) se produce, en la mayoría de las ocasiones por la inestabilización de una placa de ateroma y la formación de trombos intracoronarios con la consecuente isquemia/necrosis miocárdica y posibles complicaciones como arritmias e Ictus. Esta inestabilización de la placa parece estar desencadenada por un estado proinflamatorio y protrombótico propio de las infecciones respiratorias agudas. Prevenirlas y la vacunación sería una recomendación extensiva sobre todo a pacientes frágiles o de riesgo. La fisiopatología de este caso es demostrativa de gran parte de los eventos que sufrían los pacientes que ingresaban en las unidades de cuidados críticos afectos de infección por SARS-CoV-2.

Bibliografía

- Castells Bescos E, et all. Hipertensión arterial (Monografía en internet) Málaga: Manual de urgencias emergencias 2015 .Disponible en <http://www.medy-net.com/usuarios/jraguilar/>. Manual de urgencias y emergencias .pdf. Pag 20
- Fernando González R, Elisa Pérez-Cecilia C, Juan José Picazo .Infección y riesgo de enfermedad cardiovascular https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardiologica/

dio/mult/fbbva_libroCorazon_cap19.pdf pag 182
3-Jeffrey C. Kwong, Kevin L. Schwartz, Michael A. Campitelli, Hannah Chung, Natasha S. Crowcroft, Timothy Karnauchow, *N Engl J Med* 2018; 378:345-353.

823/62. ¡NO OLVIDEN SUPERVITAMINARSE!

Autores:

Moguer Galan, M.¹, Mateos Gómez, A.², López Gómez, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del Caso

Mujer 45 años, sin antecedentes personales de interés, salvo Covid persistente desde 2021. Trabaja como ama de casa. Antecedentes familiares: madre diagnosticada de Artritis Reumatoide. Acude a consulta por episodios de artralgias en ambos pies y rodillas de meses de evolución, sin otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física (EF) pies: no deformidad, derrame, hematomas ni dolor a la palpación. Balance articular libre. EF rodillas: no deformidad, derrame ni hematomas. Dolor a la palpación en cara interna de rodilla izquierda. Maniobras meniscales y cajones anterior y posterior negativos. Balance articular libre. En analítica sanguínea: cifras de vitamina B12 elevadas (1334 pg/ml), resto de parámetros analíticos normales. Se interroga por consumo exógeno de vitamina B12, e indica que ha tomado dos cajas de complejo vitamínico hace meses. Se indaga por semiología compatible con patología tumoral subyacente, sin datos reseñables. Se realiza control analítico con persistencia de elevación de vitamina B12 (1128 pg/ml) y se deriva a Medicina Interna para completar estudio.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hipervitaminosis B12 a filiar.

Diagnóstico diferencial

Hipervitaminosis idiopática. Consumo exógeno. Neoplasia sólida subyacente (digestiva, ginecológica, urológica). Hepatopatía. Insuficiencia renal.

Comentario final

Desde Medicina Interna se solicita SOH, Rx tórax y ecografía abdominal sin hallazgos reseñables. Se realizan nuevos controles analíticos que objetivan cifras de vitamina B12 en descenso progresivo, siendo dada de alta con Juicio Clínico: elevación ligera e inespecífica de Vitamina B12, probablemente idiopática. El hallazgo casual de una hipervitaminosis B12 oscila del 7 al 18% de las analíticas y puede deberse a múltiples causas, no debiendo subestimarse. Una vez descartado el aporte exógeno, hay que tener en cuenta que otras etiologías como neoplasia silente, por lo que es preciso completar estudio. La concurrencia de marcadores tumorales como CEA, CA 19-9, CA 125 o alfafeto-proteína elevados deben hacernos sospechar. En ausencia de signos de alarma, los plazos para confirmar la hipervitaminosis B12 y realizar el estudio etiológico pueden ser de 3-6 meses. Si hay signos de alarma, los tiempos se reducen a 2-4 semanas.

Bibliografía

- García AM, Sánchez MJ. Hipervitaminosis B12 persistente. *AMF* 2022; 18(9): 520-524. Zulfiqar A, Andres E, Villalba N. Hipervitaminosis B12. Nuestra experiencia y una revisión. *Medicina (Buenos Aires)* 2019; 79: 391-396.

823/66. SÍNCOPE EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ¡NO TE DESMAYES ANTE EL DESAFÍO!

Autores:

Gutiérrez Rodríguez, A.¹, González Begines, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del Caso

Mujer de 42 años, sin antecedentes personales (AP) de interés, que avisa por dos episodios sincopales de aproximadamente 30 segundos(s) de duración mientras iba de copiloto en el coche, precedidas de sensación de calor y malestar, con recuperación completa. Inicialmente, se monitoriza a la paciente y, tras nuevo episodio, se registra en tira de ritmo una bradicardia extrema que alcanza el paro sinusal durante unos 4 s.

Se decide tratamiento inmediato mediante la administración de atropina 1 mg intravenosa (IV) y se colocan parches de marcapasos ante alto riesgo de asistolia, con recuperación del ritmo y se traslada al hospital. En urgencias hospitalarias y tras la valoración de pruebas complementarias dentro de la normalidad, se decide ingreso en Cardiología donde presenta un nuevo episodio de bradicardia extrema, llegando a la asistolia durante 20s, que se recupera de forma espontánea sin precisar fármacos, por lo que deciden la ablación del plexo ganglionar paracardíaco.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente se mantenía hemodinámicamente estable: tensión arterial: 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca: 82 lpm; saturación de oxígeno respirando aire ambiente 98%; glucemia capilar: 138 mg/dl. La paciente presenta una auscultación sin hallazgos patológicos. Se realizó un electrocardiograma (ECG) que mostraba un ritmo sinusal a 90 lpm, con eje izquierdo, segmento PR 160 ms, QRS 120 ms, QTc normal, sin alteraciones que muestren datos de isquemia. Durante el episodio presenciado, muestra un paro sinusal de 4s de duración.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síncope de alto riesgo. Síncope cardiogénico. Pausa sinusal.

Diagnóstico diferencial

Síncope neuromediado.

Comentario final

El sistema nervioso autónomo se encuentra involucrado en patologías como el síncope vasovagal o bradicardias. Las bradiarritmias pacientes mayores suelen relacionarse con la disfunción del nodo sinusal o nodo auriculoventricular, mientras que en los pacientes jóvenes se considera el desequilibrio del sistema nervioso autónomo. El verdadero reto se encuentra en esclarecer la posibilidad de un síncope cardiogénico en una paciente joven sin AP de interés con pródromos frente a un síncope neuromediado. En este caso, el hallazgo durante la monitorización nos llevó al manejo de la bradicardia extrema de forma urgente.

Bibliografía

- Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 2018;71(10):837.e1-837.e92.

823/67. ESTUDIO DE HIPERTRANSMINASEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Ferrer Sánchez, M.¹, Orihuela Martín, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén

Descripción del Caso

Paciente de 36 años que trabaja montando belenes acude por síndrome túnel carpiano bilateral y paroxismos, se solicitó una analítica para descartar causa orgánica.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: normal excepto GGT 180, AST 37, ALT 45. Exploración: normal, se interrogó de nuevo al paciente, no bebía, no fumaba, había tenido conductas sexuales de riesgo, se solicitó una nueva analítica con sífilis positiva, ac reagínicos positivos, citomegalovirus IgG positivo, VIH positivo AC +Ag p24, Epstein Barr ac IgG más de 750, hepatitis A negativa, hepatitis B negativa, hepatitis C positiva. Se solicita ecografía: exploración sin alteración y se completó la analítica con cuantificación ARN con 4230. Se puso tratamiento con benzotacil 2.400.000 tres dosis y derivación preferente a medicina interna para completar estudio y poner tratamiento. En medicina interna solicitó analítica: linfocitos DC19, DC3 2126, CD3+CD4 494, CD3+CD8 1598, cociente T4/T8 0.31, ac para varicela zoster 550, toxoplasma negativo, Alfafetoproteína 2.8 y Mantoux negativo, tratamiento con Bictarvy, pendiente de recibir tratamiento para la hepatitis.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hepatitis C vírica, VIH+, sífilis.

Diagnóstico diferencial

Hepatitis vírica, isquemia hepática, tumor, tóxicos.

Comentario final

Hay patologías que puede ser curadas o ser patologías crónicas con buena calidad de vida, una anamnesis adecuada, una buena relación médico paciente y una atención multidisciplinar, hizo que este pudiera expresarse para poder completar estudio analítico, llegan-

do a un buen diagnóstico y tratamiento. Esta relación permitió que el paciente no se sintiera estigmatizado, sintiendo que se podía controlar con tratamiento y no transmitir la enfermedad.

Bibliografía

- Ricard Carrillo Muñoz , Cristina Agustí Benito , Mariam de la Poza Abad , Juanjo Mascort Roca. Primary care management of sexually transmitted infections (III). *Viral hepatitis and HIV infection. Volume 57, Issue 1, January 2025.* Daniel Morgado-Carrasco , Mercè Alsina Gibert , Jordi Bosch Mestres , Miriam Álvarez Martínez , José Luís Blanco Arévalo , Irene Fuertes de Vega Sexually transmitted diseases of the anus and rectum: Causal agents, coinfections, HIV infection and high-risk sexual behaviour. *Med Clin (Barc).* 2019 Feb 1;152(3):98-101.

823/73. AVISO EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS: DECAIMIENTO

Autores:

Cruz Pérez, A.¹, Fernández Granell, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva

Descripción del Caso

Mujer de 88 años, institucionalizada en residencia con Alzheimer, enfermedad renal crónica con filtrado 18 ml/min, insuficiencia mitral moderada, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca con FEVI 30%, en tratamiento con quetiapina 75 mg/24h, alprazolam 0.5 mg/8h, paroxetina 20mg/24h, rivastigmina, valsartán/sacubitrilo, dapagliflozina, ivabradina, espironolactona, furosemida y bisoprolol. Consulta por astenia progresiva y desconexión del medio de 3 días de evolución, sin acompañarse de otra sintomatología por aparatos o sistemas. Había realizado tratamiento con amoxicilina/clavulánico y levofloxacino por celulitis hemifacial.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 177/86 mmHg, Frecuencia 82 latidos, Glucemia 104 mg/dL, Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio. Neurológicamente Glasgow 14/15, diminución de fuerza simétrica en las 4 extremidades que impide deambulación. *Análisis de ori-

na: positividad para leucocitos, nitritos y proteínas. *Urocultivo: E.Coli multirresistente, sensible únicamente a nitrofurantoína.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Infección urinaria multirresistente: Se inició tratamiento empírico con trimetoprim/sulfametoxazol a la espera de resultado de urocultivo, con nula respuesta y empeoramiento progresivo. Con cultivo de E.coli únicamente sensible a nitrofurantoína, no indicada por toxicidad ante filtrado menor a 30 ml/min, se planteó a la familia la opción de traslado hospitalario para valorar antibioterapia intravenosa con vigilancia de toxicidad versus medidas paliativas domiciliarias, decidiéndose limitación del esfuerzo terapéutico, falleciendo la paciente en domicilio la semana siguiente.

Diagnóstico diferencial

- Tóxicos, como sobredosisificación medicamentosa: Ante sospecha de empeoramiento clínico por este motivo, se redujo tratamiento suspendiendo de forma progresiva paroxetina, quetiapina y alprazolam, sin cambios en la clínica.
- Alteraciones metabólicas como hipoglucemias: descartada mediante glucemia capilar.
- Alteraciones tensionales: descartadas tras toma de constantes.
- Accidente cerebrovascular: exploración dificultosa en paciente con deterioro cognitivo sumado a la ausencia de prueba de imagen confirmatoria (TAC), nos impide descartarlo por completo.

Comentario final

Los pacientes ancianos crónicos, dependientes, agravados por deterioro cognitivo, suponen un reto diagnóstico y terapéutico para el profesional, debido a la polifarmacia, las interacciones medicamentosas y la pluripatología. Asimismo, los cuidados paliativos, situación de últimos días y el manejo de familiares reforzan aún más la importancia de una visión integral y humanizadora de la medicina de familia.

Bibliografía

- Capdevila-Morell JA. Infección del tracto urinario. Protocolos Enfermedades Infecciosas, Elsevier; 2009, p. 1-17. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp 2012;212:134-40.

823/77. A PROPÓSITO DE UN CASO: DISTENSIÓN ABDOMINAL A ESTUDIO

Autores:

Gómez Rodríguez, S.¹, Correa Gómez, V.², Castro Reyes, P.³

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 Motril-Este. Motril. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del Caso

Antecedentes Personales: no reacciones alérgicas medicamentosas. No enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas ni tratamiento. Motivo de consulta: Paciente mujer de 51 años que acude a consulta de Primaria por dolor abdominal de semanas evolución más intenso desde hace una semana. Distensión abdominal y dolor en hipocondrio derecho. No vómitos ni alteración tránsito intestinal. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: paciente con buen estado general. Exploración abdominal: a la inspección, globuloso con marcada distensión abdominal. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. Debido a la exploración patológica se decide derivación a urgencias hospitalarias para completar estudio. Pruebas complementarias realizadas en el servicio de urgencias: Constantes normales. Analítica con hemograma: Hb 11,7; leucocitos 6620 con 85% neutrófilos. 523000 plaquetas con coagulación normal. Bioquímica con creatinina 0,87. Bilirrubina total 4,55 con directa 3,75. GOT 395. GGT 1817. LDH 440. Iones normales. Proteína C reactiva 109. Radiografía abdomen y tórax sin hallazgos. Ecografía abdominal: ascitis generalizada. Hígado metastásico. Derrame pleural izquierdo. Moderada dilatación uretero-pielocalcial izquierda sin evidenciarse causa obstructiva. Dudosa lesión sólida en ovario izquierdo. Valoración por ginecología: se observa en ovario derecho masa multibicada de unos 70 x 55 mm. Exploración mamaria: masa de 4 cm, pétreas y adherida a planos profundos. Complejo areola-pezón retráido. BAG mama: BI-RADS 5.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cáncer lobular infiltrante de mama estadio IV (metástasis hepáticas, derrame pleural y carcinomatosis peritoneal con ascitis).

Diagnóstico diferencial

Cáncer endometrial. Cáncer de ovario.

Comentario final

Detectar un cáncer de mama lo antes posible aumenta en gran medida las probabilidades de que el tratamiento tenga éxito. El tamaño y la extensión del cáncer de mama son los factores más importantes para establecer la expectativa de supervivencia una vez que se diagnostica esta enfermedad. Mediante la revisión regular de las propias mamas, las mujeres pueden notar cualquier cambio que se presenten, así como la valoración por su médico de familia ante cualquier anomalía. Las técnicas diagnósticas de elección son la mamografía en más de 30 años y en menores la ecografía.

Bibliografía

- Espinosa R et al. Induración de la mama. En: Green Book diagnóstico y tratamiento médico. Marbán: 2023. p 1510-1525.

823/79. OTITIS AGUDA SUPURANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Gómez Rodríguez, S.¹, Correa Gómez, V.², Castro Reyes, P.³

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 Motril-Este. Motril. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del Caso

Antecedentes Personales: no reacciones alérgicas medicamentosas. Enfermedades: Hipertensión, Diabetes Mellitus en tratamiento con insulina. Motivo de consulta: paciente varón de 55 años que acude a consulta de atención primaria por otalgia izquierda de mas de dos meses de evolución con empeoramiento hace cinco días con desviación bucal y ptosis palpebral izquierda. Ha acudido en varias ocasiones a urgencias donde se le ha pautado distintas gotas óticas y antibióticos orales sin mejoría clínica. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Paciente con ptosis palpebral izquierda y desviación comisura bucal hacia la izquierda. Otoscó-

pia: conducto auditivo externo izquierdo con supuración importante y no puedo visualizar tímpano. Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración urgente por Otorrinolaringología por sospecha de complicación quienes deciden pedirle una Tomografía Computerizada. Conclusión: se observa ocupación del oído medio y conducto auditivo externo por material con densidad de densidad intermedia. La lesión mencionada contacta con el conducto facial a nivel del segmento timpánico, por debajo del conducto semicircular externo. La lesión descrita compromete la casi totalidad del oído medio y se expande en sentido posterior, ocupando parcialmente el ático y completamente el antró mastoideo y las celdillas mastoideas homolaterales. Otorrino observan un gran pólipos tras limpieza y lo retiran observando un colectateoma. Se decide ingreso y se realiza mastoidectomía radical.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Otitis media crónica colesteatomatosa izquierda complicada con parálisis facial.

Diagnóstico diferencial

Mastoiditis aguda; Otitis externa difusa; Otitis externa necrosante.

Comentario final

El colesteatoma consiste en la presencia de epitelio desquamativo en las cavidades timpánicas o mastoideas. Un signo característico es la otorrea, a menudo fétida. En la otoscopia aparecen escamas perladas junto a diversos grados de daño en la membrana y en la mucosa de la caja, con secreciones infectadas. Un "pólipo centinela" en la región atical debe hacernos sospecharlo. Puede provocar complicaciones otoneurológicas como ocurrió en el caso (parálisis facial). Puede provocar hipoacusia de transmisión o mixta. La prueba de elección es el Tomografía computerizada. El tratamiento es quirúrgico, con el objetivo de eliminar su formación y evitar su recidiva y preservar o restituir en lo posible la hipoacusia.

Bibliografía

- Belinchón I et al. Hipoacusia En: Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2023.p.759-768.

823/94. UNA LESIÓN MUY ATÍPICA

Autores:

Gutiérrez Soto, B.¹, García Guil, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliveros. Almería

Descripción del Caso

Paciente de 70 años con AP de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, hernia discal lumbar. Consulta por lesión en miembro superior izquierdo de años de evolución, que se ha ulcerado en los últimos meses sin llegar a curarse ni a mejorar y que además ha cambiado en forma. Se realiza teleconsulta a dermatología por alta sospecha de carcinoma basocelular durante la exploración física. Se realiza extirpación de la lesión, presentando positividad inmunohistoquímica S100 y SOX10, así como Melan A, HMB45 y PRAME + y bordes quirúrgicos libres, siendo finalmente compatible con melanoma amelanótico. Se realizan pruebas complementarias, y se presenta el caso en comité de tumores pautándose prembrolizumab con intención adyuvante.

Exploración y pruebas complementarias

Dermatoscopia: lesión no melanocítica, simétrica, múltiples vasos sanguíneos lineales y puntiformes, con áreas blanco-brillantes, ulceración central cuyo tamaño es menor de 1 cm. PET-TC: ausencia de lesiones hipermetabólicas que sugieran melanoma maligno primario. No se observan adenopatías axilares izquierdas hipermetabólicas ni metástasis a distancia.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Melanoma amelanótico primario

Diagnóstico diferencial

Cáncer basocelular

Comentario final

El melanoma amelanótico se caracteriza por presentar escaso pigmento o incluso ausencia del mismo. El carácter de amelanótico puede retrasar el diagnóstico por confundirse el melanoma con otra lesión de menor relevancia, como el carcinoma basocelular. Es por ello que el uso de la dermatoscopia en AP así como un diagnóstico precoz, cobran una gran importancia en estos casos, ya que la mayoría de estas lesiones cuando son diagnosticadas presentar un espesor de Breslow muy elevado, siendo más difícil su tratamiento.

Bibliografía

- Pons Cuevas S. Cáncer de piel y lesiones precursoras: lesiones pigmentadas y melanoma. *AMF.* 2013;9(2). Benedito S, Mosquera T, Marini M, Saponaro A et al. Melanoma amelanótico/hipomelanótico. *Dermatol Argent.* 2020, 26 (3): 110-113.

823/95. HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A LA TOMA CRÓNICA DE OMEPRAZOL

Autores:

Ruiz Hinojosa, R.¹, Arriaza Gestoso, M.¹, Roldán Reguera, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil José. Puente Genil. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil II. Puente Genil. Córdoba

Descripción del Caso

Mujer de 63 años que consulta por cuadro de debilidad y calambres distales, sobre todo manos y pies, de varios meses de evolución. Tiene como antecedentes reflujo gastroesofágico, mutación C677T para el gen de la homocisteína, colecistectomizada y trastorno mixto ansioso-depresivo. Realiza tratamiento con ácido fólico 5 mg, omeprazol 20 mg, sertralina 100 mg y lorazepam 1 mg a demanda.

Exploración y pruebas complementarias

Tras varias asistencias a urgencias por estos episodios sin llegar a causa clara, en una revisión para Hematología se detecta hipocalcemia leve (7,9 mg/dl). El electrocardiograma y la exploración física fueron normales. Tras tratamiento vía oral, mantiene calcio 8,2 mg/dl, vitamina D 11 mg/ml, fósforo 2,8 mg/dl, hipomagnesemia leve (1,6 mg/dl). Se deriva a consulta de Endocrinología que finalmente suspende omeprazol y diagnóstica Hipocalcemia secundaria al uso de inhibidores de bomba de protones.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hipocalcemia e hipomagnesemia secundaria a la toma de omeprazol.

Diagnóstico diferencial

Hipoparatiroidismo, insuficiencia renal, síndrome paraneoplásico, metástasis ósea

Comentario final

El uso de fármacos inhibidores de la bomba de protones está muy extendido en la población, en algu-

nos casos sin la indicación adecuada. Los efectos adversos aunque son poco frecuentes, pueden llegar a ser potencialmente mortales. Debemos tenerlos presentes y valorar periódicamente los niveles séricos del metabolismo fosfocálcico. Lamentablemente en nuestro medio tenemos restringida la medición de magnesio y hormona paratiroides, lo que dificulta una adecuada valoración.

Bibliografía

- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios: Riesgo de hipomagnesemia asociado a los medicamentos inhibidores de la bomba de protones. MUH (FV), 27/2011. https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2011/ni-muh_27-2011/#

823/100. CÁNCER COLORRECTAL, PRE-HABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Rodríguez González, D.¹, García García, A.², Sánchez Rodríguez, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Investigador. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del Caso

Mujer de 75 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que como único FRCV presenta DM2 con buen control glucémico, diagnosticada de adenocarcinoma colon tras SOH positiva en estudio de anemia y síndrome constitucional por su médico de familia, es derivada a Consulta Piloto de Nutrición en Atención Primaria en el momento del diagnóstico oncológico, solicitándose analítica completa previa a la cita.

Exploración y pruebas complementarias

A la llegada a nuestra consulta se realiza intervención orientada a la prehabilitación según la Vía RICA: anamnesis, interrogando sobre disfagia (no presenta) o alteración del hábito gastrointestinal, se recogen en la historia clínica variables antropométricas (peso, talla, IMC, porcentaje de pérdida de peso, medición de plie-

gues tricipital, subescapular, circunferencias de pantorrilla y brazo), dinamometría ($p < 50$) y registro dietético 24h con porcentaje de ingesta según su requerimiento calórico. Con el resultado analítico se calcula el Índice de Control Nutricional (CONUT) con resultado de riesgo moderado de desnutrición. Se le aplican tests de cribados nutricional (MNA, MST, MUTS, VGS-GP) mostrando riesgo de malnutrición/malnutrición moderada y según los Criterios GLIM, al cumplir criterios fenotípicos (pérdida de peso, masa muscular reducida) y criterios etiológicos (ingesta reducida e inflamación), se diagnostica de desnutrición severa. Se mide funcionalidad muscular con el Short Physical Performance Battery-SPPB mostrándose desempeño bajo. Dados los resultados se inicia suplementación oral con fórmula completa hiperproteica-hipercalórica de bajo índice glucémico con fibra, se dan recomendaciones sobre enriquecimiento de dieta oral, ejercicio físico controlado y se cita para control clínico todos los meses en la misma consulta.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Desnutrición relacionada con la enfermedad

Comentario final

En las siguientes visitas se constata ganancia ponderal progresiva y mejoría en los resultados de la dinamometría y SPPB a pesar de hemicolectomía derecha por patología de base. 6 meses después retoma el normopeso, corrige la anemia ferropénica y consigue valores normales en cribados nutricionales. Se suspende suplementación oral y se da de alta de la Consulta de Nutrición. Tras todo el proceso se le administra cuestionario de calidad de vida autopercibida SF-36, refiriéndola como buena.

Bibliografía

- Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad. 2021

823/101. DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD: MANEJO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Rodríguez González, D.¹, García García, A.², Martín Acevedo, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la

Concepción. Cádiz. (2) Investigador. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del Caso

Mujer de 65 años con carcinoma ductal infiltrante en mama derecha en 2012 y recaída axilar y ósea en 2020. Progresión de la enfermedad, actualmente con metástasis hepáticas, peritoneales y óseas. Osteonecrosis mandibular por bifosfonatos. Actualmente, en cuidados paliativos. La paciente acude a su Médico de Atención Primaria para ajuste de tratamiento analgésico y durante la consulta comenta disminución de la ingesta en relación a disfagia a sólidos secundaria a su patología, pérdida de peso no cuantificada en los últimos meses y diminución del apetito.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza una exploración física completa, medidas antropométricas (talla, peso, circunferencia de pantorrilla y brazo) y cribado nutricional con las siguientes herramientas: Mini Nutritional Assessment: 16 puntos, MUST 3 puntos, SARC-F 4 puntos, Escala FRAIL 3 puntos. Se solicita analítica con hemograma y bioquímica, incluyendo proteínas totales, albúmina y colesterol. Se realiza el EAT-10 con > 3 puntos, indicando riesgo de disfagia.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Desnutrición y disfagia oral secundaria a osteonecrosis mandibular y cáncer metastásico

Diagnóstico diferencial

Disfagia esofágica Disfagia funcional Síndrome constitucional

Comentario final

Se inicia plan de manejo nutricional: dieta modificada con alimentos blandos/jugosos y líquidos a viscosidad néctar, se pauta nutrición enteral oral con suplemento hiperproteico e hipercalórico con fibra y espesante para líquidos. Se proporciona educación sobre técnicas de alimentación segura y se recomienda evitar alimentos que puedan provocar aspiración. Se programa seguimiento regular para monitorizar la respuesta al tratamiento y ajustar el plan de manejo según sea necesario. La disfagia es una patología frecuente en Atención Primaria y su manejo nutricional es un reto en la práctica clínica diaria. En este caso, la intervención nutricional permitió la ganancia ponderal de 1,5kg a los 30 días y de 3kg a

los 60 días, junto con una mejora en la funcionalidad y en la calidad debida autopercibida por la paciente. Por este motivo destaca la importancia de un seguimiento longitudinal en Atención Primaria ya que este enfoque no solo facilita la adherencia terapéutica en pacientes crónicos complejos, sino que también disminuye la mortalidad y mejora la calidad de vida.

Bibliografía

- Muñoz Alcalde S, Rodríguez Rodríguez R, Belinchón Ricote M. Guía de disfagia: manejo de la disfagia en Atención Primaria SEMERGEN 2020;11:18636–2019

823/103. TAKOTSUBO. EL GRAN DESCONOCIDO

Autores:

Yuste Brioso, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

Descripción del Caso

Mujer, 61 años, FRCV: obesidad, HTA DLP, Dm, fumadora 10 cigarros/día, EPOC, cirrosis hepática, anemia, SD. ansioso depresivo. Aviso urgente a domicilio por dolor centro torácico atípico punzante, se reproduce digito presión, sensación nauseosa, disnea y tendencia hipotensión. Tras EKG se activa código IAM y se inicia TTO con AAS 300 mg + Ticagrelor 180 mg+ cloruro mórfito+ primperán y suero fisiológico y se traslada en UVI móvil hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: MEG COC BHYP, disnea de reposo, TA 90/50, FC: 130 LPM, SATO2 96% con O2.AC: rítmica sin soplos, AR: MVC con crepitantes bibasales y roncus en hemitórax derecho, con hipoventilación en izquierdo. Abdomen anodino. Edema pretibial con fovea No TVP. Pruebas complementarias: EKG RS 120 LPM, PR normal, elevación ST 3MM II,III, AVF y V4 AVG. Hemograma: HB 8,9, leucocitos 23.390, neutrofilia, 80,7%, INR 2,01. Bioquímica: creatinina 0,86, NA 128, K 4,6, NT Pro BNP 15.816,5, PCR 152, CK 63, TNT I HS 2.431,8. RX Tórax portátil: I C T, datos congestivos. Ecocardiograma TT: VI no dilatado con HVI concéntrica ligera, FEVI 30%, aquinesia apical y medio ventricular, hiper contractibilidad segmentos basales, no derrame pericárdico, imagen compatible trombo adherido, Doppler: insuficiencia

mitral ligera moderada. Coronariografía: sin lesiones angiográficas. Ventriculografía: Acinesia apical y medio ventricular con hiper contractibilidad segmentos basales FEVI 40% compatible SD. TAKOTSUBO.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

SCACEST inferolateral extenso. Arterias coronarias normales. Ventriculografía compatible SD TAKOTSUBO. Sospecha trombo apical VI.

Diagnóstico diferencial

SD Coronario agudo. Miocarditis aguda. Feocromocitoma. Miocardiopatía periparto. Cocainopatía. Hemorragia subaracnoidea con repercusión cardíaca.

Comentario final

Presento un síndrome poco frecuente y poco conocido para muchos. Por las características podría haber sido un infarto inferolateral extenso pero el estudio posterior en UCI demostró rasgos TAKO-TSUBO. La evolución fue tórpida y fulminante porque la paciente falleció con cuadro de sepsis y fallo multiorgánico debido a antecedentes y factores de riesgo cardiovasculares.

Bibliografía

- Pérez-Castellanos A, Martínez-Sellés M, Mejía-Rentería H, Andrés M, Sionis A, Almendro-Delia M, et al. Tako-Tsubo Syndrome in Spain: RETAKO National Registry. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2018; 71(3): 217-224. Manzanal AG, Campos FO, Suárez MP, López JA. Síndrome de Tako-Tsubo: una entidad a tener en cuenta en Atención Primaria. Med fam Andal. 2017; 18(1) 73-78

823/104. VISIÓN BORROSA. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Martín Mañero, C.¹, Damián García, R.², Betancor Alonso, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del Caso

Mujer de 50 años. No AP. MC: visión que define como borrosa de una semana de evolución asociada a do-

lor ocular y frontal izquierdo. Su hija se percata que no puede mover el ojo por lo que solicita cita. Se explora en consulta exhaustivamente y se deriva a urgencias. Se procede a ingreso y tras resultado de pruebas complementarias y mejoría con corticoterapia (metilprednida solana iv) se procede al alta domiciliaria diagnosticando de Síndrome de Tolosa-Hunt.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada en las 3 esferas. Lenguaje no alterado. Campimetría por confrontación normal. Exotropia del ojo izquierdo. Oftalmoparesia con parálisis del recto externo(VI) y el recto interno(III). Sin dificultad para la supra e infraversión. Ptosis palpebral izquierda. No nistagmo. Agudeza visual normal. No asimetría ni hipoestesia facial. No alteración de PPCC bajos. Balance motor sin déficits. No dismetrías. Analítica sin alteraciones TC sin contraste de cráneo: No se aprecian imágenes de sangrado intra ni extraaxial. AngioTC: Como hallazgo incidental se observa un cavernoma subcortical parietal izquierdo. Sistema venoso sin alteraciones que sugieran trombosis venosa cerebral. Al revisar imágenes se observa captación de contraste en seno cavernoso izquierdo. RM CRANEO: Músculos intraorbitarios de grosor e intensidad de señal normal. Nervio óptico sin alteraciones. Resto normal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de Tolosa-Hunt

Diagnóstico diferencial

Trombosis de los senos venosos, arteritis de células gigantes, migraña oftalmopléjica.

Comentario final

El síndrome de Tolosa-Hunt (STH) se define como una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso caracterizado por una oftalmoplejía dolorosa unilateral. Se presenta como una parálisis dolorosa que puede afectar a cualquier nervio del seno cavernoso. Es un diagnóstico clínico y de exclusión. Es considerada una entidad benigna y muy poco frecuente. Su tratamiento es con corticoterapia sistémica. El pronóstico es generalmente favorable con tratamiento. En caso de no tener respuesta pueden ser considerados los inmunosupresores. Las alteraciones visuales son una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria. Suelen ser causadas por enfermedades banales pero es importante la exploración por parte del médico de Atención Primaria con el fin de detectar patologías subsidiarias de derivación y tratamiento.

Bibliografía

- Kmeid M,Medrea I. Review of Tolosa-Hunt Syndrome,Recent Updates.Curr Pain Headache. Rep.2023Dec;27(12):843-849. Ahmed HS et all.Clinical profile and outcomes in Tolosa-Hunt Syndrome;a systematic review.J Clin Neurosci.2024 Nov;129:110858. doi:10.1016/j.jocn.2024.110858.Epub 2024 Oct 3.

823/106. DOCTORA, ALGO NO VA BIEN

Autores:

Pérez López, R.¹, Guillén Mena, S.¹, Bertos Pérez, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Varón de 40 años, fumador, consumidor de cocaína ocasional, que consulta por abscesos cutáneos de repetición. Al año acude por episodios de inflamación y dolor articular en codos, carpos y rodillas que le impiden trabajar como tornero. En agosto de 2023 es ingresado por absceso facial que provoca paresia del VI par ojo izdo, precisando i.qx. Posteriormente presenta una fistula de canto interno y malar izdo que debe ser tratado por cirugía maxilofacial.

Exploración y pruebas complementarias

Abscesos faciales, preauricular en tratamiento actualmente. Malformación nasal en silla de montar. Analíticas, radiografías tórax y articular, tac, biopsia de lesión preauricular, cultivos de exudados de heridas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Artritis FR y ANA negativo. Anticoagulante lúpico positivo. Celulitis orbitaria con destrucción nasosinusal y fistula de canto interno y malar izdo. Afectación de VI y III par craneal. Vasculitis ANCA positiva. Enfermedad autoinmune. Granulomatosis con poliangeitis. Úlceras cutáneas sobreinfectadas por múltiples microorganismos.

Diagnóstico diferencial

Estrabismo Absceso orbital de origen granulomato-so vs tóxico Artritis reumatoide Vasculitis

Comentario final

Es una enfermedad rara, más frecuente en raza blanca, y edad promedio de comienzo a los 40 años. De

causa desconocida, aunque existe un mecanismo inmunitario. La mayoría tienen anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). El comienzo puede ser insidioso o agudo. Clínica: dolor y epistaxis, son frecuentes las úlceras, las costras y la perforación del tabique. Puede haber condritis nasal con hinchazón, dolor y colapso del puente nasal (nariz en silla de montar). Pueden desarrollarse infecciones secundarias (p. ej., por *Staphylococcus aureus*). Otitis, hipoacusia, vértigo, condritis. Hiperemia. Puede haber inflamación y obstrucción del conducto nasolacrimal, proptosis, compresión del nervio óptico y ceguera. La extensión hacia los músculos extraoculares produce diplopía. Las manifestaciones respiratorias son frecuentes. Una inflamación de los bronquios principales y sus ramas puede producir sibilancias localizadas, neumonía y atelectasias. Mialgias, artralgias o artritis inflamatoria no erosiva. Púrpura palpable, nódulos subcutáneos dolorosos, pápulas, livedo reticularis o úlceras. La vasculitis puede causar neuropatía isquémica periférica, lesiones encefálicas... Glomerulonefritis. La anemia es frecuente y puede ser grave. El tratamiento consiste en la combinación de glucocorticoides y ciclofosfamida.

Bibliografía

- *Granulomatosis con poliangeítis (Wegener). Descripción de 15 casos* Melania Martínez-Morillo, Dolores Gradosa, Dolores Naranjo-Hansb, Lourdes Mateo, Susana Holgado, Alejandro Olivéa *Granulomatosis con poliangeítis Villa-Forte, Alejandra. MD, MPH, Cleveland Clinic*

823/110. LO QUE SE ESCONDE TRAS UNA LUMBALGIA

Autores:

Dionisio Flores, M.¹, Estrada Ayala, P.¹, Ollero Rodríguez, T.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla

Descripción del Caso

Varón de 24 años con antecedente de hernia discal lumbar L5-S1 con estenosis foraminal. No alergias. No hábitos tóxicos. No toma tratamiento habitual. Acude a clínica de fisioterapia desde donde ponen aviso Urgente ya que no puede incorporarse de la camilla por dolor lumbar, debilidad e hipoestesia de ambos miembros inferiores y región genital.

Exploración y pruebas complementarias

A la llegada del equipo de emergencias el paciente presenta dolor intenso e incapacidad para movilizarse. Tras analgesia, llegando a precisar Cloruro Mórfico, se consigue volteo, inmovilización y colocación de collarín para traslado. Presenta exploración neurológica normal salvo por rigidez, movimientos espasmódicos e hipoestesia en miembros inferiores e hipoestesia en región genital. Por los hallazgos exploratorios, a su llegada al hospital, se solicita resonancia magnética urgente de columna completa que resulta normal. El resto de pruebas complementarias también fueron normales.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Tras valoración por Neurología determinan que la clínica es sugerente de Síndrome de Cauda Equina pero se descarta tras valoración conjunta con Traumatología. Ante discordancia entre la clínica, la exploración y los hallazgos de las pruebas complementarias se decide ingreso en Neurología para control del dolor y completar estudio. Durante el ingreso se realiza resonancia craneal, electromiograma y potenciales evocados resultando todos normales. Se sospecha origen funcional tras valoración por Salud Mental por lo que, tras control del dolor y mejoría de la clínica, se da de alta y se deriva a consultas externas de dicha especialidad. Tras alta, acude a su Médico de Familia, después de entrevista clínica y valoración, se descubre situación familiar complicada desde la infancia, la cual parecía haber propiciado el cuadro. Se ha realizado seguimiento semanal junto a Salud Mental, se ha trabajado en el origen del problema, se ha pautado medicación y se ha conseguido mejoría notable en todas las esferas.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Cauda Equina/Trastorno Neurológico funcional.

Comentario final

Los profesionales de Atención Primaria somos fundamentales en el diagnóstico y mejoría de los pacientes y debemos estar pendientes de las situaciones personales que los rodean.

Bibliografía

- Videla PA, Ferri ME, Tavolini D. *Diagnóstico de trastornos funcionales motores agudos a través de la semiología. Rev Fac Cs Méd UNR. 2021;1:104-12.*

823/130. DOCTORA, LLEVO UNOS MESES CON DOLOR DE PECHO .

Autores:

Añez Martínez, B.¹, Santiago Carranza, E.², Colino Ramos, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (3) Enfermero. Centro de Salud Iznalloz. Iznalloz. Granada

Descripción del Caso

Varón de 56 años, sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes personales ni tratamiento crónico, refiere desde hace años episodios intermitentes de dolor torácico opresivo con irradiación a cuello, ocasionalmente relacionados con el esfuerzo, empeorando en los últimos meses. Asocia cortejo vegetativo y episodios de hipertensión arterial. Sin clínica congestiva ni sícopes. Sin otra sintomatología por órganos y aparatos. Desde la consulta de Atención Primaria se deriva de forma preferente a Cardiología sospechando angina de esfuerzo, estos realizan una coronariografía y visualizan una estenosis de coronaria derecha no significativa, iniciando tratamiento con rosvastatina 20mg /24 horas, ácido acetilsalicílico 100mg /24 horas, parche de nitroglicerina 5mg de 9 a 23 horas, enalapril 5mg /12 horas y nitroglicerina sublingual si dolor. Durante los próximos meses ingresa en UCI en varias ocasiones por dolor torácico y cambios eléctricos que ceden con nitroglicerina sublingual, realizando varias coronariografías urgentes: en la segunda se observa lesión crítica a nivel del segmento medio de la coronaria derecha y se implanta un stent y, en la cuarta, se observa un espasmo arterial difuso en coronaria derecha que se corrige tras administración de nitroglicerina intracoronaria. Finalmente, se diagnostica de angina de Prinzmetal, añadiendo al tratamiento amlodipino 5mg /12 horas, diltiazem 120mg /24 horas y ticagrelor 90mg /12 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado. Eupneico en reposo. Constantes dentro de la normalidad. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmillo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica sin hallazgos significativos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Sin alteraciones en la radiografía de tórax.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Angina de Prinzmetal.

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo, disección espontánea de la arteria coronaria, síndrome de takotsubo, miopericarditis.

Comentario final

Gracias al seguimiento del paciente, junto a las pruebas complementarias realizadas, se ha podido llegar al diagnóstico definitivo, pudiendo pautar un tratamiento más eficaz y consiguiendo una remisión casi completa de los episodios de dolor torácico.

Bibliografía

- Aomar Millán IF, Candel Erenas JM, Ramírez Hernández JA, Candel Delgado JM. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la angina vasoespástica. Revista Clínica Española. 2008; 208 (2): 94-96.

823/137. A VECES ME SIENTO EXTRAÑO: ESCuchar, CREER, INVESTIGAR Y DIAGNOSTICAR

Autores:

Artigues Agramunt, A.¹, Abad Anguiano, A.¹, Vallejo Vera, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Sant Jaume dels Domenys. Sant Jaume dels Domenys. Tarragona

Descripción del Caso

Paciente de 18 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a consulta por episodio de somnolencia, confusión, bradipsiquia, amnesia y percepción alterada de la realidad de 48h de evolución (primer episodio). A partir de este episodio que se autolimita, presenta nuevos episodios similares de 10-12 días de duración cada 2-3 meses a los que se añade apatía, hiperfagia e hipersexualidad (finalmente también ansiedad y depresión). Entre los episodios el paciente tiene una funcionalidad normal y toda la sintomatología remite completamente de forma aguda.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física anodina a excepción de bradipsiquia durante los episodios. Tóxicos en orina, punción lum-

bar, EEG, anticuerpos antineuronales, TC y RM cráneo normales. Se descarta patología psiquiátrica.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de Kleine-Levin.

Diagnóstico diferencial

Epilepsia, meningitis, encefalitis autoinmune, tóxicos, migraña con aura, trastorno psiquiátrico.

Comentario final

Descartada otra patología mediante las pruebas complementarias solicitadas, delante la persistencia de episodios con la misma sintomatología y cadencia y también ante la preocupación del paciente y la familia por los episodios, como su médico de Atención Primaria se decide buscar en la literatura otras entidades menos prevalentes que puedan justificar el cuadro. Se encuentra el Síndrome de Kleine-Levin, del cual el paciente cumple con todos los criterios diagnósticos. La literatura dice que en un 70% de los casos el PET-glucosa ayuda a confirmar el diagnóstico. Se hace interconsulta con neurología para comentar el caso y que solicite dicha prueba. Desde Atención Primaria, al conocer a los pacientes y verlos de forma periódica, podemos detectar más fácilmente cambios de comportamientos, síntomas, etc. y aunque dependamos de pruebas complementarias que no se pueden realizar des de nuestros centros, también podemos tener un papel fundamental a la hora de diagnosticar enfermedades muy poco prevalentes como esta.

Bibliografía

- *Orpha.net: Conocimiento sobre enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Síndrome de Kleine-Levin [Internet]. Paris: Orphanet [actualizado sept 2018; consultado 19 ene 2025]. Disponible en <https://www.orpha.net/es/disease/detail/33543>* Ramírez-Ocaña D, Espinosa-Muñoz E, Puentes-Zarzuela C. Utilidad del spect cerebral en el Estudio de la hipersomnía recurrente: Síndrome de Kleine-Levin. Elsevier. 2019; 34(9): 621-623.

823/141. ¡DOCTORA, ME MAREO AL CAMINAR...!

Autores:

de Dios Rodríguez, M.¹, Moral Merchán, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cala. Mijas. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 27 años, no refiere alergias medicamentosas, sin enfermedades de interés. En tratamiento con isotretinoína para el acné y anticonceptivos orales. Hace un mes comienza con espironolactona prescrita por dermatología. Consulta por cuadro clínico de una semana de evolución consistente en trastorno de la marcha, al intentar levantarse para caminar “siente inestabilidad” y necesita apoyarse para deambular. Previamente diagnosticada en urgencias de contractura cervical. Niega cuadro infeccioso previo. No acúfenos. Náuseas en decúbito. No parestesias ni debilidad en extremidades.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Glasgow 15/15. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: no edemas, no fóvea, no signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: Pares craneales normales, no nistagmo, lenguaje sin alteraciones, no dismetría ni disdiadococinesia, fuerza y sensibilidad sin alteraciones, reflejos conservados, bipedestación con aumento de base de sustentación, romberg con caída hacia atrás, no signos meníngeos. ECG: normal. Se deriva a urgencias hospitalarias para continuar estudio. Rx tórax: sin alteraciones. Analítica con hemograma, bioquímica básica y coagulación dentro de la normalidad. TAC sin alteraciones. RNM cráneo con contraste: A nivel de médula se aprecia cavidad de siringomielia de 8 mm a nivel de C7, no lesiones que sugieran esclerosis múltiple. Se ingresó a cargo de medicina interna con interconsulta a otorrinolaringólogo que descartó vértigo periférico. Dada de alta por mejoría con retirada de espironolactona. Pendiente de valoración por neurología y neurocirugía actualmente para tratamiento definitivo.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Siringomielia a nivel de C7

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico. Esclerosis múltiple. Accidente isquémico transitorio vertebral-basilar. Malformación de Arnold-Chiari. Tumores medulares.

Comentario final

La siringomielia se caracteriza por la aparición de una cavidad quística llena de líquido en la médula espinal. Los síntomas comienzan entre los 25-40 años. Se des-

conoce su etiología. En estudios iniciales se realiza seguimiento y cirugía si hay complicaciones.

Bibliografía

- Bonan de Aguiar V, Batista G, Gepp R, Falavigna A. Epidemiological aspects of syringomyelia in a 19-year old cohort of spinal cord injury patients. *Rev neurocirugía*. 2024;35(6):311-318. Royo-Salvador M, Fiallos-Rivera M, Salca H, Ollé-Fortuny G. The Filum disease and the neuro-cranio-vertebral syndrome: definition, clinical picture and imaging features. *BMC Neurol*. 2020;20(1):175.

823/154. DOLOR ABDOMINAL Y ASTENIA DE LARGA EVOLUCIÓN

Autores:

Arriaza Gestoso, M.¹, Ruiz Hinojosa, R.¹, De la Cruz Castellano, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil José. Puente Genil. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente Genil II. Puente Genil. Córdoba

Descripción del Caso

Mujer de 74 años, antecedentes personales de fibrilación auricular, hipotiroidismo e hipertensión arterial. Acude a consulta por dolor abdominal de inicio insidioso de semanas de evolución sin relación clara con los alimentos, asociado en los últimos días a vómitos ocasionales y astenia. No alteración del hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración en consulta destaca un abdomen doloroso más localizado en hipocondrio derecho y epigastrio y hepatomegalia de 4 traveses de dedo. Edemas en miembros inferiores. Resto de la exploración sin hallazgos. Se solicita analítica, en la que destaca elevación de enzimas hepáticas, principalmente gamma GT (557 U/L) y fosfatasa alcalina elevada (369 U/L); junto a ecografía abdominal preferente que se realiza a los tres días de la consulta, donde se evidencia hígado aumentado de tamaño con presencia de múltiples lesiones sólidas confluentes en los distintos lóbulos hepáticos y adenopatías en hilio hepático y retroperitoneales. Amplían estudio con RMN que concluyen como múltiples masas y nódulos hepáticos sin características típicas de hepatocarcinoma. Realizan biopsia de las lesiones, informada como metástasis de tumor neuroendocrino. Tras gammagrafía con octeótida se evidencia lesión en

cola pancreática de aproximadamente 29mm que en el contexto de la paciente debe corresponder a tumor neuroendocrino pancreático. Estudio de extensión, con hallazgo de lesiones metastásicas cerebrales. Oncología inicia tratamiento con lanreotide mensual.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Tumor neuroendocrino de cola pancreática. Estadio IV.

Diagnóstico diferencial

Hepatocarcinoma. Metástasis de otros tumores primarios. Adenomas hepáticos. Hemangiomas.

Comentario final

Los tumores neuroendocrinos comprenden un grupo de neoplasias que se originan en las células del sistema neuroendocrino, presentes en órganos como los pulmones, tracto gastrointestinal y el páncreas. Presentan una incidencia anual de 7 casos por 100.000 habitantes, con una edad media de presentación de 63 años. Habitualmente de crecimiento lento. La actividad hormonal de estos tumores puede causar síndromes funcionales como el denominado síndrome carcinoide, con síntomas como dolor abdominal, alteración del hábito gastrointestinal y rubor facial. El 43% de los pacientes diagnosticados van a presentar metástasis, siendo las más habituales las hepáticas.

Bibliografía

- Actualización de las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de Tumores Neuroendocrinos y Gastroenteropancreáticos del Grupo de Trabajo en NET-GEP de México. Medrano Guzman, R. et al. GAMO 10(2) 2011.

823/162. DOCTORA, ¡QUÉ DOLOR DE CABEZA!: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MIGRAÑA E HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA

Autores:

Gutiérrez Rodríguez, A.¹, Ruiz Guil, C.², González Begines, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del Caso

Mujer de 36 años, con antecedentes personales de migraña con aura con síntomas visuales, que acude a consulta por cefalea retroocular derecha similar a las previas, acompañada de alteraciones visuales que no sabe precisar y que mejora parcialmente con analgésicos. Así pues, se pautan triptanes ante crisis intensas y se recomienda la realización de un diario de cefaleas. Una semana después, acude nuevamente por persistencia de la clínica, que se incrementa con las tos, acompañada de alteraciones visuales que describe como "si apagaran la luz". Decidimos la realización de un fondo de ojo, observándose papiledema, por lo que se deriva a Oftalmología para valoración urgente, quien confirma la presencia del hallazgo. Posteriormente, es valorada por Neurología, que descarta la presencia de lesiones ocupantes de espacio en TC de cráneo y tras la realización de RNM cerebral dentro de la normalidad, realiza una punción lumbar que aborda la presencia de un líquido normal con presión intracranal elevada.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta buen estado general. La exploración neurológica no muestra datos de focalidad. Se realiza un fondo de ojo, con la visualización de papiledema bilateral.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hipertensión Intracraneal Benigna

Diagnóstico diferencial

Migraña con aura

Comentario final

La migraña con aura típica puede presentar síntomas de disfunción neurológica que tienen lugar antes o durante la crisis de migraña y que suelen ser progresivos y reversibles, con una duración de 5 a 60 minutos, y donde al menos uno es unilateral. El aura migrañosa comprende síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje, siendo los visuales los más frecuentes. En nuestro caso, la tipicidad de las auras dejó de observarse en la segunda consulta, apareciendo datos de alarma, como la cefalea desencadenada por maniobras de Val-salva o el oscurecimiento del campo de visión. Por ello, es importante saber que, en el caso de la hipertensión intracraneal benigna, la cefalea suele tener características de migraña y las manifestaciones visuales incluyen los oscurecimientos visuales transitorios, diplopía

o pérdida de agudeza visual. Además, la presencia de papiledema es el signo clave de esta entidad.

Bibliografía

- SEN. *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020.*

823/168. DESCÁLZATE

Autores:

Castro Gómez, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 80 años, independiente y exfumador desde 2007, que presenta como antecedentes de interés hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, un ictus en 2007, un aneurisma en aorta infrarenal izquierdo objetivado en 2020 y una isquemia arterial crónica grado IV Fontaine que perdió seguimiento con Vascular en 2020 y por los que se le colocó una endoprótesis en aorta (2020): implante aortounifemoral izquierdo y bypass femorofemoral (izquierdo y derecho) con PTFE de 6 mm. Acude a consulta por referir, desde la noche, gran lumbalgia izquierda con irradiación hasta talón con gran limitación de movilidad.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, aceptable estado general, bien hidratado y perfundido, consciente, orientado y colaborador, sin fiebre. En miembros inferiores destaca Lassegue positivo en miembro inferior izquierdo a 45º con Bragard positivo, flexión de cadera normal. No apofisalgias. Insiste en que no es su dolor habitual de lumbalgia, por lo que en consulta decidimos descalzarlo ante su insistencia y antecedentes, descubriendo: Pie izquierdo pálido, frío, sin pulsos distales. Pie derecho normal, salvo pulsos pedios débiles. Pulsos poplíticos débiles bilaterales. Ante esto, realizamos auscultación abdominal: ruidos hidroaéreos conservados, pero soplo sistólico en hemiabdomen izquierdo. ACR: anodina. Enviamos a Urgencias, donde realizan analítica y prueba de imagen, hallando CK elevada y una trombosis del implante aortobifemoral izquierdo por debajo de

las arterias renales; ademas de trombosis del aneurisma infrarrenal y una oclusión casi total del bypass femoro-femoral

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Isquemia arterial crónica agudizada

Diagnóstico diferencial

- Lumbalgia
- Lumbociatalgia

Comentario final

Se interconsultó en Urgencias con Cirugía Vascular, quien realizó un bypass axilofemoral izquierdo que resolvió la isquemia aguda y tras una semana de ingreso con mejoría clínica y signos de reperfusión, el paciente fue dado de alta, recuperando el seguimiento por su parte. Este caso pone de manifiesto que toda lumbalgia que veamos no está exenta de otras patologías menos banales, así como el beneficio de la escucha del paciente y una exploración completa.

Bibliografía

- Suárez C, Lozano FS, coordinadores, Bellmunt S, Camafort M, Díaz S, Mancera J, Carrasco E, Lobos JM. Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica. 1.º ed. Madrid: Luzán 5, S.A.; 2012

823/173. DOLOR COSTAL EN PACIENTE CRÓNICA COMPLEJA

Autores:

Rodríguez Moreno, S.¹, Castro Gómez, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 87 años pluripatológica (síndrome metabólico, enfermedad renal crónica, poliartrosis y un episodio de arteritis de células gigantes hace años) que acude a consulta acompañada por su hijo por dolor costal izquierdo y brazo izquierdo con acolchamiento y pérdida de sensibilidad en mano izquierda de días de evolución, junto con debilidad al levantar ambos miembros superiores, sobre todo el izquierdo. También refiere dolor en columna dorsal tras traumatismo en domicilio en relación a

debilidad progresiva en ambos miembros inferiores, sin traumatismo craneoencefálico ni síncope. De forma aislada, fiebre autolimitada (38°C) de un día, hiporexia, astenia y cefalea ocasional pulsátil en región temporal derecha. Enfocando más el caso por sus antecedentes, nos refiere que presenta hiperalgesia en cuero cabelludo, ligera alodinia facial y dolor gemelar

Exploración y pruebas complementarias

Citamos a la paciente en una consulta programada y realizamos además un fondo de ojo, sin encontrar patología aguda oftálmica en el momento de la consulta. Auscultación cardio-pulmonar anodina. Miembros inferiores sin edemas ni fóvea, no signos de TVP. Pulso conservados. Además de lo mencionado, destaca en la exploración: se palpan pulsos grandes en arteria temporal izquierda, no tan objetivables en derecha, alodinia en cuero cabelludo y debilidad a la elevación de miembros superiores. Ante sospecha de enfermedad aguda derivamos a Urgencias, donde realizan analítica en la que destaca aumento de reactantes de fase aguda (PCR 238, Leucocitosis 14640 con desviación izquierda) y anemia de trastornos crónicos

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Brote de Arteritis de Células Gigantes

Diagnóstico diferencial

Viriasis Artromialgias Politraumatismo Anemia

Comentario final

Con la sospecha, sintomatología, signos y hallazgos en pruebas complementarias, fue valorada por Oftalmología de Urgencias y Medicina Interna, siendo ingresada por brote de Arteritis de Células Gigantes, con buena recuperación durante el ingreso. Es un caso especialmente bonito, pues gracias a la utilización de la consulta programada y el seguimiento en Atención Primaria pudimos sospechar y orientar la patología de la paciente, resultando en un beneficio para ella.

Bibliografía

- Frías-Vargas M, Aguado-Castaño AC, Robledo-Orduña C, García-Lerín A, González-Gay MA, García-Vallejo O; en nombre del Grupo de Trabajo Vasculopatías SEMERGEN. Arteritis de las células gigantes. Recomendaciones en Atención Primaria [Giant Cell Arteritis. Recommendations in Primary Care]. SEMERGEN. 2021 May-Jun;47(4):256-266. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2021.04.002. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34112594.

823/177. ¿HUMANO O GRIFO?

Autores:

García Guil, L.¹, Gutiérrez Soto, B.², Márquez Sánchez, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliveros. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de Aznalfarache Nuestra Señora de La Paz. San Juan de Aznalfarache. Sevilla

Descripción del Caso

Paciente de 36 años fumadora de 15 cigarros diarios sin otros antecedentes de interés, que acude a consulta de atención primaria con lesiones ungueales hiperqueratósicas marronáceas de varias semanas de evolución. Inicialmente se orienta el caso como una infección por lo que se trata tanto con antibióticos orales y tópicos como con antifúngicos orales. Al no mejorar, incluso refiere empeoramiento de las lesiones (más pigmentación ungueal) y molestias leves a nivel de IFs de ritmo mecánico en mano derecha, se deriva a dermatología, realizando múltiples pruebas y derivándola a Reumatología para descartar causa sistémica.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones hiperqueratósicas marronáceas en todos los dedos de ambas manos. Buen balance articular sin datos de artritis ni dactilitis. En analítica con serologías solo destaca Ac anti células parietales gástricas (titulación) Positivo 1/40. Hemograma, coagulación básica, función renal, iones, perfil hepático, eje tiroideo, sedimento de orina y cociente albúmina/creatinina en orina dentro de la normalidad. PCR: 0,4 mg/dl Cultivos micológicos y bacterianos de uñas negativos a los 21 días Rx tórax sin hallazgos patológicos. ENG: Estudio neurográfico en miembro superior derecho (nervios Mediano, Radial y Cubital sensitivo y motor) de características normales, lo que descarta la existencia de neuropatías en los nervios que inervan la mano derecha, plexopatía y/o polineuropatía.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Onicomadesis

Diagnóstico diferencial

Hiperqueratosis ungueal; onicomicosis; síndrome paraneoplásico.

Comentario final

Pese a encontrarnos a veces en consulta de Atención Primaria lesiones muy llamativas y alarmantes, a veces no se halla causa aparente. En este caso se descartaron causas infecciosas, neuropatías, autoinmunes, Sin datos de conectivopatías en la actualidad Pese a no haber encontrado un diagnóstico certero, se han descartado las causas más frecuentes e importantes y la paciente ha mejorado, las uñas se recuperaron a los 5 meses.

Bibliografía

- Navarro Campoamor L. Frontal examination of the distal nail unit. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115(2).
- Méndez-Tovar LJ. Onychomycosis frequency in psoriatic patients in a tertiary care hospital. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015;53(3).

823/190. CONTINUIDAD ASISTENCIAL, EL ARMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Ochoa Gómez, J.¹, Varo Moriana, J.², Arquillos López, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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

Descripción del Caso

Mujer de 57 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de obesidad, HTA, polimialgias, meniscopatía degenerativa en ambos miembros, discopatía degenerativa C5-C6, C6-C7 y L5-S1. En tratamiento médico actual con Xeristar, gabapentina, lorazepam, omeprazol, enalapril y Wegovy. Consulta por pérdida de fuerza asociada a hormigueo en miembros inferiores de años de evolución. Refiere además cervicalgia, lumbalgia y gonalgia de ritmo mecánico desde hace 10 años, rigidez en columna generalizada y dolor articular generalizado que mejora en reposo. Tras tratamiento analgésico y tras varias consultas por dicho motivo, se valora derivación al servicio de Neurocirugía, del cual recibe el alta sin necesidad de intervención quirúrgica. Comenzó a sospecharse el diagnóstico de fibromialgia, el cual terminó descartándose sin claros criterios. Tras varias consultas sin mejoría de tratamiento sintomático, la paciente comienza con pérdida de control de esfínter, por lo cual se realiza una RM craneal y lumbar, mostrando lesiones hiperintensas

en sustancia blanca. Por lo que se interconsulta con el servicio de Neurología y comienza el estudio diagnóstico de probable esclerosis múltiple.

Exploración y pruebas complementarias

- *BEG, CYO, normocoloreada y eupneica, normohidratada. Glasgow 15/15, PINLA, MOEC, pares craneales sin focalidad. Sin signos meníngeos ni rigidez nucal. Fuerza y sensibilidad conservadas. Campimetría por confrontación normal Osteomuscular: dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbrosacras, Laségue y Bragard positivos. RM craneal: varias lesiones hipointensas en sustancia blanca supratentorial que no cumplen estrictamente criterios de diseminación espacial y temporal, aunque la distribución sugiere etiología inflamatoria.*

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Esclerosis múltiple progresiva

Diagnóstico diferencial

Lumbociática, discopatía compresiva. Enfermedades inflamatorias idiopáticas desmielinizantes (enfermedad de Schilder, encefalomielitis, variante de Marburg) Enfermedades inflamatorias no desmielinizantes (Neuro-Behcet, LES, síndrome paraneoplásico, etc.) Enfermedades infecciosas y metabólicas.

Comentario final

La Atención Primaria es el engranaje principal de la sanidad y la continuidad asistencial una de sus principales herramientas. Gracias a la continuidad asistencial pudimos ver la evolución de la paciente, consiguiendo descartar y reorientar el diagnóstico en varias ocasiones hasta llegar a un posible resultado.

Bibliografía

- León JC. *Diagnósticos diferenciales en esclerosis múltiple*. Rev Neurol Neurocir Psiquiatr. 2023;51(2):48-51. doi:10.35366/113403.

823/192. DENTRO DE TODAS LAS CAUSAS POSIBLES, SÓLO TENÍA HAMBRE.

Autores:

Abad Anguiano, A.¹, Vallejo Vera, E.², Artigues Agromunt, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Sant Jaume dels Domenys. Sant Jaume dels Domenys. Tarragona, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza*

me dels Domenys. Tarragona, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

Descripción del Caso

Mujer de 60 años. Hipertensión arterial en tratamiento con olmesartán y amlodipino bien controlada. Sin otras patologías. Acude a consulta para resultados de analítica, en un estudio general. La paciente se encuentra asintomática. Explica que desde hace tiempo le salen el valor de neutrófilos bajos, no sabe porqué y quiere consultar con el especialista.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica con Leucocitos 3.190 * /mm³ y neutrófilos absolutos 1.010 * /mm³, no anemia VSG, ferritina, hierro, glucosa, urea, creatinina, colesterol normal, TG, GGT, Sodio y potasio, TSH y CEA normal. Sedimento de orina normal. Se observa el mismo patrón neutropénico de forma oscilante en análisis de los últimos años. Exploración anodina, sin adenopatías, ni esplenomegalia. Se comentó caso con Servicio de Hematología para valorar más estudios, recomendaron repetir estudio haciendo que la paciente realice un desayuno azucarado y ejercicio. Tras este procedimiento se aprecia corrección de los valores de neutrófilos absolutos a la normalidad (1.800 /mm³).

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neutropenia oscilante por marginación leucocitaria en periodos de ayuno

Diagnóstico diferencial

Neutropenia por causas centrales (fármacos, enfermedades médula ósea, defectos nutricionales) o periféricas (enfermedad autoinmune, infecciosa y por hiperesplenismo).

Comentario final

Neutropenia se define como recuento absoluto de neutrófilos en sangre periférica de < 1.800/mm³ en adultos de raza blanca, existen múltiples causas (1). La mayoría de los casos en adultos son adquiridos, por una disminución de la producción o una mayor destrucción. El ayuno puede influir en la disminución de producción de citoquinas y aumento de producción de cortisol; esto puede dar lugar a la marginación de leucocitos a las paredes de los vasos sanguíneos y la disminución de su circulación en el torrente sanguíneo. Además se relaciona con aumento de desgranulación de neutrófilos.

Bibliografía

- S. Osorio Prendes; V. Cabañas Perianes; E. Rodilla Rodilla. C. Pascual Izquierdo. J. Polo Garcia. *Criterios de derivación a Consultas de Hematología desde Atención Primaria*. Publicado en la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. 2020. Disponible en www.sehh.es ISBN-13 978-84-09-21033-6.
- S. Nourshargh1; R. Alon; W. Harvey. *Leukocyte Migration into Inflamed Tissues*. Elsevier Inc Review Volume 41, Issue 5 p 694-707 November 20, 2014. Disponible en doi: 10.1016/j.immuni.2014.10.008.

823/197. LA SARNA EN TODAS LAS SITUACIONES

Autores:

Perez Villaescusa, A.¹, Maatala Moulud, B.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente varón de 46 años. NAMC. Consumo de tabaco de medio paquete diario desde los 18 años. Sin antecedentes personales de interés. Sin tratamiento habitual. Paciente indigente que acude a consulta de AP por picor y lesiones dérmicas desde hace 3 días, niega fiebre ni sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente orientado y colaborador, eupneico en reposo, bien hidratado y perfundido, Glasgow 15/15. Se observan pápulas eritematosas en los espacios interdigitales de ambas manos, brazos abdomen y cintura. Lesiones de rascado y descamación en todas las zonas. Tratamiento: al ser paciente con bajos recursos y por facilidad de aplicación se decide la prescripción de ivermectina comprimidos 4 comprimidos y repetir a los 14 días

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Escabiosis

Diagnóstico diferencial

Urticaria, dermatitis atópica, dermatitis de contacto

Comentario final

La escabiosis o sarna sigue estando presente en nuestros días. Aunque sea una enfermedad muy antigua la

erradicación no ha podido llevarse a cabo por su gran transmisibilidad, el desconocimiento de los pacientes y por la falta de adherencia a tratamientos y medidas higiénicas imprescindibles para el control de casos. Por ello, es importante seguir con la labor de educación a la ciudadanía y en caso de aparecer un caso realizar las medidas higiénicas oportunas en todos los convivientes.

Bibliografía

- Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. *Tratamiento de la escabiosis [Treatment of scabies]*. Aten Primaria. 2022 Mar;54(3):102231. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102231. Epub 2022 Jan 17. PMID: 35051892; PMCID: PMC8783089. Lluch-Galcerá JJ, Carrascosa JM, Boada A. *Epidemic Scabies: New Treatment Challenges in an Ancient Disease*. Actas Dermosifiliogr. 2023 Feb;114(2):132-140. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2022.07.017. Epub 2022 Aug 11. PMID: 35963332

823/200. LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Autores:

Perez Villaescusa, A.¹, Maatala Moulud, B.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Varón de 38 años, niega alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: fumador de un paquete diario desde los 15 años. Antecedentes personales: múltiples visitas a salud mental desde los 30 años por adicción a benzodiacepinas. Antecedentes familiares: padre con abuso de alcohol y madre en tratamiento farmacológico por depresión mayor. Tratamiento habitual: Clonazepam 3mg/8 horas Y Alprazolam 1mg/12 horas. Consulta para renovación de tratamiento prescrito. Se pregunta sobre inicio de necesidad del tratamiento y refiere insomnio de conciliación y mantenimiento junto con crisis de ansiedad (2-3 veces/mes) que atribuye a antecedentes de maltrato familiar. Refiere además en los últimos 6 meses: pérdida de interés en actividades cotidianas, fatiga frecuente y dificultad para la concentración. Actualmente vive solo y trabaja como repartidor. Se explica la necesidad de reajustar el tratamiento debido a la falta

de eficacia y al riesgo de abuso. Se acuerda una reducción progresiva de benzodiacepinas, introduciendo Mirtazapina 15 mg cada 24 horas para el insomnio y Paroxetina 20 mg cada 24 horas para la sintomatología ansioso-depresiva.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. No signos de ansiedad intensa en consulta. Discurso coherente, sin alteraciones cognitivas ni del pensamiento. Sin ideación autolítica. Juicio de la realidad y capacidades volitivas conservadas. Se emplea la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS) con puntuación de sub-escala de ansiedad de 7 puntos y sub- escala de depresión de 4 puntos.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Dependencia a benzodiacepinas. Trastorno depresivo persistente.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada

Comentario final

El consumo de benzodiacepinas en España refleja un uso excesivo e inapropiado por falta concienciación entre médico y paciente, desconocimiento de efectos adversos y problemas de abuso especialmente en poblaciones vulnerables. Por ello, es importante: promover el uso racional de estas sustancias según las guías clínicas, fomentar el uso de alternativas terapéuticas (como terapia cognitivo-conductual o antidepresivos en casos específicos) y mejorar la educación de pacientes sobre los riesgos asociados al uso prolongado

Bibliografía

- Kang AM, Ruha M, Ganetsky M. Benzodiazepine withdrawal. UpToDate [Internet]. 2024 [citado 2025 ene 17]. Disponible en: https://www.uptodate.com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/benzodiazepinewithdrawal?search=retirada%20benzodiacepinas&source=search_result&selectedTitle=1%7E47&usage_type=default&display_rank=1#H3582546567 Servicio Andaluz de Salud. Antidepresivos: estrategias para su uso racional [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud y Familias; 2022 [citado 2025 ene 17]. Disponible en: https://www.sspa.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdокументo/2022/Antidepresivos_Definitivo_19-07-2022.pdf

823/205. AYUDA DOCTORA MI MADRE NO PUEDE HABLAR

Autores:

Montaño Azor, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba

Descripción del Caso

Paciente de 47 años, donde sufrió un episodio de segundos de duración de imposibilidad para la emisión del lenguaje con salida de saliva por la comisura bucal derecha sin pérdida de conciencia. Se resolvió sin otros síntomas. A los meses, nuevo episodio de las mismas características (imposibilidad para la emisión del lenguaje, con buena comprensión) junto con pérdida de fuerza y sensibilidad en el brazo izquierdo de días de duración. Parece que en el momento inicial, pudo presentar movimientos clónicos involuntarios de segundos de duración. A la semana, nuevo episodio, de menos duración sólo de alteración del lenguaje. No asociaban palpitaciones, cefaleas, dolor laterocervical ni otros síntomas. La notan más "lenta" desde que le sucedieron los síntomas. Desde siempre ha presentado cefaleas hemicraneales, de predominio derecho, frontoorbitario, opresivo, con sonido y fotofobia, sin náuseas ni vómitos, no aumenta claramente con los esfuerzos, pero mejora con reposo. Suelen ser de predominio nocturno, despertándola. Son habituales, unos 20 días al mes. Duerme bien. Ánimo si alteraciones. Se deriva al neurólogo que solicita en consulta: Ecodoppler de TSA que fue normal y se solicita: RMN craneal con Angio TSA, Holter-ECG y ETE, analítica con autoinmunidad y trombofilia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: normal

- RMN craneal: Signos de necrosis cortical laminar en el opérculo frontal derecho, insula derecha y región parietofrontal ipsilateral, a valorar una etiología isquémica crónica como origen más probable.
- EEG: normal.
- ETE: Septo interauricular no aneurismático, se realiza protocolo de FOP con suero sonicado presentando en reposo paso amplio e inmediato de microburbujas. Aterrometosis aórtica gradi I.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Infarto isquémico territorio ACM derecha embólico por FOP.

Diagnóstico diferencial

AIT Crisis convulsivas Migrañas

Comentario final

La persistencia del foramen oval permeable (FOP) en adultos es un hallazgo común. En la mayoría de los casos es un hallazgo casual sin repercusiones clínicas. Aunque puede tener relación: accidentes cerebrovasculares embólicos, el síndrome platipnea-ortodesoxia, la embolia gaseosa de los buceadores o las migrañas.

Bibliografía

- Hagen PT, Scholz DG, Edwards WD. Incidence and size of patent foramen ovale during the first 10 decades of life: an autopsy study of 965 normal hearts. *Mayo Clin Proc*, (1984), 59 pp. 17-20

823/214. ELASTOFIBROMA: EL TUMOR ESCURRIDIZO

Autores:

Garzón Aguilar, J.¹, Medina Cobos, A.², López Chaves, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del Caso

Paciente de 73 años, con los antecedentes personales a destacar de trastorno ansioso-depresivo e hipotiroidismo. Con tratamiento habitual de levotiroxina 88 microgramos y sertralina 100 miligramos (mg). Acude a nuestra consulta por cuadro de dolor en región paravertebral dorsal, predominante en lado derecho, de tres semanas de evolución. Curso intermitente y de ritmo mecánico, con empeoramiento a la movilización del brazo derecho. Niega caída, contusión o sobreesfuerzo alguno. No ha tomado medicación analgésica. A las dos semanas se reevalúa a la paciente, percibiendo bultoma en región inferomedial de escápula derecha. Se inicia el estudio de dicho bultoma, en un primer lugar descartándose afectación ósea mediante una radiografía de columna dorsal, tras la cual se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN), llegando al diagnóstico de Elastofibroma Dorsi.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: bultoma en región inferomedial de escápula derecha de 6 centímetros (cm) de tamaño en

el eje longitudinal y 2 cm de anchura. Forma ovalada y de consistencia gomosa; no adherida a la piel, sí a estructuras profundas. La movilización del brazo ipsilateral provoca desaparición completa a la inspección de dicho bultoma. Ecografía en consulta: masa de tejido blando heterogénea con ausencia de vascularización ubicada en la profundidad de la musculatura superficial, medial a escápula. Radiografía de columna dorsal: no hallazgos reseñables. RMN: Masa en la región inferior de la escápula, profunda a los músculos dorsales, levemente heterogénea, márgenes bien definidos y mide 77 milímetros (mm) x 20 x 61 mm de eje longitudinal sugerente de elastofibroma dorsi.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Elastofibroma dorsi

Diagnóstico diferencial

Lipoma. Liposarcoma. Quiste sebáceo.

Comentario final

El elastofibroma dorsi es un tumor benigno de partes blandas, típico de mujeres de más de 50 años, infrecuente y asintomático hasta en la mitad de los casos. No obstante su presentación clínica es altamente sugestiva, más si asocia dolor en región escapular a la movilización del brazo. Para el médico de Familia, frecuentemente el primer contacto del paciente con un profesional sanitario, es crucial reconocer patrones de presentación de enfermedades poco frecuentes, con el fin de evitar diagnósticos erróneos o retrasados.

Bibliografía

- Daigeler A, Vogt PM, Busch K, et al. Elastofibroma dorsi-differential diagnosis in chest wall tumours. *World J Surg Oncol*. 2007;5(1):15

823/219. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Beltrán Martín, L.¹, Martínez Lara, Á.¹, Arjona Cabello, G.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 24 años sin alergias conocidas ni antecedentes personales de interés que trabaja como agente forestal que comienza con cuadro de fiebre de hasta 38°C de varios días de evolución acompañado de tos seca, sensación disneica y odinofagia. Niega clínica digestiva. Niega lesiones cutáneas ni picaduras. Niega ambiente epidémico. El paciente evoluciona con la resolución de la fiebre pero la persistencia de la tos seca y una leve disnea al esfuerzo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin hallazgos significativos. Pruebas complementarias: La radiografía de tórax presenta un índice cardiotóraco menor del 50%. No se aprecian infiltrados. No masas. No derrame pleural. No pinzamiento de senos. La analítica de sangre presenta una PCR de 17,7 mg/L, virus respiratorios negativos, Anticuerpo anti-Chlamydophila pneumoniae IgM positivo. Mycoplasma pneumoniae negativo, Legionella pneumophila negativo y Streptococo pneumoniae negativo. Borrelia burgdorferi IgM negativo. Resto de estudio sin alteraciones significativas. La analítica de orina no presenta alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Infección por Chlamydophila pneumoniae.

Diagnóstico diferencial

Hay que realizar el diagnóstico diferencial con otros patógenos responsables de infecciones respiratorias agudas, como los virus respiratorios y los patógenos responsables de neumonías atípicas^{2,3,4}.

Comentario final

La Chlamydophila pneumoniae es un patógeno humano intracelular coco Gram negativo inmóvil^{1,2,3}. La transmisión de la infección se realiza mediante las secreciones respiratorias de una persona a otra^{1,2}. En adultos, produce bronquitis, neumonía y síndrome de reagudización del EPOC^{3,4}. El diagnóstico se realiza mediante serología². El tratamiento de la Chlamydophila pneumoniae se realiza con macrólidos (azitromicina, eritromicina, claritromicina), tetraciclinas (doxiciclina) o fluorquinolonas (levofloxacino)².

Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en Trabajo. *Chlamydia pneumoniae (Chlamydophila pneumoniae y "Taiwan Acute Respiratory" (TWAR))* [Internet]. Fichas de agentes biológicos: Ministerio de

Trabajo y Economía Social: 2022 En 15 [consultado 2205 En 12]. Disponible en <https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/bacterias/chlamydia-pneumoniae#bibliografia> Murray PR, Rosenthal KS, Pfaffer MA. *Microbiología Médica*. 9° ed. Barcelona. Elsevier, 2021.

• Villegas E, Sorlózano A, Camacho A, Gutiérrez J. *Chlamydophila pneumoniae: desde su proteómica hasta la arteriosclerosis [Chlamydophila pneumoniae: from its proteomics to arteriosclerosis]*. Enferm Infect Microbiol Clin. 2008 Dec;26(10):629-7. 5

• Kumar S, Hammerschlag MR. *Acute respiratory infection due to Chlamydia pneumoniae: current status of diagnostic methods*. Clin Infect Dis. 2007 Feb 15;44(4):568-76.

823/225. PENSANDO EN UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR .

Autores:

Añez Martínez, B.¹, Santiago Carranza, E.², Colino Ramos, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (3) Enfermero. Centro de Salud Iznalloz. Iznalloz. Granada

Descripción del Caso

Varón de 84 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e intervenido de laminectomía descompresiva cervical, dorsal y lumbar. En tratamiento con metformina 1000/ sitagliptina 50mg /12 horas, simvastatina 10mg /24 horas, losartán 50/ hidroclorotiazida 12,50mg /24 horas y pregabalina 100mg /24 horas. Refiere debilidad de extremidades derechas de dos horas de evolución, sobre todo de miembro inferior derecho, asociado a déficit sensitivo ipsilateral y habla ininteligible. Tras esta sintomatología, con escala NIHSS de 5 puntos, se activa código ictus. TAC craneal sin contraste, de perfusión y angio-TAC: sin lesiones agudas establecidas, por lo que se ingresa a cargo de neurología para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado. Normoperfundido y normocoloreado. Eupneico en reposo. Exploración neurológica: PINLA. Movimientos oculares

conservados sin nistagmo. Campimetría por confrontación normal. Lenguaje sin rasgos disfásicos, disartria leve. Leve paresia facial derecha, resto de pares craneales normales. No dismetría. Hemiparesia de extremidades derechas de predominio crural (miembro superior eleva y mantiene contra gravedad, con claudicación distal a nivel de los dedos; miembro inferior eleva unos centímetros contra gravedad claudicando a los 5 segundos), hipoestesia leve tactoalgésica ipsilateral. Analítica sin alteraciones significativas. Marcadores tumorales, proteinograma y autoinmunidad negativos. Cultivo y tinción gram de líquido cefalorraquídeo negativos. PCR de virus negativa. PET- TC cuerpo entero, TAC de tórax y abdomino-pélvico: sin signos sugerentes de malignidad. RM craneal: leve leucoencefalopatía vasculodegenerativa crónica. RM cervical: lesión de cordón medular cervical de segmento largo y con afectación extensa de sección transversa, sugestiva de mielitis transversa.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Mielitis aguda cervical extensa idiopática.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular agudo, infarto de médula espinal, hernia discal, espondilosis, mielopatías por tóxicos, mielopatías neoplásicas...

Comentario final

En definitiva, es importante realizar una anamnesis individualizada y un diagnóstico diferencial antes de encasillar un síntoma a un diagnóstico específico. En este caso, durante el ingreso se mantiene estable hemodinámicamente, sin incidencias. Desde el punto de vista neurológico mejora del patrón de marcha y sintomáticamente tras administración de corticoides.

Bibliografía

- Krishnan C, Kaplin AI, Pardo CA, Kerr DA, Keswani SC. Demyelinating disorders: Update on transverse myelitis. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2006; 6; 236-243.

823/226. MAS QUE UNA CAIDA AL SUELO: DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Flores Soler, O.¹, Lemos Pena, A.², Pérez Tamarit, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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

Descripción del Caso

Varón de 66 años, con diagnóstico de trastorno bipolar en tratamiento con risperidona, quetiapina, fluvoxamina y clorazepato. Tras aviso de las cuidadoras por no abrir la puerta de su domicilio, fue necesaria la intervención de la policía y los bomberos para acceder. Fue encontrado en el baño, relatando una caída en la cocina y desconociendo cómo llegó al baño, indicando que llevó horas en el suelo. Presentó coxalgia, desorientación temporal y temblor, siendo derivado a urgencias hospitalarias para valoración ante la sospecha de una caída desde su propia altura.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: aceptable estado general, hemodinámica estable salvo TA 200/100 mmHg SatO₂ 90% y Temp 38°C. Exploración física normal salvo: MV con crepitantes y roncus bilaterales, coxalgia derecha tras movilización activa y desorientación en tiempo y espacio, sin otra focalidad neurológica. Pruebas Complementarias realizadas en Urgencias Hospitalarias: Analítica: CK 12120 U/L, LDH 440 U/L, urea 51 mg/dL, Cr 1.33 mg/dL, glucosa 128 mg/dL. Test de antígenos COVID y panel viral respiratorio: negativos. Cálculo de FeNa 0.72% y EFU 42.5%, compatible con insuficiencia renal prerrenal. Evolución de CK: incremento progresivo a 16948 U/L.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM)

Diagnóstico diferencial

Síndrome serotoninérgico, Hipertermia Maligna, Neumonía.

Comentario final

Este caso destaca la importancia de considerar el SNM como posible diagnóstico diferencial en pacientes tratados con neurolépticos que presentan hipertermia, rigidez muscular y alteración del estado mental. Los factores de riesgo presentes incluyen el uso combinado de antipsicóticos y la posibilidad de ajustes recientes en la medicación. El aumento significativo de CK sugiere rabdomiolisis, una complicación conocida del SNM. El diagnóstico diferencial incluye síndrome sero-

toninérgico, infecciones sistémicas y estados convulsivos no diagnosticados. En este caso, el contexto clínico y la farmacoterapia sugieren una mayor probabilidad de SNM. Aunque el paciente firmó alta voluntaria, se le informó sobre los riesgos potenciales y la necesidad de vigilancia cercana, presentando buena evolución

Bibliografía

- Schönenfeldt-Lecuona, C, Kuhlwilm L, Cronemeyer M, et al: Treatment of the neuroleptic malignant syndrome in international therapy guidelines: a comparative analysis. *Pharmacopsychiatry* 53(2):51-59, 2020 doi: 10.1055/a-1046-1044

823/232. DEBILIDAD MUSCULAR A ESTUDIO

Autores:

Pérez Puertas, G.¹, Herrero Reyes, J.², Gomez Caminero-Sousa, C.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) Enfermera. Consultorio Local Villamanrique. Villamanrique. Ciudad Real

Descripción del Caso

Paciente de 64 años de edad con AP: Dislipemia, Esteatosis Hepática y apendicectomía. Tratamiento actual : atorvastatina 20 mg Acude a consulta por presentar cuadro de debilidad generalizada más acentuada en Miembros Inferiores y de forma asimétrica (peor en la izquierda). No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general,afebril,saturación de O₂ 97% . TA 155/ 80 Sobre peso. ACP: rítmica , no soplos, mvc sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso ,blando ,depresible , no doloroso a la palpación difusa, no defensa, murphy negativo. Extremidades sin edemas,signos de Insuficiencia Venosa crónica. En el plano motor no se evidencian alteraciones en el tono muscular. En el balance muscular por grupos la paciente presenta una debilidad bilateral simétrica. Analítica: GOT 197(U/L) GOT 287 (U/L),LDH 1221 ,CPK 5313. EMG :el estudio neurofisiológico muestra abundantes signos de denervación aguda en toda la musculatura explorada(proximal y distal de Miembros Superiores e Inferiores) hallazgo compatible con una miopatía neurotizante inflamatoria. RMN de Miembros Inferiores :

no se observan alteraciones morfológicas ni de la señal de las estructuras musculares incluidas en el estudio , no edema muscular ni atrofias grasas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

MIOPATIA NECROTIZANTE INFLAMATORIA

Diagnóstico diferencial

1. Enfermedades Desmielinizantes
2. Enfermedades de la Unión Neuromuscular 3.Miopatías por Drogas
3. Miopatías Endocrinas

Comentario final

Las Miopatías Inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades adquiridas del músculo esquelético que comparten la lesión muscular inmunomedida como característica común. La edad de inicio está entre los 45-60 años ,afecta más a mujeres que a hombres.

Bibliografía

- A.Bohan ,J.B Peter. *Polymyositis and dermatomyositis* .N Engloba JMed ,292(1975 Feb 20) ,pp.403-407

823/235. EL HEMOGRAMA SORPRESA

Autores:

Estrada Ayala, P¹, Dionisio Flores, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla

Descripción del Caso

Varón 30 años que acude por síntomas catarrales, malestar y fiebre de hasta 38.5°C de 1 semana de evolución. Expectoración verdosa. No disnea. No mejora tras paracetamol , ibuprofeno y una toma de metamizol. Iniciamos Amoxicilina y tras revisión en unos días sin mejoría derivamos a urgencias donde se aprecia neutropenia severa y programan ingreso para estudio. En el ingreso amplían estudio descartando enfermedades hematológicas de origen maligno, pautan estimulador de colonias y derivan al alta con revisiones por MAP y Hematología.

Exploración y pruebas complementarias

-Primera valoración en C.Salud: Eupneico en respiro, afectado estado general, Consciente y colaborador TA 120/80mmHg Fc 90lpm Sat 98% ACP con disminución del murmullo vesicular en base dcha-En URG Analítica en

urgencias Neutropenia 100 PCR 90 Rx con condensación en base dcha—En ingreso: Aspirado medular sin hallazgos malignos. Precursores inmaduros de serie blanca

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neutropenia grave

Diagnóstico diferencial

Neutropenia severa provocada por viriasis Neutropenia severa provocada metamizol

Comentario final

Como médicos de familia debemos pensar en todas las posibilidades diagnósticas que puede abarcar un motivo de consulta, incluso los posibles efectos adversos que pueden derivar de los tratamientos pautados. En este caso nadie habría sospechado que debajo de la torpida evolución de la infección respiratoria se encontraba una neutropenia severa. Ante signos de alarma debemos estar atentos y actuar rápido y con decisión. España es de los pocos países donde el metamizol está permitido. Es un buen tratamiento alternativo aunque debemos tener en cuenta siempre sus posibles efectos secundarios

Bibliografía

- Ibañez L et al. Agranulocytosis associated with dipyrone (metamizol). Eur J Clin Pharmacol 2005; 60: 821-829. Metamizole- Analysis of Swedish adverse reaction. WHO Pharmaceuticals Newsletter 2002, No. 03. (Accesible en <http://apps.who.int/medicine-docs/es/d/Js4942e/3.2.html>).

823/239. DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN UN PACIENTE CON PROGRESIVA DISNEA

Autores:

Fiol Beltrán, M.¹, Guerrero Martínez, C.¹, Gil Adell, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 62 años, fumador de 44 paquetes año, sin visitas al centro de salud en últimos 15 años. Acude a consulta acompañado de su hermana por disnea de moderados esfuerzos en últimos meses con empeoramiento progresivo, pérdida de peso no cuantificada en

últimos meses y tos habitual. No fiebre ni otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, palidez mucocutánea con ligera cianosis labial, eupneico en reposo sin tiraje abdominal, caquético. Mala perfusión distal con satO₂ máxima captada de 85% basal bien tolerada. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular disminuido y crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca anodina. No edemas en miembros inferiores. Como pruebas complementarias destaca radiografía de tórax donde se observa aplanamiento de diafragma con hiperinsuflación pulmonar, espirometría con FEV1/FVC 0,55, FVC 0,9, sin mejoría tras tratamiento broncodilatador.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Diagnóstico diferencial

Cáncer de pulmón, EPOC, fibrosis pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva, tuberculosis

Comentario final

El paciente es estudiado por neumología tras varias exacerbaciones, quien ajusta inhaladores y solicita TAC donde se observan imágenes de enfisema bilateral. A los 6 meses es reevaluado, con mejoría clínica significativa y cese de hábito tabáquico.—La EPOC es una enfermedad progresiva y crónica con gran afectación de la calidad de vida debido, fundamentalmente, al hábito tabáquico. Realizar un diagnóstico precoz es fundamental para un manejo temprano y prevenir posibles complicaciones.—Destacar la importancia que tiene la realización de una buena anamnesis y exploración física detallada, así como el uso de pruebas complementarias como puede ser la espirometría para enfocar mejor nuestro diagnóstico principal.

Bibliografía

- López-Campos JL, Almagro P, Gómez JT, Chiner E, Palacios L, Hernández C, et al. Actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): comorbilidades, automejor y cuidados paliativos. Arch Bronconeumol. 2022;58(4):334-344.

823/247. : DOCTORA NO PARO DE TAREAR CANCIONES

Autores:

Martín Mañero, C.¹, Damián García, R.², Gálvez García, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del Caso

Mujer de 77 años. AP: HTA, hipotiroidismo, síndrome de Sjogren, Linfoma MALT de parótida en 2017, trastorno depresivo(vortioxetina). MC: desde hace 4 meses, cuando está en reposo, nota un sonido como si "tarareara" continuamente canciones, que desaparece durante el sueño y que le genera mucho malestar. Además, desde hace varios años refiere múltiples tics motores cuando está relajada consistentes en movimientos de "masticación", "carraspeo", cierre y revulsión ocular y de extensión de miembros superiores. Dados los síntomas de la paciente revisamos la bibliografía y diagnosticamos de posible síndrome de Earworm, por lo que derivamos a Neurología confirmando el mismo. Además pautamos clonazepam con mala tolerancia y, posteriormente, risperidona con mejoría clara de los síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

PIRNLAs y MOEC. Aumento del parpadeo en relación a los tics descritos. Discinesias orofaciales. No tics motores complejos. Temblor postural leve en manos, no de reposo. Mínima rigidez en miembros superiores. No dismetría. No mioclonías. Marcha con braceo conservado, ROTs presentes y simétricos. Analítica con hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico normal. Autoinmunidad: anticoagulante lúpico positivo. antiRo y anti-La positivos. AntiGAD normales. RM de cráneo normal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de Earworm, gusano auditivo, síndrome de canción atascada o síndrome de las imágenes musicales involuntarias (INMI)

Diagnóstico diferencial

Alucinaciones auditivas, epilepsia del lóbulo temporal.

Comentario final

El síndrome de Earworm es una pieza musical pegadiza y/o memorable que ocupa continuamente la mente de una persona incluso después de que ya no se toca ni se habla de ella. Por lo general, las canciones son melodías pegadizas que aparecen de forma espontánea o desencadenadas por emociones, asociaciones o al escuchar la melodía. Son muy comunes, pero, cuando se acompañan de una angustia considerable y un dete-

riorio del funcionamiento diario, los médicos de familia deben considerar la posibilidad de pautar tratamiento e incluso de derivación para descartar otras etiologías. La medicación está indicada en casos de malestar considerable y síntomas comórbidos del TOC, ya que en muchas ocasiones se relaciona con el mismo. La respuesta a la medicación suele ser favorable.

Bibliografía

- *Gusanos de oído:una revisión narrativa de música contagiosa.*AJ Lees, Sarah lawson. JAMA.2024;331(13):1075-1076. *Síndrome de la canción atascada: obsesiones musicales: cuándo detectar el TOC.*Anne Margriet Euser et all.Br J Gen Pract. Febrero 2016;66(643):90.

823/251. ROPE WORMS VS FAKE WORMS**Autores:**

Gamero de Luna, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Descripción del Caso

Niña de tres años, con historia de dolor abdominal cólico intermitente, con expulsión de gases y a veces erupción cutánea y heces mucosas con un olor característico a corcho. Tras un episodio de molestias abdominales, cólicas, excretó un cordón retorcido de aproximadamente 30 cm de longitud, friable, de superficie mucosa, que "recordaba al intestino de un ratón". Antecedentes personales de interés: correctamente vacunada, reside habitualmente en el sur de Alemania y en los tres meses anteriores había tenido una estancia de un mes en el norte de Marruecos, donde presentó un cuadro de gastroenteritis autolimitado.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración por aparatos, analítica de sangre y orina, sin anormalidades. Parche de Jacob y estudio ampliado de parásitos, incluyendo estudio molecular, negativo.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Rope worm (gusano de cuerda)

Diagnóstico diferencial

Gusanos intestinales, especialmente helmintos. Restos alimentarios. Cuerpos extraños. Colitis inflamatoria.

Artefactos. La morfología del espécimen y los antecedentes referidos hizo pensar, inicialmente, en infestación parasitaria, incluyendo parásitos no habituales en nuestro territorio. Sin embargo, las características de la muestra no permitió ubicarla taxonómicamente, debiendo plantearse otros diagnósticos como restos alimentarios, cuerpos extraños, esfacelos de procesos inflamatorio e incluso artefactos y manipulaciones de los padres. El estudio microbiológico fue determinante.

Comentario final

Rope worm para muchos es un diagnóstico pseudocientífico, basado en dos auto-publicaciones, sin revisión por pares. Fue descrito por primera vez en 2013, tras el uso de enemas de limpieza, como gusanos anaerobios productores de gas, de hasta 1 metro de longitud que tenían la apariencia de una cuerda retorcida. En su interior se detectó DNA humano. Sin embargo, otros investigadores, lo consideran un acúmulo de moco con restos intestinales, cohesionado por un biofilm bacteriano. No responden a antiparasitarios y no han podido ser incluidos en ninguna taxonomía.

Bibliografía

- Sher A, Latif SA. Newly Discovered Rope Worm Infections: First Case Report in Gulf Cooperation Council Countries. *Open Access Library Journal*. 2021;8(e8196):1-4. Volinsky A, Gubarev N, Orlovskaia G, Marchenko E. Development stages of the “rope” human intestinal parasite. *arXiv:13012845* <https://doi.org/10.48550/arXiv13012845>. 2013.

823/259. MUJER JOVEN CON PROBLEMAS DIGESTIVOS Y ALTERACIONES NEUROLOGICAS.

Autores:

García Balboteo, J.¹, Aguilar Barceló, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

Mujer de 35 años que acude a consulta porque desde hace 4 meses presenta molestias abdominales inespecíficas, cansancio progresivo y debilidad. Motivo por el que tras la exploración, se le solicitan pruebas analíticas. Acude de nuevo a consulta a recoger resultados manifestando empeoramiento y recientemente se

añaden vómitos biliosos, dolor abdominal leve en fosa ilíaca derecha, pérdida de apetito y aumento de la palidez. Sin antecedentes médicos relevantes ni cirugías previas. Tratamiento con anticonceptivos orales. Tiene una hija. Tras lo cual es derivada al Hospital para su ingreso y completar estudios.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Bien hidratada, palidez cutáneo-mucosa. Abdomen blando y depresible, sin masas ni signos inflamatorios evidentes. Perdida de masa muscular, tono y de fuerza en miembros superiores e inferiores. Laboratorio inicial: Hemoglobina inicial de 6.3 g/dL, VCM 102.9 fL, Plaquetas 135, VSG 46, Test Coombs Directo negativo. Filtrado Glomerular 119, Glucosa 62, Vitamina B12 169 y ácido fólico 1 ng/mL. LDH 2018 U/L, Haptoglobina <7.75. TSH 1.0, Proteinas totales 5.9, Fe++ 172, Ferritina 191. PCR < 10. Serologías VHB-VHC-VIH negativos. Colonoscopia y EDA: Colon y mucosa ileal normales; duodenitis crónica focal sin linfocitosis intraepitelial. Genética de celiaquía: HLA-DQ2/DQ8 negativos, riesgo muy bajo para enfermedad celíaca.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

1. Sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC): Respuesta clínica positiva a dieta sin gluten, sin marcadores genéticos ni serológicos de celiaquía.
2. Anemia macrocítica: Asociada a déficit combinado de vitamina B12 y ácido fólico. con hemólisis extramedular secundaria.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad celíaca: descartada por genética y ausencia de linfocitosis intraepitelial. Enfermedades autoinmunes: serologías negativas. Trastornos inflamatorios crónicos intestinales: no evidencia en estudios de imagen o endoscopia.

Comentario final

La paciente presenta mejoría clínica significativa con dieta sin gluten y suplementos nutricionales de vitamina B12 y ácido fólico. Este caso enfatiza la importancia de considerar la Sensibilidad al Gluten no Celíaca en cuadros abdominales inespecíficos y alteraciones neurológicas, asociados a déficit nutricional, descartando otras etiologías.

Bibliografía

- Fasano A, Catassi C. Clinical practice. Celiac disease. *N Engl J Med*. 2012;367(25):2419-26.

- Volta U, Caio G, De Giorgio R. Non-celiac gluten sensitivity: questions still to be answered despite increasing awareness. *Cell Mol Immunol.* 2013;10(5):383-92.

823/263. UNAS PALPITACIONES QUE ASUSTAN

Autores:

Rodríguez Quesada, M.¹, Aparicio Alemany, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla

Descripción del Caso

Mujer de 38 años sin alergias a medicamentos, fumadora, con antecedentes de sícopes de repetición y ablación del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) en 2014 por extrasístoles ventriculares. Sin tratamiento habitual. Consulta por sensación de palpitaciones, mareo y dolor centro torácico autolimitado desde hace dos semanas. Vista en Centro de Salud donde se objetiva en el electrocardiograma extrasístoles ventriculares con rachas de hasta 7 latidos con ritmo de base normal. Se pauta atenolol 50 mg, se deriva a urgencias hospitalarias donde le pautan tratamiento con metoprolol 100 mg en domicilio y alta con seguimiento por su Médico. En consulta realizamos interconsulta a cardiología que solicita ecocardiograma y holter sin observarse hallazgos cardíacos estructurales.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, estable hemodinámicamente, eupneica. Tensión arterial 127/61 mmHg y frecuencia cardíaca 55 latidos por minuto. Auscultación: tonos cardíacos rítmicos con rachas de extrasístoles. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, QRS estrecho, rachas de extrasístoles de hasta 7 latidos. Analítica: sin hallazgos relevantes, troponinas inferior al límite de la técnica. Holter en tratamiento con metoprolol: extrasístoles ventriculares de baja densidad. Ecocardiograma: sin alteraciones estructurales.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Taquicardia ventricular no sostenida.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se realiza con extrasístoles auriculares en cuyo caso se habría objetivado QRS es-

trecho en el electrocardiograma o con arritmias tanto auriculares (fibrilación auricular o flutter) como ventriculares como sería taquicardia ventricular sostenida también descartado por la morfología del electrocardiograma.

Comentario final

La taquicardia ventricular no sostenida se define como 3 o más latidos consecutivos de origen ventricular. En pacientes con comorbilidades suelen ser un marcador de riesgo de taquicardias sostenidas y muerte súbita pero también pueden observarse en personas sin cardiopatía estructural significativa. El pronóstico varía radicalmente en función del contexto clínico que las acompañe. En nuestra paciente, una vez descartada patología estructural se mantuvo tratamiento con metoprolol oral, alta de consultas de cardiología y seguimiento por médico de Atención Primaria. Actualmente ha permanecido asintomática desde inicio del tratamiento.

Bibliografía

- Ricoy E, Mosquera I, Pérez L. Manejo del paciente con TV no sostenida. *Cuadernos de estimulación cardíaca.* 2010; 3(8):15-24

823/264. LESIONES DÉRMICAS QUE NO MEJORAN

Autores:

Centeno Hita, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huétor-Tájar. Huétor Tájar. Granada

Descripción del Caso

Acude a la consulta de AP mujer de 79 años por lesiones ampollosas por todo el cuerpo. AP: HTA, dislipemia, hipotiroidismo, DM tipo 2. Tratamiento habitual: rosuvastatina 5mg/24h, metformina 850mg/12h, sitagliptina 100mg/24h, insulina en terapia bolo-basal y levotiroxina 112 mcg/24h. Acudió la semana anterior por inicio de la clínica. Reacude por empeoramiento de las lesiones, con agrandamiento de las ampollas, impetiginización y dolor intenso. Antecedente de ingreso hospitalario a cargo de Dermatología por misma clínica hace unos 5 años. Único cambio reciente: ha iniciado sitagliptina 100mg/24h. Tras descartar otras patologías y causas se asocia la crisis ampollosa con el tratamiento antidiabético. Se retira y se

inicia tratamiento con prednisona a dosis altas, con mejoría clínica de evolución lenta.

Exploración y pruebas complementarias

EF: múltiples ampollas, diseminadas por todo el cuerpo, más en abdomen y piernas, algunas con extensa pérdida de epidermis e impetiginización. Inflamación y edema perilesional. Es remitida a urgencias. Analítica urgente: solo destaca leve elevación de RFA.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Penigoide ampolloso, crisis desencadenada por el uso de iDPP4

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial de enfermedades con presencia de ampollas subdérmicas: Penigoide ampolloso Dermatitis herpetiforme Epidermolisis ampollosa adquirida Dermatosis IgA lineal Penigoide de mucosas

Comentario final

Nos encontramos ante un efecto adverso raro de un tratamiento muy comúnmente usado en el día a día. Esto hace que pase desapercibido y se retrase el diagnóstico y el tratamiento. Es importante hacer una revisión sistemática y periódica de los tratamientos crónicos de los pacientes para intentar minimizar estas situaciones. En este caso teníamos el ‘chivato’ de que estuvo ingresada por un cuadro similar. Otra cosa importante es que es una paciente diabética a la que retiramos un fármaco antidiabético y pautamos corticoides a medio-largo plazo. Probablemente precise ajuste de insulina y antidiabéticos orales para un control óptimo de la enfermedad.

Bibliografía

- Magdaleno-Tapias J, Valenzuela-Oñate C, Esteban Hurtado Á, Ortiz-Salvador JM, Subiabre-Ferrer D, Ferrer-Guillén B, et al. Asociación entre penigoide ampolloso e inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4: estudio de cohortes retrospectivo. *Actas Dermosifiliogr [Internet]*. 2020;111(3):249–53. Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731019303655>
- Fuertes de Vega I, Iranzo-Fernández P, Mascaró-Galy JM. Penigoide ampolloso: guía de manejo práctico. *Actas Dermosifiliogr [Internet]*. 2014;105(4):328–46. Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731013000367>
- F Murrell, D, Ramirez-Quizon, M. Management and prognosis of bullous pemphigoid. *Uptoda-*

te. 2023. Disponible: https://www.uptodate.com/contents/management-and-prognosis-of-bullous-pemphigoid?search=penigoide%20ampolloso%20sitagliptina&source=search_result&selectedTitle=4%7E103&usage_type=default&display_rank=4

823/286. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ CON ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Mateos Ortega, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalméjí Francisco Nieto Lucena. Benalméjí. Córdoba

Descripción del Caso

Antecedentes Personales: No alérgicas medicamentosas. No patologías activas. Hábitos Tóxicos: Fumador (7 paquetes/año) Bebedor Social. No intervenciones quirúrgicas previas. Enfermedad Actual: Varón de 27 años que acude a consulta refiriendo aparición de induración en polo inferior de teste derecho de un mes de evolución. Niega traumatismos ni sobreesfuerzos previos a inicio de sintomatología. No fiebre. No alteraciones en relaciones sexuales, ni clínica miccional. No dolor con esfuerzos ni movimientos.

Exploración y pruebas complementarias

Testes de aspecto normal sin signos de flogosis, alteraciones vasculares, ni dérmicas. No se palpan adenopatías inguinales. Reflejo cremastérico presente. ECO testicular con Sonda lineal:-Crecimiento intratesticular de bordes bien definidos de 26x18 mm en polo inferior de teste derecho. Analítica:-Hemograma: Hemoglobina: 15.7 g/dL; Hematócrito: 46.5 %; VCM: 80.5 fL ;Plaquetas: 221000/ µL;Leucocitos: 9.71 x 10³/µL; Neutrófilos: 5.34 x 10³/µL-Bioquímica: Glucosa: 99 mg/dL; Creatinina: 0.90 mg/dL; Na: 139 mEq/L; K: 5.8 mEq/L (suero muy hemolizado) Sistemático de orina:-Ph: 6.0, Proteínas Negativo, Glucosa Negativa, Leucocitos negativos, Nitritos Negativos, Hematíes Negativos Analítica (Hospitalaria): Alfa-Fetoprotéína 4,1 ng/mL – Coriogonadotropina (beta total) 2,0 UI/L

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

TUMORACIÓN TESTICULAR A FILIAR SOSPECHA DE NEOPLASIA TESTICULAR (SE CONFIRMA TRAS OR-

QUIECTOMÍA RADICAL DERECHA SEMINOMA PURO DE 2,5 CM EN ANATOMÍA PATOLÓGICA. Clasificación pT1a)

Diagnóstico diferencial

Quistes testiculares–Hidrocele–Orquitis–Varicocele

Comentario final

El uso de la ecografía en atención primaria, no solo en urgencias, supone una mejora en los tiempos de resolución de patologías complejas que pueden comprometer la integridad del paciente. En este caso clínico la resolución de la patología se consiguió en 48 horas gracias a la colaboración entre Atención Primaria y Urología, demostrando que un entorno de comunicación y cooperación supone una sinergia en el restablecimiento de la salud del paciente.

Bibliografía

- Valverde R.M., Santoyo N., Arenas A., García R., Delgado J.A. *Diagnóstico de tumores testiculares en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2021;47(6):427-429. doi: 10.1016/j.semerg.2021.03.013.* Bueno González I, Santaella García A, Jiménez Romero ME. Cáncer de testículo: claves diagnósticas en atención primaria y revisión de guía clínica. *Clínica Cotidiana, Med Gen Fam.* 2023;12

823/287. RELACIÓN BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA MATERNA

Autores:

Pérez Gómez, F.¹, Martínez Moreno, I.², Rocha de Losada, M.³

Centro de Trabajo:

(1) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DOÑA JOSEFINA CARMONA. FERNAN NUÑEZ. CÓRDOBA, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doña Josefina Carmona. Fernán Núñez, Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dº. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba

Descripción del Caso

Paciente de 16 años que acude al servicio de urgencias atención primaria por sensación mareo acompañado de parestesias de miembro superior derecho y hemifacial homolateral así como disartria y cefalea. Niega cuadro de ansiedad, aunque si más nerviosa en los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias

Acr: ritmica sin soplos. Frecuencia cardiaca 45 lpm. Exploración neurológica: consciente, orientada no focalidad neurológica ni alteraciones sensitivas ni motoras. Ekg: bloqueo auriculoventricular 3er grado. Tensión 100/60. Pruebas hospitalarias: tac craneal sin hallazgos valorables en relación cuadro clínico. Analítica parametros dentro de normalidad

Orientación diagnóstica/juicio clínico

Bloqueo auriculoventricular tercer grado congénito

Diagnóstico diferencial

1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
2. SINCOPE VASOVAGAL
3. BLOQUEO 2 GRADO.
4. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Comentario final

Paciente es intervenida por cirugía cardiovascular con implantación de marcapasos. Dado edad de paciente se realiza investigación encontrando posible relación con patología reumatólogica en progenitora, no activa en momento de la gestación. Según estudios la mayoría de las mujeres son asintomáticas durante el embarazo con diagnóstico tras hallazgo en descendencia o por inicio de clínica. Se considera presencia de anti-*ro* y anti-*la* ligada al desarrollo de bav fetal por paso de los anticuerpos circulantes. Aproximadamente la mitad de los casos tienen un diagnóstico prenatal que suele ocurrir entre la 20-24 semana de gestación. En estos casos se plantean tratamientos con corticoides, inmunoglobulinas y plasmaférésis pero dado la baja incidencia de casos es difícil realizar trabajos para terapias en algunos casos con muerte en 3er trimestre. Tras nacimiento se asocia a cuadros sincopales en muchos casos con mal pronóstico. En edad adulta se relacionan con stokes adams, qt largo.

Bibliografía

- BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR CONGÉNITO, EL PUNTO DE VISTA DEL CARDIÓLOGO PEDIÁTRICO. *Dimpna C. Albert Brotons, *Anna Sabaté Rotés, **Laura Galian Gay, **Angel Moya Mitjans. Unidad de Cardiología Pediátrica, **Unidad de Arritmias, Área del Cor. H. U. Vall d'Hebron, Barcelona. Revista Española de Cardiología. Cuaderno de Es-timulación Cardiaca Núm. 13 Página 33-36

- **BLOQUEO AURÍCULOVENTRICULAR CONGÉNITO: EL PUNTO DE VISTA DEL REUMATÓLOGO.** Ángel María García Aparicio. Sección de Reumatología. Hospital Virgen de la Salud (Toledo). Revista Española de Cardiología. Cuaderno de Estimulación Cardiaca Núm. 13 Página

823/288. INFRECUENTE SÍNTOMA DE INICIO DE CÁNCER DE PULMÓN

Autores:

Fons Cañizares, S.¹, Narbona Molina, P.², Fons Díaz, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en 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, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del Caso

Paciente varón de 70 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo2, HTA, gota, fumador de 40 paquetes/año, dislipemia, que vive con esposa y tiene dos hijos emancipados. En los últimos meses está desanimado y tiene insomnio por tener un piso ocupado. Acude con dolor centrotorácico con signos inflamatorios en zona esternal, que remeda una crisis gotosa, por lo que solicitamos analítica y Rx de tórax. No toma de forma continua fexobustat. Por su cuenta acude a urgencias hospitalarias que diagnostican gota y derivan preferente al Internista. Éste piensa que es crisis gotosa también, no pide pruebas, y alta para seguimiento por primaria. Recoge la analítica en primaria con podagra, y ácido úrico en 8.5 mg/dl, y cambiamos tratamiento: colchicina y allopurinol, no tolera fexobustat.

Exploración y pruebas complementarias

A los dos meses consulta por disnea y en su estudio en atención primaria aparece anemia y en Rx de tórax una masa en lóbulo superior derecho, desplazando tráquea. Derivamos preferente a neumología, que pide TAC torácico. En dos semanas comienza edematización miembro superior derecho, derivando a urgencias, con sospecha de síndrome de vena cava superior siendo ingresado y realizando TAC cervical y de tórax con masa de 10 x 9 cm en mediastino anterior con desplazamiento traqueal a derecha, englobando la glándula tiroidea, afectación ósea es-

ternal de manubrio y tercio proximal irregularidad de cortical y densidad heterogénea de aspecto apolillado., VCS con disminución del calibre con trombo tumoral, derrame pericárdico, afectación pleural y segmentos anteriores de LLSS. El comité de tumores espera Anatomía Patológica y deriva a Oncología Médica. Ingresado hace psicosis corticoidea y rápido deterioro falleciendo.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cáncer de pulmón

Diagnóstico diferencial

Timoma maligno, sarcoma, linfoma

Comentario final

Importa el seguimiento longitudinal y enlazar en el proceso diagnóstico los síntomas que van apareciendo en nuestros pacientes para resolver antes. Hacer una buena Historia clínica es fundamental recogiendo información de especialidades, urgencias y pruebas complementarias para facilitar este proceso diagnóstico.

Bibliografía

- Guía de Actuación en Atención Primaria, 5^a edición, capítulo 3.1, dolor torácico, ISBN 978-84-126903-3

823/289. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TESTICULAR EN JÓVENES

Autores:

Ruiz Espinosa, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Limonar. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 15 años sin antecedentes clínicos de interés acude a urgencias por dolor testicular derecho intenso que aparece de forma repentina tras realizar sobreesfuerzo en el colegio. Se acompaña de náuseas y mareos, no puede permanecer sentado porque aumenta. Niega fiebre o clínica infecciosa en los días previos. Refiere cuadro similar pero de menor intensidad hace un par de años.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración genital: teste derecho sin signos de infección local y sin aumento de tamaño, ligeramente horizontalizado. Reflejo cremastérico abolido. Signo de prehn negativo. Analítica de sangre: Sin alteraciones,

PCR <2.9. Ecografía DOPPLER COLOR testicular: Torsión testicular derecha.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Torsión testicular derecha.

Diagnóstico diferencial

Orquioepididimitis/ Epididimitis

Comentario final

Se trata de un diagnóstico de urgencia. Tras la confirmación de la torsión testicular se localizará a los urólogos para intervenir de inmediato puesto que se trata de una patología tiempo-dependiente.

Bibliografía

- Mellick LB, Sinex JE, Gibson RW, et al: A systematic review of testicle survival time after a torsion event. *Pediatr Emerg Care* 35(12):821-825, 2019. doi: 10.1097/PEC.0000000000001287 Martínez Acevedo ME, Extremera Martínez MA, Cano Castiñeira R, et al. Síndrome escrotal agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 549-51.

823/290. EL DIFÍCIL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 3C

Autores:

Correa Gómez, V.¹, Gómez Rodríguez, S.², Pantoja de la Rosa, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3) Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del Caso

Varón de 47 años, profesión albañil. Fumador de 10 cigarrillos/día y exbebedor. Antecedentes familiares: padre con diabetes tipo 2. Con antecedentes personales de colecistectomía, pancreatitis aguda en 2019 y 2020 con aparición de pseudoquiste pancreático tras este último episodio que requirió colocación de prótesis biliar por medio de CPRE. En seguimiento por digestivo por insuficiencia pancreática exocrina y en tratamiento con enzimas pancreáticas. Tras los episodios de pan-

creatitis comienza con hiperglucemias sin clínica cardinal, alternando con hipoglucemias. Con difícil control de cifras pese buenas medidas higiénico-dietéticas, autocontroles de cifras glucémicas y tratamiento con terapia insulínica bolo-basal.

Exploración y pruebas complementarias

HbA1C 7.1%, filtrado glomerular normal y microalbuminuria negativa. Perfil lipídico y hepático normal. Retinografía normal. Se decide derivar a endocrinología para filiar el tipo de diabetes y estudio de autoinmunidad, siendo los resultados negativos, y con diagnóstico definitivo de diabetes panreatopriva. También se implanta la monitorización flash de glucosa consiguiendo un mejor ajuste de la medicación y reduciendo la aparición de complicaciones.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Diabetes Mellitus panreatopriva o tipo 3c tras pancreatitis de repetición.

Diagnóstico diferencial

Con los diferentes tipos de diabetes, principalmente la diabetes tipo 2 y la tipo LADA.

Comentario final

La diabetes mellitus tipo 3c o panreatopriva es un tipo de diabetes secundaria a enfermedades del páncreas como la pancreatitis aguda, recidivante y crónica, fibrosis quística o hemocromatosis. Esta patología tiene como característica principal la de presentar inestabilidad en el control glucémico y mayor riesgo de hipoglucemias debido a su compleja fisiopatología (tanto la inflamación pancreática como la fibrosis irreversible de las células de los islotes). Por todo ello lograr un buen control glucémico puede ser complicado, pero la monitorización continua de glucosa nos ayuda a mejorar el control glucémico, reducir el número de hipoglucemias, disminuir las posibles complicaciones y hospitalizaciones, y en definitiva mejorar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- American Diabetes Association. Classification and diagnosis of Diabetes: Standards of care in diabetes – 2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S19-S40 M. Martí Martínez, et all. P-103-Cambios en el control glucémico tras el inicio de la IMCG en los pacientes con DM panreatopriva. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2022;69(Espec Cong 1):156

823/294. MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

Autores:

Alonso Guijarro, M.¹, Conde Ros, M.², Ruano García, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Castro del Río. Córdoba

Descripción del Caso

Varón de 66 años con los siguientes antecedentes personales: HTA, melanoma in situ, carcinomas basocelulares en nariz. Elevación de PSA con sintomatología moderada según IPSS. Derivamos a Urología y detectan adenocarcinoma de próstata.

Exploración y pruebas complementarias

- Analíticas: 1ª: PSA 4,91; libre 0,69; fracción libre 14,1. 2ª: PSA 5,93; libre 1,19; fracción libre 20,1. • RM con contraste IV de próstata: Lesión de 5 mm en zona periférica derecha: PIRADS 4. Lesión sospechosa en zona transicional anterior izquierda: PIRADS 5. • Biopsia transrectal de próstata ecodirigida: Adenocarcinoma acinar grupo 2. • TC con contraste IV de abdomen, pelvis y tórax: Páncreas con lesiones hipodensas en cuerpo y cola, la mayor (25 mm) en cuerpo. Dilatación de Wirsung. • Gammagrafía ósea: sin hallazgos de metástasis. • RM con contraste IV de páncreas: Lesiones quísticas compatibles con tumor papilar mucinoso intraductal. Lesión en cuerpo pancreático con restricción en difusión. Dilatación del conducto pancreático principal.
- PET-TC de cuerpo entero: Foco hipermetabólico en cuerpo pancreático con hallazgo de adenocarcinoma.
- Ecoendoscopia con toma de biopsia pancreática: Lesión hipoeccogénica en cuerpo pancreático de 3 cm de aspecto maligno. Lesiones sugestivas de adenocarcinoma. • Biopsia de pieza de pancreatectomía

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Adenocarcinoma acinar de próstata grupo 2. Adenocarcinoma ductal pancreático moderadamente diferenciado.

Diagnóstico diferencial

Hiperplasia benigna de próstata. Tumor papilar intraductal mucinoso.

Comentario final

Es fundamental realizar estudios de extensión ante un tumor y en casos con varios tumores primarios se recomienda un estudio genético. Ante este doble desafío oncológico se priorizó tratar el cáncer de páncreas mediante pancreatectomía corporo-pancreática laparoscópica y Folfirinox.

Bibliografía

- Chianese U, Papulino C, Ali A, Ciardiello F, Cappabianca S, Altucci L, et al. FASN multi-omic characterization reveals metabolic heterogeneity in pancreatic and prostate adenocarcinoma. *J Transl Med.* 2023; 21: 1-32. 2. Sánchez Morales GE, Moguel Valladares RA, Flores Maza J, Gutiérrez UC, Sánchez-García Ramos E, Domínguez Rosado I, et al. Adenocarcinoma ductal de páncreas. Experiencia de 11 años en un centro de tercer nivel. *Revista de Gastroenterología de México.* 2021; 86: 118-24.

823/297. REVISAR, NO RENOVAR.

Autores:

Pérez Duarte, A.¹, Solano Jiménez, L.²

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

Paciente de 64 años, de vacaciones en la zona, con hipertensión arterial, sin tratamiento farmacológico, y tratamiento habitual con Ciproterona/etinilestradiol, que avisa a los servicios de emergencia por cuadro de disnea súbita, sudoración y sensación de giro de objetos iniciado unas horas antes. Durante el traslado al hospital sufre una parada cardiorrespiratoria y otra una vez llega. Cuando preguntamos al marido por cómo han sucedido los hechos, así como por su medicación habitual, refiere que lo toma porque nadie le dijo que dejase de tomarlo.

Exploración y pruebas complementarias

TA 140/95 mmHg, FC 105 lpm, SatO2 92%. Regular estado general, consciente, agitada, no colaboradora. Trabajo respiratorio en reposo. ACP: rítmica, sin soplos auditivos. Murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, globuloso, no impresiona doloroso. Extremidades sin edemas, relleno capilar enlentecido. Glasgow 11, pupilas midriáticas, hiporreactivas. TC

cranial sin contraste: sin alteraciones agudas. AngioTC de arterias pulmonares: tromboembolismo pulmonar bilateral que afecta a la práctica totalidad de ramas lobares y segmentarias. Sobrecarga de cavidades derechas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial

Hemorragia intracranial, LOE, insuficiencia respiratoria.

Comentario final

Tras obtener el resultado de las pruebas complementarias, la paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos, falleciendo a los 4 días. Destacar, por una parte, la importancia de la orientación diagnóstica ante sintomatología compatible con un tromboembolismo pulmonar y, por otra parte, la de no dar medicación innecesaria. Una buena relación médico paciente ha demostrado una mejoría en la adherencia a los tratamientos, pero también es importante instruir a los pacientes, en el por qué del uso de la medicación, cuánto tiempo usarlo, su riesgo beneficio... pero de igual manera, parar a revisar la medicación a la hora de su renovación, evitando así el uso irracional de medicamentos. La paciente tomaba una medicación que no le estaba aportando beneficio, pero sí aumentando los riesgos de sufrir múltiples efectos adversos, pero que ante la ausencia de indicación para interrumpir la toma del mismo, había seguido tomándola, sin saber siquiera el uso, incrementando la posibilidad de padecer, como en este caso, eventos trombóticos, entre otros posibles.

Bibliografía

- O. Esteban-Jiménez (2012). *Tromboembolismo pulmonar en atención primaria*. Revista Elsevier. DOI: 10.1016/j.semerg.2012.01.002.

823/307. A VECES LAS INFECCIONES BANALES, NO LO SON TANTO.

Autores:

Aguilar Barceló, J.¹, García Balboteo, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

Mujer de 62 años que acude a Atención Primaria por cuadro de 2 días de evolución con dolor de garganta,

febrícula y rinorrea espesa . Tratada con antígripales y recomendaciones. A las 24 horas acude al SUAP por malestar general, tos y mínima disnea, se recomiendan mismas medidas terapéuticas. A las 48 h acude a consulta de acogida del centro de salud, con importante deterioro del estado general, fiebre alta, tos productiva y aumento de la disnea. Se determina completar toma de constantes y estudio de imagen urgente. Decidiéndose traslado medicalizado al Hospital de referencia. Antecedentes personales: Ca mama izquierda (T1b) en 2016 (Tumorectomía + Radioterapia + Hormonoterapia). Asmática. Tabaquismo activo. Tratamiento: Montelukast, Formoterol/Budesonida, Mometasona/Olapatadina.

Exploración y pruebas complementarias

T^a 39°C, SATO2 92%, FC112 ppm. Mal estado general con deterioro respecto a días previos, disnea, esputos verdosos. Test de COVID, Gripe A y B negativos. Pulso periféricos disminuidos pero conservados. Radiografía de tórax: condensación en el lóbulo superior derecho. Ya a nivel hospitalario, leucocitosis (25.000), deterioro de la función renal con creatinina elevada (2.49 mg/dl) y elevación de la PCR (411 mg/L). Fallo multiorgánico con ingreso en UCI. Broncoaspirado Streptococcus pyogenes y posteriormente Klebsiella aerogenes y Oriña: Enterococcus faecalis y Klebsiella aerogenes.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neumonía grave por Streptococcus pyogenes. Shock séptico y fracaso multiorgánico (insuficiencia respiratoria aguda, fallo renal agudo y coagulación intravascular diseminada). Gangrena seca por isquemia en extremidades inferiores.

Diagnóstico diferencial

Otras neumonía grave y sepsis (Klebsiella aerogenes), que fue aislada en un urocultivo y en muestras del tracto respiratorio. Otros patógenos (bacterias atípicas, virus). Complicaciones no infecciosas (embolia pulmonar).

Comentario final

Evolución lenta pero favorable, con secuelas graves, por la isquemia-necrosis en ambos pies, que requirió amputación infracondilea. Alta con recomendaciones y rehabilitación. Desde Atención Primaria debemos tener especial cuidado de las posibles complicaciones en pacientes inmunocomprometidos (antecedentes, tratamientos o hábitos). Ya que una enfermedad infecciosa tratada como banal, puede convertirse en muy agresiva en este tipo de pacientes.

Bibliografía

- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA. 2016;315(8):801-810.
- Stevens DL, Bryant AE. Severe Group A Streptococcal Infections. N Engl J Med. 2022;386(13):1247-1258.

823/311. A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA VERTEBRAL PATOLÓGICA

Autores:

Moreno Ruiz, I.¹, Macias Grondona, M.², Toledano Fernández, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz,
 (2) Residente de 1er 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 Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente, varón de 70 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, ictus isquémico y leucemia linfoide crónica en seguimiento por hematología. Comienza con dolor lumbar sin irradiación, intenso, no controlable con analgésicos habituales. Ante no mejoría y antecedentes personales se decide estudio etiológico del dolor lumbar.

Exploración y pruebas complementarias

Radiografía lumbar: fractura acuñamiento L1, L2 y L4. TAC lumbar: Aparición de 2 fracturas en L1 y L2 que podrían estar en relación con fracturas patológicas. Estabilidad de fractura de L4 descrita en otros estudios. Biopsia ósea: Compatible con infiltración por Linfoma B de bajo grado.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

FRACTURA VERTEBRAL POR INFILTRACIÓN LINFOIDE POR LINFOMA B.

Diagnóstico diferencial

Fractura osteoporótica; Metástasis vertebrales; Mieloma múltiple.

Comentario final

Las fracturas óseas patológicas más frecuentes son las metastásicas, seguidas por el mieloma múltiple. Otras

causas más excepcionales, son las hemopatías como el linfoma no Hodgkin o leucemias. En este caso dado el antecedente previo de leucemia linfoide junto con fractura patológica, ayudó para el diagnóstico junto con la biopsia. No se nos debe olvidar pensar en fracturas patológicas en pacientes con antecedentes hematológicos pueden ser el responsable de los mismos.

Bibliografía

- Felden A, Anract P, Tlemsani V, Scemama C, Biau D. Fracturas patológicas del adulto y del niño. EMC. 2018; 51(2): 1-16. Farrerons Minguela J, Malouf Sierra J, Laiz Alonso A, Longobardi Steiman V. Protocolo de actuación diagnóstica y terapéutica ante una fractura vertebral. Med (Barc). 2006;9(60):3913-3915. Aspa- Cilleruelo JM, López de Hontanar Torres G, Menor Gómez M, Magro Mazo E. Neoplasias mieloproliferativas crónicas. Clasificación. Leucemia mieloide crónica. Medicine-Programa de Formación Médica continuada Acreditado. 2024;14(20):1149-56.

823/318. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A TUMORES

Autores:

Moreno Ruiz, I.¹, Macias Grondona, M.², Toledano Fernández, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz,
 (2) Residente de 1er 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 Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Mujer de 24 años, sin antecedentes personales de relevancia, que acude a consulta tras conocer que su madre ha sido diagnosticada con cáncer de endometrio asociado mutación genética. Ante esta información, la paciente se somete a estudio genético para evaluar su predisposición a neoplasias asociadas a esta condición. Previamente había consultado por nevus en el muslo, pendiente a interconsulta por dermatología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: nevus de pequeño tamaño en muslo derecho, bordes regulares, coloración irregular, refiere

que ha aumentado de tamaño. Dermatoscopia: algunas manchas irregulares de pigmento, que finalizan de manera abrupta, en su centro área con menos pigmento y más blanquecina que sugiere regresión. Biopsia: melanoma. Estudio genético: Portadora de variante patogénica en el gen MSH6 asociada a síndrome de Lynch. Estudios adicionales: colonoscopia sin alteraciones, ecografía ginecológica sin hallazgos y citología normal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Melanoma. Síndrome de Lynch

Diagnóstico diferencial

Nevus melanocítico atípico (displásico). Nevus de Reed. Queratosis seborreica pigmentada. Carcinoma basoocular pigmentado.

Comentario final

El síndrome de Lynch es una predisposición hereditaria al cáncer, siendo el más frecuente el cáncer colorrectal y en las mujeres de cáncer de endometrio, entre otros menos frecuentes. Se produce mutaciones en los genes del sistema de reparación del ADN (MLH1, MSH2, MSH6 Y PMS2), generando acumulación de errores genéticos y, en consecuencia, mayor riesgo de desarrollar tumores. En este caso, destaca la importancia del cribado genético en familiares. La detección precoz del melanoma en esta paciente subraya la relevancia de la vigilancia dermatológica en personas con mayor susceptibilidad genética.

Bibliografía

- Khider H, Koual M, Nguyen-Xuan HT, Le Frère-Belda MA, Perkins G, Blons H, et al. Cáncer de endometrio en el síndrome de Lynch. EMC-Ginecología-Obstetricia. 2020 Oct;56(4):1-10. Ferrer Márquez M, Reina Duarte Á, Maturana Ibáñez V, Belda Lozano R, Rubio Gil F, Blesa Sierra I, Rico Morales MM. Síndrome de Lynch: genética y cirugía. Cir Esp. 2011 Jan;89(1):3-9.

823/319. AGITACION EN EL ANCIANO. ESCALADA FARMACOLÓGICA

Autores:

Aparicio Alemany, P.¹, Rodríguez Quesada, M.², Díaz Romero, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla

Descripción del Caso

Mujer de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama en remisión completa y enfermedad de Alzheimer, con dependencia completa para actividades de la vida diaria (Barthel de 25 puntos). Realiza tratamiento con Metformina, Linagliptina, Olmesartán/Hidroclorotiazida y Memantina. Acude a consulta su hija, comentando agitación nocturna con insomnio de conciliación desde hace 5 días. Niega cuadro infeccioso previo, ni cambios en residencia habitual, ni alteraciones en su medicación. Valoramos en domicilio y tras descartar patología orgánica, iniciamos tratamiento con Trazodona para control de insomnio. Ante la refractariedad, se sustituye por Haloperidol en gotas progresivamente. Tras una semana de tratamiento, la familia se queja de escasa eficacia del mismo, con persistencia de sintomatología. Se inicia Risperidona en gotas, a 1mg por la mañana y 1mg por la noche. Revisamos a las 48 horas, con importante somnolencia durante el día, es por ello que redujimos a 0,25mg en la mañana y noche y fuimos titulando hasta conseguir un óptimo control de síntomas con menor efectos secundarios. Finalmente conseguimos un buen control con 0,5mg durante el día y 1mg nocturno.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta aceptable estado general, desorientada en las tres esferas, colaboradora. Quejas durante la exploración. Eupneica en reposo. No signos de deshidratación. Resto de la exploración por aparatos sin hallazgos relevantes. Se solicita analítica completa y sistemática de orina, sin hallazgos patológicos.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Agitación psicomotriz en paciente con enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

En esta paciente se realizó con causas infecciosas, tóxicas o metabólicas que pudieran descompensar su enfermedad. Para ello se realiza analítica con sistemático de orina que permite descartar, junto con la exploración, otras causas posibles.

Comentario final

Durante el transcurso de la enfermedad de Alzheimer, son comunes cuadros de confusión y agitación. Desde

Atención Primaria, es necesario la vigilancia de los mismos y la implantación de tratamiento precoz, utilizando terapias no farmacológicas inicialmente, adaptando el entorno y favoreciendo estímulos que permitan un correcto control de síntomas. Utilizaremos los fármacos como segunda línea de tratamiento, monitorizando la respuesta y complicaciones de los mismos.

Bibliografía

- Cruz-Orduña I et al. Abordaje de la agitación en el anciano con demencia. FMC. 2021;28(10):576-90

823/321. UN CORRECTO CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS SALVA TU VIDA

Autores:

Rodríguez Quesada, M.¹, Aparicio Alemany, P.², Dionisio Flores, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla

Descripción del Caso

Varón de 49 años sin alergias a medicamentos, fumador, no factores de riesgo cardiovascular. Acude a consulta de Atención Primaria por malestar general y polifagia, así como episodios de vómitos aislados desde hace dos semanas. En consulta se realiza prueba detección de glucemia donde se objetiva glucemia al azar 385 mg/dl y tira de orina sin cetonuria, se trata hiperglucemia aguda y se inicia tratamiento con insulina basal domiciliaria. Se solicita analítica reglada de forma preferente y se cita para consulta donde objetivamos hemoglobina glicosilada (HbA1c) en 11,7% con sistemático de orina normal. Iniciamos tratamiento con metformina/linagliptina de forma oral e intensificamos tratamiento con insulina basal. Citamos con enfermería para refuerzo dietético, esclarecer manejo de insulina, revisión de pie diabético y retinografía. Citamos en consulta de Atención Primaria al mes para ver controles domiciliario. Mantenía glucemias en ayunas entre 120-150 mg/dl, ajustamos dosis de insulina e iniciamos Dapagliflozina. En siguiente consulta, nueva analítica con HbA1c en 8% y buen control glucémico.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, estable hemodinámicamente, bien hidratado y perfundido. Tensión arterial 119/70 mmHg, glucemia al azar 410 mg/dl. Auscultación: sin hallazgos. Abdomen: anodino. Analítica: glucosa 385mg/dl, HbA1c 11,7%. Resto sin alteraciones. ORINA: cuerpos cetónicos negativos. Retinografía sin alteraciones. Pie diabético sano.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Diabetes mellitus tipo 2.

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente con malestar general y vómitos, tenemos que realizar el diagnóstico diferencial con otras causas infecciosas, farmacológicas o metabólicas. En este caso mediante la exploración física y las pruebas complementarias podemos diagnosticar la Diabetes Mellitus como causa del cuadro.

Comentario final

La esperanza de vida se ve disminuida en las personas que padecen diabetes mellitus, cumplir con los objetivos terapéuticos aumenta esa esperanza incluso puede igualarla a las personas que no padecen dicha enfermedad. En nuestras consultas tenemos una alta tasa de prevalencia de diabetes mellitus, pero no solo es importante diagnosticarla sino incidir e intensificar los tratamientos para lograr un adecuado control de las glucemias y un correcto seguimiento por parte del equipo médico y enfermero.

Bibliografía

- ADA. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: standard of Medical Care in Diabetes-2024. Diabetes Care 2024; 47 (1). S158-S178. doi:<https://doi.org/10.2337/dc24-5009>

823/330. DOCTORA, SI YO ME CUIDO LA PIEL, ¿POR QUÉ TENGO ESTOS GRANOS?

Autores:

Correa Gómez, V.¹, Gómez Rodríguez, S.², Pantoja de la Rosa, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital

Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del Caso

Mujer de 26 años, maestra, sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos. Acude a consulta refiriendo que desde hace más de dos meses presenta granos en la cara, muy pruriginosos, que no ceden pese a hacerse un buen cuidado de la piel y uso de productos cutáneos no comedogénicos. Refiere que tuvo acné en la adolescencia y se queja que cómo es posible que ya de adulta vuelva a tener acné. Niega alteraciones menstruales. Niega aumento de estrés habitual. Tan sólo refiere episodios frecuentes de dispepsia. No otra sintomatología o desencadenante asociado. Ya se habían pautado corticoides tópicos y la paciente había acudido a un dermatólogo privado con recomendación de uso de tacrolimus, ambos con escasa respuesta.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración se aprecian irritación cutánea a nivel perioral, con vesículas, costras y descamación. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad. Se decide solicitar analítica con perfil de celiaquía con resultado de anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa positivo. Se deriva a digestivo para confirmación diagnóstica, pero mientras tanto se recomienda iniciar dieta sin gluten. A los 3 meses de cumplimiento correcto de dieta sin gluten la paciente regresa a consulta muy contenta y sin ninguna afectación cutánea.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Dermatitis herpetiforme en enfermedad celiaca.

Diagnóstico diferencial

Con acné del adulto, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, dermatosis IgA lineal y penfigoide ampolloso.

Comentario final

Hay veces que la celiaquía se muestra en adultos como una enfermedad oculta, ya que suelen predominar los síntomas extradigestivos, tales como la anemia ferropénica, la dermatitis herpetiforme, las aftas, las migrañas... más difíciles de relacionar con ésta. En el caso de la paciente nos dio la pista el que presentara dispepsia y que no respondiese a tratamientos tópicos para la dermatitis atópica o de contacto. La dermatitis herpetiforme es una enfermedad ampollosa crónica autoinmune y se considera la manifestación de la en-

fermedad celíaca en la piel. Su tratamiento es también el mantenimiento de la dieta sin gluten y se puede asociar dapsona.

Bibliografía

- García C. y Araya M. Dermatitis herpetiforme y enfermedad celíaca. Del intestino a la piel. Rev. méd. Chile vol.149 no.9 Santiago set. 2021.

823/335. DOCTORA, CREO QUE POR CULPA DE LA MUELA SE ME HA HINCHADO LA CARA

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 71 años que consulta tras notarse una inflamación facial que relacionaba con un procedimiento realizado para implantes dentales. Refiere haber consultado con el dentista quien le restó importancia y le prescribió tratamiento analgésico y antibiótico y posteriormente con el SUAP, quien le indicó el mismo tratamiento y seguimiento por su médico de familia. Ante la presencia de adenopatías laterocervicales derechas se le indica tratamiento con corticoides orales, se le solicita analítica y revisión. Presentó inicialmente mejoría de las tumoraciones pero posteriormente, a las dos semanas se objetivaron aparición de nuevas tumoraciones. A.P: Exfumadora desde hace 15 años de 2 paq/día, HTA, síndrome vertiginoso, glaucoma, colecistectomizada. A. Familiares: hermana con cáncer de mama y hermana con cáncer de pulmón.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, eupneica, normohidratada, normocoloreada, Tumoraciones de 2 cm a nivel laterocervical derecho e izquierdo, tumoraciones en ambas axilas y tumoración a nivel supraclavicular izquierdo de 3 cm. RSCSRS. MVC sin ruidos añadidos Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Analítica: Hemograma: normal. BQ: Glucemia 329, p. renal normal, p. hepático GGT 113, Colesterol 304, colesterol Hdl 47, colesterol Ldl225, serología HIV, sífilis y hepatitis B y C negativas. Virus Epstein Barr Ig G positivo, Ig M negativo. Perfil tiroideo normal. PCR 3. Rx tórax sin hallazgos. TAC tórax: imagen de mazacotes

adenopáticos supraclaviculares y axilares bilaterales. Adenopatías mamaria internas patológicas múltiples. Adenopatías paratraquiales. Adenopatía escapular izquierda subcutánea. Pequeña imagen milimétrica en lóbulo superior. TAC abdomen: imagen compatible con quiste en LHI e imágenes pseudonodulares en LHD. TAC cuello: adenopatías axilares, supraclaviculares y cervicales. PET-TC: adenopatías hipermetabólicas supra e infradiafragmáticas compatibles con proceso linfoproliferativo. Focos hipermetabólicos hepáticos inespecíficos, sin poder descartar malignidad.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome linfoproliferativo, no Hodgkiniano con inmunofenotipo B, agresivo/alto grado.

Diagnóstico diferencial

Etiología adenopatías: Infecciosas. Enfermedades hematológicas. Enfermedades autoinmunes. Enfermedades malignas. Sarcoidosis. Amiloidosis. Fármacos.

Comentario final

En Atención Primaria es fundamental sospechar estas patologías a partir de una buena anamnesis y exploración física, para posteriormente derivar al Hospital donde se completará el estudio.

Bibliografía

- Javier Bustamante Odriozola et al. *Linfoma no Hodgkin: abordaje de síndromes linfoproliferativos desde atención primaria*. Medicina general de familia. 2020; 9(1): 28-30

823/338. ¿SE HACE MI PACIENTE CONTROLES ANALÍTICOS? UN ATRACÓN DE MANITAS

Autores:

Torrubia Gato, S.¹, Sánchez Cañete, E.², Moyano Jiménez, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba

Descripción del Caso

Paciente de 61 años que solicita cita administrativa para, renovación de tratamiento crónico. En el trámite, se revisan controles analíticos y se decide con-

tactar con la paciente, con la finalidad de solicitar una nueva prueba para control de diabetes. Tras la extracción recibimos un aviso de laboratorio por niveles de alarma de hipertrigliceridemia e hipertransaminasemia. La paciente niega consumo de alcohol y destaca ingesta abundante, en atracones, en los últimos meses. Se realiza interconsulta en la mañana con Medicina Interna y se cita a la paciente para historia clínica y exploración física. Ante sospecha de aumento de ingesta en la última semana se decide mantener en ayunas a la paciente y realizar control analítico en 24 horas, obteniéndose disminución de las cifras aunque persiste la hipertrigliceridemia e hipertransaminasemia, iniciándose tratamiento y citando a la paciente.

Exploración y pruebas complementarias

En el momento de la exploración física, la paciente se encontraba asintomática. *Abdomen: molestias a la palpación en hipocondrio derecho con murphy negativo, no hepatomegalia. Blumberg negativo, sin otros hallazgos. *Analítica 15/1/2025: colesterol 356, HDL 13, no HDL 343, triglicéridos 2802, GGT 1050, AST 221, ALT 133, FA 159 *Analítica 17/1/25: colesterol 289, HDL 12, no HDL 277, triglicéridos 735, GGT 1096, AST 128, ALT 105, BT 1,4, BD 0,6, BI 0,80, Amilasa 30 *Ecografía clínica: esteatosis hepática moderada.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hipertriglyceridemia tras transgresión alimentaria.

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis Neoplasia pancreática. Colecistitis. Hepatocarcinoma. Hepatitis. Hepatotoxicidad por fármacos. Error extracción análisis/ fallo laboratorio. Enolismo

Comentario final

Con este caso clínico, queremos resaltar la importancia en la revisión de los controles analíticos y otras pruebas complementarias, pautados periódicamente en nuestros pacientes para la realización de un seguimiento adecuado. Por otro lado, hemos elegido este caso porque resalta la importancia de hacer una buena historia clínica en la consulta, y que no puede llevarse a cabo en una cita administrativa.

Bibliografía

- Juan Pedro-Bonet, Àngels Pedragosa. *Hígado graso no alcohólico: Conexiones entre los triglicéridos plasmáticos y su depósito hepático*. 10.1016/j.arteri.2011.03.008.

Actualizaciones en el paciente cardiorrenal metabólico. SEMERGEN. Santos-Baez LS, Ginsberg HN. Hypertriglyceridemia-Causes, Significance, and Approaches to Therapy. Front Endocrinol (Lausanne). 2020 Sep 2;11:616. doi: 10.3389/fendo.2020.00616. PMID: 32982991; PMCID: PMC7492386. Yang AL, McNabb-Baltar J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis. Pancreatology. 2020 Jul;20(5):795-800. doi: 10.1016/j.pan.2020.06.005. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32571534.

823/341. INFILTRACION ECOGUIADA EN ATENCION PRIMARIA. A PROPOSITO DE TRES CASOS

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

- C1: Varón de 70 años con gonartrosis severa en rodilla derecha. en LEP para prótesis acude por dolor e inflamación con gran impotencia funcional, sin traumatismo previo.
- C2: Mujer 65 años dolor en región posterior de la rodilla derecha de carácter subagudo, progresivo, sin traumatismo previo, el dolor aumenta a la flexión y con la deambulación.
- C3: Varón 51 años gonalgia izq. intensa, trabajador de la construcción, no traumatismo previo, AP intervención de menisco hacia 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias

- C1: Presenta gran inflamación sin signos de infección. La Ecografía clínica confirma el derrame articular. Se realiza el drenaje ecoguiado (60 ml de líquido seroso) y posterior infiltración de betametasona con mepivacaina.
- C2: Dolor a la flexión y palpación en hueco poplítico, leve dolor en la pata de ganso, resto de la exploración es normal. Ecografía clínica muestra gran quiste sinovial en región posterior con discreto derrame articular. Se procede al drenaje ecoguiado del quiste 20 ml de líquido seroso y posterior infiltración de betametasona con mepivacaina.
- C3: Gran inflamación sin signos de infección, La ecografía muestra un importante derrame articular. Se

efectúa drenaje ecoguiado de 80 ml de líquido seroso y posterior infiltración de betametasona con mepivacaina.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

- C1: Gonartrosis severa
- C2: Quiste de Baker
- C3: Artritis inflamatoria

Diagnóstico diferencial

Artritis inflamatorias (AR, Lupus, gota...), infecciosas, tendinitis, patología meniscal, ligamentosas, muscular, quiste de Baker, enfermedad Osgood-Schalatter, Tumoral.

Comentario final

El acceso a la ecografía en Atención Primaria y la realización de técnicas mínimamente invasivas son cada vez más frecuentes y dan un salto de calidad en la atención de nuestros pacientes, por la fácil accesibilidad y el gran impacto en la mejora clínica de los mismos. Siguiendo los protocolos y con las medidas de asepsia estrictas la realización estas técnicas mejoran la satisfacción de los usuarios y empodera la figura del médico de familia.

Bibliografía

- Pedro J. Tárraga López. et al. Infiltraciones en atención primaria. Su papel en el tratamiento de los trastornos osteoarticulares. FMC- Formación Médica Continuada. agosto-septiembre 2021 pag. 412-416.

823/345. DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN Y EL DIAGNÓSTICO POCO ESPERADO

Autores:

Crespo Díaz, T.¹, Serrano González, C.¹, Sellamito Morales, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 39 años, sin antecedente de interés, no fumador. Consulta por dolor torácico en zona pectoral derecha de 3 semanas de evolución que empeora con los movimientos. Niega traumatismo. Realiza esfuerzo habitual en su trabajo como envasador. No otra sinto-

matología. Había estado tomando analgésicos y relajantes musculares sin mejoría del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiorespiratoria y resto de la exploración normal. TA 135/80, FC 88 lpm, Sat O2 98 %. Analítica de sangre y electrocardiograma sin alteraciones. Rx de tórax: imagen seudonodular con discreta pérdida de volumen del LSD. TAC de tórax: Tumoración espiculada en LSD de 35 mm en contacto pleural. Pequeños ganglios linfáticos de tamaño no significativo en mediastino. PET-TC: lesión nodular hipermetabólica periférica en LSD y adenopatía hilar ipsilateral, sin otros hallazgos. Broncoscopia: engrosamiento de carina que separa subsegmentarios en segmento posterior del LSD (biopsia), sin otras alteraciones sugestivas de malignidad. Biopsia bronquial: Infiltración por Carcinoma de Pulmón (CP) de células no pequeñas con perfil inmunohistoquímico sugestivo de Adenocarcinoma.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Adenocarcinoma (ADC) de pulmón, LSD. Se realizó lobectomía superior derecha más linfadenectomía. TNMP T2aN2M0, Estadio IIIA. Recibió 4 ciclos de quimioterapia adyuvante seguido de tratamiento con Osimertinib (EGFR mutado exón 19) que continúa en el momento actual con buena tolerancia y estabilidad clínica.

Diagnóstico diferencial

Dolor torácico muscular, Osteocondritis, Cardiopatía isquémica, Pericarditis, Mesotelioma.

Comentario final

Lo interesante del caso radica en lo poco esperado del diagnóstico en un joven sin factores de riesgo, que consulta por dolor torácico. Aunque el origen osteomuscular es la causa más frecuente, la falta de respuesta a tratamiento debe alertar sobre la necesidad de pruebas complementarias. Es destacable la rápida coordinación entre niveles de atención y especialidades que hizo posible el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. La longitudinalidad de la AP permitió acompañar al paciente en todo el proceso, destacando en la esfera emocional, el apoyo psicológico que necesitó ante la incertidumbre del diagnóstico.

Bibliografía

- Lung Cancer Treatment Advances in 2022. *Cancer Invest.* 2023 Jan;41(1):12-24 PET CT Scan Evaluation of Mediastinal Disease in Early Stage Lung Cancer. *Am J Respir Crit Care Med* 2024;209:A4585

823/346. SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN MUJER DIABÉTICA

Autores:

Crespo Díaz, T.¹, Serrano González, C.¹, Carrasco Romero, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 75 años, antecedente de Diabetes mellitus tipo 2 de 18 años de evolución insulinizada con retinopatía diabética y mal control metabólico. Acude a urgencias del centro de salud por mareo sin giro de objeto y sudoración que comenzaron en la hora previa a la asistencia, su familiar le ofreció alimento por sospecha de hipoglucemia, mejorando los síntomas pero no completamente, por lo que deciden consultar. No dolor torácico, no otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloreada, eupneica, piel ligeramente sudorosa, auscultación cardiorespiratoria normal. TA 142/85, FC 93 lat/min, Sat O2 97 %, glucosa 231 mg/dl. Electrocardiograma (EKG) 1: RS a 89 lpm, T negativas en cara inferior y de V4-V6, elevación de ST de 2 mm en III y AVF, descenso del ST en I y AVL. Se activa Código Infarto y se traslada a hospital. Analítica: Hemograma y bioquímica normal, HbA1C 11%, EKG 2: Similar al inicial más elevación del ST de V3-V6., Troponina I: 5892, Rx tórax: ICT<0.5, no derrame ni condensación.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome coronario agudo (SCA) tipo IAM con elevación de ST inferolateral. Es trasladada a unidad de hemodinámica, la coronariografía informa CD con lesión severa 99 % en tercio medio y 70 % en distal. ICP primaria sobre arteria responsable con implante de 2 stents farmacoactivos, buen resultado angiográfico.

Diagnóstico diferencial

Hipoglucemia, episodio vasovagal, vértigo, trastornos hidroelectrolíticos, golpe de calor.

Comentario final

Los diabéticos sufren una disminución en la percepción del dolor isquémico que es aún más frecuente en ancianos.

nos y mujeres diabéticas. En ellos, el infarto cursa con frecuencia de forma indolora o con síntomas inespecíficos que puede llevar al retraso del diagnóstico y del tratamiento. Considerar estos aspectos y solicitar de forma precoz exámenes ante un paciente diabético con clínica atípica, permitirá un diagnóstico precoz del infarto y ofrecer una revascularización oportuna con un mejor pronóstico, como ocurrió en el caso que comentamos.

Bibliografía

- *Cardiac Autonomic Dysfunction and Risk of Silent Myocardial Infarction Among Adults With Type 2 Diabetes*. J Am Heart Assoc. 2023 Oct 17;12(20):e029814 *Acute Coronary Syndromes in Older People: Comprehensive Review and Multidisciplinary Practice-Based Recommendations*. J Clin Med. 2024 Jul 28;13(15):4416

823/350. CEFALEA. SOLO?

Autores:

Romero Padilla, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Frigiliana. Frigiliana. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 46 años. Sin alergias a medicamentos conocidas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.-Ex-fumador desde hace 3 meses-Antecedentes personales: psoriasis y uveítis.-No tratamiento habitual Enfermedad actual: refiere cefalea occipital y mareos de tres meses de evolución de forma intermitente que calma con naproxeno. Sobre las 6 am comienza con dolor ascendente desde espalda hacia zona occipital de segundos de duración. Tras esto cuadro vagal con sudoración, palidez cutánea y náuseas sin vómitos y visión borrosa. Se levanta al baño y sufre perdida de visión completa con TCE con pérdida de conocimiento (según refiere aprox 1 hora). Por persistencia de visión borrosa por OI y cefalea, acude a urgencias de hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: TA 130/70 , FC 90, T^a 36, FR 18. Consciente y Orientado, Buen estado general , Bien hidratado y perfundido , Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos y regulares, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No

ruidos patológicos. Extremidades inferiores: No signos de Trombosis Venosa Profunda , pulsos presentes. No edemas. Expl. neurológica: Pupilas isocóricas, normorreactivas. Sin focalidad neurológica de pares craneales ni vías sensitivomotoras. Fuerza 5/5 y Sensibilidad conservada. Marcha normal. Romberg negativo .Lenguaje normal . Reflejos normales. Campimetría campo temporal izquierdo afectado. Limitada flexo-extensión cervical por dolor. Conservada fuerza y sensibilidad. No apofisialgia ni dolor en musculatura paravertebral. Hematoma orbitario OI, no crepitación. TC de cráneo sin contrates 3/10/24: sin alteraciones. Angio TC de cráneo 25/10/24: Hemorragia subaracnoidea fisher III, aneurisma comunicante anterior.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hemorragia subaracnoidea fisher III, aneurisma comunicante anterior.

Diagnóstico diferencial

Cefalea tensional Migraña Lesiones intracraneal Alteraciones vasculares

Comentario final

Las cefaleas son un reto en la consulta. Con frecuencia la exploración neurológica no aclara mucho y nos debemos apoyar en pruebas complementarias que no siempre son diagnósticas ni están a nuestro alcance. Las cefaleas como los mareos, son dos síntomas a veces muy difíciles de filiar y con patología de riesgo vital, por lo que hay que mantenerse muy alerta y revisar con frecuencia.

Bibliografía

- *Vertigo: Could this Symptom Indicate the Existence of an Unruptured Intracranial Aneurysm?*. Gkasdaris G, Tabatabaei P, Kourtopoulos H, Birbilis T. Maedica (Bucur). 2021 Dec;16(4):555-562.

823/353. DEDOS BLANCOS Y FRÍO: UN SÍNTOMA QUE ESCONDE MÁS DE LO ESPERADO.

Autores:

Maza Rodríguez, Á.¹, Generoso Torres, C.², Delgado Romero, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Re-

sidente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Martos. Jaén

Descripción del Caso

Paciente de 30 años que acude a consulta por pérdida de coloración en los dedos de las manos, especialmente en los extremos distales, que comenzó hace un mes. La paciente asocia estos episodios con la exposición al frío, como cuando trabaja en el quirófano o al fregar los platos. Además, refiere dolor articular reciente. No tiene antecedentes médicos relevantes, salvo que su madre padece hipotiroidismo autoinmune.

Exploración y pruebas complementarias

En la consulta inicial, se realiza una analítica básica con factores reumatoideos (anticuerpos antinucleares, factor reumatoide) dada la sospecha de un trastorno autoinmune. Los resultados de esta prueba fueron normales, lo que descartó enfermedades autoinmunes sistémicas comunes como lupus o artritis reumatoide. Dado el cuadro clínico y la normalidad de la analítica inicial, la paciente es derivada a Medicina Interna, donde se amplían los estudios con una analítica más completa que incluye hemograma, crioglobulinas, perfil de autoinmunidad, histocompatibilidad, serología de virus y bacterias, e inmunodiagnóstico. Los resultados de todas estas pruebas fueron igualmente normales, excluyendo infecciones, trastornos vasculares y otras condiciones autoinmunes. Se realiza una capilaroscopia, que muestra patrones característicos de la enfermedad de Raynaud, y una ecografía de las arterias periféricas, que no revela alteraciones vasculares significativas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Tras la normalización de todos los estudios y la exclusión de otras posibles causas, se establece el diagnóstico de Enfermedad de Raynaud Primaria.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Raynaud secundaria: Asociada a enfermedades autoinmunes o vasculares. Lupus eritematoso sistémico: Aunque los anticuerpos fueron negativos, puede presentar fenómenos de Raynaud. Esclerosis sistémica: Podría presentar alteraciones vasculares y fibrosis. Fenómeno de Raynaud inducido por medicamentos: Vasoconstrictores o fármacos.

Comentario final

La enfermedad de Raynaud primaria debe ser considerada en pacientes jóvenes sin antecedentes relevantes. Un diagnóstico integral, con análisis básicos y estudios complementarios, es esencial para confirmar el diagnóstico y diferenciarla de otras patologías.

Bibliografía

- Khan, A., et al. Primary and secondary Raynaud's phenomenon: A review of pathophysiology, diagnosis, and management. *J Clin Rheumatol.* 2023;29(3):129-136. Sanchez, L., et al. Advances in the management of Raynaud's phenomenon: A systematic review. *Rheumatology.* 2024;63(1):13-22. Martínez, J., et al. Clinical features and management strategies of primary Raynaud's disease. *Autoimmun Rev.* 2024;23(4):102843. González, R., et al. The diagnostic approach to Raynaud's phenomenon: A clinical review. *J Rheumatol.* 2023;50(2):253-259.

823/355. SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO SÍNTOMA FUNDAMENTAL.

Autores:

Vicente Alcoba, P.¹, Trujillo Franco, P.², García Arjona, Á.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en 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

Descripción del Caso

Paciente de 78 años, sin alergias medicamentosas conocidas y HTA en tratamiento, que tras varias consultas por parte de los familiares por deterioro progresivo y pérdida de peso no cuantificada, acude a consulta por dolor intenso en pierna derecha que le desierta por la noche y no cede con analgésicos habituales y dificultad para la deambulación. Dados los síntomas de alarma se realiza radiografía y se deriva a urgencias para valoración por sospecha de causa tumoral.

Exploración y pruebas complementarias

No se aprecian alteraciones a nivel de la piel. Dolor intenso a la palpación de fémur derecho con palpación de masa distal. Rx pierna: lesión mixta (Litica y blástica) que rompe la cortical de fémur derecho. RMN: Lesión mixta metafisodiafisaria distal de fémur derecho que adelgaza y rompe la cortical asociando masa he-

terogénea de partes blandas de 71x46x66mm. Edema adyacente con nódulos satélite.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Osteosarcoma de fémur

Diagnóstico diferencial

Metástasis ósea, osteomielitis, mieloma múltiple o linfoma óseo.

Comentario final

Recalcar la importancia de la exploración física en el síndrome constitucional a estudio, así como las características de alarma de la sintomatología que nos hacen sospechar de causa tumoral. El paciente fue valorado por traumatología derivado al HRUM a onco-trauma para estudio de extensión donde se apreció además un colangiocarcinoma concomitante. Debido al rápido deterioro del paciente fue imposible completar estudio de extensión pero el paciente comenzó con alteración del comportamiento con sospecha de metástasis neurológicas y finalmente falleció al mes del diagnóstico.

Bibliografía

- Dubois ilva, A. Osteosarcoma. Fisterra; octubre 2020. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/osteosarcoma/>
- Keil, L. Bone tumors: Primary Bone Cancers. FP Essent. Junio 2020; 493:22-26. PMID: 32573183

823/357. ¿ME MANDA UNA CREMITA?

Autores:

Fernandez Madueño, M.¹, Luque Ruano, A.¹, Zurita Luque, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba

Descripción del Caso

Mujer de 88 años sin alergias medicamentosas conocidas y con los siguientes antecedentes: hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, psoriasis en placas y artropatía psoriásica, anemia normocítica normocrómica por trastornos crónicos e hiperuricemia. En la última revisión de reumatología se añade a su tratamiento habitual alopurinol 300 mg cada 24 horas. A la semana de comenzar

tratamiento con alopurinol presenta erupción cutánea descrita como eritema generalizado. Consulta en servicio de urgencias de atención primaria y de hospital de referencia, diagnosticándose reacción alérgica. Pautan cese de toma de alopurinol, metilprednisolona en dosis única parenteral y antihistamínico.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: buen estado general, afebril, estable hemodinámicamente. Eritema difuso generalizado con algunas flictenas flácidas en brazos y con desprendimiento de epitelio extenso de predominio en pliegues donde se observa trasudado. Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: eritema, edemas con fóvea hasta tercio medio. No signos de trombosis venosa profunda. Hemograma donde destaca plaquetopenia y bioquímica con aumento de creatinina (2,63 mg/dL); lactato deshidrogenasa (310U/L); gammaglutamiltransferasa (283U/L) y fosfatasa alcalina (314U/L)

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Juicio clínico : Síndrome de Dress

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, epidermolisis estafilocócica, y síndrome de Dress.

Comentario final

Comentario: desde atención primaria podemos realizar la primera sospecha de una enfermedad con una anamnesis y una exploración minuciosa y detallada, no quedándonos sólo con los tratamientos sintomáticos.

Bibliografía

- D. Pedrazas López, B. de Pablo Márquez, D. García Font. Síndrome de DRESS. Medicina de Familia. SEMERGEN. Vol. 46. Núm. 3: 214-215. Hsu DY, Brieval, Silverberg NB, Silverberg JI. Morbidity and Mortality of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in United States Adults. J Invest Dermatol. 2016; 136(7): 1378-1379

823/360. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Geara Joyed, P.¹, Benítez Reguera, M.², Japon Cabello, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Enfermera. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente mujer de 48 años que acude a consulta con cuadro de disuria, polaquiuria y disnea leve. Se pauta tratamiento con Fosfomicina con desaparición de clínica urinaria y persistencia de disnea a moderados esfuerzos (grado 2 MMRC) con molestias a nivel intercostal derecho con tos, expectoración y un esputo hemoptoico con coágulos. Se solicita Rx tórax urgente

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, SpO₂ basal del 98%, exploración por sistemas con dudosa puñopercusión renal derecha positivo sin otros hallazgos de interés. Rx Tórax: patrón intersticial bilateral que parece por confluencia de micronódulos distribuidos por ambos campos pulmonares con predominio en área perihiliar derecha y base izquierda. Se deriva al servicio de Urgencias donde se completa estudio con analítica e ingresa en neumología Analítica: Hb 8.8, leucocitos: 10183, PCR: 13.2, Ac ANCA +. Proteinuria leve y microhematuria con función renal preservada. TAC tórax: Patrón de vidrio deslustrado bilateral que sugiere hemorragia alveolar difusa. Fibrobroncoscopia: Signos inflamatorios difusos a nivel de mucosa de todo el árbol bronquial. Cultivo del lavado bronquioalveolar y broncoaspirado negativos, citología de ambas muestras negativa para células neoplásicas malignas. Se inicio tratamiento con Prednisona 60mg durante un mes con descenso de 10mg cada 15 días hasta dosis de 20mg y posteriormente descenso de 5mg cada 15 días hasta retirada. Se inicia tratamiento con Rituximab 1g/14 días 2 meses más tarde paciente asintomática y en revisiones por Neumología.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hemorragia alveolar difusa en el contexto de vasculitis p-ANCA con afectación renal incipiente.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, proceso neoplásico, TBC miliar

Comentario final

Es primordial como médicos de atención primaria estar siempre atentos a síntomas comunes con evolu-

ción tórpida para favorecer el diagnóstico a tiempo de patologías menos habituales y la actuación temprana. La hemorragia alveolar difusa es la que origina en el parénquima pulmonar y la originan múltiples causas pero los trastornos autoinmunitarios son más frecuentes.

Bibliografía

- Kazzaz B, Shields MD, Al-Qaqa Y, Patel J, Lee AS, Kesavan A, et al. Diffuse alveolar hemorrhage: etiologies, outcomes, and prognosis. Ann Am Thorac Soc. 2023;20(2):204-214. Disponible en: PubMed
- Maldonado F, Parambil JG, Yi ES, Decker PA, Ryu JH. Diffuse alveolar hemorrhage: analysis of 200 cases from a single center. Chest. 2022;161(5):1205-1215. Disponible en: NCBI

823/363. ESTE DOLOR DE ESPALDA NO SE ME QUITA

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 77 años A. Personales: DM tipo 2, HTA, dislipemia, obesidad, exfumador, cor pulmonare, EPOC severo agudizador, disnea crónica a medios-mínimos esfuerzos, Oxigenoterapia domiciliaria, SAOS severo, CPAP nocturna, componente monoclonal IgG lambda, cadenas ligeras, polimialgia reumática, hiperuricemia, intolerante: amitriptilina y semaglutida. Tratamiento: lorazepam 4mg/24h, metamizol 575mg/12h, morfina 30mg/12h, furosemida 80mg/24h, simvastatina 40mg/24h, gabapentina 300mg/12h, AAS 100mg/24h, omeprazol 40mg/24h, abasaglar 20-25UI/24h, espiranolactona 25mg/24h, metformina 850mg/dapagliflozina 5mg/12h, trimbow2pff/12h, ferroterapia/24h. Sufrió una caída con resultado de fractura subcapital cadera izquierda que precisó de colocación de prótesis total de cadera. Presentando bacteriemia por S. epidermidis y endocarditis infecciosa en válvula aórtica y fibrilación auricular lenta tratada con marcapasos definitivo. Valorado por traumatología se solicita tac de caderas y RMN por dolor y dificultad para la marcha con empeoramiento del estado general del paciente. Tras el alta hospitalaria, recibió visitas domiciliarias por parte de su médico de familia refiriendo el pacien-

te dolor en las caderas y a nivel lumbar(EVA 8/10) a pesar del tratamiento referido, por lo que se efectuó ajuste del tratamiento y se estaba expectante a los resultados de las pruebas solicitadas que evidenciaron la existencia de espondilodiscitis, de lo que informó al paciente y se gestionó el traslado al Servicio de Urgencias Hospitalario, quedando ingresado.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Física: anodina salvo, hipoventilación generalizada leve sin ruidos sobreñadidos y dolor en región lumbar a la palpación en musculatura paravertebral lumbar y limitación para deambular. Analítica: HB 11,4, VCM 79, Leucos 4450, Plaquetas 219000. Bioquímica normal. PCR 8. TAC de caderas: prótesis de cadera izquierda, objetivándose a nivel distal una línea radiolucente de aproximadamente 15mm de extensión, posible área de reabsorción osea periprotésica. Cambios osteodegenerativos. RMN lumbosacra: signos que sugieren espondilodiscitis en el disco intervertebral L4-L5 y en platillos vertebrales adyacentes.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Espondilodiscitis

Diagnóstico diferencial

Artrosis. Osteoporosis. Neoplasias.

Comentario final

El seguimiento del paciente por parte de Atención primaria facilitó que se optimizara con prontitud el tratamiento y que se trasladará al paciente precozmente al valorar las pruebas complementarias solicitadas.

Bibliografía

- Vicente Pintado García. *Espondilitis infecciosa. Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica*. Octubre 2008. Vol. 26. Núm. 8 páginas 510-517. Octubre 2008.

823/365. DOCTORA, NO ES PARA TANTO

Autores:

Rojas Parra, A.¹, Rojas Parra, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Jubilado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real

Descripción del Caso

Mujer de 61 años con antecedentes neumológicos de hiperreactividad bronquial en seguimiento por el servicio de neumología de su hospital de referencia y en tratamiento con la combinación de formoterol + beclometasona y terbutalina a demanda. Consulta por cuadro de 4-5 días de evolución que relaciona con el inicio del otoño consistente en tos que expectora mucosidad blanquecina y disnea basal que empeora con los esfuerzos. No fiebre, no dolor torácico ni autoescucha de ruidos respiratorios. Refiere mejoría de síntomas cuando toma Ebastina. No ha usado sus inhaladores. No recorte de diuresis, no edemas de miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

PRESION ARTERIAL SISTOLICA BRAZO IZQUIERDO: 116.0 , PRESION ARTERIAL DIASTOLICA BRAZO IZQUIERDO: 74.0 , FRECUENCIA CARDIACA: 87.0 , SATURACION OXIGENO: 96.0 %. Eupneica en reposo. Normalcoloreada. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos audibles, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreñadidos. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Faringe normal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Agudización de asma por infección respiratoria en paciente con antecedentes de hiperreactividad bronquial

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca. Tromboembolismo pulmonar. Infección respiratoria.

Comentario final

La mujer volvió a consultar un mes más tarde en servicio de urgencias de atención primaria, donde al objetivar sibilantes y roncus indican prednisona oral así como aerosolterapia con budesonida y bromuro de ipratropio. Pero a pesar de ello, vuelve a consultar pero esta vez en consulta con su MAP. Su MAP al ver la evolución tórpida a pesar de tratamiento pautado así como la duración de síntomas, referir la paciente una disnea que hace que tenga que dormir sentada así como saturación de oxígeno de 93-94%, la deriva a SUH donde objetivan imagen nodular de aprox 17 mm en campo inferior de pulmón derecho. Radiología recomienda TC torácica.

Bibliografía

- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disnea-aguda/> / <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/nodulo-pulmonar-solitario/>

823/366. TÍTULO: A PROPÓSITO DE UN CASO: CUIDADO CON LAS ANEMIAS.

Autores:

González Vico, C.¹, Madrid Martos, M.¹, Ruiz Medina, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 69 años, independiente para actividades básicas y ex fumadora, destaca entre sus antecedentes personales: diabetes, dislipemia, trastorno ánimo y úlcera péptica (2005) en tratamiento con metformina/linagliptina, omeprazol, pitavastatina y mirtazapina. Acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor intenso de inicio súbito en epigastrio y náuseas que no cede con analgesia por lo que se deriva a urgencias hospitalarias. A los dos meses, vuelve a consultar por persistencia del cuadro y pérdida ponderal de 3kg, por lo que se realiza estudio ambulatorio y tras observar anemia leve ferropénica, se deriva a urgencias hospitalarias siendo dada de alta con hierro oral. Debido a nuestra sospecha diagnóstica, derivamos a consultas de digestivo de manera preferente para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. No megalías palpables. Tacto rectal normal. Analítica: hb 11,5 mg/dl, VCM 69 fl, CA 19,9 96,6 y CEA 40,97. SOH: negativo Colonoscopia: Lesión infiltrante estenosante próximo a ángulo hepático. Biopsia: Adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado TAC: Estenosis de colon ascendente con LOES hepáticas hipodensas en segmento IVa, VI, VII.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Adenocarcinoma de colon ascendente estadio IV

Diagnóstico diferencial

- Disminución de la absorción: celiaquía, helicobacter pylori, gastritis, enfermedad inflamatoria intestinal
- Malnutrición: vegetarianos, anorexia...
- Pérdidas sanguíneas: menstruación, úlcera péptica, hemorroides, neoplasias, diverticulosis...

Comentario final

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuentemente diagnosticado considerando ambos sexos y supone la segunda causa de muerte por cáncer en España. Los síntomas asociados al cáncer de colon derecho son más sutiles por lo que se produce un diagnóstico en estadios más avanzados, entre los que destaca la anemia microcítica y la pérdida ponderal. Por todo ello, en personas mayores de 60 años que presenten esta clínica deberemos realizar una correcta anamnesis y realizar las pruebas complementarias necesarias para poder diagnosticar esta patología en fases precoces y así poder mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Muiño López-Álvarez XL, Herrera Díaz LD. Guía clínica anemia ferropénica. Fisterra; Julio 2019 [Consultado Enero 2025]. Disponible en: <https://www-fisterra-com.bvsspa.idm.oclc.org/guias-clinicas/anemia-ferropenica/#sec7>

823/367. ECOSCOPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DETECCIÓN TEMPRANA DE TUMOR ANEXIAL

Autores:

Urgel Ayuso, A.¹, Vicente Alcoba, P.², González Rodríguez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cuevas de San Marcos. Cuevas de San Marcos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 42 años acude a Atención Primaria por estreñimiento desde hace un mes. Durante la exploración, se palpa una masa abdominal ovalada y móvil desde el hipogastrio al hipocondrio derecho. Sin antecedentes familiares relevantes. Úlcera gastroduodenal hace 20 años tratada conservadoramente. No hábitos tóxicos. Gestación previa a término mediante reproducción asistida con parto hace 8 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza una ecoscopia clínica que revela una masa de 18x15x9 cm dependiente del ovario derecho. La masa presenta características complejas: pared exter-

na regular con halo hipoecogénico, contenido anecoico, tabicada con un septo grueso e irregular, y una proyección papilar sólida (5,9x2,3 cm). Sugiere sospecha de quiste multilocular complejo y satisface criterio IOTA M4 sugerente de malignidad.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Derivada en el acto al Hospital Materno-Infantil de Málaga el 3/12/24. Allí se solicita una RM pélvica, realizada el 12/12/24. La primera consulta en oncología ginecológica tiene lugar el 20/12/24. Marcadores tumorales Ca-125, HE-4 e índice ROMA elevados. Se plantea posibilidad de cirugía conservadora para respetar deseo reproductivo. Intervenida quirúrgicamente el 10/1/25 donde la biopsia intraoperatoria confirma una neoplasia ovárica de alto grado y se realiza histerectomía total, anexectomía bilateral, lavado peritoneal, omentectomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica. El informe de anatomía patológica, finalizado el 29/1/25, diagnostica un cistoadenocarcinoma papilar seroso de alto grado en estadio IIA.

Diagnóstico diferencial

Quiste ovárico simple Teratoma maduro Neoplasia ovárica de bajo grado Endometrioma

Comentario final

El caso resalta el potencial de la ecoscopia clínica en Atención Primaria para asesorar en el diagnóstico, y gestionar la prioridad de los problemas asistenciales para hacer así un uso más eficiente de los recursos disponibles. El conocimiento de los criterios IOTA y la derivación oportuna a oncología ginecológica permitió un manejo adecuado, confirmándose una neoplasia ovárica de alto grado tras la cirugía realizada 5 semanas después de la primera atención sanitaria.

Bibliografía

- Timmerman D, van Calster B, Bourne T, et al. Consensus statement for the management of adnexal masses: a report from the International Ovarian Tumor analysis (IOTA) group. *Gynecol Oncol*. 2019;153(1):118-125. doi:10.1016/j.ygyno.2019.01.005. Timmerman D, van Calster B, Bourne T, et al. A prospective comparison of transabdominal and transvaginal ultrasound with surgical findings in gynecologic disease. *J Ultrasound Med*. 1990 Feb;9(2):71-5.

823/372. ¿DOLOR LUMBAR O ABDOMINAL?

Autores:

Rojas Parra, A.¹, Rojas Parra, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real

Descripción del Caso

Mujer de 42 años con antecedente médico de obesidad que ha consultado en 4 ocasiones por "lumbago" tras sobreesfuerzo que no ha mejorado con tratamiento pautado. Paciente refiere dolor mecánico en flanco derecho que en ocasiones se irradia a región lumbar ipsilateral. En radiografía de columna lumbar solicitada recientemente se objetiva una rectificación lordosis lumbar fisiológica sin otras alteraciones radiológicas. En exploración física llama la atención que se palpa una masa en fosa ilíaca derecha. Paciente refiere que las menstruaciones no le parecen abundantes ni son dolorosas. No tiene analítica reciente y su última citología de cérvix es de 2012. Se solicita analítica, ecografía abdominal y valoración por matrona para citología e inclusión en protocolo de cribado poblacional de cérvix. En dicha analítica se detecta una anemia microcítica ferropénica. Ante dichos hallazgos se pauta ferroterapia oral y se deriva a consulta de ginecología donde diagnostican de útero polimiotomatoso.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, se palpa masa en fosa ilíaca derecha. Puño percusión renal negativa. Combur test: Negativo. Test de gestación: Negativo. Analítica sangre: HEMOGLOBINA 11.5 g/dL, M.C.V 76.3 fL, HIERRO (SANGRE) 29.0 µg/dL. Citología cérvix: Negativo para HPV de alto riesgo. Ecografía transvaginal: Mioma tipo 5-6 de 100 x 109 x 119mm. Mioma tipo 1 de 22 x 19mm. Mioma tipo 5 fondo canto izdo de 67 x 68 x 81mm. Anejos normales.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Masa abdominal en mujer a estudio.

Diagnóstico diferencial

Metrorragia funcional, mioma uterino, pólipos uterinos, cáncer de endometrio, cáncer de cérvix, cáncer de ovario, cáncer de colon, cólico renoureteral

Comentario final

Es importante historiar de nuevo a aquellos pacientes que consultan varias veces con el mismo motivo de consulta así como hacer un diagnóstico diferencial amplio del síntoma o signo principal. Además siempre se ha de explorar así como preguntar por otros síntomas que se asocian al principal. No hemos de olvidar como médicos de atención primaria de revisar últimas analíticas, últimos estudios realizados así como si el paciente está participando en los programas de cribado, ya que nuestra labor principal es la prevención y detección precoz.

Bibliografía

- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/metrorrragias/>
- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dolor-abdominal-agudo/>

823/375. “NO SE LO VA A CREER PERO EL COLOR DE MI ORINA ES MORADO, DOCTORA”

Autores:

Ríos Pérez, L.¹, Sánchez Rodríguez, C.², Clavijo López, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Mujer de 45 años con antecedentes de mielomeningocele con paraplejia y vejiga neurógena con reflujo secundario, intervenida quirúrgicamente en la infancia. Historial de pielonefritis crónica con absceso perirrenal derecho. Anemia ferropénica e hipertensión arterial (HTA). Portadora de sondaje vesical permanente. Acude a la consulta por notar coloración púrpura en la orina recolectada en la bolsa del catéter desde hace aproximadamente 24 horas. No presenta síntomas urinarios como disuria, polaquiuria o urgencia miccional. No refiere sensación distémica ni fiebre. Tampoco ha tenido cambios recientes en su medicación ni en su dieta habitual. Mención de infecciones urinarias recurrentes, pero nunca había observado esta coloración en la orina. La sonda vesical está correctamente colocada y no presenta signos de obstrucción.

Exploración y pruebas complementarias

TA 123/70mmHg, FC 86lpm, Sat 96%, temp 36,8°C, Peso 112 kg. Abdomen: blando, depresible, globuloso,

no doloroso a la palpación. Peristaltismo presente. Murphy y Blumberg negativo. Puñopercusión renal bilateral negativa. Sistemático y sedimento orina de sonda vesical: leucocitos 500 cel/µl, proteínas 50 mg/dl, nitritos 0,2 mg/dl, hemoglobina 0,50 mg/dl, hematíes 4-10/campo, leucocitos 20-50/campo, bacterias ++. Cultivo orina: flora mixta

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS).

Diagnóstico diferencial

Hematuria; Porfiria; Hemoglobinuria y Mioglobinuria; Alimentos y colorantes; ITUs.

Comentario final

Síndrome de la bolsa urinaria púrpura (PUBS), entidad benigna más prevalente en mujeres de edad avanzada con sondaje prolongado y múltiples comorbilidades. Se asocia a estreñimiento crónico, insuficiencia renal y dieta hiperproteica. Su fisiopatología involucra bacterias intestinales que metabolizan triptófano en indoxil sulfato, el cual, en presencia de bacterias urinarias con sulfatasa y fosfatasa (*P. mirabilis*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *E. coli*, *M. morganii*), se transforma en pigmentos azul y rojo, generando el color púrpura. Algunos autores sugieren no tratar, mientras que otros recomiendan antibióticos dirigidos. Se realizó recambio de sonda vesical y bolsa colectora en cada episodio. La paciente recibió cefuroxima oral, pero presentó dos episodios asintomáticos posteriores: uno tratado con ciprofloxacino por flora mixta y otro con *P. aeruginosa* (>100.000 UFC/ml), sin tratamiento por sensibilidad a fármacos hospitalarios.

Bibliografía

- Hussain, S. A., & Aslam, M. (2010). *Purple urine bag syndrome: A case report and review of the literature*. Canadian Urological Association Journal, 4(5), E181-E183.

823/376. ¿ ALGÚN DÍA MEJORARÉ DOCTORA?

Autores:

Naranjo Ratia, M.¹, Montoro Ortiz, M.², Roncero Vidal, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chipiona Dr. Tolosa Latour. Chipiona.

Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arroyo. Chipiona. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente de 65 años que acude a la consulta refiriendo molestias abdominales, malas digestiones de años de evolución, sensación de plenitud abdominal tras la ingesta, ahora además ha perdido unos 5 kilos. Controles analíticos dentro de la normalidad. Me cuenta que siempre lo han achacado a alimentación poco equilibrada

Exploración y pruebas complementarias

Solicito analítica completa con estudio de diarreas, ecografía de abdomen, helicobacter pylori. Analítica normal, salvo anticuerpos anti-transglutaminasa positivos, se solicita endoscopia digestiva donde se confirma el diagnóstico. Sangre oculta en heces negativa, ecografía de abdomen: discreto aumento de tamaño de la próstata. Recomiendo por tanto dieta exenta en gluten, mejorando significativamente la clínica. El paciente acude posteriormente indicándome la mejoría de su calidad de vida, han desaparecido las molestias abdominales y sensación de plenitud, llevando una vida normal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Celiaquía. Al presentar anticuerpos positivos y confirmación diagnóstica con endoscopia, se retira gluten de la dieta con mejoría franca del paciente

Diagnóstico diferencial

Hernia de hiato Gastritis crónica Celiaquía Alergias alimentarias

Comentario final

Aunque la celiaquía pueda parecer un diagnóstico a edades tempranas, muchas veces puede pasar desapercibido, o achacarlo a otro tipo de problemas, y se debe tener en cuenta al igual que otras patologías, porque además como se ha visto en este caso clínico, hubo un cambio en la calidad de vida del paciente, y realmente es lo que se pretende en la medicina y en la atención primaria, mejoría de calidad de vida, cuidar y tratar al paciente.

Bibliografía

- Celiaquía en adultos. Una revisión sistemática. Natalia Hernández Rodríguez, Sheila Martínez Fernández, Bárbara Ruiz Ondiviela y Julia Gargallo Cuartielles y Teresa Delgado Carcavilla: Hospital Miguel Servet. Sara Mallén García: Enfermera Atención Continua-

da, Sector Alcañiz Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, Nº. 5 (Mayo 2021), 2021

- La celiaquía: una enfermedad biopsicosocial. Revisión sistemática Montes Orts A, García Cuevas E, Mármol López MI. La celiaquía: una enfermedad biopsicosocial. Revisión sistemática. RIdEC 2024; 17(1):29-41.
- Celiaquía y atención primaria J. Vergara Hernández y R. Díaz Peralba Médico de Familia, Equipo Básico de Atención Primaria Polígono Norte. Médico Inspector. UVMI. Sevilla.

823/378. ¿TENGO QUE PONERME HEPARINA ?

Autores:

Naranjo Ratia, M.¹, Roncero Vidal, M.¹, Montoro Ortiz, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chipiona Dr. Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arroyo. Chipiona. Cádiz

Descripción del Caso

Varón de 50 años, sin enfermedades de interés, no factores de riesgo cardiovascular, no fumador, deportista. Acude por cuadro de molestias a nivel de cintura escapular, región inguinal izqda. Discreto aumento de calor a nivel de muslo y región glútea, se sospecha trombosis venosa profunda y se anticoagula con heparina, se deriva para estudio a pesar de no presentar clínica clara. No periodos largos de reposo, no viajes recientes. Realizado hace unos años estudio de coagulación por familiares diagnosticados de factor V Leiden, siendo negativos.

Exploración y pruebas complementarias

En la primera ecografía realizada, no queda claro el diagnóstico de trombosis, incluso lo descartan, el paciente sigue presentando clínica y algo de hipermmia en mii, por tanto, se decide mantener heparina a dosis terapéutica. Posteriormente se realiza angiRMN, diagnosticándose de trombosis de vena ilíaca común, ilíaca interna y parte proximal de ilíaca externa de miembro inferior izquierdo (mii), se deriva para estudio a medicina interna

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Trombosis vena ilíaca común, ilíaca interna y parte proximal de ilíaca externa de mmii. Síndrome de May Thurner.

Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa profunda Tromboflebitis Traumatismo mió Clática

Comentario final

No siempre las pruebas complementarias nos dan un diagnóstico certero a la primera, es por eso por lo que prevalece la clínica y sintomatología del paciente. Tras realizar ecografía no queda claro, pero aun así se mantiene heparina porque el paciente refería clínica asociada, y persistía tras tratamiento. Además cabe destacar que al paciente se le realiza estudio de coagulación siendo negativo, lo que no ha podido descartar la aparición de este síndrome. Igualmente En este caso se trata de una alteración anatómica, y a pesar de no tener factores de riesgo y estudio de coagulación negativo inicialmente, hay que realizar las pruebas complementarias necesarias e iniciar tratamiento precoz para evitar complicaciones y mortalidad

Bibliografía

- *May-Thurner syndrome: case presentation and literature review* Yaiza Villalobos-Torres¹, David E. Arias-Mira^{2*} y Carol Y. Pulido-Mariño³ Hospital Simón Bolívar. Bogotá, Colombia May R, Thurner JP. *The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. Angiology.* 1957;8:41927.
- *Síndrome de May-Thurner: causa infrecuente de rotura espontánea de vena ilíaca izquierda* May-Thurner syndrome: an infrequent cause of spontaneous left iliac vein rupture E. Gordillo-Escobar*, J.J. Egea-Guerrero, J. Revuelto-Rey y R. Martín-Bermúdez U.G.C. Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

823/381. “ESTE PICOR ES HORRIBLE, NO HAY NADA QUE ME LO QUITE, DOCTORA”

Autores:

Ríos Pérez, L.¹, RÍOS PEREZ, J.², Bueno Navarrete, P³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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 Aravaca. Pozuelo de Alarcón. Madrid, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente varón de 58 años con cirrosis hepática por hepatitis C en tratamiento con tenofovir consulta por prurito generalizado predominante en extremidades y espalda desde hace 6 meses, empeorando por las noches. Niega fiebre, pérdida de peso significativa o alteraciones neurológicas. Refiere episodios de coluria y acolia ocasional. Ha estado en tratamiento con dexclorfeniramina y hidroxina dihidrocloruro sin mejoría significativa. Se pauta colestiramina 4 g cada 8 h, sin ser efectivo y se pasó a rifampicina 150 mg cada 12 h sin cambios significativos. Antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. No alergias conocidas ni contacto con sustancias irritantes. Consumo de alcohol suspendido desde el diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias

- TA 130/80 mmHg, FC 78 lpm, FR 16 rpm, temperatura 36.5°C.
- Excoriaciones en brazos, dorso y muslos. Escleróticas subictericias.
- Hepatomegalia leve sin ascitis.
 - Analítica sanguina: Hb 12.5 g/dL, leucocitos 6,500/ μ L, plaquetas 110,000/ μ L. Bilirrubinas totales 2.1 mg/dL (directa 1.5 mg/dL), AST 58 U/L, ALT 45 U/L, FA 320 U/L, GGT 180 U/L, albúmina 3.2 g/dL. INR 1.5.
 - Ecografía: Cirrosis con signos de hipertensión portal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Prurito asociado a colestasis intrahepática por cirrosis. Se descartan causas dermatológicas y sistémicas adicionales.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis; Prurito colestásico por hepatopatía crónica; Prurito urémico en insuficiencia renal; Enfermedades dermatológicas (eczema, psoriasis, dermatitis de contacto); Prurito neuropático; Enfermedades hematológicas (linfoma de Hodgkin, policitemia vera); Prurito secundario a enfermedades endocrinas (hipertiroidismo, diabetes descontrolada); Reacciones medicamentosas.

Comentario final

El prurito en pacientes con hepatopatía crónica representa un desafío terapéutico, especialmente en casos refractarios. Los ISRSS, como la sertralina, han demostrado ser una opción prometedora debido a su ac-

ción sobre la modulación central del prurito. Su uso en este contexto representa un avance en el tratamiento, proporcionando alivio sintomático y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

- EASL. Clinical Practice Guidelines: Management of Cholestatic Liver Diseases. *J Hepatol.* 2022.

823/388. “¿QUE HAGO CON EL PICOR VAGINAL DE TODOS LOS MESES, DOCTORA?”

Autores:

Ríos Pérez, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente mujer de 31 años con antecedentes de episodios previos de infecciones vaginales ocasionales e historia reciente de tratamiento antibiótico por infección urinaria hace dos semanas, que acude a consulta de Atención primaria por prurito intenso, ardor vulvar y flujo vaginal espeso y blanquecino de cinco días de evolución. Afebril. Comenta que todos los meses coincide con síndrome premenstrual y le es muy incomodo hasta para llevar las actividades de su vida diaria. Las relaciones comenta ser muy dolorosas. En su domicilio, tiene clotrimazol tópico que desde que comenzó la sintomatología estos días atrás, se lo ha administrado por cuenta propia. Solicita tratamiento eficaz y prevención para la patología.

Exploración y pruebas complementarias

Signos vitales: TA 120/80 mmHg, FC 78 lpm, FR 18 rpm, T 36.7°C. Exploración ginecológica: Eritema y edema vulvar; flujo vaginal espeso, blanquecino y grumoso, adherido a las paredes vaginales. No presencia de mal olor. Estudios Complementarios: Microscopía en fresco: Se observa levaduras y pseudohifas compatibles con *Candida* spp. Cultivo vaginal: Crecimiento de *Candida albicans*. pH vaginal: 4.0 (compatible con infección fungica).

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Vulvovaginitis candidásica recurrente

Diagnóstico diferencial

Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*); Tricomoniásis (*Trichomonas vaginalis*); Vulvovaginitis por irritantes o alérgenos; Herpes genital.

Comentario final

La vulvovaginitis candidásica es una infección frecuente en mujeres en edad reproductiva, especialmente tras el uso de antibióticos. Su diagnóstico es clínico y se confirma con estudios microbiológicos. El tratamiento con clotrimazol suele ser efectivo, acompañado de medidas preventivas como el uso de ropa interior de algodón, buena higiene de manos, . En caso de recurrencias, se recomienda tratamiento tópico vaginal (clotrimazol 500mg/semana durante 6-12 meses) con tratamiento oral (fluconazole oral 150mg/semana durante 6-12 meses) y es conveniente añadir probiótico con bacillus para equilibrar la flora vaginal, que han cobrado mucha importancia en la actualidad sobre todo cuando se pauta tratamiento antibiótico para otras patologías.

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Vaginal Candidiasis—CDC Treatment Guidelines*. Retrieved from Workowski, K. A., & Bolan, G. A. (2015). *Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015*. MMWR. Recommendations and reports, 64(RR-03), 1-137.

823/393. DETERIORO DE FUNCIÓN RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Vicente Alcoba, P¹, Urgel Ayuso, A.², Madrid Martos, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cuevas de San Marcos. Cuevas de San Marcos. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 54 años sin antecedentes médicos de interés que en analítica de control se objetiva deterioro de función renal aguda con disminución del filtrado glomerular sin alteraciones a nivel de creatinina. Dado que no toma AINES ni otros fármacos nefrotóxicos se realiza determinación analítica de control en la que se objetiva

persistencia del deterioro de la función renal. Debido a ello, realizamos derivación virtual a nefrología, que se encargan de citar presencialmente a la paciente con ecografía abdominal.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica de sangre: FG entre 45-55% con creatininas en rango a excepción de un valor aislado de 1,19 que se normaliza en analítica realizada por nefrología (Cr 0,98 con FG 65). AO: Se realizan sedimento de orina y orina de 24h que resultan ambas negativas. Ecografía de abdomen: Nódulo sólido renal izquierdo. Se cita para TC para completar estudio. Tc abdomen: Confirma nódulo sólido cortical de 3 cm en RI compatible con tumor renal primario. En quirófano, se realiza nefrectomía parcial, y los resultados de Anatomía Patológica muestran que se trata de un oncocitoma renal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Oncocitoma renal izquierdo

Diagnóstico diferencial

Carcinoma de células renales, adenoma renal, angiomiolipoma renal, linfoma renal o metástasis

Comentario final

Dado los hallazgos de la ecografía y el estudio de extensión la paciente fue derivada a urología para valoración quirúrgica. Se realizó una nefrectomía parcial pese al tamaño del nódulo. El nódulo renal es una entidad que comúnmente se detecta de manera incidental en estudios realizados por otras causas, que en la mayor parte de los casos, como en el caso de nuestra paciente, son de naturaleza benigna. En nuestro caso se plantea un desafío diagnóstico importante dado que la paciente no presentaba factores de riesgo y el nódulo se detectó de manera incidental por lo que el tiempo y la monitorización con pruebas de imagen podrían haber sido clave en el manejo del caso para evitar intervenciones innecesarias y minimizar los daños iatrogénicos.

Bibliografía

- Brock, G.B., Noble, J.G. *Urology: A practical handbook*. Springer; 2020. Koehler SM, McIntosh AG, Horenblas S, et al. *Imaging characteristics and clinical management of solid renal masses: A review of current practices*. European Journal of Radiology. 2023; 156:110405.

823/395. PROTEINURIA EN PACIENTE HIPERTENSO

Autores:

Romero Cruz, M.¹, Márquez Gómez, M.², Guerrero Solana, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del Caso

Mujer de 46 años, sin alergias conocidas, fumadora de 5-6 cigarros/día, HTA (detectada desde hace 3 meses en tratamiento con IECA, bien controlada) y dislipemia en tratamiento. Intervenida de ligamentos cruzados. Acude a consulta de atención primaria por síntomas urinarios: tenesmo y disuria desde hace 5-6 días. Nos comenta en consulta un episodio aislado hace años de cólico nefrítico no expulsivo resuelto con analgesia. Solicitamos sedimento de orina y urocultivo puesto que han pasado varios días, siendo los resultados positivos a infección de orina por microorganismo sensible a la mayoría de antibióticos. Debido a que la paciente es hipertensa, revisamos su historial y no constan analíticas desde 2021, con resultados normales. Realizamos analítica para revisión de FG, creatinina y proteínas en orina como despistaje rutinario.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta buen estado general, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos, abdomen normal y resto de la exploración anodina. En la analítica encontramos: FG 90, creatinina 1.07, hiperpotasemia de 5.9. Así como albuminuria 1561.3 mg/l, albúmina/creatinina en orina 3735.1 mg/g, proteinuria 2139 mg/l y proteína/creatinina 5117.2 mg/g. Sedimento de orina con microhematuria. Refiere tensiones bien controladas desde que está con IECA, un episodio aislado de edemas en tobillos y manos y orinas oscuras espumosas hace unos meses. Ecografía de vías urinarias: Riñones de tamaño normal, sin dilatación de vías urinarias. Formaciones anecocicas en ambos riñones, 28 mm (en RD) y 19 mm (en RI), compatibles con quistes. Con Doppler, ambos riñones se encuentran dentro de los

límites de la normalidad. Vejiga sin alteraciones eco-gráficas groseras.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Proteinuria en rango nefrótico, por lo que sospechamos algún tipo de glomerulopatía. Tras derivación a nefrología y pruebas complementarias se llega al diagnóstico de Síndrome de Alport.

Diagnóstico diferencial

Síndrome nefrótico, nefropatía IgA, nefritis lúpica, glomerulonefritis, enfermedad por membrana basal delgada.

Comentario final

La mayoría de pacientes con tensión arterial alta no presenta síntomas, por lo que las únicas herramientas que tenemos en nuestra consulta son la toma de tensión arterial (preferiblemente en domicilio) y la analítica con FG y creatinina, así como proteínas en orina. Estas últimas pueden ser uno de los primeros signos que nos indique un mal funcionamiento renal, por lo que son de alta importancia.

Bibliografía

- <https://www.kidneyfund.org/es/todo-sobre-los-rinones/otros-problemas-renales/la-presencia-de-proteinas-en-la-orina> <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/presion-arterial-insuficiencia-renal>

823/399. TUMOR CARCINOIDE TÍPICO

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

Mujer de 40 años de edad, no fumadora, sin antecedentes personales de jerarquía, que presenta cuadro de infección respiratoria condensante en LSI que cursó con hemoptisis. Tratada con Levofloxacino y CTC oral, se realizó posteriormente control radiológico que mostró resolución completa de un ténue infiltrado en hemitórax izquierdo. Meses previos consulta por accesos de tos improductiva acompañada de disnea con sibilantes. Ha tenido tratamiento con Enalapril y se le

ha cambiado a Losartan, persistiendo la tos y sin respuesta a tratamiento con Foster 2-2-2 con cámara

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Buen estado general. Consciente y orientada. No cianosis. Eupneica en reposo. SpO2 basal: 99%. Fc: 75. AR: buen murmullo vesicular en ambos campos pulmonares con alguna sibilancia inspiratoria aislada. Pruebas Complementarias: Rx de tórax: Volumen difuso del hemitórax izquierdo. ANALÍTICA: Hemograma: normal. VSG 6. Coagulación: normal. Bioquímica: Glucosa 134, CT 203, TG 187, resto normal. (Cribado de Neumoalergenos) negativo. ESPIROMETRÍA FORZADA: Patrón ventilatorio obstructivo moderado. TAC TORAX: En vía aérea presenta una lesión nodular de 11x15 mm que se encuentra en la porción distal del bronquio principal izquierdo condicionando obstrucción parcial sobre el bronquio lobar inferior izquierdo. No derrame pleural ni pericárdico-Parénquima pulmonar marcada hiperlucidez de todo en LII el cual presenta una disminución de su trama vascular en relación con obstrucción de la vía aérea para este segmento. BIOPSIAS ENDOBRONQUIALES: Compatible con infiltración bronquial por tumor carcinoide típico

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Juicio Clínico:—NEUMONIA DE LSI RESUELTA—A DESCARTAR HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL—TUMOR CARCINOIDE EN BPI

Diagnóstico diferencial

Entre las etiología posibles se plantea Papilomas, Adenoma, Fibroma, Hamartoma sin poder descartar la etiología neoplásica.

Comentario final

Los tumores carcinoides pulmonares son tumores infrecuentes. Las manifestaciones clínicas dependen de su localización anatómica. La evolución clínica suele ser silente, y algunos pacientes presentan dolor pleurítico, tos y disnea. El tratamiento quirúrgico es orientado hacia la resección pulmonar conservadora, y en casos de tumores atípicos se prefiere la resección amplia y la extirpación de ganglios linfáticos mediastínicos.

Bibliografía

- D. Palafox, J. Palafox, L. Álvarez-Correia, L. Flores Abordaje quirúrgico del tumor carcinoide broncopulmonar Surgical approach to the bronchopulmonary carcinoid tumor; Vol. 21. Núm. 1.Páginas 14-17 (enero-marzo 2014)

823/401. ¿ NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ?

Autores:

Redondo Salvador, M.¹, MORALES JMENEZ, M.², Navarro Gallardo, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del Caso

Mujer de 72 años AP: HTA, DM tipo II, Hipotiroidismo, Hipercolesterolemia. Acude a consulta médica refiriendo un cuadro de un mes de evolución de epigastralgia irradiada en cinturón hacia la espalda. RGE de larga data que solo controla con IBP. Alteración del hábito intestinal diarrea-estreñimiento y sd.constitucional (comenta perdida de peso de 15 kg en tres meses aproximadamente). Bultoma en región supraumbilical. Valorada por Endocrino recientemente donde ajustan insulina. La paciente relaciona descompensación con consumo frecuente de CTC por reagudización de asma.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen: blando y depresible, discretamente doloroso a la palpación en FII, además de palpación de nódulo indurado no móvil en región supraumbilical (sospechando nódulo de la hermana M^a José). Se realiza ecografía abdomen el C. de Salud donde se observa imagen hipoecogénica, borde no definido, poliglobulada,irregular, con vascularización central,de 12.7 mm x25 mm en zona centroabdominal en plano subcutáneo, no adherido a plano muscular. AS con MT: (CEA) 5,82 (< 5 ng/ml), alfafetoproteína (AFP) 3,91 (0-15 ng/ml), CA 19.9: 4.07 (0-40 U/ml). Hemograma normal, coagulación normal, glucosa: 125, Hb A1c 9.5% (7.4% sept.2023),THS normal, TG normal. Ag HPylori heces + TAC abdominopélvico con contraste iv :Neoplasia de cuerpo pancreático con ascitis y carcinomatosis peritoneal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cuadro constitucional a estudio y empeoramiento marcado de HbA1c. Nódulo supraumbilical (hermana M^a José). Metástasis cutánea umbilical. Adenocarcinoma de páncreas.

Diagnóstico diferencial

Tumores primarios de estómago, ovario, colon y páncreas.

Comentario final

La paciente fue remitida a Oncología médica e inició tratamiento quimioterápico. El nódulo umbilical “de la hermana María José” es un nódulo metastásico asociado a tumores digestivos y ginecológicos avanzados. A veces, este puede ser el único signo de estas enfermedades, por lo que se requiere un alto nivel de sospecha para lograr un diagnóstico temprano y así mejorar el pronóstico de los pacientes.

Bibliografía

- J. Pinedo E, Ojeda V, et al. Sister Mary Joseph's nodule. Rev Esp Enferm Dig Vol. 108, N.º 2, pp. 97, 2022.
- Campos Rivas R, Acha Arrieta V, Guarch R, et al. ¿Nódulo de la hermana María José?. An Med Interna 2023;22:555-6
- F. Salinas, L. Martínez, J. Egea, J. López..Nódulo de la hermana María José. Med Clin (Barc), 129 (2023), pp. 122.

823/407. NO TODO ES LO QUE PENSAMOS

Autores:

Cañaveras Leon, E.¹, Llamas Damián, M.², González Rodríguez, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares A Virgen de Linarejos. Linares. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares A Virgen de Linarejos. Linares. Jaén

Descripción del Caso

Paciente de 28 años sin antecedentes personales de interés. Camarera de profesión que acude a nuestra consulta por parestesias y tumefacción en MMSS desde hace dos meses. No otra sintomatología acompañante. Inicialmente se pautó analgesia y relajante muscular sin presentar mejoría, motivo por el que se reevalúa y se solicitan pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica dentro de la normalidad. A la exploración cervical: No inflamación, no lesiones cutáneas. Movilidad conservada. Dolor a la palpación por contractura muscular paravertebral cervical. No apofisalgia. Fuerza y sensibilidad conservada de en MMSS. Phalen y tinel positivo. Presenta inflamación en dedos (dedos en “salchicha”) con acompañado de cambio de

coloración, blanquecina y morada, en región distal de dedos de las manos compatible con Fenómeno de Raynaud. Rx cervical: sin lesiones óseas agudas Analítica: Hemograma, bioquímica sin alteraciones. Ac antinucleares positivo: Ac (IgG) anti RNP-U1 (70kDa + A + C

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Enfermedad mixta de tejido conectivo

Diagnóstico diferencial

Contractura muscular, fibromialgia, artritis reumatoide

Comentario final

La exploración de los pacientes debe ser completa a la hora de enfrentarnos a un signo o síntoma guía. En este caso clínico por la profesión que desempeñaba la paciente se asoció inicialmente una sobrecarga muscular en región cervical como causante de las parestesias y al persistir tras una pauta correcta de tratamiento se amplió estudio diagnosticándose de una enfermedad mixta de tejido conectivo.

Bibliografía

- *Protocolo diagnóstico de las parestesias y disestesias*
J. Celi Celi, M.R. Hernández Ramírez, D.E. Barbero Jiménez. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.04.008>.
DOI: 10.1016/S0716-8640(12)70330-9

823/408. PANCREATITIS: CUANDO EL DIAGNÓSTICO COMPLICA LA HISTORIA

Autores:

González Begines, V.¹, Gutiérrez Rodríguez, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del Caso

Hombre de 68 años, como antecedentes de interés destaca hipertensión arterial y algún episodio de dolor en hipocondrio derecho autolimitado, que avisa a urgencias extrahospitalarias por dolor abdominal intenso y difuso de 2 horas de evolución, sin fiebre, náuseas ni vómitos asociados.

Exploración y pruebas complementarias

A la valoración inicial: tensión arterial 122/82 mmHg, frecuencia cardíaca 102 lpm, SatO2 99% FiO2 21%. La

exploración abdominal mostraba un abdomen distendido, con datos de defensa abdominal generalizada. Se administra paracetamol y metamizol IV, y se decide traslado medicalizado al hospital de referencia, ante sospecha de perforación intestinal.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Pancreatitis aguda

Diagnóstico diferencial

Perforación intestinal

Comentario final

Tras el estudio en urgencias hospitalarias, se diagnosticó de pancreatitis aguda tras visualizar una elevación de amilasa en sangre por encima de 2000 U/L. Tras ello, se decidió ingreso en Digestivo donde, pocas horas después, el paciente comienza con empeoramiento del estado general: hipotensión, taquicardia, dificultad respiratoria y persistencia de datos de defensa abdominal, por lo que se realiza un TAC de abdomen que muestra datos de perforación intestinal asociada a una pancreatitis aguda necrotizante. Cirugía interviene al paciente con pocas expectativas de supervivencia ante la situación de fallo multiorgánico. Finalmente, el paciente fallece pocas horas después. La pancreatitis aguda suele manifestarse como un dolor abdominal intenso de poco tiempo de evolución, que puede irradiarse en cinturón, sin embargo, no suele mostrar datos de irritación peritoneal. Como complicación, puede asociarse, en raras ocasiones, a la perforación intestinal. Conociendo la exploración abdominal de nuestro paciente y el desenlace final, el paciente se habría beneficiado de un estudio más amplio, de forma precoz, valorando la posibilidad de una pancreatitis complicada.

Bibliografía

- Subirán MCC, Blázquez L. Perforación colónica, una rara complicación de pancreatitis aguda necrotizante. *Anales De Medicina Interna* [Internet]. 2006 [citado el 3 de febrero de 2025];23(5):235-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000500008&script=sci_arttext

823/410. NUNCA ES TARDE PARA DIAGNOSTICAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Aguilar Barceló, J.¹, García Balboteo, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

Mujer de 51 años que acude a consulta por tumoreación en mama derecha de dos meses de evolución, con aumento de tamaño desde entonces. Presentado además dolor mamario irradiado hacia clavícula y axila ipsilateral desde hacia mes y medio, motivo por el que acudió a urgencias. Aliviándose con tratamiento analgésico oral. Refiere astenia desde hace 2 meses. No pérdida de peso. No fiebre. No sudoración nocturna. No disnea. AP: Menarquia 17 años, Menopausia 2022. FO G1A1. Se solicita estudio radiológico de Torax urgente, tras lo cual es derivada urgentemente al Hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

T.A.: 134/83 F.C.: 80 Sat.: 98 % Temperatura: 36 °C
Buen estado general, consciente, orientada, bien hidratada y perfundida, afebril y eupneica en reposo. Mama derecha: Nódulo de aproximadamente 6 cm en cuadrantes superiores externo e interno, adherido, no doloroso a la palpación. Adenopatía axilar y supraclavicular derecha. Pezones retráctiles, pero desde siempre. Mama y axila contralateral sin lesiones. Sin adenopatías patológicas en cabeza y cuello, auscultación cardiaca y pulmonar normales, extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). Radiografía de tórax: Imagen multinodular bilateral en patrón de "suelta de globos".

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

El cuadro clínico, la exploración física y la radiografía de tórax, sugiere un Cáncer de mama derecho con metástasis pulmonares. La presencia de un nódulo mamario de gran tamaño, adenopatías regionales y lesiones pulmonares multinodulares apoya esta hipótesis.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad inflamatoria de la mama (aunque menos probable dada la ausencia de fiebre y eritema). Otras neoplasias metastásicas (poco probable sin otros focos primarios identificados).

Comentario final

A pesar de que el diagnóstico de enfermedad avanzada se ha realizado en Atención Primaria. Se requiere manejo multidisciplinar hospitalario para definir el tratamiento. Decidiéndose tratamiento Biológico (PEM-

BROLIZUBAM). Actualmente evoluciona con buenos resultados radiológicos y de marcadores. Esto nos hace ser optimista aún en estadio avanzados de esta enfermedad, con los nuevos tratamientos.

Bibliografía

- Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019;30(8):1194-1220.
- Gradishar WJ, Anderson BO, Abraham J, et al. Breast Cancer, Version 3.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2020;18(4):452-478.

823/411. UN LUGAR TRANQUILO, UNA MAÑANA CUALQUIERA.**Autores:**

Cerezo Sánchez, P.¹, Lara Carvajal, A.¹, Ramos Ontiveros, B.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

7 de enero, de 3 cupos médicos ese día se encuentran 2, Zona Básica a 1h aproximadamente del Hospital de Referencia, no tiene Unidad Móvil que atienda urgencias. Consulta 1, 9 am. Paciente sin cita: Dolor torácico típico de 1h de evolución. Antecedentes: Varón de 75 años DM2, dislipemia. ECG urgente: elevación ST de V1 a V5: se activa Código Infarto. Debido a distancia y ser patología crono-dependiente se solicita helicóptero para el traslado. Vuelta a pasar consulta Consulta 2, 11 am: ambulancia trae un paciente que ha sufrido una caída en supermercado y no puede mover medio cuerpo. Antecedentes. varón 77 años, HTA, hipercolesterolemia, DM2. Exploración: desviación de comisura bucal a la izquierda, hemiparesia hemicuerpo derecho y afasia mixta. Diagnóstico: ACV, activamos Código Ictus. Neurólogo de Referencia nos indica que ante la sospecha de lesión de gran vaso debemos derivar al otro Hospital de la provincia, que es el referente para éste código. Realizamos traslado medicalizado, teniendo que abandonar la consulta y dejando un pueblo de unos 5.000 habitantes con un sólo médico. En la misma zona, a la misma hora, otra médica lleva 2 pueblos y mientras se encuentra en

uno de ellos recibe una llamada de la enfermera(que se encuentra en el otro pueblo): Doctora, ha venido un paciente, le duele el pecho, le he hecho un electro y no me gusta: te lo mando. Al ver el ECG encontramos un BRI no conocido con elevación de ST en V1-V3 y AVR. Antecedentes personales: varón de 81 años con HTA y DM2. Se avisa a centro coordinador por SCACEST, que nos envíen inmediatamente ambulancia de traslado. Hablo con hemodinámica y envío foto de EKG. Indican derivación directa a sala de hemodinámica. Realizamos traslado medicalizado solicitando punto de encuentro con 061 dada la patología, distancia a Hospital de Referencia y dejar 2 puntos sin atención médica mínimo 2 horas.

Exploración y pruebas complementarias

ECG, analítica, TAC craneo, ICP 1^a

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

IAMCEST, ACV.

Diagnóstico diferencial

SCA, ACV.

Comentario final

Importancia de conocer protocolos patología crono-dependiente. Gestión de recursos.

Bibliografía

- Cruz JM, de Teresa E et al. Codinfa. Código infarto Andalucía. 2018. Disponible en:https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/codinfa_2018.pdf
- Aguayo J, Aguilera P et al. 2012. Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Disponible en:https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/MANUAL%20DE%20PROTOCOLOS%20ASISTENCIALES.pdf

823/418. DOCTORA, TENGO LESIONES EN MANOS Y BOCA, A QUÉ SE DEBEN?

Autores:

Ugarte Abollado, E.¹, Vaquero Baena, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba

Descripción del Caso

Paciente de Ecuador residente en España de 43 años que consulta por presentar exantema palmo-plantar y en mucosas. Previamente al inicio de las lesiones el paciente presentó odinofagia, sensación distérmica y mialgias. Fue a Urgencias en varias ocasiones y se pautó tratamiento con deflazacort 30 mg y bilastina 20mg/24h. Tras varias semanas de tratamiento el paciente no mejoró, por lo que vino a mi consulta. No tomó fármacos ni alimentos diferentes a los habituales.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Orofaringe algo eritematoso. Lesiones maculares y descamativas en palmas, plantas, tórax y mucosas. Serología de Lues con resultado positivo: RPR 1/1024, PRP+

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Sífilis secundaria

Diagnóstico diferencial

Síndrome boca-mano- pie. Tiña. Psoriasis. Eccema deshidratado

Comentario final

Se administró dosis de Penicilina G Benzatina im,2,4 x106 UI (2,4 MUI, tras su administración se produjo la reacción de Jarish- Herheimer. Solicitó analítica ITS y derivó a Infecciosas. Es importante tener en cuenta la sífilis en el diagnóstico diferencial en la erupción cutánea ya que es una gran simuladora y es importante el tratamiento precoz para evitar complicaciones.

Bibliografía

- C. Rozman, F. Cardellach, J.ç.M Ribera et al. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 19 edición. 2020.

823/424. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN LESIONES CUTÁNEAS SOS-PECHOSAS

Autores:

López Áviles, E.¹, Medina Cobos, A.², Rodríguez Valdés, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bonanza. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Residente

de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente de 45 años, sin antecedentes de interés, niega hábitos tóxicos o medicación habitual. Trabaja como administrativa y convive con su marido. Acude a consulta para valoración de lesión cutánea a nivel de muslo izquierdo, vista en 2018 por dermatología y catalogada de Nevus de Reed con controles periódicos por nuestra parte. Nos indica que en los últimos 6 meses ha presentado ligero aumento de tamaño y sangrado esporádico, que achaca al roce con la ropa. No presenta antecedentes de melanoma, no tiene exposición solar laboral y usa frecuentemente foto-protección, evitando quemaduras solares sobre todo a ese nivel. En dermatoscopia se observa patrón en estallido de estrellas que no rodea toda la periferia junto con asimetría en uno de sus cuadrantes, siendo ambos rasgos atípicos por lo que se deriva para extirpación en servicio de dermatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y colaboradora. Presenta fototipo II, normohidratada y normoperfundida, sin lesiones a otros niveles. En cara interna del muslo izquierdo presenta mácula melánica única de 0.5cm de diámetro que tras observación por dermatoscopia presenta rasgos atípicos. El informe de anatomía patológica confirma proliferación melanocítica tipo Reed con atipia, altamente sugerente de melanoma.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Melanoma

Diagnóstico diferencial

Nevus de Reed, nevus melanocítico compuesto.

Comentario final

La dermatoscopia es una herramienta de gran utilidad en las consultas de atención primaria para la detección precoz de lesiones cutáneas malignas o seguimiento de aquellas que puedan plantear dudas diagnósticas. Los nevos de Reed suelen mostrar un patrón dermatoscópico reconocible (estallido de estrellas) pero pueden simular clínica e histopatológicamente a un melanoma siendo necesaria su extirpación ante datos de atipia o crecimiento acelerado. En nuestro caso, se consideró como malignización a melanoma y precisó ampliación de bordes quirúrgicos.

Bibliografía

- Mayor Arenal M, Pizarro Redondo A, Tejerina González E, Sigüenza Sanz M, Burón Álvarez I, Contreras Rubio F, et al. Nevo de Reed: un simulador clínico y dermatoscópico de melanoma. *Actas Dermosifiliogr [Internet]*. 2001;

823/425. DIFICULTADES NEUROLÓGICAS EN UN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA Y MASA PULMONAR

Autores:

Galán Rodríguez, G.¹, Narváez Gómez, L.², Luque Barberán, T.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente de 62 años, exfumador desde hace 5 años. Presenta dolor en el cuello izquierdo y alteraciones del lenguaje, específicamente afasia nominativa recurrente, sin cefalea ni otros síntomas neurológicos. No hay afectación motora ni antecedentes personales relevantes. Se activa código ICTUS ante exploración neurológica en un paciente con Ranking 0 y NIHSS 4

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: TA 144/94 mmHg, saturación de oxígeno 95%. Exploración Física: Bien orientado, normocolorado, eupneico en reposo. Cuello: eritema e inducción en el lado izquierdo. ACP: rítmico sin soplos, MVC conservado con sibilantes en el campo anterior derecho. Abdomen: blando, depresible, sin dolor ni signos de irritación peritoneal. Extremidades: sin edemas, pulsos pedios presentes y simétricos. Neurológica: consciente, afasia nominativa, comprensión alterante normal, debilidad palpebral derecha, sin alteraciones en los pares craneales, fuerza conservada. Pruebas complementarias:-Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos relevantes-TAC cráneo, Angio-TC, TC tórax: Trombosis del seno venoso transverso y sigmoide izquierdo, extendiéndose a la vena yugular interna y al tórax, junto con trombosis del tronco venoso braquicefálico izquierdo y de la vena subclavia izquierda. Masa

hiliar derecha con estenosis del bronquio del lóbulo superior derecho, engrosamientos sugestivos de linfangitis carcinomatosa y derrame pleural moderado en el lado derecho y leve en el izquierdo. TAC de cráneo sin hallazgos significativos

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neoplasia de pulmón en el lóbulo superior derecho, asociada a una trombosis venosa que afecta el sistema venoso intracranegal y cervical.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular Neoplasia pulmonar primaria o metastásica. Tromboembolismo venoso.

Comentario final

Este caso destaca la complejidad de la presentación clínica y la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de neoplasias pulmonares asociadas con complicaciones trombóticas. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- Heit JA, et al. (2016). "Epidemiology of venous thromboembolism." *Journal of Thrombosis and Haemostasis*.
- Goldstraw P, et al. (2016). "The 8th edition of the TNM classification for lung cancer: what's new?" *European Journal of Cardiothoracic Surgery*. Jansen JP, et al. (2019). "The impact of lung cancer on quality of life." *Lung Cancer*. Meyer G, et al. (2019). "Cancer-associated thrombosis: an update." *European Respiratory Review*.
- Baker WL, et al. (2016). "Incidence of venous thromboembolism in patients with cancer: a systematic review." *Blood Advances*.

823/432. NO TODAS LAS ADENOPATIAS INFECCIOSAS SON ENFERMEDAD DEL BESO.

Autores:

García Balboteo, J.¹, Aguilar Barceló, J.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

Paciente mujer de 39 años que acude porque 4 días antes, se detectó un bulto en región inguinal derecha y

días después, se lo detectó en la izquierda, refiere que le molesta al caminar. Posteriormente aparecieron adenopatías en cuello, manifiesta mucho cansancio sin fiebre. Manifiesta una relación sexual sin protección, con un desconocido, 1 mes antes. AP: No patología conocida. No riesgo cardiovascular. Tras completar estudio es remitida a consulta externa de hospital de referencia con diagnóstico de confirmación para completar estudio, tratamiento y seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Peso: 49 kg. Talla: 162 cm. F.C.: 79 Sat.: 99 % Temperatura: 36 °C General: Buen estado general. Consciente, alerta y orientado, bien hidratado, perfundido, y coloreado, afebril, eupneico en reposo. Cabeza y cuello: adenopatías laterocervicales bilaterales rodaderas e indoloras Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalías, no signos de reacción peritoneal, peristaltismo conservado. Adenopatías móviles en ambas regiones inguinales, de pequeño tamaño. Exploración Neurológica: Glasgow 15, pares craneales normales, PIC-NR, fuerza global y segmentaria conservada. Analítica: Glucosa:84. Creatinina:0,77. GOT:15. GPT:9. GGT: 28. Colesterol:159. HDL:42. LDL:99. Trigliceridos:91. Hemograma: LEUC 3,96, HB 16,6, HTC 52,3, VCM 101, Plaq 136.000. Treponema: Negativo. Virus B: Negativo-Virus C: Negativo-VIH (Ag P24 y Ac positivo, Ac Confirmación positivos) CD4+ 505, Carga viral 1250. ECOGRAFIA INGUINAL:Se identifican adenopatías inguinales bilaterales de 1,8 cm con centro graso y características inflamatorias. Rx torax 2 planos: sin hallazgos.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

- Linfadenopatía generalizada.
- Infección por el VIH estadio: B1

Diagnóstico diferencial

Mononucleosis infecciosa. Linfoma. Tuberculosis ganglionar.

Comentario final

El cuadro clínico de linfadenopatía generalizada, junto con la confirmación serológica, sugiere una infección por VIH en estadio B1. Las adenopatías pueden estar presente tanto en la infección aguda o crónica por VIH. En nuestro caso se trató de la fase aguda. La importancia del diagnóstico precoz desde Atención Primaria, conlleva un mejor pronóstico e inicio de tratamiento.

Bibliografía

- World Health Organization (WHO). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO; 2021.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.

823/433. LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE DIABÉTICO

Autores:

Sánchez Martínez, I.¹, Hidalgo López, R.², Muñoz Gámez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Burguillos. Burguillos. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del Caso

Paciente de 59 años con antecedentes de SAOS, HTA, dislipemia y DM tipo 2 con mal control metabólico. Atendido en repetidas ocasiones en consulta de Atención Primaria y en Urgencias por brotes desde hace años de lesiones ampollosas en miembros inferiores, tratándose con diferentes pautas de antibióticos tópicos y orales.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones ampollosas fluctuantes con contenido líquido y lesiones residuales pigmentadas de gran extensión en ambos miembros inferiores. Sin signos inflamatorios ni de infección activa. Pulsos presentes y simétricos. No edema. No signos de TVP. Se realiza analítica con HbA1c 10,5%. Resto de parámetros dentro de la normalidad. Cultivo de exudado de las lesiones: negativo. Se realiza seguimiento en consulta de Atención Primaria y curas locales por enfermería, con resolución del cuadro a las pocas semanas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Bullosis diabetorum (ampollas diabéticas).

Diagnóstico diferencial

Infección cutánea, aunque la ausencia de signos clínicos de infección y el cultivo negativo descartan causa infecciosa. Penfigoide ampolloso. Dermopatía diabética-

ca y necrobiosis lipídica, trastornos relacionados con la diabetes y con los que se podrían confundir las lesiones residuales en miembros inferiores.

Comentario final

La bullosis diabetorum es un trastorno poco común que forma parte del espectro de manifestaciones cutáneas de la diabetes. Su patogenia es desconocida y su diagnóstico es clínico. Cursa con la aparición de ampollas y flictas de contenido líquido claro, estériles, en extremidades, que curan espontáneamente en 2-6 semanas. El tratamiento es sintomático. Como Médicos de Familia, está en nuestras manos transmitir tranquilidad al paciente y explicar el curso crónico aunque autolimitado de este trastorno, siendo importante el abordaje integral junto con enfermería y el adecuado control y seguimiento de su enfermedad.

Bibliografía

- Chouk C, Litaiem N. *Bullosis diabetorum*. StatPearls [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539872/>

823/434. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍFILIS SECUNDARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Barrera Fernández, V.¹, Jiménez Navajo, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín de la Torre D. José Molina Díaz. Alhaurín de la Torre. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 70 años. Sin alergias conocidas. Sin antecedentes médicos. No fumador, no refiere alcoholismo ni abuso de drogas. Pareja del mismo sexo, manteniendo además ambos una relación abierta, con distintas parejas sexuales. Acude al centro de salud solicitando analítica de sangre rutinaria, y durante la consulta comenta la aparición desde hace unas semanas de una erupción cutánea que se extiende por torso, extremidades y palmas de las manos, sin fiebre asociada, no pruriginosa y sin referir otras lesiones acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones maculopapulosas puntiformes de distribución por torso, extremidades y palmas y plantas de los pies. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes. Dados los antecedentes personales, se solicita junto al hemograma y bioquímica, serología en sangre y orina para ETS, siendo positiva la determinación indirecta para sífilis y negativa para otras infecciones. Se notifica como enfermedad de declaración obligatoria, se deriva para seguimiento por infecciosas y se inicia tratamiento con penicilina benzatínica una dosis semanal durante tres semanas al encontrarse en fase secundaria¹, tras la cual el paciente se recuperó por completo.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Sífilis secundaria.

Diagnóstico diferencial

Pitíasis rosada, intoxicación alimentaria, psoriasis en gotas, prurigo, exantema vírico.

Comentario final

Sífilis supone un reto diagnóstico ya que sus síntomas, sobre todo en la fase secundaria, se encuadran entre “las grandes imitadores” siendo sus manifestaciones en muchos casos indistinguibles por sí solas de las de otras enfermedades con afectación en piel y mucosas. Además, los períodos de latencia entre estadios, el curso asintomático en muchos pacientes¹, o la disminución de casos en nuestro medio, hacen que sea aun más complicado su diagnóstico. En este caso, se muestra el papel preeminente que el médico de familia tiene a la hora de diagnosticar esta enfermedad, ya que por un síntoma en apariencia banal referido de manera casual se pudo sospechar, gracias a los datos no solo clínicos, si no también al conocimiento de los factores personales, en este caso aquellos que suponían prácticas sexuales de riesgo, que tanto priman en la atención primaria.

Bibliografía

- *Sífilis [Internet]. Who.int. [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>*

823/441. CUANDO HABLAS CON LA PACIENTE, SUELE SER CASO CERRADO!

Autores:

Ávila Rivera, J.¹, Díaz Ceballos, E.², Lerena Flores, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga, (2) Enfermera. Centro de Salud Victoria. Málaga, (3) Enfermero. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga

Descripción del Caso

Paciente mujer de 66 años, alérgica a Fosfocina y Penicilina. Antecedentes de EPOC eosinofílico de alto riesgo, trastorno histriónico, somatizaciones y síndrome depresivo. Fumadora de 40 cigarrillos/día. Se trata de una paciente hiperdemandante, con una media de tres consultas semanales con su Médico y dos o tres atenciones en urgencias, ya sea por llamada, aviso a domicilio o acudiendo directamente al centro. Lleva 15 años consultando, principalmente por disnea, diarrea, ansiedad o epigastralgia. Gran parte de sus episodios corresponden a la esfera somática o emocional, resolviéndose rápidamente si no requiere derivación hospitalaria por crisis respiratoria (tres en el último año) o ingreso en Salud Mental (una vez) simplemente con escucha activa o diálogo. Frecuentemente cambia el motivo de consulta (fiebre, disnea, epigastralgia, diarrea, insomnio), derivándolo a nerviosismo o reconociendo que solo busca compañía. En las últimas visitas, se ha intentado desviar la anamnesis hacia temas cotidianos o reforzar su tratamiento y hábitos de salud, siendo esto positivo para la paciente, para la comprensión de su base somática de la patología, reducción de la necesidad de demanda y desprescripción de fármacos y polifarmacia.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Su domicilio siempre huele a tabaco y, si la visita no es concertada, suele estar fumando. Se muestra verborreica. Auscultación cardiorespiratoria normal salvo en agudizaciones de EPOC. Abdomen normal, salvo epigastralgia discontinua y mal definida, modificada durante la exploración cuando se le da conversación o escucha activa o simple apoyo emocional.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Predominio de somatización sobre patología orgánica, con demanda continua de atención médica como vía de alivio emocional.

Diagnóstico diferencial

Patología orgánica Somatización Patología psico-emocional Soledad

Comentario final

La relación médico-paciente es crucial para reducir medicación, mejorar adherencia y calidad de vida. Se mejoró adherencia tras verificar medicación y pautas de toma, reduciendo su ansiedad al comprender mejor su patología. Disminuyó consumo de tabaco a 15 cigarrillos/día, caminó más, al acudir andando para valoración. La comunicación efectiva/efectiva le permitió expresar problemas personales que influyen en su patología de base y sintomatología. Mejora en auto-percepción de salud y autocontrol de síntomas.

Bibliografía

- Grimaldi A. Relación médico-paciente en la enfermedad crónica. EMC-Tratado de Medicina. 2020;24(4):1-6.

823/453. TEMPESTADES QUE ARREBATAN EL AIRE.

Autores:

Aparicio Castaño, E.¹, Aparicio Castaño, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Huércal de Almería. Huércal de Almería. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Benahadux. Almería

Descripción del Caso

Se recibe aviso de varón de 79 años por aumento de disnea basal hasta mínimos esfuerzos progresiva y brusca de pocos días. Tiene Adenocarcinoma de pulmón estadio 4 en tratamiento paliativo desde hace varios meses, Enfermedad de Parkinson, Epoc enfisematoso, entre otros. Conciencia de enfermedad y gravedad sin conspiración de silencio. Asocia edematisación global, con expectoración abundante y tiraje subcostal moderado.

Exploración y pruebas complementarias

Malestar general, glasgow 15/15. SatO 93% con Oxígeno a 3 litros. TA 170/110 mmhg. Fc 110 lpm. Taquipneico, con tiraje subcostal significativo. AP; crepitantes en ambos hemicampos pulmonares e hipoventilación panfocal. AB; dolor generalizado, impresiona oleada ascítica sin timpanismo. Edemas en mmii moderados hasta tercio medio. Se traslada a hospital de referencia, tras estudio se evidencia derrame pleural severo e Insuficiencia respiratoria, que precisa toracocentesis

evacuadora. Posterior evolución tórpida durante el ingreso hasta el éxito del paciente.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Derrame pleural severo en paciente paliativo Situación de últimos días

Diagnóstico diferencial

Edema agudo de pulmón Tromboembolismo pulmonar Ascitis peritoneal

Comentario final

Las enfermedades en estadio paliativo engloban gran diversidad de complicaciones, siendo algunas de ellas más frecuentes aún en la situación de últimos días. En el caso que presentamos, de un derrame pleural severo en un paciente con patología oncológica pulmonar se quiere resaltar el gran impacto físico y emocional tanto para el paciente como para su familia en entidades de una gravedad considerable. Siendo por tanto esencial un abordaje transversal de la afectación clínica como espiritual para intentar aliviar, acompañar, paliar de la mejor manera posible tanto al paciente como a sus allegados más cercanos.

Bibliografía

- Liao S, Arnold RM. Editorial: Caring for caregivers: the essence of palliative care. J Palliat Med 2006; 9: 1172.
- Rudilla D, Oliver A, Galiana L, Barreto P. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. Psychosocial Intervention, 2015; 24(29): 79-82.

823/459. LA NIÑA TIENE PLACAS

Autores:

Fons Díaz, A.¹, Palma Marín, M.², Fons Cañizares, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. 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 Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del Caso

Paciente mujer de 14 años que acude a consulta de Atención Primaria por odinofagia desde la noche previa, un vómito, cefalea y fiebre de hasta 38°C.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, destacan ausencia de adenopatías laterocervicales, hiperemia faríngea y exudado en sábanas e hipertrofia unilateral de la amígdala derecha. No trismus, no induración del suelo de la boca. Test streptococo negativo.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Tras el hallazgo de hipertrofia amigdalar unilateral sin otros síntomas de alarma se decide derivar a la paciente por sus propios medios a Urgencias del Hospital de referencia, allí es valorada por otorrinolaringología que descartó el absceso periamigdalino y realizó diagnóstico de sospecha de amigdalitis de Plaut-Vincent o angina de Vincent, y tratamiento dirigido con amoxicilina/clavulánico 875/125mg cada 8 horas 7 días, metronidazol 250mg 2 comprimidos cada 8 horas 7 días, deflazacort 30 mg cada 24 horas 3 días acompañado de omeprazol 20 mg, además de tratamiento con paracetamol 650 mg cada 8 horas para la fiebre. Al alta, se citó a la paciente una semana después para revisión en consultas externas de otorrinolaringología pero ésta precisó acudir a urgencias tras 48 horas de tratamiento antibiótico por persistencia de fiebre elevada, el único cambio de tratamiento fue cambiar la posología del corticoide a una pauta descendente.

Diagnóstico diferencial

Absceso periamigdalino; Angina de Plaut Vincent; otras amigdalitis bacterianas (lúética, gonocócica); amigdalitis candidásica

Comentario final

La faringoamigdalitis es uno de los principales motivos de consulta en población pediátrica y en adolescentes, siendo más frecuente la etiología vírica (Adenovirus). Dentro de las amigdalitis bacterianas más frecuentes encontramos la causada por *S. pyogenes*, diagnóstico que en los últimos años se ha visto apoyado en los test rápidos. Para realizar un enfoque diagnóstico es fundamental realizar una anamnesis dirigida y una exploración física en la que se descarten los síntomas y signos de alarma que pudiesen cambiar nuestro diagnóstico. La Angina de Plaut-Vincent (boca de trinchera) es una amigdalitis ulcero-necrótica de predominio unilateral producida por microorganismos anaerobios (*Fusobacterium necrophorum*) y espiroquetas (*Treponema vincentii*).

Bibliografía

- Rodríguez-Rodríguez M, Rodríguez-Rosell V, Rodríguez-Asensio J. Amigdalitis unilateral: angina de Plaut-Vincent. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2020;46(2):e9-e10.

823/463. DOS MÁS DOS, A VECES SON TRES.

Autores:

Altamirano Carrillo, A.¹, Barco Núñez, P², Naranjo Martín-Prieto, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla

Descripción del Caso

Paciente de 78 años que acude a Urgencias del CS por caída desde su propia altura mientras se dirigía al baño a primera hora de la mañana. Nos comenta que ya en otras ocasiones se había sentido inestable, pero no había llegado a caerse. Desde la caída no ha vuelto a deambular. No TCE. Niega cortejo vegetativo previo. No pérdida de conciencia. AP: HTA

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, se encuentre en camilla. TA: 135/66, FC: 75 lpm, Sat O2: 96% sin aportes. Rotación externa de miembro inferior derecho con acortamiento de este. Pulso pedio presente. Exploración neurológica sin alteraciones. No se explora la marcha por imposibilidad de deambulación. Rx caderas AP y axial : fractura subtrocantérea derecha. EKG: ritmo sinusal a 75 lpm, con QRS estrecho y sin otras alteraciones.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hidrocefalia Normotensiva del Adulto.

Diagnóstico diferencial

Síncope vasovagal. Síncope cardiógenico. Crisis epiléptica

Comentario final

Tras visualizar la fractura en radiografía, se coordina traslado a Urgencias Hospitalarias. Mientras tanto, revisamos la historia clínica en búsqueda de medicación que aumentase la somnolencia nocturna y pudiese fa-

vorecer las caídas. En la tarjeta tenía recetado enalapril de 20 mg para el control tensional y mirabegrón 50 mg ya que refería incontinencia de urgencia desde hacía unos 3 meses. En la historia clínica, más allá de algunas citas de renovación de medicación y registro de AMPA, destaca una consulta en la que refería pequeños fallos mnésicos y dificultad para la concentración desde hacia un mes por lo que había sido derivado a Neurología. Ante la presencia de incontinencia urinaria, alteraciones de la memoria y marcha inestable, sospechamos que pudiese tratarse de un caso de hidrocefalia normotensiva del adulto. Incluimos dicha sospecha en el informe. En el servicio de Urgencias se realizó TAC craneal donde se visualizó tamaño aumentado de los ventrículos cerebrales. En ocasiones puede ser difícil identificar a estos pacientes, porque los síntomas que presentan son con mucha frecuencia, atribuidos a la edad. Por ello, es de suma utilidad conocer la existencia de la Triada de Hakin-Adams y poder diagnosticarlos y tratarlos y así prevenir los daños a corto y largo plazo que generan esta entidad.

Bibliografía

- 1UpToDate [Internet] https://www.uptodate.com/contents/normal-pressure-hydrocephalus?search=normal-pressure-hydrocephalus&source=search_result&selectedTitle=1%7E27&usage_type=default&display_rank=1

823/465. ARDOR DESGARRADOR SIN ESPEJISMO.

Autores:

Aparicio Castaño, E.¹, Aparicio Castaño, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Huércal de Almería. Huércal de Almería. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Benahadux. Almería

Descripción del Caso

Se presenta el caso de un varón de 78 años que consulta en centro de salud por dolor centrotorácico de 2 días de evolución, iniciado en reposo, que no remite ni empeora con los esfuerzos, sin sensación de disnea asociada. Ni cortejo vegetativo. Tiene antecedente de Aneurisma de aorta intervenido hace años, Hipertensión arterial y enfermedad Parkinson. No refiere episodio de dolor torácico similar conocido. Tras exploración física y electrocardiograma en centro de salud sin hallazgos, dados antecedentes

personales se decide traslado a hospital de referencia para completar estudio, a pesar de no tratarse de un dolor torácico típico.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física; TA 150/75 mmhg Fc 88 SatO 95% basal. AC: rítmico con refuerzo sistólico en foco aórtico. AP: mvc sin ruidos sobreañadidos En Hospital de referencia se completa estudio analítico con hemograma y bioquímica normales. Electrocardiograma normal sin alteración de la repolarización. Angiotac torax; Disección aórtica tipo A de stanford, afectando a la arteria carotida común izquierda. Se identifica intervención en raíz aórtica y dilatación aneurismática posterior de 6 cm de diámetro. Se observa relleno de contraste tanto de la luz verdadera como de la luz falsa. Tras hallazgos el paciente ingresa en planta de Unidad de cuidados intensivos.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Disección de aorta ascendente

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario Infección respiratoria Epigastralgia

Comentario final

Tanto el dolor torácico como el dolor epigástrico son habituales en la práctica diaria de la labor asistencial. Sin embargo la disección de aorta es más infrecuente, no por ello menos importante. Siendo aún más necesario tener presente su presentación clínica así como sus factores de riesgo para evitar, como en este caso, un diagnóstico tardío al tratarse de una entidad con una morbilidad moderada.

Bibliografía

- Roberts CS, Roberts WC. Aortic dissection with the entrancetear in the descending thoracic aorta: analysis of 40 necropsy patients. Ann Surg. 1991;213:356-6
- Pretere R, Von Segesser LK. Aortic dissection. Lancet. 1997;349:1461-4.

823/470. "DOCTORA, TENGO UN SAN-GRADO ANAL". A PROPÓSITO DE UN CASO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

González Romero, R.¹, Arjona Carpio, B.², Pacheco García, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Bailén. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén

Descripción del Caso

Paciente varón de 48 años, homosexual, con historia de dislipemia en tratamiento, que acude a consulta médica ordinaria de Atención Primaria refiriendo sangrado anal de escasa cuantía de dos semanas de evolución. Niega estreñimiento, vómitos, dolor abdominal o síndrome constitucional asociado. Destaca antecedente de contacto sexual de riesgo (sexo anal sin preservativo) hace 4 meses.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, se evidencia una úlcera inducida en margen anal derecho, no dolorosa, con fondo limpio y exudado seroso, que impresiona de chancro, sin adenopatías locoregionales. Tras estos hallazgos, se solicita analítica con hemograma, bioquímica, serología de infecciones de transmisión sexual (ITS) y PCR de ITS de exudado anal. Los resultados sugieren infección actual por *Treponema pallidum* con prueba no treponémica RPR positiva a títulos elevados (1/32). Se instaura tratamiento con Penicilina G Benzatina 2,4 millones de unidades intramuscular en dosis única. Posteriormente, se realiza estudio epidemiológico de los contactos y seguimiento del paciente con controles serológicos periódicos.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Sífilis primaria.

Diagnóstico diferencial

Herpes simple genital, traumatismo genital, carcinoma genital, cancroide, linfogranuloma venéreo, erupción fija medicamentosa.

Comentario final

La sífilis es una enfermedad sistémica aguda y/o crónica causada por una espiroqueta (*Treponema Pallidum*). Se trata de una ITS, de declaración obligatoria, que presenta varias formas de manifestación clínica (sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria) y cuyo diagnóstico se basa en pruebas directas (campo oscuro) e indirectas (serológicas). Este caso pretende ser un ejemplo del papel fundamental que tiene el Médico

de Atención Primaria en la detección de las ITS, cuya prevalencia se está incrementando de una forma exponencial en los últimos años.

Bibliografía

- Hidalgo Benito A, García Ramón E, García Álvarez I, de la Fuente Ballesteros S, García Ramos V, Hernández Carrasco M, et al. *Sífilis: ¿una enfermedad actual?*. Med Gen Fam. 2019;8(1):23-26.
- Aldaz Herce P, Gómez Marco JJ, Javierre Miranda AP, Martín Martín S, Morató Agustí ML, Moreno Millán N, et al. *Prevención de las enfermedades infecciosas*. Grupo de expertos del PAPPS. Aten Primaria. 2016;48(supl 1):60-76.

823/472. DOCTOR, NO PUEDO RESPIRAR BIEN

Autores:

Lara de la Torre, M.¹, Lorenzo Santamaría, B.², Moreno Leiva, R.¹

Centro de Trabajo:

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

Descripción del Caso

Paciente de 64 años con AP de macroadenoma hipofisario, trastorno ansioso- depresivo, arteriopatía periférica, exfumador y exbebedor acude refiriendo desde el día anterior dificultad para la inspiración profunda, dolor que impresiona pleurítico. No ortopnea ni DPN al inicio del cuadro, niega dolor torácico, no clínica vegetativa. No edemas. Comenta leve viriasis respiratoria los días previos. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada, COC, eupneico en reposo pero SatO2 oscila entre 89-98% con la conversación, FC: 110 lpm, TA: 115/80 mmHg, Glucemia 132, T^o 36.5°C. Auscultación cardíaca: rítmica, no soplos. Auscultación pulmonar: leve hipofonesis generalizada, leves crepitantes bibasales. No edemas ni signos de TVP en MMII. ECG: taquicardia sinusal a 115 lpm, BRI, elevación del ST de V2-V4. Rx de tórax: no aparición de infiltrados ni condensaciones, hilios engrosados, no derrame pleural, ICT >50% no presente en estudios previos. Analítica: Hemograma normal salvo ligera monocitosis. Coagulación normal. Bioquímica: Glucosa 227 mg/dl, triacilglicerol lipasa 78

U/L, LDH 286 U/L. Dímero D normal, PCR normal. Eocardiograma: derrame pericárdico severo y miocardiopatía dilatada con FEVI severamente deprimida de origen isquémico vs alcohólica. Estudio líquido pericárdico: cultivo convencional y auramina negativos. Ecografía abdominal: sin hallazgos patológicos. TAC toracoabdominopélvico: sin evidencia de neoplasia. Cardiomegalia. Mínimo derrame pericárdico, moderado derrame pleural bilateral y discreta cantidad de líquido libre intrabdominal. AngioRM cardiaca: Miocardiopatía dilatada con FEVI severamente deprimida con insuficiencia mitral y tricúspide. Hipertension pulmonar radiológica. Derrame pleural bilateral moderado y derrame pericárdico leve.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA CON FEVI SEVERAMENTE DEPRIMIDA.

Diagnóstico diferencial

TEP. Derrame Pleural. Neumonía.

Comentario final

El derrame pericárdico con taponamiento cardíaco es una emergencia médica que se caracteriza por hipotensión, taquicardia, presión venosa yugular elevada y pulso paradójico, en la mayoría de los casos de carácter idiopático, pero también puede ser secundario a determinadas enfermedades cardíacas como infarto de miocardio, neoplasias, infecciones y determinadas enfermedades autoinmunes.

Bibliografía

- A. Ristic, M. Imazio, A. Yehuda, A. Anastakis, L.P. Badano, A. Brucato, et al. *Triage strategy for urgent management of cardiac tamponade*. *Eur Heart J.*, 35 (2014), pp. 2279-2284.

823/473. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. UN HALLAZGO CASUAL

Autores:

Redondo Salvador, M.¹, MORALES JIMÉNEZ, M.², Castro Gómez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del Caso

Varón de 72 años, hipertenso, fumador crónico, con antecedentes de dislipemia acude a consulta de atención primaria por dolor abdominal de inicio súbito, intenso, localizado en mesogastrio y fosa iliaca izquierda, sin irradiación. No fiebre, vómitos ni alteraciones del tránsito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

Estado general: Paciente consciente, sudoroso, con malestar general. Signos vitales: PA 140/85 mmHg, FC 96 lpm, SatO2 98%. Exploración abdominal: Masa pulsátil en mesogastrio, indolora a la palpación, con latidos sincrónicos con el pulso radial. No signos de peritonismo. Ecografía abdominal de urgencia: Dilatación aórtica infrarrenal de 6.2 cm con trombo mural. Angio-TC: Aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal de 6.5 cm con trombo mural parcial y sin signos de rotura activa.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Aneurisma de Aorta Abdominal como diagnóstico en paciente con dolor abdominal y masa pulsátil.

Diagnóstico diferencial

Colico nefrítico. Tumores retroperitoneales (sarcomas, linfomas, metástasis). Diverticulitis complicada. Obstrucción intestinal. Quiste ovárico roto o torsión ovárica.

Comentario final

El paciente fue derivado a cirugía vascular para evaluación prequirúrgica y manejo electivo. Se programó reparación endovascular con endoprótesis (EVAR) debido al tamaño del aneurisma y factores de riesgo. El aneurisma de aorta abdominal es una dilatación anómala de la aorta, que puede ser asintomática hasta alcanzar un tamaño crítico. Se asocia a un alto riesgo de rotura cuando supera los 5.5 cm, lo que representa una emergencia quirúrgica con alta mortalidad. El Aneurisma Aorta abdominal es una patología potencialmente mortal. La detección temprana de una masa pulsátil abdominal en un paciente con factores de riesgo debe alertar sobre esta entidad. La imagen diagnóstica confirma el diagnóstico y guía el manejo, que puede ser electivo o urgente en caso de signos de rotura.

Bibliografía

- Giner-Ruiz S, Abós-Cenarro MT, Estrada-Lázaro IM, Morales-Hernández I, Serrano-Moreno AC. Aneurisma de aorta abdominal. Un dolor desleal. *Sanid Mil*. 2022;78(1):30-32.

- Duque Santos A, Reyes Valdivia AA, Miguel Morrondo A, Ocaña Guaita JL. Actualización del diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal inflamatorios. *Angiología*. 2016;68(2):142-147.

823/476. ATAXIA CEREBELOSA AGUDA EN MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Redondo Salvador, M.¹, MORALES JIMENEZ, M.², Navarro Gallardo, P¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del Caso

Adolescente de 14 años, previamente sano, que consulta por fiebre, odinofagia y fatiga de diez días de evolución. Presenta inestabilidad al caminar. Dificultad para coordinar movimientos finos. Temblor leve en extremidades superiores. Exploración neurológica: Ataxia de la marcha con dismetría en pruebas dedo-nariz. Nistagmo horizontal leve. Reflejos osteotendinosos normales. No signos de hipertensión endocraneal.

Exploración y pruebas complementarias

Hemograma: Linfocitosis con atipia. Serología VEB: IgM positiva. RM cerebral: Sin alteraciones estructurales. LCR: Sin pleocitosis ni signos de infección activa.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Ataxia cerebelosa aguda postinfecciosa secundaria a mononucleosis infecciosa.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por alcohol. Hipoglucemia severa. Accidente cerebrovascular cerebeloso. Enfermedades desmielinizantes (como esclerosis múltiple).

Comentario final

El paciente estuvo en reposo y vigilancia neurológica. Manejo sintomático con fisioterapia. Resolución espontánea en 3 semanas sin secuelas. La mononucleosis infecciosa (MI), causada por el virus de Epstein-Barr (VEB), es una enfermedad viral frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque la presentación clásica incluye fiebre, linfadenopatía y faringoamigdalitis,

pueden surgir complicaciones neurológicas raras, como la ataxia cerebelosa aguda (ACA), complicación infrecuente pero benigna de la mononucleosis infecciosa, cuya identificación en atención primaria es clave para un manejo oportuno.

Bibliografía

- Ravindranath Y, Braganza J, Shankarappa M. Acute cerebellar ataxia: A review. *Neurol India*. 2022;70(3):692-701.
- Farrugia M, Zschocke J, Orozco R, et al. Acute cerebellar ataxia in children: The role of post-infectious etiology and viral infections. *Pediatr Neurol*. 2023;126:99-104.
- Baumgartner H, Waldvogel P, Haller T, et al. Acute cerebellar ataxia as a rare complication of Epstein-Barr virus infection in an adolescent: A case report. *J Pediatr Infect Dis*. 2023;42(4):400-403.

823/477. INTEGRACIÓN DE LA TELECONSULTA EN EL DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

De Oliveira Seruca, V.¹, Rodríguez Pérez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del Caso

Paciente varón de 60 años, sin antecedentes familiares de interés, con antecedentes de obesidad, diabetes tipo II, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño y esteatosis hepática en tratamiento con metformina 850mg/canaglifozina 50mg cada 12 horas, olmesartán 40mg/amlodipino 10mg/Hidroclorotiazida 25mg cada 24 horas. Acude a consulta de atención primaria refiriendo presentar desde hace aproximadamente un año una lesión de tipo mancha en espalda dorsal pruriginosa que según comenta ha ido aumentando de tamaño. No refiere dolor en la lesión, pero si leve dolor en espalda dorsal que controla con analgesia habitual. Comenta haber estado en tratamiento con clotrimazol y metilprednisolona en crema sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración se observa una mácula hiperpigmentada, unilateral, en la zona escapular, sin eritema

ni descamación sin otros hallazgos destacables. Se realiza teleconsulta con servicio de dermatología que refiere lesión compatible con notalgia parestésica e indica que esta entidad podría ser secundaria a una lesión de los nervios espinales emergentes entre D2 y D6 por atrapamiento o traumatismo por lo que recomienda estudio con resonancia magnética. Se realiza derivación a servicio de rehabilitación con hallazgo en RMN de columna dorsal de signos de espondilosis con discopatía en D5-D6.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Notalgia parestésica en probable contexto de discopatía

Diagnóstico diferencial

Hiperpigmentación postinflamatoria, eritema fijo pigmentario, micosis fungoides o amiloidosis macular (aunque se cree que la amiloidosis macular no es más que una fase evolutiva en la que histológicamente se aprecian depósitos de amiloide).

Comentario final

Se destaca, por un lado, la utilidad de la teleconsulta en atención primaria, siendo este un recurso de gran valor en la práctica diaria y más si cabe cuando no se dispone del acceso a la consulta presencial y por otro lado enfatizar en la importancia del diagnóstico multidisciplinario ya que a simple vista una lesión dermatológica con evolución tórpida sin mejoría con tratamiento durante un año, tenía su origen en un cuadro traumatológico.

Bibliografía

- Fernandez de Navarrete Garcia, E., Alonso Rios, F., Montoza González, M., & Martinez Jiménez, X. (2015). Notalgia parestésica: a propósito de dos casos. *Revisita de la Asociación*
- Español de Especialistas en Medicina del Trabajo, 24(3), 126-129. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602015000300006

823/478. SD. CATARRALES DE REPETICIÓN

Autores:

Pérez Puertas, G.¹, Herrero Reyes, J.², Lucas Pérez, 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. Consultorio Local Villamanrique. Villamanrique. Ciudad Real

Descripción del Caso

Paciente de 43 años de edad. Ap: alcoholismo, fumador y consumidor de cannabis. Acude a consulta por presentar cuadros catarrales de repetición y desde hace 4 meses presenta disnea de moderados esfuerzos que evoluciona de forma progresiva a mínimos esfuerzos acompañado de dolor retroesternal, palpitaciones, pérdida de peso y varios espetos hemoptoicos, no fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, afebril (36), taquipneico (saturación de 90-91%) TA 120/65 mmHg Palidez cutánea y leve uso de musculatura accesoria. ACP: rítmica no soplos, mv disminuido en base izda. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación difusa, no defensa. Rx torax: Derrame pleural izdo, aumento de cavidades cardíacas ECG: taquicardia sinusal Tac de tórax: ensanchamiento mediastínico, imágenes de ISO densidad en pericardio.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Timoma

Diagnóstico diferencial

- I. Respiratorias Derrame pericardico

Comentario final

El timoma constituye la tumoración más frecuente de mediastino anterior (90% de los casos). Su pronóstico es muy favorable si se diagnostica en etapas tempranas. Los timomas intrapericardicos suponen un alto nivel de sospecha diagnóstica para realizar la identificación de manera correcta y veraz.

Bibliografía

- Káiser L R, Martini N; Clinical management of thymoma: the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience. New York: strelens cap 15: 176-81

823/480. ASINTOMÁTICO

Autores:

Naranjo Martín-Prieto, M.¹, Barco Núñez, P.², Altamirano Carrillo, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (2) Residente de 3er

año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del Caso

Paciente hombre de 30 años, Antecedentes personales: Fumador ocasional de tabaco y de vapor a diario. Tiroiditis de Hashimoto. Motivo de consulta: Acude a consulta de urgencias del centro de salud para valoración por cuadro clínico de una semana de evolución de catarro de vías altas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Destaca la presencia de crepitación en campo basal izquierdo. El paciente no ha presentado clínica compatible con una infección respiratoria de vías bajas (fiebre, escalofríos, dolor pleurítico y/o disnea). Pruebas complementarias: Se solicita desde consulta una radiografía de tórax, donde se aprecia lesión de aumento de densidad mal delimitada localizada en lóbulo inferior izquierdo, periférica, que muestra características de lesión alveolar, de aspecto algodonoso, mal delimitada con aclaramientos internos—como primera posibilidad lesión inflamatoria en evolución. Analítica sanguínea: destaca elevación de reactantes de fase aguda, sin leucocitosis—velocidad de sedimentación globular 60 mm/h y proteína C reactiva 20 mg/L. Prueba de Mantoux negativa. Serología para infecciones de transmisión sexual negativa. Serología de principales causas de neumonía de la comunidad negativa. TAC de tórax: proceso neumónico en fase de evolución en lóbulo inferior izquierdo. Hernia interna paraduodenal derecha.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Lesión alveolar a filiar / Disociación clínico-analítico-radiológica / Neumonía de la comunidad

Diagnóstico diferencial

Hemorragia alveolar difusa por vapor

Comentario final

La neumonía es una patología frecuente en nuestro medio, estimándose que un médico de familia puede ver entre 6 y 10 casos al año. Hay que tener en cuenta la posibilidad de una presentación “atípica”, más solapada, sin escalofríos, con tos seca o poco productiva y predominio de síntomas extrapulmonares (artromialgias, cefalea, vómitos, diarreas) con auscultación variable. Nuestro paciente fue diagnosticado,

do, tratado y seguido desde Atención Primaria, con revisión al final del proceso en Neumología, lo que ha reforzado la confianza del paciente en su equipo de atención primaria y ha enriquecido la relación médico-paciente.

Bibliografía

- Villalobos-Urial AR, Bolaños-Maldonado M, de Castro-Mesa C, Alonso-Moreno FJ, Ruiz-Yagüe C. Neumonía con evolución inusual y sin relación clínico-radiológica. SEMERGEN-Medicina de Familia [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2025 Feb 13];40(3):159–62. Available from: <https://research-ebsco-com.bvsspa.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=cf4d7917-6138-34d2-b51d-ad614b4ea069>
- Soto-Campo, JG. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Neumología. 3ª Edición. Editorial ERGON; 2016.

823/481. “EL DESENLACE DE UN SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA)”. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Arjona Carpio, B.¹, González Romero, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Bailén. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén

Descripción del Caso

Paciente varón de 51 años, fumador de 1 paquete/día, sin otros AP de interés. Presenta en las últimas 24h episodio de SCA consistente en agresividad, dificultad para la comunicación, desorientación y comportamiento extraño. Desde hace 1 semana episodio febril de máximo 38.4°C asociado a cuadro catarral sin disnea ni dolor torácico. No alucinaciones visuales ni auditivas. No AF de Esquizofrenia. La familia niega consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Desorientado en tiempo y espacio, agresivo. No colaborador. Neurológico: Glasgow 15/15, PINLA, MOEC, PPCC normales. No asimetría facial, no alteración motora ni sensitiva. No afasia ni disgrafia. No rigidez de nuca, resto no valorable ante negatividad del paciente. ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos.

- Analítica: hemograma: hb 14.8 g/dl, L 10.04 x10³/μl, N 57.7%, plaquetas 370x10³/μl. BQ: glucosa 100mg/dl, urea 27mg/dl, Cr 0.77 mg/dl, Na⁺ 140 mEq/L, K⁺ 4.9 mEq/L. PCR 6.1 mg/L.
- Sistemático y antigenuria (Legionella y pneumoco-
co) orina: negativos.
- Tóxicos orina: negativo.
- Rx tórax: sin hallazgos patológicos.
- Tc craneal: no se aprecian signos evidentes de hi-
pertensión craneal. Cisternas de la base y sistema
ventricular supra e infratentorial normal. Surcos
de la convexidad de tamaño y morfología normal
con adecuada diferenciación cortico subcortical. Sin
alteraciones en parénquima cerebral ni cerebeloso.
- Punción lumbar: LCR aspecto macroscópico:
trasparente y claro. Glucosa 63mg/dl. Proteí-
nas totales 57.9 mg/dl. Leucocitos 27x PMN 4%,
Mononucleares 96%. Inmunoglobulina G 55.75.
Haemophilus influenzae, detección ADN positivo.
Resto virus, bacterias y hongos negativos..
- RMN con contraste IV de cráneo: sinusitis crónica,
sin otras alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Meningoencefalitis secundaria a infección por Gripe A.
Sinusitis crónica, a descartar fístula LCR.

Diagnóstico diferencial

abceso/neoplasia cerebral, metástasis cerebral, hidrocefalia normotensiva, intoxicaciones, fármacos, trastornos hidroelectrolíticos, Infecciones, insuficiencia renal, encefalopatía hepática...

Comentario final

La meningitis viral cursa con una evolución benigna, precedido de fiebre, malestar general, mialgias, náuseas... El LCR presenta pleocitosis linfocitaria con glucosa normal y proteínas normales o poco elevadas. La disminución del estado de conciencia, confusión, agitación y crisis comiciales implica diagnóstico de meningoencefalitis.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L., Montero Pérez F.J. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación. 6º Edición. Barcelona, Elsevier. 2018.*

823/484. "DOCTOR SAQUÉ A PASTAR AL GANADO Y FÍJATE CÓMO HE TERMINADO"

Autores:

Ruiz Victoria, M.¹, García Cruz, E.², Lozano Rodríguez, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Vícar. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Parador. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del Caso

Varón de 58 años, sin hábitos tóxicos ni FRCV conocidos. AP: cefalea en racimos y cervicoartrosis. AF: cardiopatía isquémica. Profesión: ganadero. Acude a su médico por cuadro de malestar general, fiebre de hasta 39º y tos productiva con expectoración de más de 1 semana de evolución. Se pauta tratamiento y regresa a la semana sin mejoría, con empeoramiento del cuadro y además, comenta sensación de disnea y dolor torácico típico (seriación troponina= 67.3-109-105). Por lo tanto, se deriva a Cardiología, ingresa por dolor torácico dudososo y ligera elevación enzimática.

Exploración y pruebas complementarias

REG. Constantes: TA 114/83 mmHg FC 63 lpm FR: 17rpm T^a 38.3º Sat 97% basal DTT: 153 mg/dl. AC: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. ABM: anodino. No edemas en MMII-ECG: RS a 75lpm, eje normal, HAI, T negativa aislada en DIII ya presente.-Rx tórax: sin alteraciones significativas-Análítica sanguínea con B, H + C: normal-Ecocardiograma TT: Miopericarditis. HVI moderada con disfunción sistólica severa-RMN cardíaca: estudio sugestivo de miopericarditis ligera

Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

- SCASEST
- Pericarditis
- Fiebre Q subaguda

Diagnóstico diferencial

Se descarta enfermedad coronaria mediante cateterismo. Cardiología pauta tratamiento con colchicina y deriva a M.Interna-Infecciosas para ampliar estudio y

filiar la etiología de la miopericarditis. Se realiza analítica sanguínea con serologías: IgM + IgG positivo para C.Burnetti, confirmando diagnóstico de Fiebre Q subaguda. El resto de la serología negativa.

Comentario final

- Ovejas, ganado, cabras, son los principales reservorios de la infección por fiebre Q humana.
- La transmisión ocurre por inhalación de aerosoles.
- Los síntomas agudos se asemejan a los de la gripe.
- La forma crónica ocurre en < 5%. Alta sospecha en endocarditis con hemocultivos seriados negativos.
- La serología (IFA) es la principal prueba diagnóstica. También, PCR del tejido infectado o muestras de sangre.
- Tratar la fiebre Q aguda con doxiciclina, generalmente durante 2 semanas o más para la enfermedad grave. En endocarditis tratamiento prolongado.

Bibliografía

- *Uptodate [Internet]. Gilbert J. Kersh, Dr. Jason Stout, Dra. Keri K Hall., et al. Q Fever: Epidemiology, microbiology and diagnostic test; literature review January 2025 [last updated Nov 07, 2024]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/q-fever-epidemiology-microbiology-and-diagnostic-tests?search=fiebre%20q&source=search_result&selectedTitle=3%7E63&usage_type=default&display_rank=3*

MÉDICO RESIDENTE

823/7. DOLOR OSTEOARTICULAR ESTERNAL

Autores:

Piñana Conesa, M.¹, Delgado Romero, B.², Jordan Carrillo, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia

Descripción del caso

Acude a consulta en varias ocasiones Fátima, 60 años, marroquí, con obesidad grado uno refiriendo dolor retroesternal de semanas de evolución sin antecedentes

traumático ni esfuerzo físico, ormalgias bilaterales y astenia. No refería disnea

Exploración y pruebas complementarias

Se le exploró las articulaciones superiores y tórax y no se vio deformidad ni limitación a la movilización activa y auscultación cardiopulmonar normal. Radiografías de tórax y hombros sin alteraciones. Analítica y ECG normales. Se trató con analgesia sin mejoría. A las dos semanas Fátima comenzó con síndrome constitucional, pérdida de peso, anorexia y debilidad y se remitió a medicina interna para estudio.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome constitucional a estudio

Diagnóstico diferencial

Fátima había tenido una hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal secundario a antiinflamatorios no esteroideos hacia 3 años y pensamos que pudiera haber tenido una recaída de su patología digestiva. Dolor torácico tipo anginoso.

Comentario final

Fátima fue remitida a atención especializada y la valoró medicina interna, se hizo PET-TAC que informó de adenopatías supra diafragmáticas activas, masa/conglomerado en mediastino anterior con infiltración ósea, LOE hepático sugestivo de malignidad y LOES óseos en palas iliacas y esternón y afectación intestinal parcheada. BAG óseo confirmó infiltración neoplásica de estirpe epitelial. BAG hepático con hallazgos de carcinoma infiltrante que orientaba a primario de origen mamario HER2 positivo. Fátima inicio ciclos de quimioterapia y radioterapia con mala tolerancia y mal control del dolor. Actualmente en seguimiento por la unidad de cuidados paliativos para ayudarle a afrontar el final de sus días. El médico de familia se plantea diagnósticos diferenciales sobre la clínica que presentan los pacientes y vamos descartando hasta llegar al final.

Bibliografía

- *Espié M, Bonnet-Bensimon C, De Castelbajac V, Cuvier C, Giacchetti S, Teixeira L. Cáncer de mama metastásico. EMC-Ginecol-Obstet [Internet]. 2022;58(3):1-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x\(22\)46717-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x(22)46717-8)*
- *Castro Alvirena JD, Verdejo Bravo C. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome constitucional en los pacientes mayores. Medicine [Internet]. 2014;11(62):3720-4. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412\(14\)70834-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412(14)70834-0)*

823/11. CASCADA DE CONSECUENCIAS TRAS CÁNCER DE COLON

Autores:

Tejero Carmona, M.¹, Montero Alba, M.², Ruiz Granda, D.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 78 años, asmática en tratamiento con inhaladores, acude a consulta por dispepsia, dolor abdominal y sensación nauseosa de dos semanas de evolución. En la exploración física, se observa masa epigástrica palpable, resto normal. La analítica muestra hemoglobina de 10,8 g/dl, niega pérdidas digestivas. Se realiza una ecografía abdominal que revela la presencia de una masa en epigastrio. Se realiza teleconsulta a Digestivo y derivamos de manera preferente. Se completa el estudio con una tomografía computarizada (TAC) abdominal y una colonoscopia con biopsia, que finalmente confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de colon derecho. La paciente es sometida a una hemicolectomía derecha. En el postoperatorio inmediato, la paciente presenta debilidad proximal en los miembros y astenia. Se descarta progresión tumoral, y se realizan análisis con medición de creatin quinasa (CK) y autoanticuerpos. Los resultados de los análisis, junto con la clínica y los hallazgos de la biopsia muscular, confirman el diagnóstico de miopatía necrotizante secundaria a adenocarcinoma de colon. Neurología inicia tratamiento con dosis altas de corticoides. Sin embargo, la paciente sufre una fractura vertebral T12-L1 no traumática. Se le realiza una cementoplastia en T12-L1 y se le coloca una órtesis rígida tipo corsé.

Exploración y pruebas complementarias

- En consulta de Atención Primaria: masa epigástrica palpable y hemoglobina de 10,8 g/dL.
- Ecografía abdominal: masa epigástrica dependiente de estómago
- TAC abdominal : Imagen sugestiva de Neoplasia en ángulo hepático

- Colonoscopia + Biopsia: Adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado
- Panel de miositis: Anticuerpos antinucleares y anti-HMG-coA-r positivos, resto de anticuerpos negativos.
- Analítica miositis : CK 468.
- Biopsia muscular que confirma diagnóstico.
- Radiografía simple columna dorsolumbar: Fractura vertebral T12-L1

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Adenocarcinoma de colon derecho intervenido estadio IIA. Miopatía necrotizante secundaria a anticuerpos anti-HMG-coA-r en el contexto de adenocarcinoma de colon. Fractura Vertebral T12-L1 sin traumatismo

Diagnóstico diferencial

Miopatías inflamatorias Anemia por pérdidas digestivas Progresión de la enfermedad Trastorno de ansiedad

Comentario final

Me parece un caso muy interesante para reflexionar sobre los efectos adversos y las consecuencias asociadas al diagnóstico, manejo y tratamiento de una patología.

Bibliografía

- Gómez J, Rodríguez A, Rodríguez-Álvarez M, et al. Miositis necrosante autoinmune: a propósito de un caso. Neurología. 2017;32(6):397-399
- Alonso S, Cid M, Sánchez L, et al. Miopatías: su relación con el cáncer. Reumatol Clín. 2009;5(6):335-340.

823/13. LA MOJITADA SE ME QUEDA PEGADA

Autores:

Eraso Arribas, C.¹, Agulló Foces, A.¹, Argüello Suárez, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 19 años sin AP de interés que acude a consulta con la siguiente lesión (Imagen 1) en miembro inferior derecho, niega prurito, niega fiebre, no lo relaciona con nada. No otra clínica, comenta que le salió el día anterior y no ha cambiado desde entonces.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión de aspecto hiperpigmentado sin signos de infección ni inflamación, sigue un recorrido arbitrario, no relacionado con dermatoma, no relieve, tacto normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se le pregunta al paciente si ha tenido contacto con lima y comenta que sí, que estuvo haciendo una "mojada" con sus amigos en la playa. Se diagnostica fitofotodermatosis secundaria a contacto con lima.

Diagnóstico diferencial

Melasma, léntigo, manchas de café con leche.

Comentario final

Descripción por primera vez en 1942 por Klaber, es una reacción cutánea a la exposición solar tras el contacto con ciertas plantas, por una reacción fototóxica a furocumarinas y derivados de las antraquinonas. Las especies vegetales que más comúnmente provocan este tipo de reacciones son las moráceas (higuera), umbíferas (apio) y las rutáceas (lima, bergamota, ruda).

Bibliografía

- B. de Nicolás Ruanes et al, Medicina-programa de formación médica continuada, volumen 13, número 48, febrero de 2022, páginas 2818-2824. Elsevier

823/15. DIABETES QUE EMPEORA A PESAR DE ADICIONAR ANTIDIABÉTICOS

Autores:

Damián García, R.¹, Martín Riobóo, E.², Silva Fernández, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Especialista en Endocrinología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 42 años con padre afecto de diabetes mellitus (DM) tipo 2 que acude a consulta de Atención Primaria (AP) para obtener resultados de analítica rutinaria, obteniéndose un valor de glucemia basal en ayunas (GBA) de 230 mg/dL. Refiere pérdida ponderal de hasta 20 kilogramos en el último año (IMC previo 36,06 Kg/m²; IMC actual 25 Kg/m²). Se inicia metformina 1000 mg/24 horas y se solicita control analítico en 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias

En dicho control se obtienen GBA 225 mg/dL y hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 7,3%. Se incrementa Metformina 1000 mg/12 horas y se indica nuevo control en tres meses, que arroja valores de GBA de 210 mg/dL y HbA1c: 7,4% por lo que se intensifica tratamiento con Empagliflozina 25 mg/24 horas y Sitagliptina 100 mg/24 horas además de solicitar nuevo control en tres meses (GBA: 211 mg/dL; HbA1c: 7,5%). Debido a la presencia de valores de HbA1c persistentemente elevados a pesar de tratamiento con antidiabéticos orales a dosis plenas, se realiza teleconsulta a servicio de Endocrinología. Se cita a la paciente en consultas externas con perfil analítico que incluye GBA, HbA1c, péptido C y anticuerpos anti-GAD. Ya en consulta de Endocrinología, se informa a la paciente de los resultados (antiGAD 36,57 U/mL, HbA1c 7,7%, GBA 167 mg/dL, péptido C 0,18 nmol/L), se cataloga adecuadamente el subtipo de diabetes, y se instaura tratamiento con insulina basal diaria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Diabetes mellitus tipo LADA

Diagnóstico diferencial

Diabetes mellitus tipo 2, Diabetes mellitus tipo 1

Comentario final

Ante un paciente de edad media, con glucemias elevadas en analíticas rutinarias, sin síntomas cardinales de diabetes, el médico de AP debe incluir entre sus sospechas diagnósticas la Diabetes Autoinmune Latente del Adulto o DM tipo LADA. Este perfil de pacientes se caracteriza por no conseguir mejoría en las cifras de GBA ni HbA1c a pesar de intensificar tratamiento. Ante la sospecha, se recomienda derivación a Endocrinología para llegar al diagnóstico definitivo e instaurar un tratamiento adecuado, en función de la reserva insulínica del paciente.

Bibliografía

- Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, et al. Management of latent autoimmune diabetes in adults: A consensus statement from an international expert panel. *Diabetes*. 2020.

823/16. DOLOR COSTAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN LINFOMA

Autores:

Damián García, R.¹, Serrano Flores, C.², Relaño Mesa, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 45 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de Urgencias de Atención Primaria (AP) aquejando dolor costal derecho de tres semanas de evolución, que comenzó tras un intenso acceso de tos por cuadro respiratorio de vías altas. No presenta otra clínica asociada al cuadro actual.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo. A la palpación en región esternal y a nivel de últimas costillas derechas, presenta dolor muy intenso, que produce incluso retirada al mismo. Además, en la inspección, se aprecian cordones venosos prominentes sobre región esternal. Resto de exploración normal. Debido a la sospecha de posible fractura costal se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración radiográfica. El resultado muestra por un lado dos fracturas costales en hemitórax derecho, así como una gran masa mediastínica. Se comenta el caso con Medicina Interna y se decide ingreso para estudio. Se realiza tomografía computarizada (TC) torácica con contraste intravenoso que denota hallazgos sugestivos de gran masa mediastínica anterior, con signos que sugieren trombosis de venas cava superior e innominada izquierda, derrame pericárdico y pleural bilateral y fracturas de 6º y 7º arcos costales derechos. Durante el ingreso se realiza biopsia mediante aguja gruesa de masa mediastínica, para diagnóstico etiológico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular tipo IIA con masa Bulky y fracturas de 6º y 7º arcos costales.

Diagnóstico diferencial

Timoma, Teratoma, tumor tiroideo.

Comentario final

Este caso clínico pone de manifiesto la importancia de una adecuada exploración física desde AP para iniciar estudios complementarios que permitan llegar a diagnósticos etiológicos de enfermedades graves. Aunque la patología banal suele ser la más frecuente en nues-

tro medio, el médico de familia debe saber reconocer signos clínicos de alarma, como cordones varicosos torácicos o retirada a la palpación mínima superficial, que generen derivaciones justificadas a Urgencias Hospitalarias. Debido a una adecuada actuación desde el centro de salud, la paciente fue diagnosticada a tiempo y se pudo iniciar un tratamiento precoz.

Bibliografía

- Orejuela-Erazo, J., Bedoya-López, M., Díaz-Macea, D. R., & Santiago-Pacheco, V. (2023).
- Linfoma de Hodgkin clásico: diferentes caras, una misma entidad. *Medicina y Laboratorio*, 27(3), 245-261.

823/18. DOLOR ABDOMINAL.

Autores:

Albaracín Ferrer, M.¹, Ortín López, F.², Piñana Conesa, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia

Descripción del caso

Motivo de consulta: Dolor abdominal y vómitos. Antecedentes personales: Niega antecedentes médico quirúrgicos de interés. Enfermedad actual: Varón de 56 años de edad que acude a para valoración por dolor abdominal generalizado de predominio postprandial tipo cólico con intolerancia oral y vómitos alimenticios secundarios a la ingesta. Cuadro de carácter progresivo de unas 24-46 horas de evolución. Niega fiebre o sensación distérmica. No alteración del hábito intestinal con deposiciones formes sin productos patológicos asociados. Última deposición el mismo día de la consulta. Exploración física: Regular estado general por dolor y sensación de nerviosismo asociado. Taquipneico en reposo. Normocoloreado y normohidratado. Tº 36.5, TAS 161, TAD 97, FC 95, Sat. O2 100%. Auscultación cardiopulmonar, rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen, postura antiálgica. Dolor a la palpación superficial generalizada con defensa voluntaria. Ante la gravedad del cuadro se realiza ecografía POCUS en consulta. Destaca imagen en región hipogastrio-fosa

iliaca derecha, imagen en diana de unos 2 cm con rodetes anecoicos periféricos bien circunscritos.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica de sangre: Bioquímica general, perfil hepático y amilasa normales. PCR 0.05 mg/dL, Hemoglobina 15 g/dL, Plaquetas $265 \times 10^3/\mu\text{L}$, Leucocitos $7.98 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos $6.43 \times 10^3/\mu\text{L}$. Coagulación normal. TC abdominal: Hallazgos compatibles con invaginación intestinal de ileón terminal en ciego, con signos inflamatorios leves, en relación probable con lipoma que impresiona atractar de cabeza de invaginación.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Abdomen agudo, diagnóstico de presunción de apendicitis aguda. Diagnóstico definitivo: Invaginación intestinal de ileón terminal en ciego.

Diagnóstico diferencial

Causas gastrointestinales: apendicitis aguda, perforación de víscera hueca, obstrucción intestinal, diverticulitis aguda, pancreatitis aguda, isquemia mesentérica. Causas urológicas: cólico nefrítico, infección urinaria complicada, rotura o torsión testicular. Causas vasculares: aneurisma de aorta rota abdominal, trombosis o embolia arterial mesentérica. Otras causas: hernia incarcerada o estrangulada, absceso intraabdominal.

Comentario final

Un ejemplo práctico de la importancia que tiene el uso de la ecografía por parte del médico de atención primaria. En este caso permitió la rápida actuación y la valoración directa de TC previo al resultado de resto de pruebas complementarias, acortando los tiempos e interviniendo al paciente de forma precoz.

Bibliografía

- Blanco P. Capítulo 4: Ecografía abdominal. En: Ecografía En El Enfermo Crítico. 2a ed. Elsevier; 2020. p. 141-77.
- Laso FJ. Capítulo 31: Dolor abdominal agudo. En: Diagnóstico diferencial en medicina interna. Elsevier España, S.L.U.; 2023. p. 199-204.

823/19. CUANDO UN ICTUS NO ES LO QUE PARECE: ENCEFALITIS VIRAL CON CRISIS COMICIALES

Autores:

Arzua Moya, J.¹, Huamán Munive, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribeira. Ribeira. La Coruña, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña

Descripción del caso

Se recibe aviso de 061 para valoración en el domicilio de un varón de 90 años de edad con desviación de la comisura labial y disminución del nivel de conciencia. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipemia y enfermedad renal crónica. Reciente alta hospitalaria ese mismo día tras un diagnóstico de infección respiratoria por VRS. Ante la sospecha de ictus, se contactó con 061 para activación de código ictus y se trasladó urgentemente al hospital. Mientras se realizaba el traslado en ambulancia el paciente comenzó a presentar fasciculaciones en antebrazo derecho y posteriormente tuvo una convulsión tonicoclónica. Se administró Labetalol IV y Diazepam IV durante el traslado en ambulancia camino del hospital

Exploración y pruebas complementarias

Al nuestra llegada, el paciente presenta desviación de la comisura labial derecha, somnolencia y un nivel de conciencia Glasgow 13 (E4V4M5), pupilas mióticas, reflejo plantar indiferente izquierdo y roncus pulmonares bilaterales. SatO2:82%SpO2, TA 211/124mmHg. A la llegada al hospital se realizaron las siguientes pruebas: Laboratorio: Hiperglucemia (368 mg/dL), urea elevada (206 mg/dL), creatinina 2.42 mg/dL. LCR con 90 células/ μL (83% linfocitos), glucosa elevada (188 mg/dL) y proteínas totales de 1.02 g/L. Neuroimagen: TC craneal sin hemorragia ni infarto agudo; TC de perfusión mostró hipoperfusión frontal derecha.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Inicialmente se consideró un ictus hemorrágico. Sin embargo, en urgencias hospitalarias, los hallazgos de linfocitosis en LCR, hiperglucemia severa y la infección previa por VRS orientaron hacia encefalitis viral con crisis comiciales secundarias.

Diagnóstico diferencial

Ictus hemorrágico agudo. Crisis epilépticas en contexto de encefalitis viral. Alteraciones neurológicas por hiperglucemia severa. Complicaciones infecciosas secundarias

Comentario final

Este caso resalta la importancia de una evaluación precisa en pacientes geriátricos con síntomas neurológicos agudos. Las encefalitis virales pueden simular ictus, destacando la necesidad de un enfoque diagnóstico integral para evitar tratamientos innecesarios y optimizar el manejo del paciente.

Bibliografía

- Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20.^a edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2019.
- Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principios de Neurología. 10.^a edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2015.
- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principios y Práctica de las Enfermedades Infecciosas. 9.^a edición. Barcelona: Elsevier España; 2020.

823/21. EL CORAZÓN TIENE RAZONES QUE LA RAZÓN NO ENTIENDE

Autores:

Moreno Díaz, M.¹, Navarro González, B.¹, Pérez Fagundo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga

Descripción del caso

- Mujer de 47 años con SAOS leve, sin otros AP de interés. No hábitos tóxicos. Antecedentes familiares: Hermano fallecido por muerte súbita a los 43 años.
- Acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos de 3 meses de evolución, NYHA II, asociado a dolor torácico opresivo sin cortejo vegetativo. Niega DPN ni ortopnea. Refiere edematización periférica vespertina.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general, consciente y orientada, normocoreada y normoperfundida, eupneica en reposo. Constantes: TA: 120/77 mmHg. Frecuencia cardíaca 115 lpm. SatO2 100% basal. Auscultación cardiopulmonar: tonos ritmicos a buena frecuencia y sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: Edemas leves con fóvea en tobillos. Analítica

de sangre: Destaca NTproBNP 3013 y Troponina 21. ECG: RS a 100 lpm, QRS estrecho con trigeminismo y episodio de TVMNS.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se decide derivación al servicio de urgencias. Según el resultado de las primeras pruebas complementarias, la exploración física y la clínica que refiere, la orientación diagnóstica sería de Insuficiencia cardíaca de novo secundaria a cardiopatía familiar.

Diagnóstico diferencial

- La paciente ingresó en UCI y se realizaron pruebas complementarias para llevar a cabo un diagnóstico diferencial entre infarto agudo de miocardio, miopericarditis y cardiopatías familiares.
- Se llevó a cabo cateterismo que fue negativo, Ecocardiograma con FEVI severamente deprimida y ventrículo izquierdo no dilatado con hipoquinesia generalizada; y posteriormente se hizo RNM de corazón donde se evidenció Miocardiopatía no dilatada ventricular izquierda no isquémica con disfunción sistólica severa sugerente de origen familiar. Durante el ingreso se implantó DAI monocameral y se realizó titulación de fármacos con betabloqueantes, diuréticos e ISGLT2.

Comentario final

Destaca la importancia de realizar un despistaje adecuado de todas las causas de disnea así como la realización de pruebas complementarias básicas que están a nuestro alcance en la consulta de atención primaria, que junto con una exploración minuciosa, conducen a un diagnóstico certero.

Bibliografía

- Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, et al. Efectividad y factores determinantes del éxito de los programas de manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca: una revisión sistemática y metaanálisis. Rev Esp Cardiol. 2016;69(10):900-914. doi: 10.1016/j.rec.2016.05.012. Disponible en: <https://www.revvespc.org/es-eff-y-factores-determinan-el-arte-51885585716301542>

823/22. DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA

Autores:

Pérez Fagundo, M.¹, Moreno Díaz, M.²

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 Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 38 años, fumador activo y sin otros AP de interés, que acude repetidas veces a consulta de atención primaria refiriendo lumbalgia bilateral irradiada a miembro inferior derecho de un mes de evolución, de mal control con analgesia a pesar de adecuada escalada en tratamiento para el dolor. No síndrome miccional. No fiebre. No traumatismos ni caídas. Tras indagar un poco más en la historia clínica, el paciente confiesa aumento de tamaño testicular y dolor en ingle derecho irradiado a miembro inferior derecho de 6 meses de evolución. Además refiere pérdida de 12 kg en un mes. Tras exploración del paciente en consulta se decide derivación a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar. No apofisalgia. No alteración de fuerza ni sensibilidad. No pérdida del control de esfínteres. Lassegue y Bragard negativo. Teste derecho con aumento de tamaño importante respecto al contralateral. Se palpa masa pétrea y dolorosa que se extiende bilateralmente. Radiografía columna lumbosacra: sin hallazgos significativos. Ecografía de escroto y testículos + TAC abdominopélvico: gran masa heterogénea en teste derecho de bordes irregulares con señal modo doppler asociando hidrocele significativo. Adenopatías en rango patológico en eje ilíaco externo y común derechos así como retroperitoneales.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

En base a la exploración física y las primeras pruebas complementarias, la orientación diagnóstica sería de tumor testicular.

Diagnóstico diferencial

Tras haberse realizado las primeras pruebas en el servicio de urgencias, se cursa ingreso a cargo de Medicina Interna donde se completa diagnóstico de tumoração de células germinales mixto de testículo derecho pT2 N1 M1a (ganglionar, retroperitoneal, subcarinal y

paratraqueal). Durante el ingreso se intervino de orquiectomía derecha + linfadenectomía; Además empezó tratamiento con quimioterapia.

Comentario final

Destaca la importancia de hacer una anamnesis detallada por órganos y aparatos en todos los casos aunque no esté en relación directa con el motivo de consulta para una mejor asistencia de calidad.

Bibliografía

- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Cáncer de testículo (CT) [Internet]. Madrid: SEOM; 2025 [citado 8 ene 2025]. Disponible en : <https://seom.org/info-s-sobre-el-cáncer/testículo>

823/23. APENDAGITIS EPIPLOICA: LA “APENDICITIS” QUE NO ESPERABAS

Autores:

Pérez González, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada

Descripción del caso

Paciente de 30 años, con sobrepeso, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés, que acude a urgencias con dolor abdominal súbito e intenso en fosa iliaca izquierda de 24 horas de evolución. Aumenta con la inspiración profunda. Afebril. No náuseas/vómitos. Hábito deposicional/miccional sin cambios. Sin episodios previos. Ha tomado analgesia sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Presión arterial: 125/85 mmHg. Aceptable estado general. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, no soplos, no extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda con defensa abdominal. Auscultación y percusión normales. No organomegalias. Puño-percusión renal negativa. Extremidades: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: hemoglobina 14.9 (g/dL), leucocitos 8480, plaquetas 266000, glucosa 123, creatinina 0.94, GPT 24, GGT 31, amilasa 49, LDH 214, PCR 9.9, sodio 139, potasio 3.6. Ecografía de abdomen: no se observan cambios inflamatorios locorregionales en flanco/

FII que sugieran origen inflamatorio. No líquido libre peritoneal. TAC de abdomen sin contraste: cambios inflamatorios focales en la densidad de la grasa peritoneal, compatible con apendagitis epiploica.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

La exploración orientaba, a diverticulitis aguda dada la localización (aunque más normal en mayores de 50 años). La enfermedad inflamatoria intestinal y el cólico renoureteral eran otras posibilidades (aunque no había fiebre, ni clínica deposicional/miccional). Por edad y sobrepeso podría tratarse de una apendagitis epiploica, como así se confirmó.

Diagnóstico diferencial

Diverticulitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis (en variantes anatómicas o apendicitis retrocecal), litiasis renoureteral, absceso, isquemia intestinal, hernia inguinal, apendagitis epiploica.

Comentario final

La apendagitis epiploica representa el 1% de casos de abdomen agudo en Urgencias. Se produce por la torsión de un apéndice epiploico impidiendo el retorno venoso. Son pequeñas bolsas de tejido adiposo repartidas a lo largo del colon (unas 100 en total) cuya función es poco conocida. A pesar de presentarse como abdomen agudo, el tratamiento es, por lo general, conservador. Suele resolverse en una semana. Suele darse más en pacientes entre 30-50 años con sobrepeso/obesidad. Conocer este cuadro evita intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Bibliografía

- Acevedo-Castillo CD, Macias-Cruz HM, Ramírez-Cisneros A, Bautista-Coronado UA, Moran-Guerrero JA, Guzman EA. Epiploic Appendagitis: Systematic Review of a Distinctive Pathology. *Am Surg.* 2024 Nov;90(11):3074-3081. doi: 10.1177/00031348241256062. Epub 2024 May 17. PMID: 38756087.

823/24. DOCTOR, NO VEO POR UN OJO

Autores:

García Santos, G.¹, Martín Acevedo, A.², Sánchez Rodríguez, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Estación San Roque. San Roque. Cá-

diz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que refiere episodio de visión borrosa de ojo derecho con defecto altitudinal con sensación de cortina en ojo derecho de unos minutos de duración. En consulta actualmente asintomático. Se solicitan pruebas complementarias y se deriva a oftalmología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación Cardiorrespiratoria: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas a la luz y acomodación. Pares craneales conservados. Romberg negativo. Analítica: HbA1C: 6,2, Glucosa 98, creatinina 1,04, Filtrado glomerular: 68 Control glucemia: 130, 127, 128, 133, 88, 90, 95, 80 TAC craneal: Hallazgos dentro de la normalidad. Fondo de ojo: No signos de retinopatía diabética

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neuropatía óptica isquémica ojo derecho

Diagnóstico diferencial

Retinopatía diabética, oclusión de media rama de la arteria central de la retina, desprendimiento de retina.

Comentario final

Desde atención primaria fundamental el control de los factores de riesgo cardiovascular, centrándonos en una detección precoz de los mismos, en este caso el paciente además de hipertenso y dislipémico en analítica tenía valores de prediabetes e incluso algunos valores en farmacia estaban diagnosticando una diabetes. Posiblemente en este caso pudo influir el hecho de que el paciente aún no estaba en tratamiento para la diabetes.

Bibliografía

- Chen CS, Varma D, Lee A. Arterial Occlusions to the Eye: From Retinal Emboli to Ocular Ischemic Syndrome. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila).* 2020 Jul-Aug;9(4):349-357. doi: 10.1097/APO.0000000000000287. PMID: 32459696.
- Shahror RA, Morris CA, Mohammed AA, Wild M, Zaman B, Mitchell CD, Phillips PH, Rusch NJ, Shoshan E, Fouad AY. Role of myeloid cells in ischemic retinopathies: recent advances and unanswered ques-

tions. *J Neuroinflammation.* 2024 Mar 7;21(1):65. doi: 10.1186/s12974-024-03058-y. PMID: 38454477; PMCID: PMC10918977.

823/25. ¿POSIBLE CASO DE RABIA?

Autores:

Paja Cutipa, A.¹, Bocancea, L.², Villegas López, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Lardero. Lardero. La Rioja, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Lardero. Lardero. La Rioja, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja

Descripción del caso

Mujer 61 años acude a urgencias hospitalarias derivada de urgencias de Atención Primaria por mordedura de roedor en su casa hace 24 horas, refiere únicamente distermia y leve cefalea. Antecedentes personales destacables: VIH con carga viral indetectable y hepatitis C crónica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica, cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones. Mano derecha: se observa en dorso de primer dedo pequeña laceración superficial, sin signos de infección local. Movilidad, fuerza y sensibilidad en mano conservada. Análisis de sangre: Leucocitos: 5,7x1000/ul, PCR: 9mg/l

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio clínico Mordedura de roedor sin signos de alarma

Diagnóstico diferencial

- Rabia
- Tétanos

Comentario final

Ante una mordedura de roedor y su relación con la enfermedad de mayor gravedad posible como es la rabia, cuyo último caso conocido en animales importados en España fue en 2013, y ante el desconocimiento de la situación sanitaria del roedor, se revisaron los protocolos estatales y autonómicos para aclarar los pasos a seguir. En la rabia los síntomas precoces varían desde cambios sensoriales en la zona de la mordida, delirio, parálisis, siendo la muerte el desenlace. Es importante recordar que no tiene

tratamiento, la profilaxis pre-exposición está indicada en personas con alto riesgo de exposición y la profilaxis post-exposición impide el establecimiento de la infección. A la paciente se le administró gammaglobulina antitetánica y un recuerdo de la vacuna antitetánica, se le explicaron síntomas de alarma, seguimiento por su Médico de Familia y Comunitaria y se le pautó antibioterapia, sin incidencias durante su recuperación.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad. Vacunación frente a rabia y evaluación de respuesta inmune en humanos [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/como-Trabajamos/docs/Vacunacion_Rabia.pdf
- Benjamin M. Davis¹, Glenn F. Rall², Matthias J. Schnell. Everything you always wanted to know about Rabies Virus (but were afraid to ask). *Annu Rev Virol.* 2015 November ; 2(1): 451–471. doi:10.1146/annurev-virology-100114-055157

823/32. EL VALOR DE LA PREVENCIÓN

Autores:

Moreno Díaz, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, asma alérgica e insuficiencia venosa crónica. Acude a consulta por urticaria de inicio brusco de dos días de evolución tras la toma de boquerones en vinagre. No ha habido cambio de cosméticos. No ha tomado ninguna medicación nueva. No ha tenido contacto con animales ni ha realizado labores de jardinería. No presenta disnea ni otros síntomas de la esfera cardiopulmonar.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo. A la exploración dermatológica presenta habones confluentes generando placas de gran tamaño en extremidades superiores e inferiores, tronco, espalda, región glútea y cuello. A la exploración orofaríngea no presenta edema de úvula ni restricción en la vía aérea. ACP: Tonos rítmicos y sin soplos. MVC sin ruidos

sobreañadidos. Se solicita analítica específica de sangre donde se determina la presencia de anticuerpos específicos contra el anisakis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dados los hallazgos de las pruebas complementarias junto con el cuadro clínico de la paciente, se emite un juicio clínico de Urticaria secundaria a parasitación por anisakis.

Diagnóstico diferencial

En un primer momento, se realizó diagnóstico diferencial entre los posibles motivos que podían provocar el cuadro de urticaria aguda (cosméticos, alimentación, medicamentos, animales, plantas...), y tras una anamnesis detallada, se concluyó la relación directa con el consumo de boquerones en vinagre.

Comentario final

Destaca la importancia de realizar una adecuada anamnesis para descartar las posibles causas y sobre todo, preguntar a los pacientes por lo que piensan que puede estar relacionado, ellos son los que mejor se conocen y los que mejor saben qué hábitos han cambiado en su rutina. Además, incidir en las medidas preventivas en la población como son: Someter el pescado a congelación a -20°C, durante 72 horas. Debe ser cocinado alcanzando temperaturas superiores a 60°.

Bibliografía

- Pilar Cots Marfil. Alergología, Complejo hospitalario Ruber Juan Bravo. Quirónsalud. Alergia al anisakis: huésped indeseado (primera parte). Quirónsalud. 2023 Ene 13. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/alergia-dia/alergia-anisakis-huesped-indeseado-primera-parte>
- Chelsea Marie, PhD, University of Virginia; William A. Petri, MD, PhD, University of Virginia School of Medicine. MSD Manual. Ascariasis [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck & Co.; 2023. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/nematodos-gusanos-redondos/ascariasis#Conceptos-clave_v8986884_es

823/33. QUE DOLOR DE PECHO TENGO

Autores:

Maatala Moulud, B.¹, Perez Villaescusa, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

- Varón de 38 años de edad no RAMc-no Hábitos tóxicos ,AP: FRCV: no HTA,no DLP,no DM -IQs: no refiere
- Profesión: Camarero Tratamiento actual : no refiere
- EA: Refiere tos sin expectoración de tres días de evolución además de dolor precordial fijo opresivo en reposo que se acompaña de disnea progresiva en intensidad ,niega fiebre vómitos y diarreas , no traumatismo previo

Exploración y pruebas complementarias

- BEG, BH y P ,COC, taquipnea , saturación oxígeno basal 97%, temp:36 c, TA:113/70 -
- ACP: tonos cardíacos rítmicos no soplos , no roce pericárdico , no ruidos patológicos
- Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda , no reacción peritoneal , Murphy y Blumberg negativos, puño percusión renal bilateral no dolorosa -MMII: no fóvea no edemas ni signos de TVP -Hemograma: Hgb: 14 kg, Hcto: 31, Leucocitos: 7.5 000, Plaquetas:320,000 , linfocitos: 2.5
- Bioquímica: Glucosa:90 mg/dl, Pcr: 15 ,Troponinas:<5 ,Ldh:60 ,Urea:35, Tgo: 40,Tgp:36
- Coagulación : normal ,Rx torax : no pinzamiento de ángulos costo frénicos , no derrame pleural no condensación ,silueta cardiaca normal Ecg: Rs a 85 lpm , onda t elevado en V1 a V6 , Qrs estrecho .Rx abdomen supino : Sin hallazgo patológico

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pericarditis Aguda

Diagnóstico diferencial

SCASEST Osteocondritis Neumonía

Comentario final

La pericarditis aguda es un síndrome clínico plurietiológico que se manifiesta por dolor torácico, roce pericárdico y cambios evolutivos de la repolarización en el electrocardiograma (ECG). El diagnóstico de pericarditis exige, por lo menos, 2 de estos 3 elementos, si bien la auscultación de un roce pericárdico permite, por sí sola, establecer el diagnóstico. En nuestro medio la etiología

más frecuente es la idiopática o viral, especialmente en pacientes ambulatorios. En el medio hospitalario son frecuentes las pericarditis secundarias a IMA , a cirugía cardíaca, a insuficiencia renal o a enfermedades neoplásicas. La pericarditis tuberculosa (África subsahariana) Cas: ibuprofeno 600 mg cada 8h se deriva a cardiología para ETT que fue sin hallazgo patológico .

Bibliografía

- A comprehensive textbook. New York: Marcel Dekker, 1997 The pericardium. Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic Publishers, 2003. Electrocardiología de las pericarditis. Programa de formación continua en cardiología. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona: Doyma, 1987; p. 268-73.

823/34. URGENCIA: PROBLEMA SOCIAL

Autores:

Lucena López, R.¹, Argüello Suárez, C.², Machín Hernández, M.³

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 El Palo. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín-Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Varón de 59 años con antecedentes de abuso de sustancias y situación de indigente. Es trasladado al servicio de urgencias tras encontrarlo desvanecido en vía pública. Tras estabilización y realizar una dificultosa anamnesis, refiere hematuria y recorte de diuresis de varios días de evolución. Se realizan pruebas complementarias, detectándose fracaso renal agudo por neoplasia vesical metastásica e hidronefrosis bilateral, precisando ingreso en área de observación. El paciente, agitado, se niega a medidas terapéuticas invasivas y solicita el alta voluntaria. Se solicita valoración por psiquiatría, que observa ausencia de competencia para la toma de decisiones sobre su estado orgánico y se solicita incapacitación al Juzgado de Guardia que lo autoriza.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente se encuentra con mal estado general, caquético con higiene deficiente, así como desorientado y con actitud suspicaz. Se realiza analítica de sangre

objetivando cifras de creatinina de 17mg/dL e hipertoniasemia (7mEq/L). Se realiza ecografía abdominal que muestra hidronefrosis 3/4 bilateral y contenido hiperregógeno en vejiga sugestivo de masa. Se completa estudio con TC sin contraste visualizando proliferación vesical neoplásica acompañada de adenopatías y lesiones óseas líticas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fracaso renal agudo obstructivo por neoplasia vesical metastásica. Encefalopatía urémica. Hipertoniasemia.

Diagnóstico diferencial

Fracaso renal agudo: prerrenal/parenquimatoso/postrenal. Es necesario realizar bioquímica de orina y cálculo de EFNa, así como prueba de imagen para valorar causa obstructiva.

Comentario final

Se decide nefrostomia urgente bilateral e ingreso en medicina interna con carácter involuntario tras decisión judicial de incapacitación. Finalmente, dada la evolución del tumor y la mala evolución, se consensua inicio de medidas paliativas y sedación del paciente con posterior éxito.

Bibliografía

- Gaínza de los Ríos Francisco Javier, Insuficiencia Renal Aguda. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. Disponible en: [https://www.nefrologiaaldia.org/317_Cañamás_MTT, Álvarez CG, Mendiola NR, García F. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. Nefrología \[Internet\]. 2010](https://www.nefrologiaaldia.org/317_Cañamás_MTT, Álvarez CG, Mendiola NR, García F. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. Nefrología [Internet]. 2010)

823/37. CASO RARO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Erena Ortega, L.¹, Castro Romero, C.¹, Thomas Carazo, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

varón de 36 años sin antecedentes de interés acude a su médico de Atención Primaria (AP) por presentar episodios de taquicardias con sudoración de manera súbita e intermitente desde hace 6 meses, que han ido en aumento. No tiene ningún antecedente familiar de interés. Refiere además que últimamente presenta una

cefalea opresiva bitemporal, que atribuye al exceso de trabajo. Afirma que no suele tomar ningún fármaco.

Exploración y pruebas complementarias

los tonos cardíacos son rítmicos, sin soplos audibles. La frecuencia cardíaca es de 100 lpm y la respiratoria de 17 rpm. La tensión arterial (TA) es de 185/100. La exploración abdominal es normal, sin masas palpables. El electrocardiograma es normal, sin alteraciones en la repolarización. Se pide analítica de sangre y orina con creatinina sérica, albuminuria, tasa de filtración glomerular, iones, perfil lipido, glucosa, hemograma, hormonas tiroideas y transaminasas. A la espera de resultados, se pide que anote diariamente las cifras de TA en domicilio y pautamos enalapril 20mg por la mañana y amlodipino 5mg por la noche. En la visita de revisión no han disminuido la TA y la analítica de sangre y orina es normal, por lo que se amplía estudio solicitando aldosterona y renina, cortisol y catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 horas. Estas últimas están elevadas, por lo que se le realiza un TAC abdominal que revela una masa heterogénea e hipervasicular en la glándula adrenal izquierda compatible con un feocromocitoma.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial

Hipertensión arterial primaria, hipertensión arterial por fármacos, hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing.

Comentario final

el feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas que suelen localizarse en la médula adrenal. Su diagnóstico debe establecerse bioquímicamente con la medición de metanefrinas plasmáticas y/o urinarias. El tratamiento de elección es cirugía vía laparoscópica, tras realizar un bloqueo alfaadrenérgico. La HTA arterial tiene muchas causas y debemos ser meticulosos en AP para detectar posibles trastornos cardiovasculares, renales o endocrinos que la justifiquen.

Bibliografía

- Araujo-Castro M. Pheochromocytoma. Preoperative approach. *Med Clin (Barc)*. 2024 Sep 27;163(6):294-300. English, Spanish. Achote E, Arroyo Ripoll OF,
- Araujo-Castro M. Update on the diagnosis of the pheochromocytoma. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2024 Oct 10:S1889-1837(24)00092-8.

823/39. CRISIS ADDISONIANA EN UN PACIENTE JOVEN

Autores:

Millán López, J.¹, Palenzuela Blanco, C.², Maestre Moreno, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Paciente masculino de 34 años acude a urgencias por tercera vez con un cuadro de epigastralgia persistente y deterioro progresivo del estado general. Refiere no haber comido en los últimos 3 días, vómitos continuos, y sólo haber tolerado agua. Se realizaron previamente dos TC de abdomen con resultados negativos.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 90/50 mmHg, FC: 110 bpm. Durante la evaluación, el paciente se desploma y se le administra glucosa al 50 % por vía intravenosa. Gasometría venosa: glucemia 25 mg/dL, pH 7,08, bicarbonato 15 mmol/L. Electrolitos séricos: Na 130 mmol/L, K 5,8 mmol/L.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Crisis addisoniana secundaria a insuficiencia suprarrenal aguda, evidenciada por hipoglucemias, acidosis metabólica e hiponatremia.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico Diferencial: Gastroenteritis aguda, Cetosis diabética, Síndrome de intestino irritable y Sepsis de origen abdominal

Comentario final

La crisis addisoniana es una emergencia médica que requiere reconocimiento y tratamiento inmediato. En este caso, la identificación rápida de la hipoglucemias y la acidosis metabólica permitió iniciar el tratamiento adecuado con hidrocortisona y soluciones intravenosas, estabilizando al paciente. Es fundamental una evaluación endocrinológica para ajustar el tratamiento y prevenir futuras crisis

Bibliografía

- Oelkers W. Adrenal insufficiency. *N Engl J Med*. 1996;335(16):1206-1212.

- Cooper MS, Stewart PM. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. *N Engl J Med.* 2003;348(8):727-734.
- 3. Nieman LK. Diagnosis and treatment of adrenal insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2009;70(3):379-384

823/40. CUANDO LO BENIGNO SIMULA LO MALIGNO

Autores:

Castro Romero, C.¹, Erena Ortega, L.¹, De La Higuera Espigares, H.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Mujer de 38 años, actualmente en IT (Incapacidad Temporal) por capsulitis de hombro izquierdo. Acude a consulta por dolor en tercio medio proximal de la diáfisis humeral derecha (a la altura de la inserción del músculo deltoides) de un mes de evolución, refractario a analgesia convencional. Dolor incapacitante, que incluso despierta por la noche. Refiere EVA (Escala Visual Analógica del dolor) 9/10. No hay antecedente traumático. Niega fiebre y la aparición de otros síntomas sistémicos.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, se palpa una masa subcutánea en el área del deltoides derecho, de aproximadamente 4 cm de diámetro, de consistencia blanda, móvil y dolorosa a la palpación. No se observan hematomas ni cambios de temperatura local. Movilidad pasiva conservada. Movilidad activa limitada por el dolor, sobre todo con la elevación del brazo derecho o al realizar movimientos de repetición. No se observa rigidez ni debilidad de la extremidad. No hay pérdida de fuerza ni sensibilidad. Pruebas complementarias: Radiografía de húmero derecho: se observa engrosamiento e irregularidad de la cortical en húmero proximal, en la inserción del deltoides.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pseudotumor deltoideo

Diagnóstico diferencial

Quistes sinoviales, lipomas, hematomas. Además deben considerarse tumores malignos y abscesos.

Comentario final

El pseudotumor deltoideo es una patología benigna, generalmente relacionada con un proceso inflamatorio o acumulación de líquido. Su curso es favorable, y en la mayoría de los casos el tratamiento es conservador, que incluye reposo, fisioterapia y antiinflamatorios, suficientes para el manejo. No presenta complicaciones graves y tiene un buen pronóstico, por lo que es fundamental tranquilizar al paciente, asegurándole que la evolución será positiva y no tendrá complicaciones importantes. En nuestra consulta, los síntomas del paciente y los hallazgos en las pruebas radiológicas pueden llevar a confusión y orientación a neoplasia maligna por parte de aquellos que no están familiarizados con esta variante anatómica. Sin embargo, al reconocer los bordes bien definidos y su localización específica en el húmero es posible diferenciarlo de una neoplasia maligna y llegar a un diagnóstico adecuado.

Bibliografía

- <https://radiopaedia.org/cases/pseudotumor-deltoideus-1>
- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10174676/>

823/41. TAQUIARRITMIA REFRACTARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Autores:

Ramos Luna, P.¹, Ollero Rodríguez, T.², Sánchez Casas, V.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Un adolescente de 13 años, que carece de antecedentes familiares de patología cardiaca y como único antecedente personal reseñable toma metilfenidato por TDAH, es traído al Centro de Salud porque mientras jugaba al fútbol en el centro deportivo cercano al centro comienza de forma súbita con palpitaciones y disnea. Niega consumo de tóxicos, cafeína y bebidas euforizantes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta TEP alterado por apariencia con nerviosismo y sudoración, y taquipnea sin tiraje. A la aus-

cultación, latidos rítmicos taquicárdicos. El resto de la exploración sin hallazgos de interés. Se pasa a la sala de Urgencias para monitorización. Las constantes son tensión arterial 129/88 mmHg, frecuencia cardíaca 190-200 spm y temperatura 36,7°C. Se realiza un ECG con taquicardia a 200 spm regular de QRS estrecho sin ondas P, estamos ante una taquicardia paroxística supraventricular (TPSV). Se realizan maniobras de Valsalva modificadas y al no ceder, se administra un primer bolo de adenosina a 0.1 mg/kg con respuesta aparente con QRS precedidos de ondas P, pero dura pocos segundos y se administra un segundo bolo de adenosina a 0.2 mg/kg, ocurriendo lo mismo, por lo que se decide trasladarlo al hospital. Allí, tras confirmar la TPSV, administran un tercer y un cuarto bolo de adenosina a 0.3 mg/kg sin respuesta efectiva, por lo que administran bolo de amiodarona a 5mg/kg seguido de la perfusión a 5mcg/kg/min. A los 10 minutos, cede la clínica y se confirma en el ECG ritmo sinusal con un PR 20 msec, en el límite superior de la normalidad para su edad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

TPSV por taquicardia de origen auricular

Diagnóstico diferencial

Flutter auricular, Fibrilación auricular, taquicardia por reentrada por vía accesoria

Comentario final

La progresiva escasez de Pediatras en Atención Primaria hace que los Médicos de Familia y Comunitaria estén asumiendo su labor. Es por esto que conocer y estar actualizado en las principales patologías pediátricas es de suma importancia, entre ellas la TPSV, que es la arritmia más frecuente en el niño y su manejo en el momento agudo está protocolizado.

Bibliografía

- Pérez Santaolalla E. Diagnóstico y manejo de las taquicardias supraventriculares en Pediatría. Bol Pediatr. 2021; 61(255):24-35. Disponible en: https://scalp.org/uploads/bulletin_article/pdf_version/1621/BolPediatr2021_61_24-35.pdf

823/42. ABORDAJE CLINICO DE UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Autores:

Osuna Martínez, M.¹, Aguilera Martos, N.², Valero Solera, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del caso

Varón de 78 años con HTA, fibrilación auricular paroxística y EPOC. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude a consulta por debilidad progresiva en las extremidades superiores, asociada a dificultad para levantar objetos y caminar desde hace varios meses. Niega otra sintomatología neurológica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, está consciente y orientado, PINLA, MOEC, pares craneales explorados normales, fuerza disminuida en extremidades 2-3/5, reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores y marcha torpe con aumento de la base de sustentación. Analítica sanguínea con bioquímica general, hemograma y coagulación normales. Radiografía de columna cervical con signos de cervicoartrosis con mielopatía, por lo que se solicita una RMN que confirma estenosis cervical C5-C6 con signos de mielopatía. Se deriva a Neurocirugía y se somete a una laminectomía cervical de C5-C6. A pesar de ello no mejoró y se deriva a Rehabilitación y Neurología para valoración y realizar las pruebas pertinentes. En electromiograma se confirma una tetraparesia progresiva. Anticuerpos AntiGM1 y GM2 positivos. Ante la sospecha de una posible ELA, se inicia tratamiento con riluzol 50mg/12h.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad de motoneurona difusa de origen degenerativo (ELA posible).

Diagnóstico diferencial

Tumor del SNC, estenosis del canal, polineuropatía, esclerosis múltiple, AME.

Comentario final

El diagnóstico es de exclusión, en nuestro paciente, se hicieron múltiples pruebas que descartaron otras enfermedades, hasta llegar a la conclusión de que sufría una enfermedad de motoneurona difusa. Finalmente, el paciente falleció tras 4 años luchando contra su enfermedad. Como Médicos de Familia, debemos acompañar a los pacientes y a sus familias durante el proceso. La ELA es un desafío que afecta a pacientes,

familias y sistemas de salud. Aunque no tiene cura, el avance en investigación, leyes de apoyo y concienciación social representa un paso hacia un mejor futuro.

Bibliografía

- Estévez Muñoz JC, Molina Cabañero A, Hernández Sastre I, García de la Rasilla C. *Formas de presentación de la esclerosis lateral amiotrófica en atención primaria*. Aten Primaria. 2004;34(6):323. García de Eulate R, Rojas-García R, Povedano M, Mora JS, Vázquez Costa JF, Sevilla T, et al. *La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) desde la Atención Primaria: características clínico-asistenciales y utilización de recursos sanitarios*. Aten Primaria. 2021;53(8):102055.

823/43. LA RADIACIÓN SOLAR Y SUS PELIGROS

Autores:

Duarte Fernández, J.¹, 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 32 años, sin antecedentes personales de interés ni tratamientos crónicos. Que consulta por "lunar" (lentigo) en cara posterior del muslo pierna izquierda. Refiere que lo tiene desde hace unos meses, pero que su pareja le ha comentado que se lo nota distinto. No refiere ninguna sintomatología, no cuadro constitucional. Acude preocupada a nuestra consulta; no había consultado hacía más de 2 años por ningún motivo.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración a simple vista, se observa una lesión tipo lentigo con bordes irregulares y heterocromía. Realizamos exploración con dermatoscopio. Se observa lesión con bordes irregulares, heterocromía, asimetría con áreas sobreelevadas, velo azul-blancuecino y área blanca cicatricial. Dado a los hallazgos sospechas de lesión maligna, tipo Melanoma. Utilizamos una herramienta presente en algunos Centro de Salud de nuestra área, la teleconsulta a dermatología, enviando fotos de la lesión explorada. En menos de una semana recibimos respuesta y la paciente es citada en la consulta de dermatología. A los 9 días desde la realización de la teleconsulta se le realiza extirpación del

melanoma. A las dos semanas le realizan ampliación, diagnosticándose: " Fibrosis cicatricial. Reacción gigantocelular, de tipo cuerpo extraño." Se considera tras el procedimiento y dado la ausencia de afectación ganglionar y de metástasis, revisión cada 6 meses por dermatología como plan de actuación.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Melanoma in situ. Fibrosis cicatricial. Reacción gigantocelular, de tipo cuerpo extraño.

Diagnóstico diferencial

Lentigo solar, Nevus azul, queratoacantoma, epiteloma basocelular, epiteloma espinocelular, sarcoma de Kaposi, Granuloma piógeno.

Comentario final

Remarcar la importancia del manejo de la dermatoscopia por parte de los médicos de atención primaria. La utilidad de la teleconsulta con dermatología que se realiza en algunos centros de salud de mi región, para agilizar los trámites en las patologías donde el tiempo apremia. La labor de prevención y promoción de la salud con respecto a la exposición solar por nuestra parte.

Bibliografía

- Susan Swetter, MD Alan C Geller, RN, MPH (2024). *Melanoma: Clinical features and diagnosis*. Hensin Tsao, UpToDate.

823/46. AMAUROSIS FUGAX, LLAMADA DE ALERTA A TU SISTEMA VASCULAR

Autores:

Aguilera Martos, N.¹, Osuna Martínez, M.², Valero Solera, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de 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 Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

mujer de 50 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento con rosuvastatina 5 mg, que acude a consulta de Atención Primaria por episodio de pérdida indolora de visión total en ojo derecho de ocho minutos de duración, con recuperación espontánea.

Fue valorada en oftalmólogo privado, aportando informe con fondo de ojo normal. Refiere tres episodios similares en los últimos tres meses. Decidimos derivar a urgencias por sospecha de amaurosis fugax secundaria a estenosis carotídea.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica sin focalidad, con auscultación de soplo carotídeo derecho. Campimetría por confrontación normal. Se realiza electrocardiograma anodino, TC craneal sin hallazgos de patología intracraneal aguda, eco-Doppler y angio-TC de troncos supraaórticos que muestran estenosis carotídea derecha superior al 80 % e izquierda de 50-70 %.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

accidente isquémico transitorio (AIT)

Diagnóstico diferencial

arteritis de células gigantes; edema de papila; patología tumoral cerebral

Comentario final

sospechamos inicialmente amaurosis fugax secundaria a estenosis carotídea debido a pérdida de visión unilateral transitoria indolora (1), así como la auscultación de soplo carotídeo ipsilateral. El AIT es una urgencia médica debido a que el riesgo de sufrir ictus en los primeros 90 días es de un 10-15%, produciéndose el 50% de esos eventos en las primeras 48 horas (2). Por ello, es esencial que los pacientes sean derivados al servicio de urgencias para la realización de pruebas complementarias y valoración por neurología. Finalmente la paciente fue intervenida con éxito de endarterectomía carotídea derecha por parte de Cirugía Vascular. Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física completa, ya que a pesar de no disponer de pruebas de imagen, desde Atención Primaria pudimos realizar una orientación diagnóstica certera.

Bibliografía

- Zafar M, Shotton O, Abousamra A, Kaluram RK, Mucci E. Amaurosis fugax and crescendo transient ischaemic attacks. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2022;83(8):1-4.
- Calvo-Rodríguez R., Valverde-Moyano R., Cáceres-Redondo MT., Toledano-Delgado A., Jiménez-Murillo L., Molina-Nieto T. Ictus. En: Montero-Pérez FJ, Jiménez-Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7º ed. España: Elsevier; 2023. p. 442-453.

823/47. EMERGENCIAS A TIEMPO

Autores:

López Domínguez, A.¹, López Domínguez, A.¹, Hernández Ocaña, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Acude a urgencias un varón de 58 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II (DMII) y asma, sin cirugías previas ni más datos de interés, por edema y dolor en miembro inferior derecho que ha ido aumentando a lo largo de la semana, sin traumatismos ni lesiones externas los días previos.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presenta regular estado general, sudoroso, consciente, orientado y colaborador. TA 95/60mmHg, FC 103lpm, SatO₂ 99%. A la exploración se constata miembro inferior derecho empastado, con aumento de diámetro, eritematoso desde rodilla hasta ingle y con aumento de la temperatura local. Vesículas ampollosas diseminadas por su superficie. La analítica mostró leucocitos 19.000/nl con neutrofilia del 92% y aumento de RFA (proteína C reactiva de 450mg/l). Se realizó TC de miembro inferior derecho, observando múltiples colecciones aéreas que afectaban a la fascia superficial, tejido subcutáneo y grupos musculares profundos del miembro inferior derecho.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Con estos hallazgos el paciente fue diagnosticado de fascitis necrotizante.

Diagnóstico diferencial

1. Celulitis complicada.
2. Absceso profundo.
3. Gangrena gaseosa (*Clostridium perfringens*).
4. Erisipela.
5. Tromboflebitis séptica.
6. Linfadenitis supurativa.
7. Sepsis de origen abdominal.
8. Infecciones virales (herpes zóster).

Comentario final

La fascitis necrosante es una enfermedad infecciosa poco frecuente pero con una elevada tasa de

mortalidad si no se diagnostica y trata a tiempo. El diagnóstico en su fase inicial es difícil y no siempre posible. La presentación atípica de la entidad, como en el caso que presentamos, puede dificultar el diagnóstico que es eminentemente clínico. El tratamiento óptimo requiere de intervención quirúrgica urgente y agresiva, antibioticoterapia sistémica y cuidados médicos intensivos.

Bibliografía

- Fowler, R. A., & Kollef, M. H. (2008). *Fascitis necrotizante: diagnóstico y tratamiento*. *Journal of Clinical Medicine*, 22(5), 399-408.
- Mellor, S., & Moran, G. J. (2014). *Management of necrotizing fasciitis*. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28(3), 563-583.
- López, J., & Sánchez, C. (2016). *Tratamiento quirúrgico de la fascitis necrotizante: una revisión crítica*. *Cirugía General*, 30(2), 125-133.

823/49. MANEJO NEURALGIA POSTHERPÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Medina Cobos, A.¹, Damián García, R.², López Chaves, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 82 años con antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo en tratamiento con eutirox 50mcg y enalapril 10mg. No figuran intervenciones quirúrgicas o alergias, niega consumo de tóxicos. Vive sola en domicilio con total independencia y excelente calidad de vida. Inicialmente valorada por herpes zoster a nivel costal tratado con valaciclovir 1g/8h con buena evolución y desaparición del rash cutáneo. Acude a los 3 meses por persistencia de dolor a nivel intercostal. No remite con analgesia de primer escalón, describiéndolo como intermitente, quemante e intenso (EVA 9/10). Se sospecha neuralgia postherpética y se pauta amitriptilina, con mala tolerancia por efecto secundario de estreñimiento. Se cambia a gabapentina, encontrándose buena respuesta clínica tras aumento progresivo de dosis, reduciéndose el dolor (7/10). Posteriormente, debuta con sensación de mareo y

caída en domicilio. Se decide mantener dosis tolerable y realizar coadyuvancia con tratamiento tópico. Desestimamos tratamiento con parches de lidocaína por imposibilidad para su autoaplicación. Se decide parche de capsaicina en consulta, aplicando previamente pomada anestésica y con vigilancia estrecha por parte de enfermería, no presentando incidencias salvo eritema moderado. En revisión observamos mejoría significativa reduciéndose el dolor (3/10).

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normocoloreada y normohidratada. Talla: 155cm; peso: 59 kg. Tensión arterial 117/79 mmHg, saturación basal 99%, frecuencia cardíaca 72lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Inicialmente, lesiones cutáneas vesiculopustulosas con eritema asociado a nivel de dermatoma torácico; desapareciendo completamente tras tratamiento.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neuralgia postherpética

Diagnóstico diferencial

Dolor musculoesquelético, fractura costal, pleuritis, descartándose ante ausencia de factores desencadenantes y antecedente de herpes zoster.

Comentario final

La complicación más frecuente del herpes zóster es la neuralgia postherpética, definida como aquel dolor que persiste 90 días después de la infección aguda. Se presenta hasta en un tercio de los pacientes de más de 80 años y aunque puede resolverse espontáneamente, la mitad presentarán dolor significativo durante más de un año con disminución en su calidad de vida. Nuestra labor debe ir encaminada a realizar un abordaje del dolor eficaz y adecuado a las condiciones de salud de los mismos.

Bibliografía

- Marco JJG, Garrido-Arroquia AV, López AF. *Herpes zóster. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. FMC-Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2023;30(7):337-44.

823/50. DOCTORA, ESTOY ESCUPIENDO SANGRE

Autores:

Domínguez Rodríguez, Y.¹, Valverde Montoro, C.², Bozque Serrano, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 29 años, fumador, sin otros antecedentes de interés. Consulta por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en astenia, tos con expectoración verdosa y hemoptoica intermitente y disnea progresiva de mínimos esfuerzos. En el día de hoy asocia 3 episodios de hemoptisis franca y fiebre de hasta 39º. Había consultado por clínica respiratoria el mes pasado, siendo dado de alta con diagnóstico de catarro de vías altas, con tratamiento sintomático

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración destaca una SatO2 basal 85%, fiebre de 38.5 grados y en la auscultación pulmonar roncus de predominio en base derecha. Ante la sospecha de neumonía se deriva al hospital, donde se realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica de sangre: destaca Hb 6.5, creatinina 1.58, FG 58, Dímero D 2478, PCR 68. Analítica de orina: proteinuria y hematuria Rx tórax: se observa infiltrado alveolar difuso bilateral. Angio-TC tórax: confirma los infiltrados bilaterales, compatibles con hemorragia alveolar.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad antimembrana basal glomerular con hemorragia alveolar y fracaso renal agudo. Posteriormente se confirma el diagnóstico con la detección de anticuerpos antimembrana basal glomerular y con los hallazgos de la biopsia renal.

Diagnóstico diferencial**Neumonía Tromboembolismo pulmonar****Comentario final**

La enfermedad anti-MBG es una vasculitis de pequeño vaso en la que los autoanticuerpos atacan a la membrana basal de los glomérulos renales y los alvéolos pulmonares dando lugar a una glomerulonefritis y/o hemorragia alveolar. Los síntomas iniciales pueden confundirse fácilmente con un cuadro respiratorio, como sucedió en este caso. Esta enfermedad debe sospecharse en aquellos pacientes que presenten hematuria, proteinuria, deterioro de la función renal, hemoptisis, disnea...y no debe de subestimarse la sintomatología aunque los pacientes sean jóvenes. El

diagnóstico temprano es crucial para un manejo adecuado, ya que esta enfermedad puede ser potencialmente mortal y es por ello que debe iniciarse de forma temprana el tratamiento con inmunosupresores.

Bibliografía

- Canney M, O'Hara PV, McEvoy CM, et al. Spatial and Temporal Clustering of Anti-Glomerular Basement Membrane Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11:1392
- Goodpasture syndrome (anti-GBM disease): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2025 Jan [citado 2025 Jan 13]

823/54. A PROPÓSITO DE UN CASO: COMIENZO CON ASTENIA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL**Autores:**

Felices Lázaro, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada

Descripción del caso

Mujer, 62 años que acudió a nuestra consulta de Atención primaria por astenia, pérdida de peso de hasta 8 kilogramos, infecciones de repetición y heces más oscuras de lo habitual. Se realiza analítica de sangre, heces, Rx Tórax y Teleconsulta a Aparato Digestivo, se cita a la paciente para un estudio endoscópico digestivo alto y bajo preferente. La analítica presentó Anemia normocitica con hiperferritinemia y trombocitosis leve SOH positiva en una muestra y Calprotectina elevada. Durante el estudio endoscópico se tomaron biopsias de la mucosa antral/incisural y cuerpo del estómago. Macroscópicamente se apreció una zona dedos pliegues con edema y fibrinada parcheada inespecífica, compatible con posible gastropatía por AINES. Tras el estudio se derivó a Neumología para valoración por infecciones de repetición. Tras valoración en Neumología se solicita TC de tórax y cultivo de esputo. Los resultados de la biopsia arrojaron el diagnóstico histológico de hallazgos morfológicos concordantes con Linfoma B Folicular grado 1-2. Se deriva a Hematología. Se realizó estudio de extensión con PET-TC de cuerpo entero con resultado: Hipermetabolismo óseo medular heterogéneo axial y periférico, que sugiere infiltración ósea generalizada y foco hipermetabólico inguinal derecho que se corresponde con una adenopatía en el canal. Dx

definitivo: LINFOMA B FOLICULAR GRADO 1-2, estadio IVB por afectación duodenal + medular, con un grado IV en la escala de Ann-Arbor. Tras ecocardiograma previo a tratamiento, valoración en la unidad de accesos vasculares,BMO y AMO y estudio genético se comienza con 6 ciclos de tratamiento quimioterápico CHOP.

Exploración y pruebas complementarias

analítica de sangre, heces, Rx Tórax, endoscopia,biopsia, PET-TC, Ecocardiograma, Biopsia de M.O, estudio genético.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

LINFOMA B FOLICULAR GRADO 1-2, estadio IVB

Diagnóstico diferencial

Gastropatía por AINES vs. Síndrome carencial vs. Proceso neoplásico.

Comentario final

La paciente está en tratamiento activo, se sospecha un aumento de grado del linfoma. Es importante estudiar a fondo desde Atención Primaria dichos síntomas iniciales.

Bibliografía

- Castro D, Beltrán B, Quiñones MDP, Palomino E, Cotrina E, Alva E, Bryan Medina J, Yábar A.
- Linfoma folicular tipo duodenal: reporte de caso y revisión de la literatura [Duodenal type follicular lymphoma: case report and literature review]. Rev Gastroenterol Peru. 2019 Jul-Sep;39(3):276-279. Spanish. PMID: 31688853.

823/56. MÁS ALLÁ DE LA CLÍNICA

Autores:

Guerrero Martínez, C.¹, Márquez Castilla, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 66 años de edad que acude a consulta por presentar dolor costal e hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución que responde a tratamiento con analgesia oral. La paciente describe un dolor de características mecánicas que empeora con la tos y al cambiar de posición en la cama. No ha presentado fiebre

pero si febrícula. Niega golpe o traumatismo. Refiere vómitos biliosos autolimitados y no alteraciones del hábito intestinal. Niega clínica miccional acompañante. No otra clínica infectocontagiosa.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente refiere dolor a nivel de parrilla costal e hipocondrio derecho. Abdomen distendido, blando y depresible sin masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal, blumberg negativo, murphy claramente positivo. PPR bilateral negativa. Ante la clínica que presenta la paciente y la no mejoría tras dos semanas con tratamiento analgésico, decidimos realizar una ecografía clínica desde atención primaria en la que podemos observamos Murphy ecográfico positivo con engrosamiento de la pared vesicular siendo la pared anterior >3 mm, cálculo biliar en su interior y líquido perivesicular.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Colecistitis aguda

Diagnóstico diferencial

Cólico biliar / Neumonía lóbulo inferior derecho

Comentario final

Ante la clínica que presenta la paciente y los hallazgos ecográficos finalmente decidimos derivar a la paciente al servicio de urgencias hospitalarias para terminar de completar estudio y valoración por parte de los especialistas hospitalarios. Una vez en urgencias a la paciente se le realiza un TAC de abdomen donde describen que se trata de una colecistitis perforada con dos pequeñas colecciones adyacentes quedando finalmente ingresada a cargo de Cirugía General y siendo intervenida de una colecistectomía laparoscópica.

Bibliografía

- Huang SS, Lin KW, Liu KL, Wu YM, Lien WC, Wang HP. Diagnostic performance of ultrasound in acute cholecystitis: a systematic review and meta-analysis. World J Emerg Surg. 2023 Nov 30;18(1):54. doi: 10.1186/s13017-023-00524-5. PMID: 38037062; PMCID: PMC10687940
- Wilson SJ, Thavanathan R, Cheng W, Stuart J, Kim DJ, Glen P, Duigenan S, Shorr R, Woo MY, Perry JJ. Test Characteristics of Emergency Medicine-Performed Point-of-Care Ultrasound for the Diagnosis of Acute Cholecystitis: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Emerg Med. 2024 Mar;83(3):235-246. doi:

10.1016/j.annemergmed.2023.09.005. Epub 2023 Oct 19. PMID: 37855790

823/57. NADA ES LO QUE PARECE

Autores:

Valero Solera, C.¹, Osuna Martínez, M.², Aguilera Martos, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de 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 Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Hombre de 24 años que acude a su Médico de Atención Primaria por cuadro catarral de dos semanas de evolución. En consulta observamos una tumoración laterocervical derecha. Refiere crecimiento de ésta hace meses y pérdida de peso. Niega fiebre, no sudoración nocturna. Decidimos solicitar una ecografía de cuello preferente. No antecedentes personales ni tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: tumoración no rodadera. Auscultación Cardiorespiratoria: rítmica, sin soplos. Disminución ventilación en lóbulo superior derecho. Ecografía: adenopatías laterocervicales y supraclaviculares bilaterales de características radiológicas sospechosas. Analítica: leucocitos 23.230 µL, neutrófilos 17.310 µL, linfocitos 3.020 µL, monocitos 1.530 µL, VSG 40 mm/h, LDH 292 U/L, PCR 176,4 mg/L. Proteinograma: normal. Radiografía de tórax: masa mediastínica superior. TC con contraste: hallazgos compatibles con linfoma cervical, hilar y mediastínico. Esplenomegalia. PET-TC: proceso linfoproliferativo con afectación supradiafragmática. Ell. Deauville 5. Biopsia con Aguja Gruesa: Linfoma de hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Linfoma de hodgkin clásico.

Diagnóstico diferencial

Quiste, tumores benignos, masas malignas.

Comentario final

Sospechamos una tumoración maligna al estar adherida a planos profundos, la consistencia dura y clínica de pérdida de peso. El diagnóstico final es un linfoma de hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, estadio II-

A. Tras numerosas líneas de tratamiento y recaídas (1^a línea: QT ABVD 6 ciclos; 2^a línea Brentuximab vedotin 2 ciclos; 3^a línea Nivolumab (1) 4 ciclos), se encuentra haplotipo compatible y se realiza alotrasplante de progenitores hematopoyéticos con éxito (2). Actualmente, la evolución es favorable. Último PET-TC: ausencia de captación. Continúa con revisiones en Hematología y en nuestra consulta de Atención Primaria.

Bibliografía

- Lorente Fernández L, Romero Domínguez S, Albert Marí A, Núñez Benito E, López Briz E, Poveda Andrés JL. Real world effectiveness and safety of nivolumab in patients with relapsed or refractory classical hodgkin lymphoma. Farm Hosp [Internet]. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.farma.2024.04.020>
- Vassilakopoulos TP, Liaskas A, Pereyra P, Panayiotidis P, Angelopoulou MK, Gallamini A. Incorporating monoclonal antibodies into the first-line treatment of classical Hodgkin lymphoma. Int J Mol Sci [Internet]. 2023;24(17). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms241713187>

823/58. LA FINA LÍNEA ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE.

Autores:

Simón Soto, A.¹, Simón Giménez, T.², García Alonso, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Vera. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Mojácar Playa. Mojácar. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Vera. Almería

Descripción del caso

Paciente de 58 años con antecedente personal de arteritis de la temporal, que acude a Urgencias del Centro de Salud a las 5 am por dolor precordial no irradiado de 2 horas de evolución que le despierta del sueño nocturno y que no cede con medicación analgésica habitual. Concomitantemente presenta astenia y mareo inestable sin cortejo vegetativo, no pudiendo deambular y acudiendo en silla de ruedas. Tras revisión de la historia clínica se encuentra en la hoja de tratamiento, la prescripción de ácido acetilsalicílico en dosis antiagregantes, por lo que se le pregunta a la paciente la causa de la toma del fármaco y explica que existe un seguimiento por cardiólogo privado por un

hallazgo casual de una dilatación aneurismática aórtica epigástrica en una ecografía abdominal, por lo que rápidamente se sospecha la posibilidad de una disección aórtica aunque también como otra posibilidad un síndrome coronario agudo y es por ello, que se decide traslado urgente a hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta cifras tensionales 73/40 mmHg y frecuencia cardíaca 46 lpm. Consciente y orientada con mal estado general. Afebril. Palidez mucocutánea. Auscultación cardiaca bradicárdica, rítmica, sin soplos audibles y respiratoriamente con murmullo vesicular conservado. Pulso radial presente y femorales débiles. Relleno capilar enlentecido. Abdomen blando y depresible con molestia en epigástrica sin soplos. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 40 lpm sin alteraciones del ST. Tras traslado, la paciente entra por box de críticos hospitalario donde se decide realizar analítica completa sin hallazgos de interés y Angio-TAC toracoabdominal aórtico de urgencia y en el que se evidencia aneurisma toracoabdominal trombosado con disección desde nivel del origen del tronco braquiocefálico hasta aorta descendente. Por todo ello, se traslada de forma urgente a Hospital Virgen de las Nieves en Granada.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Disección aórtica toracoabdominal.

Diagnóstico diferencial

Síndrome aórtico agudo y síndrome coronario agudo.

Comentario final

Destacar la importancia de la anamnesis como herramienta fundamental e indispensable dentro de las Urgencias en Atención Primaria, donde no se disponen de pruebas complementarias para apoyar al diagnóstico.

Bibliografía

- Mayordomo S, Gómez M, Martín C. *Disección aórtica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2024;163(9):e90-1. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775324002033>.*

823/61. ASCITIS TABICADA EN UNA MUJER JOVEN

Autores:

Zuazo Aycart, M.¹, Eraso Arribas, C.², Agulló Foces, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º 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

Descripción del caso

Paciente de 19 años acude el 30/12/2024 a consulta de su médico de familia por aumento de perímetro abdominal con endurecimiento.

- NAMC
- AP: Hipertensión intracraneal benigna, pseudopapiledema, angioedema recurrente, dermatitis seborreica y sinovitis transitoria de cadera izquierda.
- TTO HABITUAL: no refiere.
- Enfermedad actual: desde hace un año ha perdido unos 20 kg de peso tras un régimen dietético y ejercicio físico regular. Pese a ello, presenta hinchazón abdominal desde hace años, con sensación de endurecimiento que ha aumentado en el último mes. FUR 22/12/2024.

Exploración y pruebas complementarias

- BEG, BHYP, normocoloreada, consciente, orientada y colaboradora, eupneica.
- ABD: globuloso, distendido, de consistencia dura, con matidez a la percusión. No doloroso.
- MMII: no edemas ni signos de TVP. • PPCC realizadas en AP: o Ecografía clínica abdominal: se visualiza material anecogénico compatible con líquido libre abdominal desde epigastrio hasta hipogastrio, con extensión a ambos flancos, tabiques en zona de hipocondrio derecho sin poder identificar hígado claramente. Ambos riñones y bazo sin alteraciones aparentes. Vejiga poco replecionada. Útero normoposicionado y de aspecto normal. No se visualizan los ovarios.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Teratoma maduro de ovario

Diagnóstico diferencial

Embarazo, apendicitis, quistes ováricos, absceso pélvico, sarcoma.

Comentario final

El teratoma maduro es el tumor benigno de ovario más frecuente en mujeres >45 años. Es de crecimiento lento y pueden llegar a medir 45 cm. La clínica suele ser anodina, generalmente asintomática pudiendo oca-

sionar dolor de pelvis, dolor en las relaciones sexuales, infertilidad o metrorragia. Su diagnóstico es, habitualmente, casual normalmente por ecografía, por ello es fundamental que los profesionales de AP sepamos manejarla e interpretarla aunque el diagnóstico final sea mediante RMN abdominal e histología.

Bibliografía

- Lanzas A. *Eco fácil*. 2^a ed. Madrid: MARBÁN; 2022. 282 p. • Esquerrá M, Poch PR, Tico TM, Canal V, Mir JM, Cruxent R.
- Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. *Aten Primaria*. 2012;44(10):576-83.
- Ward PC. Interpretation of ascitic fluid data. *Postgrad Med*. 1982;71(2):171-3, 176-8. doi: <https://doi.org/10.1080/00325481.1982.11715995>.
- Yuan SM. Massive ascites of unknown origin. *Int J Clin Exp Med*. 2014;15(2):435-42.
- Mora-Delgado J, Jiménez-Arjona J, Marín-Dueñas D, Michan-Doña A. Ascitis masiva: presentación de un caso. *Rev Esp Casos Clín Med Interna*. 2019;4(3):103-6.

823/64. ABORDAJE DE LA SÍFILIS SECUNDARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores:

Solano Jiménez, L.¹, Pérez Duarte, A.², Secilla Cabezuelo, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4^º 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, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas. Virus Hepatitis C en tratamiento hospitalario. Enfermedad Actual: Varón, de 35 años de edad, que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por cuadro de erupción cutánea generalizada, mayor en abdomen y miembros superiores, de dos meses de evolución, con afectación de palmas de ambas manos. No asocia prurito. Afebril. Sin otros síntomas acompañantes. Malestar general y febrícula hace 1 mes, autolimitada. Refiere haber seguido varias tandas de tratamiento para escabiosis, sin mejoría de cuadro. Relaciones sexuales de riesgo en último año.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Física: TA: 140/80 mmHg. Afebril. Erupción cutánea en abdomen y miembros superiores, con afectación simétrica de palmas de ambas manos. Lesiones redondeadas, de tipo escamosas, algunas de ellas coalescentes. No prurito. No dolor a la palpación. No signos de sobre infección local. Sin otras lesiones. No focalidad NRL. Pruebas complementarias: Hemograma: anodino. Bioquímica: PCR 5 mg/dl. Se solicita cribado de ITS, serología Lúes: TPHA +; RPR +; ELISA IgG -; IgM +, resto negativo. VHC ya conocido.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sífilis secundaria

Diagnóstico diferencial

Escabiosis, reacción alérgica medicamentosa, exantemas virales

Comentario final

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, que ha aumentado en prevalencia en últimos años. En el ámbito de la Atención Primaria es relevante tener presente esta patología en los diagnósticos diferenciales que realizamos en consulta, pues puede ser una "gran simuladora" de otras patologías con afectación cutánea, y su diagnóstico y tratamiento precoz es "clave". Esta enfermedad puede cursar con afectación sistémica y se presenta en etapas: primaria (chancro), secundaria (cuadro pseudogripal con manifestaciones cutáneas), latente (precoz < 2 años o tardía > 2 años) y terciaria (neurosífilis, cardiovascular y goma). Su manejo y seguimiento puede realizarse desde el ámbito de Atención Primaria, y su diagnóstico precoz se traduce en un buen pronóstico. Siendo, por tanto, tarea fundamental del Médico de Familia sospecharla y tratarla "a tiempo".

Bibliografía

- Ros-Vivancos C, González-Hernández M, Navarro-Gracia JF, Sánchez-Payá J, González-Torga A, Portilla-Sogorb J. Evolution of treatment of syphilis through history. *Rev Esp Quimioter*. 2018;31(6):485-92

823/65. HALO NEVUS VS HALO MELANOMA

Autores:

Zuazo Aycart, M.¹, Argüello Suárez, C.², Domínguez Rodríguez, Y.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 19 años:-NAMC-AP: Fractura radio distal derecho. Vitílico.-TTO HABITUAL: no refiere.-MC: lunar de reciente aparición en espalda, crecimiento rápido. No prurito ni irritación. Exploración:
 • BEG, BHYP, NC, COYC, Fototipo III. • Espalda: nevus con asimetría en tamaño y color tipo velo blanco-azulado de 1 cm de diámetro aproximadamente. No irritación. Se realiza interconsulta a dermatología ante duda por asimetría y crecimiento rápido. Citan en consulta en 2 días y realizan biopsia de la lesión. A las 2 semanas se recibe diagnóstico histológico compatible con Nevus de Sutton.

Exploración y pruebas complementarias

Dermatoscopia: nevus asimétrico en forma y color con halo blanquecino-azulado alrededor.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Nevus de Sutton

Diagnóstico diferencial

Melanoma con regresión, vitílico, piebaldismo, pitiriasis versicolor hipocrómica

Comentario final

El Nevus de Sutton es una lesión benigna de la piel y supone el 1% de los nevus en gente joven. Se ha relacionado con el vitílico, alteraciones tiroideas y neoplasias, siendo el vitílico la asociación más frecuente. El tratamiento en la mayoría de los casos es conservador con seguimiento estrecho por riesgo de malignización. En caso de duda se realiza extirpación. La dermatoscopia es esencial para los médicos de familia siendo necesario un buen manejo y una correcta comunicación inter especialista para aquellos casos que puedan generar confusión y que sean tiempo dependiente como lo es el melanoma.

Bibliografía

- Swetter SM, Geller AC. Melanoma: Clinical features and diagnosis. En: Tsao H, Corona R, editores. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc.; 2023 [revisión de literatura hasta diciembre de 2024; citado el 17/01/2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

do el 17/01/2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

- Hunt R, Schaffer JV, Bolognia JL. Acquired melanocytic nevi (moles). En: Levy ML, Dellavalle RP, Tsao H, editores. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc.; 2024 [revisión de literatura hasta diciembre de 2024; citado el 17/01/2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
- Marghoob AA, Jaimes N. Dermoscopic evaluation of skin lesions. En: Tsao H, editor. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc.; 2024 [revisión de literatura hasta diciembre de 2024; citado el 17/01/2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
- Nedelcu, R., Dobre, A., Brinzea, A., Hulea, I., Andrei, R., Zurac, S., ... & Turcu, G. (2021). Current challenges in deciphering Sutton nevi—literature review and personal experience. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 904.

823/68. MIOCARDITIS Y MIELITIS SECUNDARIA A COVID-19**Autores:**

Grande Ruiz, A.¹, Castaño González, A.², Claro Fabrillas, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 33 años monorrena congénita que consulta en Urgencias por dolor torácico, parestesias y debilidad en miembros inferiores (MMII), contexto COVID-19 positivo. Una única vacunación contra COVID-19. Se objetiva elevación de troponinas y caída fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) por miopericarditis, secundario a síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) por COVID-19. Ingresa en Unidad Coronaria, con requerimiento de aminas, oseltamivir y corticoides. Asocia alteración sensitiva en territorio D5-D6, déficit motor en miembro inferior izquierdo y alteración control esfinteriano. En resonancia se aprecia mielitis a nivel D6-D7. Se inicia gammaglobulina y fisioterapia. Derivación a Unidad de Lesiones Medulares para continuidad asistencial. Al alta recupera FEVI, control esfinteriano y marcha (con ayuda de andador). Sin embargo, persisten hipo/disestesias multinivel.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada, aceptable estado general y estabilidad hemodinámica. Neurológicamente presenta disminución de movilización de psoas y cuádriceps izquierdo contra gravedad/resistencia, además de dis/hipoestesias bilaterales parcheadas en territorio D5-D6. Auscultación normal. MMII sin edemas ni signos de trombosis. En ecocardio, FEVI del 30% y leve derrame pericárdico. Al alta, recupera FEVI al 50%, manteniendo derrame. La resonancia cardiaca muestra miocarditis. Además, en resonancia de columna dorsal se aprecia lesión intramedular D6-D7 que en control muestra transformación hemorrágica en evolución.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Miopericarditis aguda con depresión severa de FEVI. Mielitis aguda con transformación hemorrágica, con afectación esfinteriana, paraparesia y afectación sensitiva en territorio D5-D6. Probablemente secundario a SRIS por COVID-19.

Diagnóstico diferencial

Se deben descartar procesos infecciosos que produzcan miocarditis/mielitis (citomegalovirus, gripe, Epstein-Barr...) o que desencadenen SRIS. Hay que realizar despistaje de procesos reumatólogicos/autoinmunes (lupus, vasculitis...) que produzcan inflamación sistémica. Se debe descartar consumo de fármacos/tóxicos (quimioterapia, cocaína...) que puedan producir este cuadro.

Comentario final

La enfermedad por COVID-19 puede producir graves complicaciones a nivel sistémico. Desde Atención Primaria es fundamental la prevención mediante la correcta vacunación y la detección temprana de complicaciones. En los casos graves se debe realizar un enfoque multidisciplinar post-hospitalario para abordar las posibles secuelas funcionales y mejorar calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

- (1) Greenberg B. et al. *Transverse myelitis: Etiology, clinical features, and diagnosis*. Uptodate. 2024. (2) Caforio A., et al. *COVID-19: Cardiac manifestations in adults*. Uptodate. 2024.

823/69. UNA ALERTA SILENCIOSA EN EL CAMINO AL ÉXITO FÍSICO.

Autores:

Romero Lerma, Á.¹, Ortiz Bailón, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Varón de 24 años sin antecedentes de interés, acudió a la consulta de Atención Primaria (AP) por hematuria macroscópica de dos días de evolución, acompañada de lumbalgia leve, astenia y debilidad generalizada. Practicaba culturismo desde hacía 4 años y hace uso de 5 g diarios creatina y esteroides anabolizantes (enantato de testosterona y estanozolol) en ciclos de 8 semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Aspecto atlético, pero con signos de fatiga. Estable hemodinámicamente, afebril. Resto de exploración sin hallazgos salvo presencia de leve hematoma en planta de pie derecho. En el sistemático de orina destacaba hematuria y mioglobina positivas +. En analítica destacaba creatinina 1,4 mg/dl, urea 48 mg/dl, CPK 2435 U/L.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial

Ante una macrohematuria, el diagnóstico diferencial incluye glomerulonefritis, descartada por la ausencia de proteinuria; cistitis hemorrágica, improbable debido a la ausencia de piuria y síntomas urinarios bajos; y, por último, rabdomiólisis secundaria a sobreesfuerzo físico entre otros.

Comentario final

el ejercicio extenuante y consumo de suplementos deportivos conllevan la aparición de complicaciones renales, cardíacas y hepáticas. La Atención Primaria desempeña un papel clave, ya que permite anticiparse a estas situaciones mediante una adecuada educación sanitaria y una intervención precoz ante los primeros signos de su aparición.

Bibliografía

- Arenas Jiménez MD. *Cuando el deporte deja de ser salud: dietas, suplementos y sustancias para aumentar el rendimiento y su relación con el riñón*. Nefrología [Internet]. 2019;39(3):223-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699519300025>

823/70. MI-ASTENIA ES GENERALIZADA

Autores:

Espino García, M.¹, Díaz López, M.², Montes Redondo, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 81 años (con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia e hipertensión arterial) consulta por diplopía binocular vertical que aparece de forma intermitente por la tarde, sobre todo al fijar la mirada de forma prolongada (por ejemplo al ver la televisión), que posteriormente se resuelve. Tiene la impresión de desaparecer al ocluir uno de los ojos. Con el ojo derecho aprecia sensación de visión borrosa, que dice ya sucederle previamente pero cree que actualmente es más manifiesta. No tiene cefalea ni otra clínica neurológica. En este momento, es derivado a Urgencias y es diagnosticado de Neuropatía angiopática en IV par derecho. A los 2 meses, se encuentra con ánimo decaído, con apatía, sin ganas de salir a la calle, insomnio, pérdida de apetito, y sensación de disfagia y dificultad para hablar en ocasiones; además de persistencia de episodios de diplopía binocular. Contexto social: vive con su mujer con enfermedad crónica, estando siempre muy pendiente de ella y afronta muy mal su padecimiento. Es en este momento, cuando remitimos de forma urgente para valoración por sintomatología ocular evidente en exploración más clínica bulbar a Neurología ante la sospecha de Miastenia gravis.

Exploración y pruebas complementarias

Alerta. Eupneico en reposo. Oximetría 97% FC: 62 latidos por minuto. Neurológica: Consciente y orientado. Leve disgracia basal, que no fatiga al contar hasta 30. Ptosis en ojo derecho en situación basal, que empeora con la supraversión durante 1 min, llegando a ocluir totalmente pupila e iris. Balance muscular (derecho/izquierdo): conservado TC DE TÓRAX SIN CONTRASTE: no timoma. Analítica sanguínea: AntiAChR >20. AntiMusK negativos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Miastenia gravis seropositiva. Forma generalizada

Diagnóstico diferencial

Fatiga generalizada Síndrome de Eaton Lambert Botulismo Ptosis miogénica adquirida

Comentario final

El carácter longitudinal de la asistencia en atención primaria nos permitió hacer una correcta historia clínica y detectar los cambios en la exploración que nos llevaron a derivar al paciente a un servicio de neurología de forma urgente.

Bibliografía

- Arosemena M. *Miastenia Gravis de presentación bulbar. Reporte de caso y revisión de literatura.* Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 26, No 3, 2017.
- Silvestri NJ, Wolfe GI. *Myasthenia gravis.* Semin Neurol. 2012 Jul;32(3):215-26. doi: 10.1055/s-0032-1329200. Epub 2012 Nov 1. PMID: 23117946.

823/71. DOCTORA, ME DUELE MUCHO EL ABDOMEN BAJO

Autores:

Limón Garrido, N.¹, Torralbo Díaz, M.², Martínez Ruiz, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón, 50 años, hipertenso, en tratamiento con enalapril 5 mg cada 24 horas, sin ningún antecedente quirúrgico. Acude a consulta de atención primaria no demorable por dolor brusco en hipogastrio irradiado hacia región lumbar que le ha despertado de la siesta hace una hora. Refiere un vómito autolimitado seguido de cuadro sincopal. No fiebre ni síndrome miccional. No diarrea ni estreñimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: Tensión arterial: 80/50. Frecuencia cardíaca: 125 lpm. SatO2: 96% Temperatura: 36°C. Regular estado general, consciente y orientado, normohidratado, normoperfundido, palidez cutánea. Eupneico en reposo. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, latido poco audible. Murmullo vesicular sin ruidos sibreañadidos. Abdomen: blando, depresible, dolor a la

palpación en hipogastrio. Puño percusión bilateral negativa. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Analítica: Hemograma: leucocitos 18,80; Neutrófilos 78,40; Linfocitos 10,50, resto normal. Coagulación: Dímero D 3729. Bioquímica: Glucosa 213, resto normal. PCR: 17,5. Troponinas normales. Gasometría venosa: pH 7,32; PO₂ 23 mmHg; pCO₂: 47 mmHg. Sedimento de orina normal. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 125 lpm. PR normal. No alteración en la repolarización. Ecografía no reglada: se visualiza masa pulsátil en hipogastrio. TAC sin contraste y angioTAC (realizados en hospital): hematoma retroperitoneal derecho compatible con rotura de aneurisma de aorta infrarrenal, sin imágenes de sangrado activo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sospecha aneurisma aorta abdominal

Diagnóstico diferencial

ITU/pielonefritis, calculo renal, isquemia mesentérica aguda, diverticulitis, aneurisma aorta, hernia inguinal, peritonitis, apendicitis, Ell.

Comentario final

-La importancia de la historia clínica en AP de los dolores abdominales es fundamental para un correcto diagnóstico. -La posibilidad de realizar ecografía en AP orienta al diagnóstico y descarta patologías urgentes.

Bibliografía

- J. De Burgos Marín, Y. Herrero González, A. Padial Aguado, I. Gómez Luque, F.J. Montero Pérez, F.J. Briñceño Delgado y L. Jiménez Murillo. *Dolor abdominal agudo*. En: Luis Jiménez Murillo. *Medicina de Urgencias y Emergencias*. 6^a edición. Barcelona: Elsevier; 2015. 311-323.

823/72. MACROCITOSIS SIN ANEMIA: UN HALLAZGO FORTUITO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Agulló Foces, A.¹, Eraso Arribas, C.¹, Delgado Bayona, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 68 años con antecedentes de hipercolesterolemia y fibrilación auricular, que acude a consulta por hallazgo incidental de macrocitosis en analítica de rutina. La paciente presenta VCM de 101,2 fl, Hb de 13,9 g/dl y hematocrito de 43,0%, sin anemia asociada. Refiere molestias epigástricas esporádicas, sin pérdida de peso ni alteraciones del hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

Destaca leve sensibilidad en epigastrio sin visceromegalias ni signos de alarma. Se amplía estudio con determinación de vitamina B12 y ácido fólico, resultando normal. Perfil hepático y tiroideo normales. Se solicita prueba de antígeno fecal para Helicobacter pylori, que resulta positiva.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Macrocitosis secundaria a infección por H. pylori, en el contexto de gastritis atrófica. Se inicia tratamiento erradicador con amoxicilina, claritromicina y omeprazol durante 14 días

Diagnóstico diferencial

Anemia perniciosa, alcoholismo, hipotiroidismo, enfermedades hepáticas, mielodisplasia, deficiencia de ácido fólico y consumo de fármacos (metformina o inhibidores de la bomba de protones).

Comentario final

Este caso destaca la importancia de valorar la infección por H. pylori en pacientes con macrocitosis sin anemia, con vitamina B12 normal, ya que analíticamente es posible que todavía no se haya alterado. La erradicación de H. pylori puede revertir la gastritis atrófica y mejorar la absorción de vitamina B12, evitando complicaciones hematológicas y neurológicas a largo plazo.

Bibliografía

- Domínguez Ruiz de León P, Morcillo Cebolla V, Gutiérrez Parres B, et al. Macrocitosis sin anemia en una población urbana. Atención Primaria. 2011;43(4):183-189. doi:10.1016/j.aprim.2010.03.016.

823/74. PODRIA RESUMIRSE EN UNA PALBRA: PTOSIS

Autores:

Espino García, M.¹, Díaz López, M.², Montes Redondo, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 51 años con antecedentes de diabetes tipo 2 e hipercolesterolemia que acude a consulta por episodios de dolor de cabeza en la región supraorbitaria derecha, punzante y constante desde hace 2 semanas, que se prolongan por horas. Este dolor se acompaña de epífora, ptosis palpebral ipsilateral y enrojecimiento ocular sin alteraciones visuales, dolor cervical ni sudoración facial. No hay aumento del dolor con maniobras de Valsalva o cambios posturales, y tampoco presenta fotofobia, náuseas ni vómitos. Como antecedente, refiere haber tenido una infección faríngea con intensos episodios de tos antes de la aparición de estos síntomas, la cual fue tratada con antibióticos orales (amoxicilina/clavulánico durante 10 días). Sin episodios similares previamente.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general, afebril, con ptosis palpebral y miosis de ojo derecho, sin focalidad neurológica importante. Se deriva a Urgencias para estudio y es valorado por Neurología. Analítica de sangre, radiografía de tórax y ecografía Doppler fueron normales. RMN y Angio RMN determinan muestran disección de la carótida interna derecha con hematoma mural y estrechamiento generalizado, sin estenosis significativa. Se observa también hipoplasia en las arterias cerebrales posteriores.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Horner en paciente con factores de riesgo cardiovascular.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome de Claude Bernard-Horner
- Cefalea en racimos
- Disección de la arteria carótida interna
- Tumor de Pancoast

Comentario final

Es fundamental reconocer la anamnesis y la exploración física como herramientas esenciales en la práctica

clínica, y estar atentos a los signos de alarma que exigen una derivación urgente, como en este caso.

Bibliografía

- Rohrweck S., España-Gregori E., Gené-Sampedro A., Pascual-Lozano A.M., Aparici-Robles F., Díaz-Llopis M. Síndrome de Horner como manifestación de disección carótidea. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2011 Nov [citado 2025 Ene 18] ; 86(11): 377-379. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50365-66912011001100007&lng=es.

823/75. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL ROL FUNDAMENTAL DE LA ECOGRAFÍA**Autores:**

Guerrero Martínez, C.¹, Moreno Moreno, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 59 años de edad Ex fumador AP: HTA, DM II, Obesidad grado III y cateterismo izquierdo con ateroesclerosis coronaria en junio de 2024 Acude a consulta por presentar dolor a nivel de miembro inferior izquierdo de varios días de evolución de instauración brusca y además hinchazón y enrojecimiento respecto a contralateral. No refiere haber realizado viajes en las últimas semanas pero si mayor sedestación desde la realización del cateterismo (casi no se mueve y no sale de casa) . Además no está realizando ejercicio y ha cogido más peso.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se observa miembro inferior izquierdo más edematoso respecto al derecho, aumento de temperatura local junto a eritema, dolor y mayor sensibilidad. Signo de Homans claramente positivo. Dada la clínica y los antecedentes que presenta el paciente decidimos realizar ecografía clínica para estudio de sistema venoso profundo. A nivel proximal y medio no se evidencia presencia de trombo, venas colapsables bajo presión con buen flujo y captación doppler. A nivel distal , vena poplítea aumentada de tamaño, no colap-

sable bajo presión, ausencia de flujo y se visualiza material ecogénico interior.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Trombosis en vena poplítea de miembro inferior izquierdo

Diagnóstico diferencial

Celulitis/Linfedema

Comentario final

Finalmente, dada la clínica sugestiva de trombosis venosa profunda y los hallazgos ecográficos que revelan la presencia de trombo a nivel poplítico, se deriva al paciente a urgencias para una evaluación y manejo inmediato, dado el riesgo potencial de complicaciones. Una vez en urgencias, se realiza AS en la que destaca Dímero D elevado, motivo por el que solicitan ecografía-doppler reglada donde se confirma el diagnóstico de TVP a nivel poplítico y el paciente fue dado de alta a domicilio con tratamiento con Heparina ajustada a peso y seguimiento en consulta de medicina interna.

Bibliografía

- García Fajardo José Daniel, Bolaño Vaillant Solange, Dosouto Infante Vivian, Flores Ramírez Ivelisa, Pascual Díaz José Daniel. Ecografía Doppler en el diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. *Multimed [Internet]*. 2020 Dic [citado 2025 Ene 18]; 24(6): 1271-1282. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601271&lng=es. Epub 04-Nov-2020.

823/78. TOXOPLASMOSIS OCULAR. A RAÍZ DE UN CASO.

Autores:

Castaño González, A.¹, Grande Ruiz, A.², Ollero Rodríguez, T.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 63 años comienza con una pérdida de la agudeza visual del ojo izquierdo desde hace 5 meses tras inicio de tratamiento inmunosupresor por neoplasia

prostática. Como antecedente relevante, se operó de intervino en ambos ojos de cataratas.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza fondo de ojo donde se observa en ojo derecho una lesión blanquecina y en ojo izquierdo unas lesiones sugerentes de focos necróticos. En la tinción con fluroisceína se observan lesiones cicatriciales en ojo izquierdo. Se pide serología de herpes simple, sífilis y toxoplasma. Resultando positivo para IgG de herpes y positivo para IgG e IgM de Toxoplasma.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Retinitis por toxoplasmosis

Diagnóstico diferencial

Retinitis por virus herpes simple Retinitis por sífilis

Comentario final

La toxoplasmosis es una enfermedad adquirida partir de la infección del Toxoplasma gondii (parásito cuyo huésped definitivo es el gato). La distribución de la infección es de una gran proporción a nivel mundial, pero sólo genera síntomas en aquellos paciente con un sistema inmune comprometido. La trasmisión se debe a través de la ingesta de los quistes, que se encuentran en los alimentos contaminados. También puede propagarse de forma directa por el propio gato o por vectores. La toxoplasmosis ocular es una entidad cuyo diagnóstico se basa en los hallazgos oculares y serológicos. Se trata normalmente de una infección adquirida la cual inicialmente pasa desapercibida y la reactivación es la causante de los síntomas.

Bibliografía

- Dodds EM. Toxoplasmosis ocular. *Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]*. 2003 Oct; 78(10): 531-541. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912003001000004&lng=es.
- Hermida Pérez, J. A., Bermejo Hernandez, Á., & Sobenes Gutierrez, R. (2014). Manifestaciones oftalmológicas de la infección por toxoplasma en paciente portador del virus de la inmunodeficiencia humana. Descripción de un caso. *SEMERGEN*, 40(2), e23-e27. <https://doi.org/10.1016/j.semurg.2013.01.012>
- Cordero-Coma M., Pérez E., Calleja S., García Ruiz de Morales J.M.. Retinocoroiditis toxoplásrica: ¿recidiva o membrana neovascular coroidea?. *Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]*. 2010 Dic; 85(12): 410-413. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912010001200004&lng=es.

nible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50365-66912010001200006&lng=es.

- Kalogeropoulos D, Sakkas H, Mohammed B, Vartholomatos G, Malamos K, Sreekantam S, et al. Ocular toxoplasmosis: a review of the current diagnostic and therapeutic approaches. *Int Ophthalmol* 2022 Jan 1;42(1):295–321.

823/80. EDEMAS MÁS ALLÁ DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:

Ollero Rodríguez, T.¹, Dionisio Flores, M.², Algorri Ferrero, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera-Sur. Utrera. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 17 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés, que consulta a su Médico de Atención Primaria (MAP) en varias ocasiones por cefalea y edemas en miembros inferiores sin pautarse tratamiento más allá de analgesia para la cefalea y medidas higiénicas para los edemas como mantener los miembros elevados durante el reposo y evitar el consumo abundante de sal. En una de las ocasiones presentando edemas en ambos miembros hasta tercio superior más llamativos y cefalea intensa decide consultar en su hospital de referencia. Comenta que además de los síntomas previos, ha presentado orina muy espumosa. En este servicio el paciente informa de que su padre murió de una enfermedad renal que no sabe precisar.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presentaba buen estado general, estaba consciente, orientado, con TA 149/98mmHg y afebril. A la auscultación, presentaba buen murmullo vesicular con crepitantes bibasales. A nivel de miembros inferiores se observaban edemas bilaterales con fóvea hasta rodillas. La exploración neurológica fue anodina. Se realizó analítica sanguínea y de orina, destacando Hb 12,1 g/dl, una creatinina de 1,31 mg/dl, una hipoproteinemia (4,3g/dl) con hipoalbuminemia (2g/dl),

hipercolesterolemia (colesterol total 426mg/dl, LDL 340mg/dl), y proteinuria (300) sin hematuria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sospecha diagnóstica de síndrome nefrótico, confirmándose posteriormente mediante biopsia que se trata de una glomerulonefritis membranosa.

Diagnóstico diferencial

Deberíamos incluir dentro del diagnóstico diferencial la insuficiencia renal ya sea crónico o aguda, el hipotiroidismo, enfermedades hepáticas o la trombosis venosa profunda bilateral, entre otros.

Comentario final

Es muy común orientar el diagnóstico de edemas en miembros inferiores hacia la insuficiencia cardiaca debido a la gran prevalencia de esta enfermedad, sin embargo, existen muchas otras patologías que pueden dar clínica similar siendo imprescindible incluir toda la información que nos da el paciente, así como las características del mismo, a la hora de realizar un diagnóstico.

Bibliografía

- Dantas M, Silva LBB, Pontes BTM et al. Membranous nephropathy. *J Bras Nefrol*. 2023 Apr-Jun;45(2):229-243. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2023-0046en.
- Caravaca F, Fernández GM, Floege J et al. The management of membranous nephropathy—an update. *Nephrol Dial Transplant*. 2022 May 25;37(6):1033-1042. doi: 10.1093/ndt/gfab316.

823/81. FALSO CÓDIGO ICTUS

Autores:

Ollero Rodríguez, T.¹, Castaño González, A.², Ramos Luna, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 52 años sin alergias medicamentosas conocidas antecedentes personales de: ictus isquémico

hemisférico derecho en territorio de arteria cerebral anterior derecha en 2013 con hipoestesia secuelar en el miembro inferior izquierdo e ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda de perfil embólico en 2022 en relación con foramen oval permeable y aneurisma interauricular con cierre percutáneo en 2022, y diagnóstico de migraña sin aura. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar desde hace 15 minutos afasia motora y, posteriormente, cefalea pulsátil unilateral izquierda en región posterior junto con náuseas sin vómitos, sin otra clínica asociada. Dada la clínica de la paciente y sus antecedentes personales, se activa código ictus. Tras media hora en el circuito de críticos, la afasia motora se autolimita, aunque persiste la cefalea.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Sin hallazgos patológicos a la auscultación. A la exploración neurológica presentaba afasia motora, sin otra focalidad neurológica. Se realizó analítica sanguínea sin hallazgos relevantes, TAC de cráneo sin contraste y angiografía donde se descartó oclusión de gran vaso o algún otro hallazgo significativo o candidato a tratamiento, más allá de las lesiones de los accidentes isquémicos previos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

A pesar de que inicialmente pensemos en un posible accidente isquémico transitorio (AIT) por su aparición súbita y su limitación espontánea, debemos tener en cuenta otros diagnósticos frecuentes como puede ser una migraña con aura. En este caso la paciente nos ha comentado que presenta cefalea con características migrañosas y tiene antecedente de migraña, aunque hasta el momento no había presentado aurás.

Diagnóstico diferencial

Debemos incluir el accidente cerebro vascular (ACV), sobre todo el AIT, dado que se autolimitó, y la migraña con aura.

Comentario final

Aunque es primordial descartar un AIT, la paciente nos da muchas pistas para pensar que pueda tratarse de una migraña con aura, de ahí la importancia de la escucha activa de los pacientes y de realizar una correcta anamnesis.

Bibliografía

- Yilmaz F. Investigation of the relationship between thrombophilic disorders and brain white matter le-

sions in migraine with aura. *Arq Neuropsiquiatr.* 2024 Jul;82(7):1. English. doi: 10.1055/s-0044-1787762. Epub 2024 Jul 8.

823/87. EL LADO OSCURO DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

Autores:

Torralbo Díaz, M.¹, Limón Garrido, N.², Martínez Ruiz, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Descripción del caso: Mujer de 76 años. Antecedentes Personales: Sarcoidosis ganglionar y pulmonar estudiada en neumología por disnea, pautan prednisona a dosis altas y metotrexato, a los 5 meses aparecen nódulos pulmonares no existentes previamente, se solicitan pruebas de imagen. Consulta a su médico de familia por cuadro de cefalea y vómitos de 3 días de evolución, sin fiebre ni otra clínica asociada, no ha mejorado con analgésicos ni antieméticos pautados en SUAP.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Marcha inestable con Romberg positivo, dismetría rodilla-tobillo; resto de exploración neurológica normal. Comenta que tiene realizada dos pruebas radiológicas recientemente pero que todavía no le han dado resultado. Consultamos las mismas: RMN cerebral : Lesión en hemisferio cerebeloso derecho, sin poder determinar si es secundaria a enfermedad de base o es un proceso neoformativo primario o secundario. PET-TAC : No es posible determinar la etiología de las lesiones a nivel cerebeloso y pulmonar. Ante la sospecha de proceso expansivo tumoral su médico traslada a la paciente a urgencias hospitalaria, donde se repite TAC craneal: Lesión heterogénea en hemisferio cerebeloso derecho, mayor que en RM previa; nueva lesión quística continua a la anterior, asocia marcado edema perilesional, condicionando disminución de tamaño del cuarto ventrículo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Con el diagnóstico de absceso cerebral ingresa en neurocirugía, que realiza drenaje urgente y cultivo del material obtenido. Juicio Clínico: Absceso cerebral por Nocardia en paciente inmunodeprimida

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: Glioma, metástasis, lesión secundaria a Sarcoidosis.

Comentario final

Comentario: Aunque nuestro caso presenta una complicación poco frecuente del tratamiento inmunosupresor, consideramos que esta podría haber sido menor si desde el inicio se hubiera tenido en cuenta. Conclusiones:-En pacientes con tratamiento inmunosupresor tener en mente y realizar una búsqueda activa de posibles efectos secundarios a estos fármacos. -La visión integral que ofrece atención primaria nos permite valorar riesgo-beneficio de los inmunosupresores.

Bibliografía

- Ghazal F, Botchway S, Naut E. *Nocardia Brain Abscess in a Patient With Sarcoidosis*. Cureus. 2022;14(12):e32759. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9851920/>

823/88. LO QUE PARECIA UNA DISNEA

Autores:

Bravo Arrebola, I.¹, Fernández Martín, E.², Giménez Ramón, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 51 años, acude a consulta de Atención Primaria por disnea desde hace una semana. Fiebre de 38ºC los días previos. Refiere tos de larga data asociado con expectoración verdosa en los últimos días. No odinofagia, palpitaciones ni dolor torácico. No náuseas ni vómitos. Ritmo intestinal preservado. Ambiente epidemiológico en domicilio, mujer conviviendo con misma sintomatología. Ha tomado antitérmicos con mejoría clínica. Antecedentes personales: Sin interés, no toma de medicación habitual. No hábitos tóxicos. Trabajador mármol.

Se solicita radiografía de tórax en nuestro centro de salud, ante los hallazgos en las pruebas complementarias se contacta con servicio de Neumología por la sospecha de Enfermedad profesional Silicosis, citación preferente con solicitud de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Leve taquipnea al habla. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos audibles. MV levemente disminuido de forma generalizada con rudeza respiratoria bilateral. Orofaringe: Leve hiperemia faríngea sin exudado. Constantes en consulta: Tensión Arterial 125/65 mmHg. Saturación 98% Radiografía de tórax: Patrón reticular con múltiples nódulos bilaterales.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Silicosis.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia pulmonar. EPOC. Viriasis.

Comentario final

Desde Atención Primaria tenemos un palpe muy importante como punto de entrada para realizar una Historia clínica detallada y seguimiento de los pacientes. La silicosis es una enfermedad que actualmente presenta un descenso con respecto a su prevalencia pero tenemos que tener en cuenta para llevar a cabo en los pacientes un seguimiento más estrecho. En nuestro caso el paciente fue diagnosticado de Silicosis complicada con un seguimiento muy estrecho tanto por parte de Neumología como Atención Primaria junto con realización de pruebas complementarias periódicas.

Bibliografía

- Martínez González C, Prieto González A, García Alfonso L, Fernández Fernández L, Morena Bernardo A, Fernández Álvarez R, Rolle-Sónora V, Ruano Raviña A, Casan Clarà P. *Silicosis en trabajadores de conglomerados de cuarzo artificial*. Arch Bronconeumol (Inglés). 2019 Sep;55(9):459-464.
- Guadalupe-Agudo M, Rodríguez-Sanz J, Martín-Biel L, Gómez-Miranda R. *Silicosis complicada*. Med Clin (Barc). 25 de agosto de 2023;161(4):183.

823/89. ME PICA TODO, DOCTOR.

Autores:

Argüello Suárez, C.¹, Delgado Bayona, L.², Valverde Montoro, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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 El Palo. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 50 años que consulta por prurito, de meses de evolución, que se inicia en palmas y plantas con generalización progresiva y persiste durante todo el día sin intensificarse en horario nocturno, asociado a congestión nasal, estornudos y prurito ocular. Niega pérdida de peso, taquicardia, aumento del apetito, contacto con sarna o familiares cercanos con síntomas similares ni toma habitual de fármacos ni productos de herboristería. Como antecedentes presenta esclerosis múltiple en seguimiento por neurología, hipertensión arterial, obesidad, rosácea granulomatosa, microlitiasis biliar y esteatosis hepática.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta buen estado general, sin astenia ni anorexia. Se observa piel áspera, seca y de coloración normal con áreas de hiperemia cutánea con pápulas y placas eritematosas descamativas con restos de excoriaciones por rascado, sin evidencia de surcos de escabiosis ni otras lesiones dérmicas. A la exploración no se palpa bocio ni adenopatías cervicales ni supraclaviculares ni axilares ni inguinales ni hepatomegalia. No se observa oftalmopatía. La auscultación cardiopulmonar es normal. Solicitamos analítica sanguínea con hemograma, perfil bioquímico, perfil hepático, T4, TSH y neumoalérgenos, una radiografía de tórax y una muestra de heces. Se toman fotografías con dermatoscopio para realizar interconsulta con dermatología y descartar parapsoriasis, liquen plano u otras posibles dermatosis específicas. Los resultados fueron: tirotropina 0,012 UI/ml, tiroxina 2,35 ng/dL, triyodotironina 12,15 pg/mL, ac anti peroxidasa tiroidea 435,3 UI/mL, ac anti receptor de TSH 5,09 UI/L, AST 88 ALT 96 y FA 23, neumoalérgenos negativos, heces negativas para oxiuros u otros parásitos y radiografía de tórax normal. Ampliamos serología de hepatitis, virus Epstein Barr y citomegalovirus.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hipertiroidismo primario por Graves Basedow con positividad para anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea.

Diagnóstico diferencial

Se descartaron origen respiratorio, alérgico y hepatopatías crónicas con serología y valoración por digestivo normales. Otras posibles causas serían déficit de hierro, policitemia vera y, en relación con neoplasias, linfoma Hodgkin o linfoma cutáneo de células T.

Comentario final

La valoración integral del paciente es fundamental para hacer un correcto diagnóstico diferencial, ya que existe mucha variabilidad interindividual a nivel clínico entre pacientes.

Bibliografía

- B Fazio S, Yosipovitch G. Prurito: etiología y evaluación del paciente. Up to date [Internet]. Mayo de 2022 [consultado el 26 de diciembre de 2024].

823/90. ONDAS EN LA INFANCIA: EL DIAGNÓSTICO A PIE DE CAMA EN LA MEDICINA RURAL

Autores:

Roig Uribe, M.¹, Martín Enguix, D.², Alguacil Cubero, P.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 11 años sin antecedentes patológicos ni familiares de interés ni alergias conocidas. Acudió a un centro de salud rural por dolor abdominal localizado en hemiabdomen derecho que se irradiaba a zona periumbilical, tipo continuo y acompañado de náuseas, pero sin vómitos, de 3-4 días de evolución. Negaba cambios en el hábito intestinal, fiebre, pérdida de peso ni síntomas miccionales.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra exploración destacó un abdomen blando y desensible, doloroso a la palpación de hemiabdomen derecho, donde se palpó masa profunda en flanco derecho de consistencia semisólida, no móvil y que no se modificaba con el Valsalva. Murphy y Blumberg negativos. El resto de la exploración física era normal. Se realizó una ecografía abdominal a pie de cama, que reveló una gran masa sólida predominantemente hiperecogénica, vascu-

larizada, con un tamaño aproximado de 22 cm de eje longitudinal, dependiente del parénquima hepático. Además, se identificó otra lesión similar de 41 mm en cúpula hepática. Ante este hallazgo, se remitió de urgencia al hospital de referencia para valoración donde, tras estudio de imagen y biopsia, se diagnostica neoplasia hepatocelular compatible con hepatocarcinoma multifocal, descartándose actividad extrahepática.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hepatocarcinoma multifocal

Diagnóstico diferencial

Los tumores hepáticos en la infancia son raros, representando entre el 1-2% de los cánceres pediátricos. El hepatoblastoma es el más común de predominio en la edad preescolar, seguido del hepatocarcinoma, más frecuente en adolescentes, junto con otros menos habituales como el hemangioendotelioma infantil.

Comentario final

La ecografía a pie de cama es una herramienta clave en la atención primaria, especialmente en medicina rural, donde el médico de familia asume un papel esencial en la valoración de pacientes pediátricos. En este caso, su uso permitió descartar una patología emergente y detectar una imagen sospechosa de neoplasia, facilitando una atención temprana. Esta técnica facilita la toma de decisiones, minimizando así el estrés de desplazamientos innecesarios, reforzando la calidad y cercanía del cuidado en áreas rurales.

Bibliografía

- Sánchez-Duque JA, Muñoz-Marín GA. Ecografía a pie de cama en atención primaria. *Atención primaria*. 2022; 54 (11)
- Shermidine SC, Roebuck DJ, Towbin AJ, McHugh K. MRI of pediatric liver tumours: How we review and report. *Cancer Imaging*. 2016; 16 (21)

823/92. LENTIGO EN TINTA CHINA

Autores:

Delgado Bayona, L.¹, Domínguez Rodríguez, Y.², Zuazo Aycart, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 22 años, sin antecedentes personales de interés, que solicita consulta en atención primaria por lesiones en espalda y extremidad superior de cinco años de evolución que en los últimos meses presentan aumento de tamaño. Paciente niega pérdida de peso u otra clínica asociada. Desde consulta de atención primaria se realiza teleconsulta al servicio de Dermatología M.Q y Venereología por sospecha de Nevus melanocítico .

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se observan nevus múltiples y eférides distribuidas por todo el cuerpo. Una de las lesiones de mayor pigmento se localiza en el antebrazo izquierdo y la otra lesión en la espalda. Se solicita telederma y analítica sanguínea con los siguientes resultados: bioquímica sin alteraciones relevantes, TSH tirotropina 3.47 UI/mL, hemoglobina 14.2 g/dL, plaquetas 235x10⁹/L, leucocitos 4.87x10⁹/L, neutrófilos 1.58x10⁹/L, linfocitos 2.69x10⁹/L.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

En un primer momento se deriva como posible nevus melanocítico. Desde el servicio de Dermatología se cita al paciente para exérésis punch 4 milímetros de lesión en antebrazo izquierdo con sospecha de lentigo negro reticulado, comúnmente llamado lentigo en tinta china. Tras los resultados de anatomía patológica se confirma dicho diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Melanoma in situ, lentigo solar, lentigo simple o juvenil, eférides, máculas melanóticas de las mucosas.

Comentario final

Destacar la importancia de esta entidad independiente que se debe conocer porque plantea problemas en el diagnóstico diferencial clínico con el melanoma maligno in situ en estadios iniciales. Es de vital importancia reconocerlo y derivar al servicio de Dermatología para obtener el diagnóstico definitivo mediante el estudio histopatológico.

Bibliografía

- Carrasco Santos L. *Lentigo negro reticulado (en mancha de tinta): presentación de tres casos*. Madrid: Actas Dermosifiliogr; 2022.

823/93. UN EDEMA DIFERENTE

Autores:

Bravo Arrebol, I.¹, Castilla Moreno, M.², Fernández Martín, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería

Descripción del caso

Varón de 19 años acude a consulta de Atención Primaria por molestias en pierna izquierda desde ayer por la noche. Refiere que ha estado trabajando por la mañana en invernadero pero no ha tenido ningún golpe, esfuerzo intenso ni mal movimiento. Refiere molestias a la deambulación y apoyo por dolor. No otra sintomatología asociada. Antecedentes personales: TVP masiva en 2021. No hábitos tóxicos. No tratamiento habitual. Se solicita analítica urgente con coagulación y Dímero-D junto con radiografía de tobillo. Ante los resultados de pruebas complementarias se deriva a Servicio de Urgencias para valoración clínica y completar estudio. Ingreso en planta de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Constantes en consulta: Tensión arterial 130/65 mmHg. Frecuencia cardíaca 65. Saturación 98%. Auscultación-cardiovascular: Tonos rítmicos sin soplos audibles. MVC sin ruidos respiratorios sobreñadidos. Miembro inferior izquierdo: Edema hasta rodilla con leve aumento de temperatura con respecto a contralateral. Hoffmans negativo. Sin signos de empalamiento. Pulso femoral preservado. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: Hemograma sin alteraciones. Bioquímica normal. Coagulación preservada. Dímero-D 1400. Rx tórax: Sin signos de condensación ni infiltrado. Eco-Doppler venoso urgencias: TVP profunda femoro-poplítea.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Trombosis venosa profunda fémoro-poplítea.

Diagnóstico diferencial

Esguince tobillo. Meralgia parestésica.

Comentario final

La Trombosis Venosa Profunda es una patología con una prevalencia destacada principalmente en pacien-

tes con traumatismo y reposo absoluto. Es importante tener en cuenta las medidas profilácticas que se deben llevar a cabo ante estas circunstancias. En nuestro caso el paciente durante la TVP masiva previa fue estudiado y se descartaron múltiples patologías posibles, aunque ante la reiteración del estudio se terminó ingresando para ampliar estudio. Algunos estudios hablan de agenesia de la Vena Cava Inferior como posible causa de TVP recidivante.

Bibliografía

- Martín Del Pozo M, Martín Asenjo M, Franco Moreno AI, Usandizaga de Antonio E, Galeano Valle F. Monitoreo a largo plazo y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa: recomendaciones del Grupo de Enfermedades Tromboembólicas de la Sociedad Española de Medicina Interna 2024.
- Trujillo Santos AJ. Tratamiento de la trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores. Rev. Clin Esp. 30 de mayo de 2020;50014-2565(20)30148-X.

823/96. EL LÍMITE DE LOS 300 METROS

Autores:

Rodríguez Vega, T.¹, González Cwierz, L.¹, Martín Almazán, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Varón de 64 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus II, dislipemia y obesidad, que acude al centro de salud por claudicación intermitente a los 300 metros, dolor y parestesias en región plantar y primer dedo del pie izquierdo de un mes y medio de evolución. Niega otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física destaca pie izquierdo más frío que el contralateral, pulsos femorales presentes, ausencia de pulsos distales. No se observa alteración en la coloración del pie, aunque destacan lesiones violáceas reticulares en los pulpejos de los dedos y mal lleno capilar. Dada la sospecha de

isquemia crítica, el paciente se deriva a urgencias hospitalarias. Se realiza un Eco-Doppler arterial, que muestra oclusión de la arteria poplítea izquierda desde el segmento P3 a P1. Arterias pedia y tibial posterior permeables. El AngioTC de miembros inferiores confirma la oclusión completa del segmento P2 de la arteria poplítea izquierda, sin evidencia de patología aneurismática.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Isquemia crónica crítica del miembro inferior izquierdo secundaria a oclusión de la arteria poplítea.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad arterial periférica aterosclerótica, trombosis arterial aguda (trombofilia), embolia arterial de origen cardíaco, vasculitis, neuropatía periférica

Comentario final

La isquemia de la arteria poplítea secundaria a trombosis es una causa frecuente de isquemia crítica, caracterizada por claudicación intermitente, dolor en reposo, frialdad y ausencia de pulsos distales. Puede asociarse a factores como enfermedad arterial periférica o estados trombofílicos. El diagnóstico se realiza mediante Eco-Doppler y AngioTC, que confirmán la obstrucción arterial. Su manejo incluye anticoagulación, trombolisis o revascularización, dependiendo de la severidad y la viabilidad del miembro afectado. Una sospecha clínica es crucial para un diagnóstico temprano y así prevenir complicaciones como las amputaciones.

Bibliografía

- Norgren, L., Hiatt, W. R., Dormandy, J. A., Nehler, M. R., Harris, K. A., & Fowkes, F. G. R. (2007). *Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. *Journal of Vascular Surgery*, 45(1), 55-567. doi:10.1016/j.jvs.2006.12.037
- Conte, M. S., Bradbury, A. W., Kolh, P., White, J. V., Dick, F., & Fitridge, R. (2019). *Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia*. *Journal of Vascular Surgery*, 69(6), 35-125S. doi:10.1016/j.jvs.2019.02.016

823/97. OBSTRUCCIÓN SILENCIOSA: SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Autores:

Rodríguez Vega, T.¹, Maza Sánchez, A.², González Cwierz, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Varón de 88 años con antecedentes personales de linfoma B no Hodgkin de células grandes y mutación del factor V de Leyden qué consulta en Atención Primaria por inflamación de cara, cuello y circulación colateral en el tórax anterior de cinco días de evolución. Al preguntarle por sintomatología acompañante niega fiebre, pérdida de peso, diaforesis nocturna, disnea, hemoptisis, mareo, dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física destaca edema en esclavina, circulación colateral en tórax anterior, sin disnea, ni estridor. Discreta ingurgitación de las venas yugulares. Resto del examen sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha diagnóstica de síndrome de vena cava superior, se decide derivación a urgencias hospitalarias para completar estudio. En el Hospital se realiza un análisis de sangre sin alteraciones significativas. En la radiografía de tórax no se observa ninguna consolidación evidente, por lo que se realiza TAC torácico donde se evidencia trombosis de la vena braquiocefálica derecha, región proximal de la vena subclavia y yugular interna derecha, así como estenosis de la vena cava superior y de la vena braquiocefálica izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de vena cava superior secundario a trombosis venosa extensa, probablemente relacionada con la mutación del factor V de Leyden

Diagnóstico diferencial

Síndrome de vena cava superior por compresión tumoral, trombosis venosa asociada a dispositivos intravasculares, enfermedades autoinmunes con vasculitis asociada, Infecciones mediastínicas o venosas profundas.

Comentario final

El síndrome de vena cava superior (SVCS) es una obstrucción parcial o total del flujo sanguíneo en la vena cava superior, generalmente causada por tumores mediastínicos, trombosis o dispositivos intravasculares. Clínicamente destaca edema en esclavina, circulación colateral, disnea y congestión facial. Para su diag-

nóstico se realiza TAC torácico, y su manejo incluye tratar la causa subyacente, anticoagulación o medidas paliativas.

Bibliografía

- Wilson, L. D., Detterbeck, F. C., & Yahalom, J. (2007). Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *New England Journal of Medicine*, 356(18), 1862-1869. doi:10.1056/NEJMcp067190
- Levine, M. N., Raskob, G., Beyth, R. J., Kearon, C., & Schulman, S. (2004). Hematology: Thrombosis in cancer patients. *Hemostasis and Thrombosis*, 5(1), 482-494. doi:10.1182/asheducation-2004.1.482

823/98. MENINGITIS RURAL: CRIPTOCOCO QUE NOS HACE DUDAR

Autores:

Agulló Foces, A.¹, Eraso Arribas, C.¹, Delgado Bayona, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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 El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, demencia leve-moderada, piomiositis crónica desde 2022 pendiente de valoración quirúrgica, carcinoma espinocelular de pene y sarcoidosis. Vive en un ámbito rural, parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria y es conocido por su apego a los gatos, recientemente nacidos en su hogar, que regala a los vecinos del pueblo. Su hija consulta por desorientación y empeoramiento del estado general en los últimos días, presentando desconexión del medio desde esa mañana. Refiere lesión en miembro inferior derecho (MID) con exudado maloliente, progresiva en días previos. Sin fiebre ni otra sintomatología reseñable.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente hemodinámicamente estable, presenta lesiones costrosas confluentes en cara interna del MID extendidas a región inguinal, con áreas más exudativas y malolientes. Neurológicamente desconectado del medio, sin obedecer órdenes ni articular palabra, reaccionando solo a estímulos verbales. Analítica normal salvo PCR 62 mg/l, TC craneal sin alteraciones, análisis

de orina sin hallazgos. Ante sospecha de infección neurológica, se deriva a hospital, se realiza punción lumbar con antígeno, PCR y tinta china positivos para *Cryptococcus neoformans/gatti*.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Infección por *Cryptococcus neoformans/gatti* con posible origen en contacto con excrementos de gatos. Cuadro neurológico sugestivo de meningitis criptocócica.

Diagnóstico diferencial

Infección del tracto urinario, encefalitis herpética, absceso cerebral, meningitis bacteriana, neurosarcoïdosis.

Comentario final

Este caso subraya la importancia de valorar antecedentes ambientales y características del entorno en pacientes con infecciones inusuales. En el ámbito rural, conocer a los pacientes y su entorno es crucial para identificar posibles factores de riesgo, como el contacto estrecho con excrementos de gatos, que puede ser una fuente de exposición a *Cryptococcus*. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado permiten evitar complicaciones graves.

Bibliografía

- Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, Goldman DL, Graybill JR, Hamill RJ, et al. Clinical practice guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50(3):291-322. doi: 10.1086/649858.

823/99. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA: BACTERIEMIA PRIMARIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Autores:

Delgado Bayona, L.¹, Eraso Arribas, C.², Agulló Foces, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º 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

Descripción del caso

Varón de 19 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo cervicalgia de dos o tres días de evolución que en el día de hoy asocia cefalea, mareo

con giro de objetos, náuseas y un vómito. El paciente refiere haber sido tratado de sarna con resolución completa de las lesiones hace un mes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración el paciente se encuentra con buen estado general, bien hidratado y afebril. En la auscultación cardíaca tonos rítmicos, sin soplos y en la pulmonar, murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. La palpación abdominal es anodina y no se observan edemas en miembros inferiores. En la exploración neurológica, lo único que encontramos es una rigidez nucal evidente. En este momento, aconsejamos al paciente acudir a las urgencias hospitalarias para realizar pruebas complementarias. En las urgencias se le realiza analítica sanguínea con PCR 134, leucocitosis 14090 y neutrófilos 11870. Resto sin alteraciones. También se solicita hemocultivo, urocultivo, TAC cráneo y se decide realizar punción lumbar. Tanto TAC cráneo como PL sin alteraciones. En urgencias el paciente comienza con febrícula de 37.5°C. Se le pautó antibiótico intravenoso mientras se le realizaban todas las pruebas complementarias. Ante ausencia de foco infeccioso se decide alta con Amoxicilina-Clavulánico por mejoría clínica del paciente. A las 48 horas avisan del laboratorio que en el hemocultivo ha crecido un S. Aureus Meti-S. Tras este resultado se cita al paciente en consulta de Infecciosas, se le realiza analítica con serología VIH y Lúes negativas y ecocardiograma transtorácico sin alteraciones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tras resultado del hemocultivo se diagnostica al paciente de una bacteriemia comunitaria no complicada por estafilococo aureus meticilino sensible (SAMS) con probable puerta de entrada cutánea.

Diagnóstico diferencial

Absceso cerebral, osteomielitis cervical, empiema subdural, tumor cerebral, encefalitis, tendinitis cervical.

Comentario final

Enfatizar en la importancia de una buena anamnesis y exploración física, ya sea en consulta de atención primaria como en las urgencias hospitalarias. Podemos obtener muchísima información con algo tan sencillo pero tan importante.

Bibliografía

- Tibavizco D, Rodríguez JY, Silva E, Cuervo SI, Cortés JA. *Enfoque terapéutico de la bacteriemia por Staphylococcus aureus*. Biomédica [Internet]. 17 de agosto de 2007 [citado 19 de enero de 2025];27(2):294.

coccus aureus. Biomédica [Internet]. 17 de agosto de 2007 [citado 19 de enero de 2025];27(2):294.

823/102. NO TODO ES LO QUE PARECE

Autores:

Molina Corredor, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 27 años de edad que acude a urgencias por cuadro de dolor torácico súbito de predominio inspiratorio e irradiación a miembro superior derecho sin traumatismo previo. No cortejo vegetativo. Refiere crisis tisígena previa. En días previos tos irritativa y rinorrea acuosa sin fiebre. Antecedentes personales: Sin enfermedades previas severas de interés. No realiza esfuerzos físicos habituales. Niega hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Buena perfusión central y periférica. Eupneica en reposo. Saturación O₂ capilar: 98% Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos audibles a la auscultación. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Realizamos electrocardiograma en consulta que se encuentra dentro de la normalidad. Solicitamos Radiografía simple de tórax frontal y lateral: imagen compatible con existencia de aire en mediastino. Tras estos hallazgos, solicitamos tac de tórax: se visualiza neumomediastino con signos de bronquitis aguda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neumomediastino espontáneo + bronquitis aguda

Diagnóstico diferencial

Neumonía en base derecha Pericarditis Neumotórax

Comentario final

Tratamiento: reposo relativo con analgesia, cobertura antibiótica como profilaxis por hipoventilación pulmonar derecha ademas de broncodilatadores inhalados con cámara inhaladora y rehabilitación respiratoria para incentivar el flujo respiratorio. El neumomediastino es una patología relativamente frecuente como causa de dolor torácico que puede pasar inadvertida sin una correcta lectura radiológica. Es una patología que se auto-

limita y no suele dar complicaciones salvo en pacientes que tengan patología torácica de base. La causa más frecuente son las crisis tisigenas y tiene mayor prevalencia en pacientes jóvenes de complejión delgada.

Bibliografía

- Ruiz-Ruiz FJ, Sampériz A, Rubio T, Escolar F. Neumomediastino espontáneo. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006
- Moreno Castillón C, Torra Solé N, Sulé Salvadó MA. Neumomediastino, a propósito de un caso. SEMERGEN [Internet]. 2009

823/105. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS DERMATOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CASO DE PÉNFIGO VULGAR

Autores:

Solano Jiménez, L.¹, Serrano Cárdenas, E.², Pérez Duarte, A.³

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, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 37 años de edad, sin AP de interés que acude a consulta de Atención Primaria por inicio de cuadro ampolloso escasamente sintomático, de aparición súbita en tronco. Evolución tórpida con extensión a mucosa oral, área genital y polocefálico. Afebril. Sin otros síntomas acompañantes. Primer episodio.

Exploración y pruebas complementarias

Piel: lesiones ampollosas intraepiteliales, de 2-3 cm de diámetro, de carácter flácido, así como lesiones residuales en fase de curación. Asocia lesión en paladar duro que no impide la ingestión. Exploración analítica: leucocitosis con neutrofilia, linfopenia discreta, ligero aumento de GPT y GGT. Resto anodino.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pénfigo vulgar

Diagnóstico diferencial

Penfigoide de mucosas vs. epidermólisis ampollosa adquirida vs. liquen plano oral y aftosis bucal recidivante.

Comentario final

El pronóstico del Pénfigo Vulgar ha mejorado notablemente en las últimas décadas, gracias a la terapia corticoidea precoz. En este sentido, es un aspecto clave el reconocimiento, desde la consulta del Médico de Familia, en la Atención Primaria del paciente, de este tipo de procesos, de cara a la optimización del curso y pronóstico de esta patología. Sin embargo, la mortalidad sigue siendo un problema, y se sitúa en torno al 5% de los casos, principalmente secundarias a infecciones sistémicas asociadas al proceso. Es relevante el trabajo conjunto con otros especialistas hospitalarios para lograr la mejor atención integral del paciente.

Bibliografía

- Sanders WJ. A brief review of pemphigus vulgaris. Biomedical Dermatology. 2017; 1:7.

823/107. ¡MANOS ARRIBA, ESTO ES UN AINE!

Autores:

Argüello Suárez, C.¹, Lucena López, R.², Domínguez Rodríguez, Y.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 85 años que refiere disminución de la cantidad de orina en la última semana. Niega fiebre, molestias urinarias o gastrointestinales ni otros síntomas. Refiere haber tomado ibuprofeno durante la última semana que le ha robado a su hija debido a insomnio por mal control del dolor de artrosis de rodilla derecha, además del naproxeno cada 12 horas que toma habitualmente para sus dolores habituales. La paciente se encuentra a la espera de cita para valoración por Traumatología. Como antecedentes personales la paciente presenta hipertensión arterial, obesidad, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, artrosis y trastorno depresivo.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta buen estado general, la auscultación cardiopulmonar es normal, no se palpa adenopatías y el abdomen es blando y depresible con reacción puño percusión bilateral negativa. Se solicita desde

consulta de Atención Primaria una analítica sanguínea con hemograma, perfil bioquímico, perfil renal y hepático y una muestra de orina. Los resultados fueron un empeoramiento de la función renal con creatinina 3'6 mg/dl (previa 2'8) y filtrado glomerular de 28 (previa 42) y glucosuria en orina. Derivamos al hospital de referencia por sospecha de Insuficiencia renal aguda en el contexto de toma de AINEs. La paciente se niega debido a que no quiere que la ingresen. Insistimos en la necesidad terapéutica sin éxito. Derivamos preferentemente a Nefrología, prohibimos toma de antiinflamatorios, recomendamos dieta sin sal e hidratación abundante e iniciamos tratamiento con prednisona 30 mg durante una semana con posterior pauta descendente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Insuficiencia renal aguda secundaria por toma de AINEs.

Diagnóstico diferencial

Finalmente, es llevada por su hija al hospital donde se realiza una biopsia renal por Nefrología con alteraciones compatibles con nefritis tubulointersticial aguda.

Comentario final

El riesgo de nefotoxicidad por AINE se eleva frecuentemente en procesos con fiebre, síntomas gastrointestinales o toma de diuréticos, inhibidores de ECA y antagonistas de receptores de angiotensina, debido a la deshidratación.

Bibliografía

- AEMPS. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Internet). Informe de utilización de medicamentos U/AIN/V1/15012014. Utilización de antiinflamatorios no esteroides (AINE) en España durante el periodo 2020-2024. [consultado 19 enero 2025].

823/108. UNA PATOLOGÍA NO TAN TÍPICA EN EL ADULTO

Autores:

Algorri Ferrero, S.¹, Ollero Rodríguez, T.², Ramos Luna, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera-Sur. Utrera. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medi-

na Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 28 años que acude a la consulta tras la aparición de lesiones cutáneas en miembros inferiores esta mañana que han ido aumentando en número y tamaño progresivamente. Inicialmente solo en tobillos, pero han ido progresando hasta parte inferior del abdomen e incluso presenta algunas en miembros superiores. Otros síntomas son vómitos aislados sin dolor abdominal y dolor en tobillos principalmente, sin inflamación. Afebril. Comenta que lleva unos días con un cuadro respiratorio de vías altas para el que no ha precisado antibiótico. No tiene ni antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración:

- Petequias y equimosis bilateral y simétrica que afecta a MMII y glúteos.
- Dolor abdominal inespecífico a la palpación.
- Tobillos con movilidad conservada, aunque con dolor y sin signos de inflamación. Resto de la exploración normal. Constantes normales. Pruebas complementarias:
- Analítica urgente: Leucocitosis con predominio de neutrófilos, plaquetas y hemoglobina normal. PCR 30. Coagulación normal.
- Orina: Sin hematuria y sin proteinuria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Vasculitis IgA o Púrpura de Schönlein-Henoch.

Diagnóstico diferencial

- Sepsis.
- Trastornos plaquetarios.
- Infecciones como dengue o fiebre hemorrágica.
- Trombocitopenia inducida por fármacos.
- Púrpura trombocitopénica inmune.
- Traumatismos.

Comentario final

La vasculitis IgA afecta a pequeños vasos, principalmente a piel, riñón y tracto digestivo. Su curso es autolimitado, con morbilidad renal a largo plazo. Es más típica en niños, pero puede aparecer en adultos jóvenes. Suele desencadenarse tras una infección res-

piratoria. Para su diagnóstico es obligatorio la presencia de púrpura y al menos uno de los siguientes: dolor abdominal, hepatomegalia, artritis/artralgia o afectación renal. El diagnóstico definitivo sería histológico: vasculitis leucocitoclásica con depósitos de IgA, pero solo se realiza si el diagnóstico es incierto o hay afectación renal grave. Su tratamiento consiste en reposo absoluto, hidratación y analgesia. En algunos casos se emplean corticoides si la afectación abdominal o renal es importante. Desaparece en 4-8 semanas, aunque un 30-40% recidivan y el pronóstico depende fundamentalmente de la afectación renal. Es fundamental hacer un seguimiento ambulatorio durante 6 meses tras el brote en el que se controla la tensión arterial y la orina ya que hasta un 15% pueden presentar afectación renal (hematuria micro/macroscópica y proteinuria).

Bibliografía

- Borlán Fernández S. *Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch)*. Protoc diagn ter pediatr. 2020;2:225-238.

823/109. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Autores:

Moya Berruga, G.¹, Ochoa Gómez, J.¹, Alcalde Molina, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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

Descripción del caso

Paciente mujer de 14 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de asma, déficit leve del factor X de la coagulación y apendicectomía hace un mes, con reintervención una semana posterior por hallazgo de hematoma intraabdominal. Sin tratamiento médico actualmente. Consulta por fiebre de aproximadamente 72 horas de evolución, acompañada de astenia y malestar general. Refiere además dolor punzante en hemiabdomen inferior, no irradiado, que no remite con analgésicos habituales. No síntomas genitourinarios ni otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Ligero tinte icterico de mucosas. Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración otorrinolaringológica: faringe no hiperé-

mica, sin exudados. No se palpan adenopatías. Exploración abdominal: abdomen blando y depresible. Doloroso a la palpación de hipogastrio. Sin signos de irritación peritoneal. Cicatrices de herida quirúrgica sin signos de sobreinfección. Ante la ausencia de mejoría, se deriva a Urgencias Hospitalarias para pruebas complementarias. En analítica, leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos relevantes. Se solicita ecografía abdominal, que muestra una colección de líquido libre en saco de Douglas. Se ingresa para drenaje percutáneo de la colección.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hematoma postquirúrgico.

Diagnóstico diferencial

Diferenciar el posible origen del dolor abdominal según su localización y características. Deberíamos descartar principalmente causas genitourinarias (cistitis, nefrolitiasis, pielonefritis), causas ginecológicas (embarazo ectópico, torsión ovárica, quiste ovárico, endometriosis...) y causas digestivas (estreñimiento, diverticulitis, colitis, síndrome de intestino irritable). En el caso de nuestra paciente y correlacionando los datos de infección, se descartaron los órganos pulmonar, otorrinolaringológico y urinario como foco de la misma. Guiándonos por el antecedente de dos intervenciones quirúrgicas en el último mes, finalmente la sospecha clínica se dirigió hacia una posible complicación postquirúrgica, permitiendo su diagnóstico y tratamiento precoz.

Comentario final

La anamnesis y la exploración física son las dos herramientas imprescindibles en Medicina, siendo en ocasiones mucho más decisivas que las propias pruebas complementarias. Por esta razón, constituyen el pilar fundamental sobre los que asienta la Atención Primaria.

Bibliografía

- Ugarte, MJ. *Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal*. Rev Med Clínica Las Condes. 2021; 32 (4): 457-465.

823/111. DOCTORA ME AHOGO, NO PUEDO NI VESTIR A MI HIJO

Autores:

Gutiérrez Guerrero, P.¹, García Morales, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de

Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 37 años, gestante de 22 semanas con antecedentes personales de asma intrínseca con buen control y diabetes mellitus tipo 1 que consulta por disnea a mínimos esfuerzos de una semana de evolución acompañada de tos seca. Afebril. No presentaba signos de reflujo gastroesofágico ni signos de insuficiencia cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, con buena coloración, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. A la auscultación presentaba murmullo vesicular conservado en todos los campos sin ruidos sobreñadidos. No presentaba edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. ECG: ritmo sinusal a 100lpm. Eje normal. PR normal. QRS estrecho. No signos de hipertrofia de cavidades ni alteraciones agudas de la repolarización. Test de la marcha: la paciente desaturaba a 85%. Derivamos a Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias. Analítica: leucocitos 6170, PCR 52, linfocitos 990. Doppler venoso en miembros inferiores: sin signos de trombosis venosa profunda. Ecocardiograma: ventrículos no dilatados, mínima lámina de derrame pericárdico. Se descartan datos sugestivos de tromboembolismo pulmonar. Ante la persistencia de síntomas en la paciente se valora riesgo/beneficio y se decide realizar TAC de tórax en el cual se observa condensación neumónica en lingüula. Antigenuria en orina: negativa. Test antígenos COVID 19: negativo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Infección respiratoria neumónica en lingüula.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar; Asma intrínseco mal controlado; Miocardiopatía dilatada por gestación.

Comentario final

El embarazo se trata de una condición inmunológica única en el cual las mujeres se encuentran con mayor susceptibilidad a padecer enfermedades infecciosas como la neumonía. Los microorganismos más frecuentemente aislados en pacientes con neumonía que han precisado hospitalización son los virus. En el caso de nuestra paciente, se descartaron las bacterias más frecuentes causantes de esta patología y dada la au-

sencia de clínica florida, leucocitosis presencia linfope-
nia probablemente se tratara de una neumonía vírica.

Bibliografía

- Mor G, Cardenas I. *The immune system in pregnancy: a unique complexity*. Am J Reprod Immunol [Internet]. 2010;63(6):425-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0897.2010.00836.x>
- Alonso R, Santillán Barletta M, Rodríguez CL, Mainero FA, Oliva V, Vénica DP, et al. *Community acquired pneumonia in patients requiring hospitalization*. Medicina (B Aires). 2021;81(1):37-46.

823/112. NEFRITIS TUBULOINTERTICIAL AGUDA SECUNDARIA A TRATAMIENTO DE HERPES ZOSTER

Autores:

Fernández González, C.¹, Parra Acero, E.², Hernández Paris, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pechina. Pechina. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruz de Caravaca. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Descripción del caso

Mujer de 78 años con antecedentes de alergia a Penicilina, dislipemia e hipotiroidismo. Acude refiriendo malestar, mareo, náuseas sin vómitos, dificultad para caminar... de 3 días de evolución. Afebril. No otra sintomatología. Refiere que desde hace 1 semana está tomando tratamiento pautado en SUAP para lesión cutánea (primero pauta de corticoide (tópico y oral), después ciprofloxacino 750mg cada 12 horas y finalmente valaciclovir 1g cada 8 horas). Se solicita analítica y se acuerda consulta telefónica con resultados.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientada, bien hidratada y perfundida, eupneica. CABEZA: Lesión vesiculosa extensa con costra compatible con herpes zoster en resolución en zona frontotemporal izquierda. AUSCULTACIÓN: No patológico. ABDOMEN: blando y depresible, no doloroso. EXTREMIDADES: Mioclonias multifocales en extremidades. ANALÍTICA: -Bioquímica: Glucosa 120 mg/dl, urea 193 mg/dl, creatinina 5.9 mg/dl, Na 131 mEq/l, K 5.4 mEq/l

-Hemograma: Leucocitos 15300 (Neutrofílos 87%), Hemoglobina 13 g/dl, Plaquetas 223000 -Coagulación: Tiempo protrombina 104%, INR 0.97 URIANALISIS: Sin hallazgos patológicos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Encefalopatía urémica secundaria a fallo renal agudo (FRA)

Diagnóstico diferencial

- Encefalopatía urémica secundaria a FRA
- Encefalopatía metabólica
- Ictus
- Encefalitis herpética
- Intoxicación
- Descompensación tiroidea

Comentario final

Se deriva a Urgencias, donde se mantiene en Observación controlando evolución con seriación analítica (incluyendo gasometría venosa con acidosis metabólica) y sondaje urinario. Valorada por Nefrología y Neurología (realizando TAC craneal y valorando punción lumbar si persisten síntomas). Tras 12 horas con tratamiento optimizado y empeoramiento analítico ingresa en Nefrología para tratamiento con corticoides, sueroterapia y finalmente diálisis. Tras 13 días de ingreso, normaliza función renal, con posterior alta domiciliaria con diagnóstico de "FRA AKIN III posiblemente secundario a nefritis tubulointersticial farmacológica (quinolonas VS valaciclovir)". Me gustaría hacer una reflexión final sobre la importancia de conocer el tratamiento adecuado de patologías tan frecuentes en nuestra consulta como el Herpes Zoster, ya que las complicaciones como las aquí expuestas, aunque sean raras, pueden tener consecuencias severas para nuestros pacientes.

Bibliografía

- Barrios-Camacho H, Villegas-Ramírez M, García-Cano R, García-Guerrero A, García-Morales C. Valaciclovir-induced nephrotoxicity: a case report and literature review. *Pharmacology Research & Perspectives*. 2023;11(1):e00975. doi:10.1002/prp2.975.
- Basile C, Pruvost O, De La Faille R, et al. Nephrotoxicity of fluoroquinolones: an underappreciated side effect. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2023;61(3):106629. doi:10.1016/j.ijantimicag.2023.106629.

823/114. OBSESIÓN POR LA DEFECACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Gutiérrez Guerrero, P¹, García Morales, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 84 años, policonsultadora, analfabeta, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria con antecedentes personales de síndrome de intestino irritable y rectocele actualmente en tratamiento con Linaclotida. Acude con sus hijas a nuestra consulta por sensación de distensión abdominal y estreñimiento de 3 días. Sus hijas aseguran que su madre defeca todos los días e incluso presenta diarrea en algunas ocasiones, pero que a pesar de todo, se pasa las noches sin dormir sentada en el WC intentando defecar. Comentan ideas obsesivas en torno a la defecación que limitan realizar otras actividades de su vida diaria y además presenta suspicacia en torno a la medicación que le administran sus hijas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada en espacio y en identidad, parcialmente colaboradora. Con exploración abdominal rigurosamente normal. Con presencia de marcha parkinsoniana y temblor en reposo bilateral, no rigidez en rueda dentada. Decidimos disminuir dosis de linaclotida a 1 comp cada 48h, suspendemos procinéticos, iniciamos sertralina e introducimos haloperidol a demanda según precise la paciente. Pasadas 2 semanas, las hijas de la paciente refieren buena tolerancia a sertralina y haloperidol con mayor control de ideas obsesivas, y descanso nocturno, ausencia de temblor bilateral y marcha parkinsoniana y presencia de adecuado patrón gastrointestinal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ideación obsesiva. Parkinsonismo yatrogénico

Diagnóstico diferencial

Estreñimiento crónico; Trastorno por ideas delirantes.

Comentario final

Gracias a este caso se puede observar la importancia de la medicina de familia en medio rural ya que,

al tener el primer contacto como médicos con una paciente frágil, hemos podido garantizar el confort de paciente y cuidadores, sin la necesidad de un traslado para una valoración por otra especialidad de carácter hospitalario.

Bibliografía

- Conti D, Girone N, Boscacci M, Casati L, Cassina N, Cerolini L, et al. *The use of antipsychotics in obsessive compulsive disorder*. Hum Psychopharmacol [Internet]. 2024;39(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/hup.2893>
- Reid JE, Pellegrini L, Drummond L, Varlakova Y, Shahrer S, Baldwin DS, et al. *Differential effects of sertraline and cognitive behavioural therapy on behavioural inhibition in patients with obsessive compulsive disorder*. Int Clin Psychopharmacol [Internet]. 2024 [citado el 13 de enero de 2025];10.1097/YIC.0000000000000548. Disponible en: https://journals.lww.com/intclinpsychopharm/abstract/9900/differential_effects_of_sertraline_and_cognitive.135.aspx

823/115. DR. SIGO PERDIENDO PESO

Autores:

Ortín López, F.¹, Llorens Minguey, A.², García Guerrero, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia

Descripción del caso

Paciente de 71 años consulta por cuadro diarreico crónico e intermitente de tres meses de evolución, sin producto patológico, asociado a pérdida de peso y dolor abdominal. AP: HTA, dislipemia. Tto crónico: Rosuvastatina, valsartan, pantoprazol. Orfidal, Sertralina. Cuidadora de cónyuge con Alzheimer. En una primera endoscopia : Ulceras gástricas. HPP positivo. Tras suspensión de antidepresivos, ajuste ansiolítico y tto específico para ulceras gástricas y H.Pylori, la paciente continua con perdida de peso progresiva (10 kilos), en 8 meses, episodios de dolor abdominal y vómitos postprandiales. Segunda endoscopia: Engrosamiento de pliegues gástricos (sin ulceras activas), bulbitis y erosiones bulbares. Sospecha gastrinoma confirmado con la prueba de octreoscan.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física normal. Abdomen sin masas ni megalías. ACP normal. Exploraciones complementarias:
- Analítica: hemograma, bioquímica, función hepática renal, iones, TSH, digestión PI, SOH, marcadores tumorales, proteinograma, elastasa pancreática fecal, Calprotectina normales.
- Tac abdominal. Sin hallazgos.
- Colonoscopia: divertículos en sigma. Detección de erosiones en válvula ileocecal. (Tras una segunda ileocolonoscopia se descarta actividad inflamatoria).
- Gastroscopia: Ulceras gástricas. H.Pylori positivo.
- Segunda endoscopia: Engrosamiento de pliegues gástricos (sin ulceras activas), bulbitis y erosiones bulbares. Sospecha gastrinoma confirmado con la prueba de octreoscan.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Gastrinoma pancreático

Diagnóstico diferencial

Cáncer gástrico, insuficiencia pancreática exocrina

Comentario final

Es un tumor raro que causa hipersecreción de gastrina, lo que resulta en úlceras pépticas y otros problemas digestivos. Su prevalencia se estima en 1 o 2 casos por millón de personas por año. Sin embargo, la prevalencia puede ser más alta en pacientes con síndrome de Zollinger-Ellison. El diagnóstico se basa en la medición de los niveles de gastrina y pruebas de imagen, mientras que el tratamiento incluye medicamentos para controlar la secreción ácida y si es posible, cirugía para eliminar el tumor. El pronóstico depende de la detección temprana y de la extirpación de los tumores de forma efectiva.

Bibliografía

- Doherty, M., & Baum, S. (2021). *Gastrinomas: Clinical Insights and Current Approaches*. Endocrine Reviews, 42(6), 872-883.
- Koh, T. J., & Lee, Y. H. (2019). *Gastrinoma and Zollinger-Ellison syndrome: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment*. World Journal of Gastroenterology, 25(26), 3209-3220

823/116. COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA CROABLACIÓN DE UNA FIBRILACIÓN AURICULAR

Autores:

Rael Sánchez, P.¹, López Martínez, J.², Jiménez Jiménez, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 Zaidín Sur. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Hombre de 59 años que acude al centro de salud por disnea súbita de una hora de evolución. En la última semana tos con expectoración blanquecina y dolor pleurítico izquierdo. La pasada noche fiebre de 38,5°C. -Antecedentes personales: Dislipemia, obesidad, psoriasis, ingreso hace tres semanas para crioablación con catéter de fibrilación auricular paroxística. -Hábitos tóxicos: Exfumador de un paquete diario. -Tratamiento habitual: Rosuvastatina 20 mg. Secukinumab 300 mg. Dronedarona 400 mg. Dabigatran 150 mg y Bemiparina 1000 UI durante los dos meses posteriores a la ablación de FA.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, hipoventilación en hemitórax izquierdo. Se realiza una radiografía de tórax donde se aprecia borramiento del ángulo costofrénico izquierdo y opacidad en base pulmonar izquierda. Se deriva a hospital para continuar estudio.

- Analítica: Dímero D 1,48. Leucocitosis con neutrofilia. Resto normal.
- ECG normal.
- PCR virus respiratorios negativas.
- AngioTAC de tórax: Se descarta TEP agudo. Se observa derrame pleural izquierdo y pericárdico.
- Toracocentesis para estudio del líquido.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Derrame pleural paraneumónico complicado.

Diagnóstico diferencial

Diferentes tipos de derrame pleural.

Comentario final

Ante la clínica del paciente y lo observado en la radiografía, derivamos al hospital para ampliar estudio. En TC

torácico se observa derrame pleural. Es importante realizar una toracocentesis para estudiar las características de dicho derrame y clasificarlo como exudado o trasudado según los criterios de Light. En este caso, observamos un exudado con predominio de polimorfonucleares (paraneumónico). Cardiología afirma que probablemente sea una complicación secundaria a la ablación de la FA. El tratamiento específico en este caso es, tras dejar drenaje torácico, antibioterapia con meropenem y linezolid. Tras una semana de tratamiento, y después de comprobar la regresión del derrame en pruebas de imagen y la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se da de alta con revisiones en Atención Primaria y Neumología.

Bibliografía

- Beaudoin S, Gonzalez A. Evaluation of the patient with pleural effusion. CMAJ. 2018; 190(2): 91-295.
- Ferreiro L, San José ME, Valdés L. Manejo del derrame pleural paraneumónico en adultos. Arch Bronconeumol. 2015; 51 (12): 637-646

823/118. DISNEA PROGRESIVA: DESCUBRIENDO UNA ENFERMEDAD OCULTA

Autores:

Arzua Moya, J.¹, Bonifacio Pérez, Y.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribeira. Ribeira. La Coruña, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 46 años, fumador de 10 cigarrillos al día durante más de 30 años, consulta por disnea progresiva de un año de evolución, que se agrava con mínimos esfuerzos. Asocia pérdida ponderal de 10 kg en el último año, sin causa aparente. Niega clínica respiratoria previa significativa, fiebre o dolor torácico. Refirió sentirse incapaz de realizar sus actividades diarias habituales debido a la fatiga extrema. El paciente fue motivado a acudir al hospital por su nueva pareja, quien había superado recientemente un cáncer de pleura y le insistió en buscar ayuda médica al ver que su pareja acababa exhausto tras subir únicamente 10 escalones.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Frecuencia cardíaca de 76 lpm, pulsioxime-

tria 95%. A la auscultación, tonos cardíacos rítmicos y puros, con presencia de sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares. Pruebas complementarias: Gasometría arterial: pO₂ de 77.1 mmHg y hemoglobina 17.2 g/dL. Radiografía de tórax 2 proyecciones: Pinzamiento de ambos senos costofrénicos compatible con derrame pleural bilateral, mayor en el lado izquierdo. Pequeños granulomas calcificados bilaterales. Analítica sanguínea: Hemoglobina elevada (17.3 g/dL), hematocrito de 51.5%, con parámetros bioquímicos y de coagulación normales.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Derrame pleural bilateral asociado a disnea progresiva, en probable relación con enfermedad pulmonar crónica a estudio.

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis pleural. Neoplasia pulmonar con afectación pleural. Enfermedad pulmonar intersticial. Insuficiencia cardíaca con derrame pleural.

Comentario final

Este caso resalta la importancia de considerar enfermedades subyacentes crónicas en pacientes con disnea progresiva y pérdida de peso, especialmente en fumadores crónicos. Además, enfatiza el papel del entorno familiar en la toma de decisiones sanitarias, como ocurrió en este paciente, cuya pareja reciente, con antecedentes de cáncer pleural, fue clave para que buscara ayuda médica. El hallazgo de derrame pleural bilateral dirigió a una evaluación integral y al estudio de posibles etiologías infecciosas, oncológicas o intersticiales.

Bibliografía

- Light RW. *Pleural Diseases*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2013. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 20.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2019.

823/119. UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Martín Almazán, A.¹, Roser Pérez, M.², Rodríguez Vega, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón.

Madrid. (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid. (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 72 años con antecedentes de cólicos renoureterales. Consulta por disuria tratada empíricamente con fosfomicina 3g dosis única. Vuelve dos días después refiriendo dolor lumbar derecho irradiado a ingle y hematuria franca autolimitada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, abdomen blando y desensible, molestias a la palpación en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión derecha positiva. Se solicita urocultivo (negativo) y se realiza ecografía abdominal en consulta apreciándose hidronefrosis grado III en riñón derecho sin objetivarse litiasis. Se deriva a urgencias para valorar función renal. En urgencias presenta analítica con función renal normal. Valorada por Urología, repiten ecografía reglada complementada con TAC abdominal donde se confirma hidronefrosis grado III y litiasis ureteral distal derecha de 8mm. Al alta, pautan tamsulosina 0,4mg al día y se cita para litotricia.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hidronefrosis grado III secundaria a litiasis ureteral obstructiva.

Diagnóstico diferencial

Dados los antecedentes de cólico renal la clínica podría ser compatible con un nuevo episodio, sin embargo, la disuria referida previamente obliga a descartar pielonefritis, si bien no ha presentado fiebre.

Comentario final

La hidronefrosis como complicación de un cólico renal aparece tras una obstrucción significativa o recurrente y depende de la localización y el tamaño de la litiasis y la duración de la obstrucción. La hidronefrosis grado III muestra una dilatación pielocalicial significativa que indica una obstrucción importante del flujo urinario. Esto supone una presión aumentada en el riñón que podría dañar su estructura y funcionamiento si no se trata a tiempo, por lo que es crucial tratarla sin demora. La ecografía es una prueba de imagen inocua, accesible y rápida; por lo que previsiblemente su uso siga incrementándose en los próximos años.

Desde Atención Primaria con un entrenamiento relativamente asequible se convierte en una herramienta muy útil para enfocar muchas patologías frecuentes. En este caso, una exploración ecográfica que apenas demora el tiempo de consulta sirvió para detectar una complicación de un cólico renoureteral que, de prolongarse en el tiempo, podría haber tenido consecuencias potencialmente graves.

Bibliografía

- *Guía clínica de Litiasis renal y cólico nefrítico-Fisterra* [Internet]. Fisterra.com. [citado el 31 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/litiasis-renal-colico-nefritico>

823/121. SORDERA SÚBITA: ¿Y SI NO HAY UN TAPÓN? BUSCA UN DIAPASÓN

Autores:

Martín Almazán, A.¹, Rodríguez Vega, T.², González Cwierz, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, consulta por hipoacusia de oído derecho de forma brusca desde hace 10 días, no otalgia, otorrea ni acúfenos, no clínica catarral previa. No mareos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Otoscopia sin hallazgos relevantes, no se aprecia tapón de cerumen, tímpano íntegro sin alteraciones. Se realiza acumetría objetivando Rinne positivo bilateralmente, Webber lateralizado al lado izquierdo. Exploración neurológica sin focalidad. La anamnesis y exploración física orientan hacia una hipoacusia neurosensorial unilateral brusca, por lo que se deriva a la paciente para valoración urgente por otorrinolaringología. Realizan audiometría que confirma hipoacusia neurosensorial de oído derecho, inician tratamiento con prednisona oral a 1mg/kg y solicitan Resonancia Magnética.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hipoacusia neurosensorial (sordera súbita)

Diagnóstico diferencial

Hipoacusia de transmisión (tapón de cerumen, otitis media serosa, otitis externa); hipoacusia neurosensorial.

Comentario final

La hipoacusia es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Hay que diferenciar los casos de pérdida de audición progresiva, asociados generalmente a presbiacusia, de aquellos de instauración brusca (en menos de 72h). En el segundo grupo destaca la sordera súbita neurosensorial (habitualmente unilateral). Su prevalencia varía mucho entre estudios porque la recuperación espontánea es relativamente frecuente y en ocasiones los síntomas no se perciben como motivo de consulta médica. Se estima una incidencia entre 5 y 27 casos por 100.000 habitantes/año. Nuestro papel como médicos de familia en estos casos es descartar una hipoacusia transmisiva mediante otoscopia (descartando fundamentalmente tapones de cerumen u otitis) y acumetría (en la que una prueba de Rinne positiva y una prueba de Webber lateralizada al oído sano deben hacernos sospechar de hipoacusia neurosensorial). Si se confirma la sospecha se deberá derivar al paciente a Otorrinolaringología ya que es indicación de realizar una resonancia magnética para descartar causas secundarias como schwannoma (aunque el 90% son idiopáticas). Además, a pesar de que hasta el 65% se resuelven espontáneamente en dos semanas, si esto no ocurre el tratamiento con corticoides orales y/o intratimpánicos favorecen la recuperación.

Bibliografía

- *Fisterra*. www.elsevier.com. <https://www.elsevier.com/products/fisterra>
- Agarwal L, Pothier DD. Vasodilators and vasoactive substances for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD003422. PubMed PMID: 19821308

823/122. PACIENTE CON MOLESTIAS MICCIONALES Y TOS

Autores:

García Cuéllar, C.¹, Camargo Bello, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera. Vera. Almería

Descripción del caso

Mujer de 67 años sin antecedentes personales de interés, no fumadora, que consulta tras cambio de médico de familia, refiriendo 6 semanas de tos seca volviéndose pertinaz y emetizante. Sin fiebre. Revisando historial previo encontramos que consultó por disuria pautando antibioterapia. Ante no mejoría acude tras una semana y se solicita urocultivo siendo negativo y analítica destacándose: gammaglutamiltransferasa (GGT) 150, fosfatasa alcalina (FA) 224. Se solicita ecografía abdominal que la paciente decide gestionar en clínica privada.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada, buen estado general, normohidratada y normoperfundida, eupneica. La presión arterial 138/79 mmHg, saturación de oxígeno 95%, frecuencia cardíaca 71 lpm y temperatura 36,5°C. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No adenopatías. Abdomen normal. Sin edemas. Solicitamos radiografía de tórax: imágenes radioopacas difusas bilaterales, ICT normal. Senos costofrénicos libres. Se indica Mantoux y se deriva a urgencias hospitalaria explicándole a paciente y familiar los hallazgos y sospecha diagnóstica poniéndoles a su disposición. El servicio de urgencias hospitalario descarta insuficiencia e infección respiratoria y dan alta gestionando cita en consulta de Neumología. Se realiza revisión en consulta, refiere continua con tos sin disnea ni otros síntomas. BodyTAC solicitado por Neumología: múltiples lesiones en pulmón e hígado de aspecto secundario, vejiga con lesión infiltrativa difusa. Esperando valoración por más especialidades se acude a domicilio por episodio de vómitos en "posos de café" sin repercusión hemodinámica quedando ingresada en el hospital falleciendo tras deterioro rápidamente progresivo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Imagen en "suelta de globos"

Diagnóstico diferencial

Neumonía, tuberculosis, metástasis pulmonares de primario no filiado.

Comentario final

La importancia de una anamnesis y exploración sistemática revisando historia previa y utilizando recursos de atención primaria para orientar a enfermedades que requieran manejo multidisciplinar continuando revisiones y acompañamiento.

Bibliografía

- Jimenez Murillo L, Montero Pérez, FJ. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.* 6^a Ed. Barcelona: Ed Elsevier; 2018.
- Jimenez Murillo L, Montero Pérez, FJ. *Casos clínicos de medicina de urgencias y emergencias. 100 casos razonados.* 1^a Ed. Barcelona: Ed Elsevier; 2023.

823/125. "DOCTORA, ME PICA TODO EL CUERPO". A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Rodríguez Valdes, A.¹, Macias Grondona, M.², Román De Sola, B.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 15 años de edad con antecedentes personales de rinitis alérgica e hiperreactividad bronquial en tratamiento con bilastina 20 mg al día. Acude a nuestra consulta de atención primaria por lesiones dérmicas diseminadas por las extremidades desde hace un año. Se trata de lesiones ampollosas, pruriginosas e algunas induradas que no desaparecen a la vitropresión. Estuvo en tratamiento con corticoides tópicos a dosis alta y sistémicos sin mejoría. Negaba clínica digestiva ni otra clínica infecciosa. Se solicitó analítica completa y se realizó teleconsulta a dermatología. Durante este tiempo acudió a dermatólogo privado donde realizaron biopsia de lesiones con diagnóstico de pseudolinfoma B vs picadura de artrópodo/granuloma. Se derivó a la consulta de Medicina Interna porque en analítica aparecieron ANA positivos.

Exploración y pruebas complementarias

Bioquímica Función renal e iones normales. CT 171(LDL 103, HDL 56), TG 58. IgA normal. TSH normal. HG: Hb 12.4, resto y coagulación normales. ANA cribado positivo, que resultaron negativos tras confirmación por IFI. IgE 227. Ac Antirasglutaminasa POSITIVO. Estudio HLA Celiaquía POSITIVO.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dermatitis Herpetiforme. Enfermedad celíaca.

Diagnóstico diferencial

Escabiosis, eczema atópico, eczema de contacto y otras enfermedades ampollosas autoinmunes como la dermatosis IgA lineal y el penfigoide ampolloso

Comentario final

La paciente comenzó con dieta exenta de gluten con desaparición completa de las lesiones dérmicas. La dermatitis herpetiforme (DH) es una enfermedad cutánea autoinmune poco frecuente que produce ampollas y es una manifestación de la sensibilidad al gluten. Los pacientes afectados suelen desarrollar pápulas y vesículas inflamatorias intensamente pruriginosas en los antebrazos, las rodillas, el cuero cabelludo o las nalgas. La gran mayoría de los pacientes con DH también tienen asociada una enteropatía sensible al gluten (enfermedad celíaca). En la mayoría de estos pacientes, la enteropatía es mínimamente sintomática o asintomática. Es importante el diagnóstico diferencial en atención primaria para poder diagnosticar al paciente lo antes posible y así tratar la enfermedad.

Bibliografía

- Buckley DB, English J, Molloy W, et al. Dermatitis herpetiforme: una revisión de 119 casos. *Clin Exp Dermatol* 1983; 8:477.
- Gawkrodger DJ, Blackwell JN, Gilmour HM, et al. Dermatitis herpetiforme: diagnóstico, dieta y demografía. *Gut* 1984; 25:151.

823/126. ¿EN OCASIONES VEO MUERTOS?

Autores:

Parra Acero, E.¹, Fernández González, C.², Parra Acero, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruz de Caravaca. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pechina. Pechina. Almería, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local San Isidro. Níjar. Almería

Descripción del caso

Mujer de 77 años acude a consulta por “ver muertos en su salón”. No presenta antecedentes psiquiátricos ni experiencias previas. Tiene hipertensión controlada y artrosis. Actualmente, toma losartán 50 mg, para-

cetamol a demanda, y tramadol (50 mg cada 8 horas) por lumbalgia desde hace dos semanas.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física y neurológica no se hallan alteraciones. La paciente no presenta signos de deterioro cognitivo ni alteraciones afectivas o de juicio. Para evaluar la posibilidad de in trastorno cognitivo subyacente, se realiza un El Mini-Mental (MMSE), obteniendo 29/30 puntos y un Fototest también con resultados normales, descartando deterioro cognitivo. Se realiza una analítica general (hemograma, bioquímica, función hepática y tiroidea, vitamina B12 y ácido fólico), cuyos resultados son normales, descartando alteraciones metabólicas o carenciales. Hace unos meses, la paciente tuvo un TAC de cráneo tras una caída, cuyo resultado fue normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante las alucinaciones visuales, se plantea un diagnóstico diferencial que incluye demencias, infecciones neurológicas, delirium metabólico y efectos secundarios de fármacos. Tras revisar la medicación, se sospecha que el tramadol, un opioide con efectos neuropsiquiátricos, podría ser la causa.

Diagnóstico diferencial

Demencias, infecciones neurológicas, delirium metabólico y efectos secundarios de fármacos.

Comentario final

Se suspende el tramadol y se sustituye por paracetamol e ibuprofeno. En 48 horas, las alucinaciones desaparecen, confirmando la relación con los efectos adversos del tramadol. Este caso subraya la importancia de revisar la medicación en pacientes mayores con síntomas neurológicos inusuales. La adecuada valoración clínica y la gestión de fármacos en Atención Primaria puede evitar derivaciones innecesarias y garantizar la seguridad del paciente.

Bibliografía

- Hoyer C, Gass P. Neuropsychiatric side effects of tramadol: a focus on clinical implications. *CNS Drugs*. 2020;34(8):771-80.
- Ballard C, Aarsland D, McKeith I, et al. Fluctuations and cognitive decline in dementia with Lewy bodies. *BMJ*. 2020;361:k1797.

823/127. FIEBRE Q: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Martín López, S.¹, López Gómez, J.², Moguer Galan, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 64 años. No alergias. Tuberculosis a los 24 años. Acude a urgencias por disnea con los moderados esfuerzos, cefalea y cervicalgia de 5 días de evolución. No dolor torácico. No síntomas catarrales. No ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No aumento de edemas en miembros inferiores (MMII). No síntomas gastrointestinales, ni miccionales. Fiebre de hasta 38,5°C de 2 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado, orientada. Normohidratada y perfundida. Eupneica, saturación 98%. Afebril. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y MMII sin hallazgos.-Hemograma: 14,4% monocitos.-Coagulación: dímero D 1246.-Bioquímica: Procalcitonina 0,36, creatinquinasa 62, péptido natriurético 812, troponina I negativa.-Sedimento orina: negativo.-Antígeno SARS-CoV-2: negativo.-Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, eje izquierdo. Bloqueo rama izquierda del Haz de His.-Radiografía tórax: Índice cardioráctico normal, sin infiltrados ni condensaciones.-Angiotomografía tórax: sin hallazgos sugestivos de tromboembolismo. Consolidación apical derecha con bronquiectasias asociadas. Tracto pleuroparenquimatoso apical izquierdo. Micronódulos bilaterales calcificados, probables granulomas. Pseudonódulo (9 mm) en segmento apical del lóbulo inferior derecho.-Serología: levemente positivo a Coxiella Burnetti. Coxiella Burnetti Ac (IgG) en fase I 1/128 y en fase II 1/204.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

- Fiebre Q aguda.
- Pseudonódulo 9 mm.

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades infecciosas: neumonía, síndrome mononucleósido (citomegalovirus, Epstein Barr), infecciones respiratorias atípicas.
- Patología pulmonar o pleural: neumotórax, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar (TEP), neoplasia pulmonar oculta.
- Otros: insuficiencia cardíaca, anemia.

Comentario final

Desde el primer momento se orientó como patología respiratoria, aunque no se encontró foco del cuadro por lo que se planteó que pudiera presentar algún germe atípico, diagnosticándose de fiebre Q. Está causada por la bacteria Coxiella Burnetti, la cual habita en animales domésticos. La mayoría de los pacientes son asintomáticos durante el periodo de incubación (2-3 semanas), pero si presentan síntomas éstos son compatibles con un proceso gripal. El tratamiento antibiótico puede acortar la duración de la enfermedad, aunque las complicaciones pueden ser muy graves y potencialmente mortales.

Bibliografía

- Hartzell JD, Marrie TJ, Raoult D. *Coxiella burnetti (Q fever)*. In: Bennet JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020: chap 188.

823/129. DOLOR FLANCO-IZQUIERDO EN MUJER JOVEN: UN DIAGNÓSTICO MÁS ALLÁ DE LA LITIASIS

Autores:

Parra Acero, E.¹, Fernández González, C.², Parra Acero, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruz de Caravaca. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pechina. Pechina. Almería, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local San Isidro. Níjar. Almería

Descripción del caso

Mujer de 27 años que acude al Centro de Salud por un dolor intenso en el flanco izquierdo de 2 días de evolución, que se irradia hacia la región inguinal. La paciente

refiere que el dolor comenzó de forma súbita, siendo de tipo cólico, pero no ha presentado fiebre, disuria ni alteraciones en el patrón miccional. Ha estado tomando paracetamol y dexketoprofeno sin conseguir alivio, por lo que acude a consulta buscando orientación sobre su diagnóstico. La paciente no tiene antecedentes médicos relevantes y no está tomando medicación crónica.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física se observa dolor a la palpación en el flanco izquierdo sin signos de peritonismo. El análisis de orina muestra hematuria microscópica sin leucocituria ni nitritos. Se solicitó una ecografía abdominal que reveló dilatación de la vena renal izquierda y aumento del flujo en Doppler color, compatible con un posible síndrome de cascanueces.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El diagnóstico más probable es el síndrome de cascanueces, donde la vena renal izquierda queda comprimida entre la aorta y la arteria mesentérica superior, lo que genera dolor lumbar y hematuria.

Diagnóstico diferencial

Síndrome cascanueces, litiasis renal, infección urinaria

Comentario final

La paciente fue derivada a urgencias para la realización de un angio-TC, que confirmó la compresión de la vena renal izquierda. Afortunadamente, el tratamiento fue conservador, incluyendo cambios posturales y analgesia, con buena evolución. Este caso resalta la importancia del médico de atención primaria en la identificación temprana de patologías raras como el síndrome de cascanueces. Un diagnóstico adecuado y oportuno evita intervenciones innecesarias y garantiza un tratamiento eficaz. Además, subraya la relevancia de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo, considerando condiciones poco frecuentes, especialmente en pacientes jóvenes con dolor atípico.

Bibliografía

- Ananthan K, Onida S, Davies AH. Nutcracker syndrome: an update on current diagnostic criteria and management guidelines. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2017;53(6):886-94.
- Rudloff U, Holmes RJ, Prem JT, et al. Mesoaoortic compression of the left renal vein (nutcracker syndrome): case reports and review of the literature. *Ann Vasc Surg*. 2006;20(1):120-9.

823/131. ESTE TEMBLOR ES UN TIMO

Autores:

Carmona Ruiz, M.¹, Simón Pérez, A.², Simón Soto, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Garrucha. Garrucha. Almería, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería

Descripción del caso

Varón de 40 años, camionero, que acude a consulta de atención primaria en 2023 por temblor en miembros inferiores (MMII) con pruebas complementarias realizadas normales. Valorado por neurología amplían estudio de imagen y pautan propranolol. El paciente vuelve a consultar meses después para el resultado de las pruebas de imagen, refiriendo un empeoramiento marcado de su sintomatología. Además del temblor presentaba ahora dificultad para la marcha, cansancio extremo y disnea de esfuerzo. En la RMN destaca una masa en mediastino anterior a estudio, por lo que se solicita TAC de tórax preferente en el que se confirma la sospecha diagnóstica de timoma. El paciente es derivado a cirugía torácica previa realización de estudio de extensión y en menos de un mes es intervenido confirmándose el diagnóstico, así como la resolución de la sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Tremor en bipedestación de predominio en MMII que desaparece al iniciar la marcha. No se aprecian oftalmoparesias pero aparece leve ptosis palpebral derecha tras maniobras de fatigabilidad. Debilidad de cintura escapular y pélvica tras fatigabilidad. No fatigabilidad cervical. Cambios en la voz al contar y leve disnea. Pruebas complementarias: En RMN de cráneo y columna completa destaca masa en mediastino anterior preaórtico. En TAC de tórax destaca masa en mediastino anterosuperior de probable origen tímico. En PET-TAC de tórax destaca lesión nodular en mediastino anterior, a valorar timoma como primera opción diagnóstica, sin otro foco de malignidad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome miasteniforme secundario a timoma.

Diagnóstico diferencial

Timoma, teratoma, masa tiroidea, linfoma.

Comentario final

Destacar en este caso la importancia de la accesibilidad de la atención primaria para el manejo de casos complejos, la facilidad para unificar pruebas y criterios, como en esta situación, en la que el propranolol empeoró el síndrome miasteniforme del paciente y el paciente mejoró con su retirada y la cirugía. Tras un mes desde la cirugía el paciente se encuentra asintomático.

Bibliografía

- Berry MF. Approach to the adult patient with a mediastinal mass [Internet]. Uptodate.com. 2024. [citado 19 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-a-mediastinal-mass?search=diagnóstico%20diferencial%20masas%20mediastino%20anterior&source=search_result&selectedTitle=3%7E28&usage_type=default&display_rank=3

823/132. DOCTORA, QUÉ MAL SIENTA ESTE TRATAMIENTO. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE H. PYLORI

Autores:

Roser Pérez, M.¹, Martín Almazán, A.², Rodríguez Vega, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 73 años, con antecedentes de HTA, cavidades derechas dilatadas con insuficiencia tricuspídea moderada-severa, que consulta por epigastralgia con vómitos. Clínica concurrente con inicio de tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. No dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. AC rítmica. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. No signos de irritación peritoneal. Electrocardiograma muestra ritmo sinusal, PR prolongado, QRS estrecho, infradesnivelación del ST en V2-V4 con ondas T ne-

gativas y QT prolongado. Se deriva a urgencias. Allí, se realiza radiografía de tórax, analítica con enzimas cardíacas (siendo ambas normales) y valoración por cardiología dados los antecedentes. Realizaron ecocardiograma, sin cambios con respecto a previos. Revisados electrocardiogramas previos, los cambios en ST ya estaban presentes.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Finalmente se justifica la prolongación de QT por la toma de metronidazol como parte de tratamiento erradicador de Helicobacter pylori (descrito en la literatura) y su epigastralgia como efecto adverso del mismo.

Diagnóstico diferencial

Dados los antecedentes de la paciente y los cambios electrocardiográficos, a descartar patología cardiovascular. Con pruebas de daño miocárdico normales dichos cambios se atribuyeron al tratamiento con metronidazol.

Comentario final

La infección por Helicobacter pylori es una de las causas más frecuentes de gastritis. El tratamiento erradicador consiste en la combinación de varios grupos de fármacos: inhibidor de la bomba de protones, antibióticos (amoxicilina, claritromicina, metronidazol, tetraciclina) y subsalicicato de bismuto, en distintas combinaciones. La paciente, se encontraba en tratamiento con omeprazol, subcitrato de bismuto potasio, metronidazol y clorhidrato de tetraciclina. Los efectos adversos más frecuentes de estos fármacos son digestivos. Sin embargo, están descritas alteraciones electrocardiográficas, especialmente con metronidazol (prolongación de QT). Desde Atención Primaria el uso del tratamiento erradicador de H. pylori, incluyendo metronidazol, es habitual. Es importante tener presentes los efectos adversos, principalmente aquellos con efecto potencialmente grave, como la prolongación del QT, sobre todo en polimedicados con otros fármacos que prolongan el QT. Además, los efectos gastrointestinales, aunque no revisten gravedad, son frecuentes y una causa importante de abandono del tratamiento.

Bibliografía

- Intervalo QT prolongado inducido por fármacos desde el punto de vista de un farmacólogo. (2004). In REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (Vol. 72, Issue 6, pp. 474-480).

823/135. "DOCTORA NO PUEDO TRAGAR Y NO SE POR QUÉ"

Autores:

Martín Acevedo, A.¹, Sánchez Rodríguez, J.¹, Rodríguez González, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 61 años con único antecedente personal de Artritis Reumatoide en tratamiento con Abatacept y exfumador de 15 paquete-año. Consulta en Atención Primaria por disfagia y disfonía de 48 horas de evolución. Además, indica "sensación de presión" a nivel cervical. Ante el hallazgo de crepitación subcutánea, se deriva a urgencias hospitalarias para ampliar estudio. Por la sospecha de extenso neumomediastino, se interconsulta con Cirugía Torácica quien indica tratamiento conservador con observación clínica y control radiológico en 48-72 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Orofaringe y abdomen sin alteraciones. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Murmillo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Se palpa crepitación cutánea a nivel cervical y parte superior del tórax. Radiografía tórax y cervical: Presencia de enfisema subcutáneo. Bioquímica: Glucosa 101 mg/dl, Creatinina 0,66 mg/dl, urea 20 mg/dl, Perfil hepático normal, Amilasa 60, Sodio 132, Potasio 4, PCR 1. Hemograma: Hemoglobina 14,6 g/dl, Hematocrito 42,1%, leucocitos 6410 pl, NT 5180, plaquetas 229000. Coagulación: INR 1,1, Fibrinógeno 631. TC cuello y tórax: Presencia de aire rodeando aorta, esófago, tráquea y aspecto anterior del corazón, en relación con neumomediastino. El aire asciende disecando planos musculares profundos del cuello, observando extenso enfisema subcutáneo y muscular en región cervical, supraclavicular y pared torácica bilateral, con claro predominio derecho. No fracturas costales ni signos de neumoperitoneo que sugiera perforación de víscera hueca. Discreto neumotórax bilateral. Conclusión: extenso neumomediastino, a valorar posible rotura de espacio alveolar distal. Pequeño neumotórax bilateral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neumomediastino espontáneo.

Diagnóstico diferencial

Neumomediastino, Neumotórax, Neoplasia, Perforación esofágica, Traumatismos penetrantes.

Comentario final

El paciente se ingresa en planta de Medicina Interna para evolución clínica, realizándose un TC Tórax/Cervical de control donde se aprecia disminución del neumomediastino y resolución del neumotórax. Recordar que el neumomediastino espontáneo es una patología infradiagnosticada con una clínica inespecífica (dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo), el diagnóstico se confirma con una radiografía de tórax o TC torácico y en la mayoría de los casos el tratamiento es conservador con una evolución favorable.

Bibliografía

- Vázquez LA, De los Ángeles C. Neumomediastino espontáneo: Una serie de tres casos atípicos. Actual Med.2024;109(818):39-44. DOI:10.15568/am.2024.818.cc01

823/136. "DOCTORA, MI PIE CADA DÍA ESTÁ PEOR"

Autores:

Martín Acevedo, A.¹, Sánchez Rodríguez, J.¹, García Santos, G.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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. Consultorio Local Estación San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 55 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 y jardinería de profesión, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por dolor e inflamación del pie derecho de 3 días de evolución. Se pauta antibioterapia empírica (Amoxicilina/Ácido clavulánico) y anticoagulación ante la sospecha de celulitis del pie derecho. El paciente acude a urgencias hospitalarias por continuar con dolor a pesar del tratamiento domiciliario. Ante empeoramiento clínico y aumento de reactantes de

fase aguda en control analítico se solicita pruebas complementarias diagnosticándose de osteomielitis.

Exploración y pruebas complementarias

Se aprecia en miembro inferior derecho: eritema en pie y tercio distal, edema con fóvea, aumento de temperatura corporal y presencia de úlcera a nivel del maléolo externo. Bioquímica: Glucosa 274 mg/dl, Creatinina 0,86, Sodio 135, Potasio 6,3, PCR 266,5 Procalcitonina 0,28; Hemoglobina 17 g/dl, leucocitos 14490, Neutrófilos 12430, Plaquetas 372000. Ecografía del pie derecho: marcado aumento del espesor y trabeculación del subcutáneo por el edema con aumento en la vascularización al doppler color que traduce actividad inflamatoria vs inflamatoria infecciosa predominante en dorso del pie y partes blandas perimaleolar externo. Ciento engrosamiento fascial en las zonas afectas y edema líquido del componente perimusculotendinoso de la zona externa del pie-maleolo externo adyacente a la vaina peronea y en profundidad, coincidiendo con fascitis asociada. RMN pie derecho: engrosamiento de la sinovial en la articulación tibioperoneo-astragalina, más llamativo en los recesos anterior y posterior con derrame moderado en su interior, edema óseo en el astrágalo y calcáneo, todo ello relacionado con cambios secundarios a artritis infecciosa con cambios de osteomielitis asociada.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Osteomielitis. Artritis infecciosa

Diagnóstico diferencial

Celulitis. Espondilodiscitis. Úlcera vascular. Osteomielitis.

Comentario final

El paciente se queda ingresado en planta de Medicina Interna para antibioterapia intravenosa dirigida durante dos semanas. Posteriormente, continuó con antibioterapia domiciliaria (Doxiciclina y Cloxaciclina) durante 2 semanas más con revisiones periódicas por parte del servicio de Infeccioso. A tener en cuenta, que el diagnóstico y el tratamiento antibiótico precoz de la osteomielitis es primordial para evitar complicaciones severas.

Bibliografía

- Maldonado DA, Terán MP, Urquiza AP, Martínez HG, Martínez ME, Minda PB et al. Tratamiento de la osteomielitis. Latam. 2024; 5:4.

823/139. ¿MAREO O HEMORRAGIA CE-REBELOSA?

Autores:

Urbano Ponferrada, M.¹, Royan Martín, E.², García Obrero, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. 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 de 52 años con antecedentes personales HTA y dislipemia, sin hábitos tóxicos referidos. Acude el equipo médico a su domicilio tras aviso al servicio coordinador por mareo de 2-3 horas y cefalea holocraneal de tipo opresiva. Tras la exploración, se diagnostica de vértigo paroxístico benigno y se administra medicación. Por la tarde continúa con cefalea, aumentando la intensidad y, asociando focalidad neurológica (disartria, desviación de comisura bucal...) por lo que acude a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

- Aviso a domicilio: Paciente con regular estado general, consciente y orientada, no focalidad neurológica, marcha y Romberg no explorados.
- Urgencias hospitalarias: PINR, movimientos oculares conservados, pares craneales normales, salvo disartria y desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho, fuerza y sensibilidad conservadas.
- TC cráneo: hematoma agudo cerebeloso derecho abierto a sistema ventricular, que está provocando hidrocefalia y compresión del tronco encefálico.
- AngioTC: estructura vascular tortuosa (malformación arteriovenosa o fistula dural)

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hematoma cerebeloso abierto a ventrículos

Diagnóstico diferencial

Síncope, epilepsia, migraña, hipoglucemias, vértigo paroxístico benigno, accidente cerebrovascular, traumatismo cervical,...

Comentario final

Finalmente, es valorada por Neurocirugía quienes realizan una craniectomía descompresiva de fosa

posterior y colocación de drenaje ventricular externo. Posteriormente ingresa en UCI para control evolutivo. El vértigo se traduce con una sensación inespecífica de "giro de objetos" o de inestabilidad de la marcha. Se produce por lesiones del sistema vestibular tanto en su localización periférica como central. En el caso de afectación central, se suelen asociar signos-síntomas de afección de otros pares craneales y de vías largas sensitivas y motrices. Nos encontramos ante de un caso de un vértigo central producido por un hematoma cerebeloso. Este es un ejemplo de la importancia de una buena exploración física y adecuado diagnóstico diferencial en los cuadros vertiginosos, tanto para su manejo clínico como para evitar complicaciones mayores.

Bibliografía

- Fernández O. un paciente con vértigo. *Medicina Integral*. 2002 Jun 15;40(2):50-5
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. *PATOLOGÍA NEUROQUIRÚRGICA NO TRAUMÁTICA*. In: *Manual Clínico Urgencias Traumatología*. 2024. ?

823/140. LESIONES CIRCULARES EN LA PIEL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Pacheco García, M.¹, Pacheco García, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén

Descripción del caso

Niño de 18 meses que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar erupción cutánea pruriginosa de varios días de evolución y que apareció de forma súbita, sin mejoría pese a tratamiento médico. El paciente no tiene ningún antecedente de interés, está correctamente vacunado y no ha estado en contacto con personas que estén con enfermedades infectocontagiosas. La madre refiere que ha estado con una faringoamigdalitis en tratamiento con Augmentine y posteriormente ha presentado dicha erupción cutánea. Durante su estancia en urgencias se le extrajo analítica de sangre y se le pautó tratamiento intravenoso con corticoides y dexclorferamina, estuvo en observación durante unas horas presentando mejoría de la sintomatología clínica y el aspecto de las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta lesiones circulares eritematosas en forma de anillo, pudiendo ser un anillo o dos concéntricos, con bordes sobre elevados y algunas de ellas con un punto central más oscuro, vesicular o necrótico, rodeado por un anillo pálido y un halo eritematoso externo. Las lesiones suelen ser simétricas y se extienden el el tórax, abdomen, espalda y en piernas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Eritema multiforme postratamiento

Diagnóstico diferencial

Pitiriasis rosada del Gilbert, urticaria, vasculitis, penfigoide ampolloso, pénfigo, dermatosis lineal por depósitos de IgA, dermatosis neutrofílica febril aguda y dermatitis herpetiforme

Comentario final

El eritema multiforme por lo general aparece como una reacción secundaria a un agente infeccioso como puede el virus herpes simple o el micoplasma, aunque también puede ser una reacción a un fármaco.

Bibliografía

- <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatológicos/hipersensibilidad-y-trastornos-reactivos-de-la-piel/eritema-multiforme>
- <https://www.medicoverhospitals.in/es/articles/erythema-multiforme>
- <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-01/diagnóstico-diferencial-de-los-exantemas/>

823/142. “DOCTORA, NO SE ME LLENAN LOS PULMONES”

Autores:

Ramos Simancas, P.¹, Medrano Calero, Z.², Leiva Pino, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 67 años que acudió a consulta de Atención Primaria por disnea como consecuencia de derrame

pleural. Asocia antecedente de carcinoma de mama intervenido en 2015 y tratado con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, en seguimiento por la Unidad de Mama sin recidiva hasta la fecha; tras estudio, se determinó que fue consecuencia de metástasis de adenocarcinoma mamario, en seguimiento por Oncología Médica actualmente.

Exploración y pruebas complementarias

El 14/06/2024 acudió por primera vez a su MAP porque “no se le llenaban los pulmones”. En la exploración, destaca: BEG. Eupneica en reposo. Saturación de O2: 95%. ACR: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular atenuado en base izquierda. Se realiza una radiografía de tórax observando derrame pleural izquierdo escaso. Estando pendiente del informe de la radiografía, se deriva a Urgencias por aumento de sintomatología. Al ser valorada por Medicina Interna, se plantea estudio ambulatorio preferente en Consulta de Diagnóstico Rápido. Se realizan distintas pruebas complementarias, destacando: TC torácico, con derrame pleural, signos de engrosamiento pleural parietal. Tras los resultados obtenidos, se realiza PET-TAC que muestra moderado derrame pleural izquierdo y engrosamiento pleural sugestivo de malignidad. Se indica una Toracocentesis, obteniendo estudio citológico negativo y se plantea seguimiento ambulatorio. En la revisión por Unidad de mama, la paciente refiere disnea de esfuerzo y se realiza radiografía de tórax con incremento del derrame pleural, derivándose a Urgencias. Se contacta con Neumología que coordina la realización de Biopsia pleural cuyo resultado muestra Citología negativa para células malignas y Anatomía Patológica con metástasis de adenocarcinoma mamario.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

En un primer momento, disnea por derrame pleural a estudio. Finalmente, carcinoma mamario metastásico en pulmón.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca o cáncer de mama metastásico.

Comentario final

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres. La probabilidad de supervivencia a los 5 años es de 38% en Europa. Se necesita una biopsia, para confirmar la histología y enfocar el tratamiento. Resulta fundamental optimizar el seguimiento en Atención Primaria con los mejores recursos disponibles utilizando el diagnóstico rápido en casos de sospecha de recidiva.

Bibliografía

- Rahman NM. Derrame pleural [Internet]. Manual MSD Para Profesionales. Disponible en: <https://www.msd-manuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediastínicos-y-pleurales/derrame-pleural>. Publicado agosto 2023. Accedido enero 16, 2025.

823/143. LAS ENFERMEDADES RARAS TAMBIÉN SE VEN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Ramos Luna, P.¹, Algorri Ferrero, S.², López-Unzu López, Á.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaira. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera-Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arahal. Arahal. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 72 años, con antecedentes de asma bronquial leve persistente y tiña capitis en la infancia para la que recibió tratamiento radioterapico, cuya historia comienza en 2011 cuando acude a su Médico de Familia por una lesión perlada en cuero cabelludo de meses de evolución con telangiectasias a la dermatoscopia. Ante la sospecha de carcinoma basocelular (CBC) se deriva a Dermatología, extirmando la lesión y confirmado la sospecha diagnóstica. En 2013 y posteriormente en 2014 vuelve a consultar por nuevas lesiones similares en cuero cabelludo, alguna de ellas en el borde del injerto, volviendo a ser derivado por sospecha de recidiva tumoral. Ya en seguimiento por Dermatología continúan con diferentes ciclos de tratamiento (crioterapia, Imiquimod tópico, fototerapia y exéresis quirúrgica), pero van apareciendo más lesiones siempre en el cuero cabelludo atribuyéndose como causa la radioterapia que recibió en la infancia. En 2023, acude a nuestra consulta por disnea, dolor torácico pleurítico y sibilancias. Tras estudio con analítica, radiografía de tórax y ECG normales, se deriva a Neumología, donde solicitan TC de tórax y, ante los hallazgos, PET-TAC y broncoscopia con biopsia, para llegar al diagnóstico de carcinoma escamoso basaliode en lóbulo superior derecho. Dada la estirpe celular, se solicita estudio genético.

Exploración y pruebas complementarias

Estudio genético: Mutación en gen PTCH1, cambio en secuencia c.1850C>A en heterocigosis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El estudio genético en correlación con los múltiples CBC y el carcinoma escamoso basaloide pulmonar confirma el diagnóstico de síndrome del nevo basocelular o de Gorlin.

Diagnóstico diferencial

Cáncer basocelular

Comentario final

Las enfermedades raras también se ven en Atención Primaria, por lo que estar actualizados es de especial importancia para poder iniciar el diagnóstico. El síndrome de Gorlin es una enfermedad rara que se caracteriza por la aparición de múltiples carcinomas basocelulares cutáneos a edades tempranas, asociado a otras manifestaciones cutáneas y extracutáneas. La radioterapia puede conducir a la aparición de CBC como pasó en este caso y razón por la que se evita entre las opciones terapéuticas de este síndrome.

Bibliografía

- Palacios-Álvarez I, González-Sarmiento R, Fernández-López E. Síndrome de Gorlin. *Actas Dermosifiliogr.* 2018; 109(3):207-217. DOI: 10.1016/j.ad.2017.07.018

823/145. ¿UNOS SIMPLES VÉRTIGOS?

Autores:

Sánchez Rodríguez, J.¹, Martín Acevedo, A.¹, García Santos, G.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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. Consultorio Local Estación San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 78 años de edad con los antecedentes personales de cáncer de mama hace unos 40 años con mastectomía derecha y linfedema crónico, psoriasis, dislipemia y HTA bien controlada que acude en varias ocasiones a nuestra consulta de Atención Primaria por episodios de mareos con giro de objetos, inestabilidad de la marcha e hipoacusia

izquierda con poca mejoría a pesar de tratamientos con betahistina, sulpirida y cinarizina/dimenhidrato. Se realiza teleconsulta a Medicina Interna, solicitándose RM craneal por su parte, donde se evidencia una lesión compatible con un neurinoma del acústico izquierdo, decidiéndose seguimiento y revisión con nueva resonancia por parte de servicio de neurocirugía del hospital de referencia. Dado el aumento del tamaño de la lesión y el mantenimiento de la clínica anteriormente descrita con aparición de diplopía y parestesias faciales izquierdas, se decide valoración de radiocirugía por la edad de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada y colaboradora. Hipoacusia izquierda. Resto de pares craneales conservados. Temblor intencional bilateral. Inestabilidad en la marcha que requiere apoyo. Romberg positivo. Otoscopia bilateral normal. Audiometría: hipoacusia neurosensorial moderada-severa. Primera Resonancia Magnética (RM): neurinoma del acústico izquierdo con morfología en reloj de arena con ocupación y expansión del conducto auditivo interno izquierdo y ocupación de la cisterna del ángulo pontocerebeloso de este lado con pequeña compresión sobre la cara lateral del puente sin alterar su señal. Signos leves de isquemia crónica por patología de pequeño vaso en ambos lóbulos frontales. Segunda RM: significativo aumento de tamaño de neurinoma izquierdo con abundante componente quístico con moderada compresión de la protuberancia y pedúnculo cerebeloso.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neurinoma del acústico izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Meningioma. Colesteatoma primario. Quiste aracnoidal. Glomus yugular.

Comentario final

Finalmente se opta por tratamiento con radioterapia externa de intención radical por técnica de radioterapia estereotáctica craneal fraccionada con fototerapia, con un total 5 sesiones diarias durante 1 semana con buena tolerancia y sin incidencias. En la última revisión en servicio de radioterapia, la paciente refiere continuar con la misma sintomatología (mareos, diplopía y cefaleas intensas), pautándose tratamiento sintomático con dexametasona. Actualmente pendiente de realización de nueva RM.

Bibliografía

- V. Darrouzet, V. Franco-Vidal, D. Liguoro. *Neurinoma del acústico. Volumen 35, 2006, Páginas 1-27.* [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(06\)47848-6](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(06)47848-6).

823/147. SÍNDROME ANTISINTETASA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Sánchez Rodríguez, J.¹, Martín Acevedo, A.¹, Rodríguez González, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 35 años exfumador desde hace 4 años de 0,5 paquetes/año durante 10 años sin otros antecedentes personales de interés que, tras la tercera infección por COVID19, comienza con disnea a mínimos esfuerzos y dolores articulares con sensación de tumefacción de predominio matutino, así como eritema macular más intenso en abdomen. Desde Atención Primaria se inicia estudio con analítica sanguínea de rutina sin alteraciones relevantes. Además, se solicita una radiografía de tórax con hallazgo de patrón intersticial bilateral bibasal, motivo por el cual se deriva a Medicina Interna para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Sin focalidad neurológica. Afebril. Saturación O₂ basal al 96%. No adenopatías patológicas. Discreto eritema facial. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservando con crepitantes teleinspiratorios bibasales. Abdomen normal. Extremidades sin edemas. No presencia de lesiones cutáneas en manos. Mínima tumefacción en articulaciones interfalángicas proximales de manos. Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico (ICT) normal. Patrón intersticial bilateral bibasal. Analítica sanguínea de rutina sin hallazgos relevantes. Analítica sanguínea de autoinmunidad: Factor Reumatoide, ANCAs, Ac antiRNP, Ac anti Sm, Ac (IgG) antiproteína3, Ac antiSSB/La negativos. ANA 1/160. Ac anti-Jo1 y Ac anti-Ro52 positivos. Espirometría forzada: patrón restrictivo mode-

rado. Tomografía computerizada (TC) de tórax: parénquima pulmonar con áreas de ocupación alveolar con engrosamiento de septos interlobulillares, confluentes, especialmente comprometiendo los segmentos basales en ambos lóbulos inferiores con áreas de consolidación parcheada en lóbulo inferior izquierdo. Resto sin alteraciones. Ecocardiografía sin cardiopatía estructural y con función sistólica conservada.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome antisintetasa con anticuerpos anti-Jo1 y anti-Ro52 positivos, con afectación pulmonar interstital, dermatomiositis y artritis.

Diagnóstico diferencial

Con el resto de miopatías inflamatorias.

Comentario final

En un primer momento, se pauta tratamiento con rituximab y prednisona en pauta descendente progresiva. Posteriormente, se cambia tratamiento a micofenolato de mofetilo e hidroxicloroquina, con mejoría tanto de clínica respiratoria como articular, aunque con persistencia de cierta debilidad muscular y disnea de moderados esfuerzos. Actualmente se continúa seguimiento del paciente en consultas externas de medicina interna con controles analíticos periódicos.

Bibliografía

- Macías Fernández I., Pérez Venegas J., García Pérez S. *Síndroma antisintetasa. Vol. 8. Núm. 1. Páginas 28-33. DOI: 10.1016/S1577-3566(07)75600-2.*

823/148. DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE: UN VIAJE DIAGNÓSTICO HACIA LA COLELITIASIS CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Serrano Buitrago, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Descripción del caso

Mujer de 54 años, acude a consulta en Atención Primaria (AP) por dolor abdominal difuso y persistente de dos semanas, pérdida de peso de 4 kg en el último mes, náuseas y fatiga, sin fiebre ni alteraciones en el

ritmo intestinal. Tiene antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo.

Exploración y pruebas complementarias

Al examen físico, presenta dolor en la región epigástrica y ligera distensión abdominal. La presión arterial es de 138/88 mmHg, y el índice de masa corporal (IMC) es de 24,5 kg/m². Se realiza análisis de sangre y ecografía abdominal en AP, que revela leucocitosis (12.000 leucocitos/μl), transaminasas elevadas (AST 78 U/l, ALT 64 U/l) y lipasa alta (451 U/l). La ecografía muestra colelitiasis sin signos de colecistitis. Debido a la persistencia de los síntomas, se deriva a Gastroenterología para evaluación adicional. En el hospital, la resonancia magnética (RM) de vías biliares confirma la colelitiasis sin obstrucción y un leve engrosamiento de la pared vesicular, compatible con colecistopatía crónica.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

La sospecha inicial en AP era una colecistopatía crónica o disfunción del esfínter de Oddi, dado que los síntomas y las pruebas de laboratorio apuntaban a una patología biliar. Se consideraron otros diagnósticos diferenciales, como dispepsia funcional y pancreatitis crónica, pero la ecografía y los resultados confirmaron la litiasis biliar como la causa principal.

Diagnóstico diferencial

La principal duda diagnóstica fue entre colelitiasis, dispepsia funcional, síndrome del intestino irritable y pancreatitis crónica.

Comentario final

Este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano en AP ante síntomas inespecíficos y la relevancia de la derivación a especialistas para confirmar el diagnóstico cuando sea necesario. Además, resalta la importancia de evaluar los factores de riesgo, como el tabaquismo, en el manejo de patologías gastrointestinales.

Bibliografía

- García-Borrego, J., Martínez-Frías, M.L. y Núñez, M.A. (2023). "Actualización en el manejo de las enfermedades biliares en Atención Primaria". *Revista Española de Medicina de Familia*, 39(4), 245-252.
- Rodríguez-Sanabria, F., Pérez-Rivas, M., y Soto-Hernández, J. (2022). "Diagnóstico y manejo de la colelitiasis en el ámbito de la Atención Primaria". *Revista de Gastroenterología*, 48(5), 529-535.

823/149. QUE HA PASADO DOCTORA

Autores:

Dugo Román, M.¹, Dugo Román, M.¹, Cobo Moreno, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba,
 (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba

Descripción del caso

Antecedentes personales: Ictus hace 11 años con secuelas sensitivas en hemicuerpo izquierdo Hematoma de los ganglios de la base Intervenciones quirúrgicas: hidrocele Problemas de salud Hipertensión arterial Hipercolesterolemia Hiperuricemia Síndrome depresivo Hipertrofia benigna de próstata Varón de 75 años, acude tras 2 episodios de perdida de conciencia mientras estaba sentado, súbitos, asociando palidez, de segundos de duración con recuperación ad integrum acompañado de sensación nauseosa. No pérdida de control de esfínteres, no mordedura de lengua ni movimientos tónico-clónicos ni rigidez. No sensación de mareo previo a episodios de sincope. Los episodios comenzaron esa mañana. No dolor torácico, ni síntomas de insuficiencia cardiaca, ni palpitación, ni clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

Neurológica: consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, nomina y repite. Obedece órdenes complejas, no dismetrías, no disartria ni afasia, campimetría normal, miembros superiores e inferiores no claudican. Hipoestesia residual en hemicuerpo izquierdo. Auscultación: rítmico, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos Abdomen: blando, depresible, no doloroso Miembros inferiores: discretos edemas maleolares Pruebas complementarias: *Analítica: sin alteraciones *Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal, no condensación ni derrame. Patrón reticular *Tomografía axial craneal: Sin imagen de sangrado intraparenquimatoso ni extraaxial Perfil isquémico crónico en sustancia blanca subcortical de ambos hemisferios cerebrales. Infartos lacunares crónicos en ganglios basales bilaterales. Aumento de espacios extraaxiales mayor de lo esperado para su edad. Conclusión: sin hallazgos de patología intracraneal aguda. *Electrocardiograma: ritmo sinusal a buena frecuencia, eje normal, QRS estrecho, bloqueo auriculo-ventricular de primer grado, no trastornos agudos de la repolarización *Ecocardiograma: mala ventana. Ventrículo izquierdo no dilatado ni hiper-

trófico con función conservada. No valvulopatías groseras, ventrículo derecho no dilatado con función conservada. No derrame pericárdico. Estando en observación presenta nuevo episodio, coincidiendo en telemetría con pausa sinusal de 19 segundos seguido de extrasístole ventricular con pausa compensatoria y posterior salida a ritmo sinusal. Tratamiento: marcapasos definitivo

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Sincope a estudio

Diagnóstico diferencial

- Sincope reflejo
- Ortostatismo
- Cardiaco
- Epilepsia

Comentario final

Cabe destacar la importancia de realizar una evaluación inicial con historia clínica detallada, (que incluya: descripción de los episodios, desencadenantes, síntomas previos, así como observación de los testigos) para orientar el diagnóstico y estratificar el riesgo.

Bibliografía

- C. del Arco Galán, y M. Varona Peinador. "Tema 9. Sincope ." *Experto En Patología Vital Urgente* , Editorial Médica Panamericana.

823/151. EXPLORANDO LA SIALOADENITIS

Autores:

González Cwierz, L.¹, Martín Almazán, A.², Maza Sánchez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 74 años con antecedentes de interés de exfumadora, asma, hipotiroidismo primario y esófago de Barret, que acude de urgencias a la consulta de Atención Primaria por presentar, desde hace 24 horas, do-

lor e inflamación en mejilla derecha. Interrogando a la paciente, no refiere fiebre, ni otalgia, ni odontalgia ni otros síntomas, aunque sí relata episodio previo similar hace años valorado en su país de origen.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable. Se observa tumoración facial dolorosa en región submandibular y parotídea derecha, sin flogosis. En la inspección bucal se detecta en la mucosa yugal inflamación de la salida del conducto de Stenon, sin salida de contenido purulento. Ante los hallazgos se pautó tratamiento sintomático y se dieron recomendaciones al paciente. Al tratarse del segundo episodio, se remitió a Otorrinolaringología para su valoración.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Sialoadenitis aguda obstructiva

Diagnóstico diferencial

infección dental, neoplasia de glándula salival, adenitis cervical, infección de quistes branquiales

Comentario final

La sialoadenitis aguda es una inflamación de las glándulas salivales, habitualmente de la parótida y la submandibular. Entre las principales etiologías se encuentran las infecciones, que pueden ser virales o bacterianas, y las obstrucciones del conducto salival. Estas últimas, originadas por sialolitiasis, estenosis o tapones mucosos, son una causa frecuente que puede predisponer a infecciones secundarias. Las infecciones virales, como las paperas, suelen manifestarse de manera bilateral, mientras que las bacterianas, habitualmente causadas por *Staphylococcus aureus*, presentan un patrón unilateral y pueden generar supuración. Los síntomas varían según la etiología. Las infecciones virales presentan fiebre, tumefacción glandular y síntomas sistémicos. Las bacterianas cursan con dolor, edema glandular unilateral, fiebre alta y drenaje purulento. En las obstrucciones se observa dolor fluctuante con la ingesta y xerostomía. El diagnóstico, basado en anamnesis y exploración física, puede requerir pruebas de imagen como ecografía o sialografía por resonancia, aunque estas se solicitan sólo en casos específicos. El tratamiento incluye hidratación, masaje, sialogogos, analgesia y, en infecciones bacterianas, antibióticos. Las obstrucciones recurrentes pueden requerir intervenciones quirúrgicas o endoscópicas.

Bibliografía

- *Guías Fisterra. Sialoadenitis aguda; Septiembre 2019. Vaduva C, Tato Gómez JI, Mora Zaid D, Rivera-Rodríguez T. Patología infecciosa aguda de foco otorrinolaringológico. Med-Prog Form Med Continuada Acreditado. 2019 Nov;12(91):5339-5351.*

823/152. LUMBALGIA, LA SOMBRA DE UN DIAGNÓSTICO OCULTO EN EL PULMÓN

Autores:

Quintana Prego, R.¹, Guisasola Cárdenas, M.¹, Martín Enguix, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada

Descripción del caso

Varón de 72 años, fumador, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bulla gigante en hemitórax derecho. Acude a consulta tras haber sido valorado en dos ocasiones en Urgencias por un cuadro de lumbalgia derecha no irradiada sin otra sintomatología. Fue tratada con analgesia, corticoides y relajantes musculares y, a pesar de todo ello, el dolor no solo no mejoró sino que comenzó con sensación disneica progresiva.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presentaba postura antiálgica y trabajo respiratorio moderado. A la exploración destacaba apofisalgia D10-D11 e importante contractura muscular paravertebral. En la auscultación pulmonar se apreciaba hipofonesis en hemitórax derecho (presente en otras ocasiones) sin otros ruidos patológicos. La auscultación cardiaca y la exploración abdominal fueron normales. Tras la toma de constantes, llamaba la atención una saturación de oxígeno de 88%, siendo normal en consultas previas. Se solicitó radiografía lumbar sin hallazgos reseñables, y radiografía de tórax que se comparó con previas, apreciándose bulla gigante en lóbulo superior derecho (conocida) y una lesión de nueva aparición en lóbulo inferior derecho. Ante la sospecha de patología neoplásica, se derivó al paciente al hospital, ingresando a cargo de Neumología, donde se le realizaron pruebas complementarias y una biopsia que confirmó un sarcoma sinovial en el

lóbulo inferior derecho con infiltración ósea del cuerpo vertebral D10 y la musculatura paravertebral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sarcoma sinovial pulmonar con infiltración ósea

Diagnóstico diferencial

El dolor a nivel lumbar derecho no irradiado orientó inicialmente a una patología muscular, ya que el resto de clínica no hacía sospechar patología neurológica, infecciosa, urológica o respiratoria. Dada la mala evolución, los hallazgos clínicos y radiológicos posteriores nos hicieron replantearnos el diagnóstico considerando la patología respiratoria como primera opción.

Comentario final

El sarcoma sinovial primario de pulmón es un tumor raro y de mal pronóstico. Su diagnóstico en Atención Primaria es complicado, ya que requiere técnicas especializadas. Sin embargo, realizar una valoración integral del paciente y prestar atención a signos de alarma, especialmente si el motivo de consulta se repite, puede facilitar un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz.

Bibliografía

- *Shah UB, Joshi S, Ghorpade SV, Gaikwad SN, Sundrani RM. Sarcoma sinovial pleuropulmonar primario. Indian J Chest Dis Allied Sci. 2010;52:169-72.*

823/153. ENTRE NÓDULOS: UN CASO DE ERITEMA NODOSO

Autores:

González Cwierz, L.¹, Rodríguez Vega, T.¹, Martín Almazán, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Lain Entralgo. Alcorcón. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 42 años con antecedentes relevantes de tabaquismo, fibromialgia y psoriasis, que acude a consulta por presentar, desde hace un año, episodios recurrentes de lesiones induradas y dolorosas en ambas piernas, de aparición súbita y resolución espontánea en pocas semanas. Niega traumatismo, fiebre, otros síntomas asociados o posibles factores desencadenantes.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración se observan lesiones nodulares eritematovioláceas, no ulceradas, bien delimitadas, cálidas y dolorosas al tacto, localizadas en la región pretibial de ambos miembros inferiores, con un tamaño de entre 2 y 5 cm. La exploración clínica completa no revela datos adicionales de interés. Ante la sospecha de eritema nodoso, la paciente es derivada a Dermatología de urgencias. Tras la valoración clínica, se confirma el diagnóstico de paniculitis compatible con eritema nodoso. Se realiza una biopsia cutánea y se indica tratamiento con ibuprofeno, añadiendo, si es necesario, una pauta descendente de prednisona. En consulta de seguimiento, se solicita una analítica de sangre, prueba de Mantoux y radiografía de tórax, cuyos resultados son normales.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Eritema nodoso

Diagnóstico diferencial

infección subcutánea, vasculitis nodular, picadura de insecto

Comentario final

El eritema nodoso es una paniculitis septal caracterizada por la aparición aguda de nódulos dolorosos y eritematosos, típicamente en la región pretibial. Las lesiones tienden a resolverse espontáneamente en un período de 2 a 8 semanas sin dejar cicatrices. Si bien su causa es idiopática en la mayoría de los casos, puede asociarse con infecciones, sarcoidosis, medicamentos, embarazo o enfermedades sistémicas, reflejando así su naturaleza multifactorial. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado en pruebas complementarias como análisis de sangre, radiografía de tórax, prueba de tuberculina y títulos de antiestreptolisina O. La biopsia cutánea se reserva para presentaciones atípicas. El tratamiento es principalmente sintomático con antiinflamatorios no esteroideos. En casos más graves o recurrentes, se puede considerar el uso de yoduro potásico o corticoides sistémicos.

Bibliografía

- Llop Vilatella M, Revenga Martínez M, Blázquez Cañamero MA. Protocolo diagnóstico del eritema nodoso. Medicine (Programa de Formación Médica Continuada Acreditado). 2017;12(27):1596-8. Guías Fisterra. Eritema nodoso. Octubre 2023.

823/156. LA IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA

Autores:

Narváez Piña, M.¹, Rodríguez Moreno, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 36 años con antecedentes de trastorno bipolar, diagnosticado por psiquiatra privado en el año 2015, en tratamiento con quetiapina 200 mg y duloxetina 60 mg al día, con seguimiento en varias unidades de Salud Mental (SM); carcinoma papilar de tiroides con tiroidectomía total en tratamiento con eutirox 112 mcg. Acude a consulta dado que a pesar de tratamiento pautado no encuentra mejoría. Se rehistórica a la paciente. Refiere antecedentes de gestos autolíticos como vía de escape ante episodios de dismenorrea que asumía como normales desde su juventud. Comenta que una vez al mes, durante varios días, presenta insomnio absoluto, irritabilidad, tristeza y cefalea que atribuye a su patología de SM. Ante esta situación, se decide derivación a Salud Mental para reevaluación de la paciente, dada nula mejoría y por dudas frente a diagnóstico de Trastorno Bipolar. Además, se solicita analítica sanguínea con perfil hormonal y se deriva a ginecología. Antecedentes familiares: Padre fallecido con sospecha de trastorno bipolar. Casada sin hijos, buena relación con su pareja. Buena red social

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada, discurso coherente y fluido, eutímica. No alteración de la percepción. No trastorno del curso del pensamiento. Buena capacidad de introspección. Hemograma y bioquímica con parámetros en rango. Tirotropina 0.671 pU/L/mL.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Trastorno disfórico premenstrual (TDPM)

Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar, síndrome premenstrual, trastornos tiroideos.

Comentario final

Este caso destaca la importancia de reevaluar a pacientes con diagnósticos previos, especialmente cuando no se ob-

serva mejoría con el tratamiento establecido. La paciente, diagnosticada previamente con trastorno bipolar, presenta síntomas cílicos que sugieren un TDPM, confirmándose nuestro diagnóstico de sospecha tras derivación a SM. Esta situación resalta la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales y realizar una valoración integral para evitar tratamientos inadecuados y optimizar el enfoque terapéutico, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- Yonkers KA, Pearlstein T, Fayyad R, et al. *The prevalence and burden of premenstrual dysphoric disorder: results from the International Study of Women's Health and Well-being. Bipolar Disorders.* 2021 Jul;23(5):467-475. doi: 10.1111/bdi.13049.
- Marangell LB, Ketter TA, McElroy SL, et al. *The diagnosis and treatment of bipolar disorder. Psychiatric Clinics of North America.* 2020 Dec;43(4):627-644. doi: 10.1016/j.psc.2020.08.005.

823/157. “¿HA REALIZADO ALGÚN VIAJE RECENTEMENTE?”

Autores:

Rodríguez Espejo, M.¹, García Rodríguez, J.², Martín Pérez, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Benahadux. Almería

Descripción del caso

Varón de 50 años originario de Mali, residente en España desde 2003. Trabajador de invernadero. Múltiples consultas por lumbalgia. Acude a urgencias por vómitos y malestar. Coluria desde hace 1 semana sin disuria. Vive solo, su mujer e hijos están en Mali. Le preguntamos cuando ha vuelto por última vez a su país y nos responde que hace 2 meses. Niega contacto sexual de riesgo. Niega contacto con animales. Niega ingesta de alimentos en mal estado.

Exploración y pruebas complementarias

Termometrados 38.0 °C y estable. Sin focalidad neurológica, con ligero tinte ictérico en conjuntivas. Eupneico. Auscultación cardiaca y respiratoria normales.

Abdomen no sin signos de peritonismo. Palpación lumbar dolorosa y apofisalgia a la altura de L1 donde encontramos una tumoración blanda, no móvil, adherida a planos profundos de 5 cm. En radiografía de tórax engrosamiento pleural en la base derecha con derrame asociado y pérdida de volumen en los campos inferiores derechos. Mediastino de grosor normal, índice cardiotorácico normal. No vemos condensaciones ni cavidades en parénquima pulmonar. En radiografía de columna dorsal vemos una fusión L1-L2 y cierto aplastamiento en L4. Analítica sanguínea: PCR de 18.02 mg/dl, procalcitonina de 17.86 ng/mL. Orina colúrica que evidenció hematíes y se mandó a microbiología. Realizamos test de diagnóstico rápido de malaria. Dejamos pendiente resultados serológicos, urocultivo, baciloscopía y Mantoux.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Obtenemos un resultado positivo en el test de diagnóstico rápido de malaria. Índice de parasitemia =1%. Consideramos malaria sin criterios de gravedad e ingreso en interna.

Diagnóstico diferencial

Fiebre del viajero en África subsahariana:

- Malaria: gota gruesa, frotis, test rápido panmalárico, PCR. -Tifoidea: hemocultivo, coprocultivo.
- Dengue: serología IgM/IgG, PCR.
- Fiebre amarilla: serología IgM/IgG, PCR.
- Esquistosomiasis: Huevos en orina/heces, serología.

Comentario final

Estuvo en tratamiento antiparasitario y recibió tratamiento tuberculostático para infección diseminada (pleural y ósea) además de tratamiento para el esquistosoma (evidencia de huevos en orina). Evolucionó favorablemente tras 25 días de ingreso. Destacaríamos:

1. Anamnesis estructurada dirigida a población inmigrante.
2. Disponibilidad de test panmalárico urgente en determinadas zonas.
3. La protocolización sobre el manejo de la malaria en el servicio de urgencias y sus criterios de gravedad.

Bibliografía

- Salas-Coronas J, Vázquez-Villegas J et al. *Epidemiological profile of imported infectious diseases. Travel Med Infect Dis.* 2010 Sep;8(5):299-305.

823/160. LA TRISTEZA NO ES SIEMPRE DEPRESIÓN

Autores:

Galán Rodríguez, G.¹, Bueno Navarrete, P¹, Fernández Navarro, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 30 años sin antecedentes personales relevantes que acude a consulta debido a síntomas persistentes de fatiga, aumento de peso inexplicado de aproximadamente 5 kg en los últimos 3 meses, y una sensación constante de frío. Refiere que se encuentra más triste últimamente y con mayor ansiedad, pero que lo atribuye a que tiene mayor estrés laboral. También ha notado piel seca y cabello más frágil. Menciona que ha estado experimentando períodos de estreñimiento, a pesar de mantener su dieta habitual, y tiene dificultades para concentrarse en sus actividades diarias.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: Presión arterial 120/75 mmHg , Frecuencia cardíaca 68 lpm Temperatura 36.2°C Examen físico: ligero agrandamiento de la glándula tiroides (bocio leve), sin signos de dolor o sensibilidad a la palpación. Resto sin hallazgos. Pruebas complementarias: TSH: 8.5 µU/mL , T4 libre: 0.8 ng/dL, T3 libre: 2.3 pg/mL, anti-TPO: 150 UI/mL, anti-Tg: 75 UI/mL. Resto normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tiroiditis autoinmune, tipo enfermedad de Hashimoto.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Graves-Basedow Cáncer tiroides

Comentario final

Paciente con mejora clara de síntomas tras iniciar tratamiento con levotiroxina sódica . Se recomienda comenzar con una dosis inicial de 25 mcg/día y ajustar según los niveles de TSH y T4 libre en las próximas consultas, ya que se debe tener controles periódicos de función tiroidea cada 6-8 semanas hasta lograr estabilización de los valores hormonales.

Bibliografía

- E.N. Pearce, A.P. Farwell, L.E. Braverman. *Thyroiditis*. N Engl J Med, 348 (2003), pp. 2646-2655 [2.]

- J.H. Lazarus. *Silent thyroiditis and subacute thyroiditis*. The Thyroid, pp. 577-591 [3.]
- V. Fatourechi, J.P. Aniszewski, G.Z. Fatourechi, E.J. Atkinson, S.J. Jacobsen. *Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmstead County, Minnesota, study*. J Clin Endocrinol Metab, 88 (2003), pp. 2100-2105 [http://dx.doi.org/10.1210/jc.2002-021799 | Medline](http://dx.doi.org/10.1210/jc.2002-021799)

823/161. EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS DÉFICITS VITAMÍNICOS SALVA VIDAS

Autores:

Brasó Cabrera, M.¹, Martínez Rodríguez, N.¹, Borrell Thió, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Roc. Badalona. Barcelona, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Roc. Badalona. Barcelona

Descripción del caso

Mujer de 26 años, natural de Pakistán. Antecedentes de trastorno bipolar. Barrera idiomática completa. Gestante de quince semanas. Acude a urgencias de Atención Primaria por 7-8 vómitos diarios acompañados de astenia y anorexia. Se orienta como gastroenteritis. Un mes mas tarde acude a su médico de atención primaria por persistencia de sintomatología acompañada de deposiciones diarreicas y debilidad en extremidades inferiores. Ante la clínica de la paciente y la exploración física se decide derivación a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física destaca febrícula, desorientación en tiempo y espacio, amnesia anterógrada y retrograda, tetraparesia, hipoestesia en guante y calcetín y imposibilidad de la marcha. Se realiza analítica que muestra anemia, hipokalemia y hipernatremia por lo que se realiza transfusión sanguínea y reposición hidroelectrolítica. También se realiza punción lumbar que resulta normal, resonancia magnética cerebral que sugiere encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, resonancia magnética medular sin hallazgos y electromiografía compatible con polineuropatía sensitivo-motora axonal con denervación aguda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff y polineuropatía sensitivo-motora axonal de probable etiología carencial.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular, consumo de tóxicos, enfermedad BeriBeri, meningitis

Comentario final

La paciente estuvo ingresada en el servicio de Neurología y posteriormente en el servicio de Rehabilitación. Al alta hospitalaria realizó rehabilitación en un centro especializado, con posterior fisioterapia a nivel ambulatorio. Pese al tratamiento y a la suplementación vitamínica con tiamina y potasio la paciente, actualmente, persiste con tetraparesia, imposibilidad de bipedestación y déficits mnésicos. Aunque la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff se asocia al trastorno por uso de alcohol también hay que tener en cuenta otras causas como la hiperemesis, desnutrición, neoplasias, quimioterapia o sepsis. El tiempo hasta el diagnóstico de los déficits vitamínicos puede ser crucial para evitar las secuelas derivadas de éstos.

Bibliografía

- Mateos-Díaz A-M, Marcos M, Chamorro A-J. Síndrome de Wernicke-Korsakoff y otras patologías asociadas al déficit de tiamina. *Med Clin (Barc)*. 2022;158(9):431-6.
- Isenberg-Grzeda E, Kutner HE, Nicolson SE. Wernicke-korsakoff-syndrome: Under-recognized and under-treated. *Psychosomatics* 2012;53(6):507-16.

823/163. RETENCIÓN AGUDA DE ORINA , MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME PROSTÁTICO

Autores:

García Rodríguez, J.¹, Cejudo Casas, M.², Pérez Martínez, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 61 años, que acude a Urgencias de Atención Primaria por retención aguda de orina (RAO) y debilidad de miembro inferiores (MMII) bilateral de 48 h de evolución. El paciente presenta imposibilidad para deambular y acude en camilla. AP: fractura (fx) vertebral

en L1 con desplazamiento y abombamiento del muro posterior, e hiperplasia benigna de próstata. Ante sospecha de afectación medular, se traslada a Hospital de Referencia urgentemente, tras administración de corticoterapia en Centro de Salud

Exploración y pruebas complementarias

En Centro de Salud: MMII: pérdida de fuerza de MMII, imposibilidad para la elevación activa. Flexo-extensión limitada. Signo de Babinski negativo. Imposibilidad para la sedestación activa. Se palpa globo vesical, objetivado mediante ecografía. En Hospital: Balance motor: psoas 1/5, flexo-extensión podálica 1/15, RCP indiferente. Reflejo rotuliano hipoactivo. Sensibilidad conservada. RMN Urgente: lesiones osteolíticas a nivel de L1 que impresionan afectación de partes blandas invadiendo el canal medular (al menos 50%), hallazgos compatibles con fx de L1 sobre vértebra patológica, por lo que se realiza descompresión quirúrgica urgente. Clara mejoría en MMII post intervención, comienza movilización de extremidades en contra de la gravedad de forma activa. Sensibilidad conservada y simétrica en los 4 miembros. RMN Hospital a las 2 semanas: Colangiocarcinoma intrahepático, en estadio IV, con afectación metastásica vertebral osteolítica, multifocal, vértebras D3, D4, L1. Biopsia ósea: sin evidencia de malignidad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Cola de Caballo

Diagnóstico diferencial

Aplastamiento vertebral, Retención Aguda de Orina, Síndrome de Cola de Caballo

Comentario final

Ante casos con aparición súbita de pérdida de fuerza / sensibilidad de miembros inferiores y RAO concomitante se debe siempre descartar afectación medular. Este tipo de afectación es una urgencia médica, que en muchos casos precisará de intervención quirúrgica. Es por ello, que, desde AP, debemos conocer los principales síntomas y signos de alarma, para detectar a tiempo esta patología y evitar así problemas de afectación neurológica futuros.

Bibliografía

- Ilya Laufer, David Schiff, Hillary R. Kelly, Mark Bilsky. Características clínicas y diagnóstico de la compresión medular epidural neoplásica [Internet]. Uptodate.com. 2024

- Philip S. Hsu, Carmel Armon, Kerry Levin. Radiculopatía lumbosacra aguda: etiología, características clínicas y diagnóstico [Internet]. Uptodate.com. 2024

823/164. TRATA DE SERES HUMANOS; UNA TRISTE REALIDAD.

Autores:

Bueno Navarrete, P.¹, Galán Rodríguez, G.¹, Fernández Navarro, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 25 años de origen centroamericano acude a urgencias acompañada por un hombre que dice ser su “pareja”. Refiere dolor abdominal intenso, mareos y dificultad para caminar. Parece visiblemente nerviosa y evita el contacto visual. Responde de forma escueta, titubeante. El acompañante interviene constantemente minimizando sus síntomas. Se insiste en realizar una entrevista privada, el hombre se niega pero finalmente accede. En privado, revela que ha estado trabajando como empleada doméstica sin contrato, viviendo en condiciones precarias y que “le quitaron el pasaporte”. Menciona que fue traída al país bajo falsas promesas laborales y que no tiene libertad para abandonar el lugar donde reside. Refiere antecedentes de múltiples episodios de violencia física y verbal así como episodios de abuso sexual. No tiene acceso a atención médica regular ni contacto con familiares.

Exploración y pruebas complementarias

- Tensión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 115lpm.
- Estado general: Signos de desnutrición y deshidratación moderada, evidente pérdida de peso y signos de fatiga crónica.
- Abdomen: dolor difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
- Hematomas en diferente estado de evolución en brazos, tórax y muslos.
- Signos de infección vaginal y dolor pélvico. • Activación de protocolo hospitalario de detección de trata de seres humanos.
- Notificación a trabajo social, psicología para evaluación del caso.

- Contacto con organismos y autoridades especializadas. • Toma de muestras para cultivo y análisis de infecciones de transmisión sexual.
- Derivación urgente a Salud Mental. •
- Informar a la paciente de sus derechos.
- Garantizar que no regrese con su acompañante sin previa evaluación de su situación de riesgo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

- Víctima de trata de seres humanos.

Diagnóstico diferencial

- Infección pélvica.
- Desnutrición moderada.
- Sospecha de violencia de género y trata de seres humanos.

Comentario final

Este caso resalta la importancia de un enfoque integral y multidisciplinar en la atención de mujeres víctimas de trata, quienes frecuentemente enfrentan barreras para acceder a servicios de salud exponiéndolas a riesgos graves para su integridad física y mental así como asegurar su integración en un programa de apoyo legal, social y psicológico especializado.

Bibliografía

- Junta de Andalucía. Disponible en: https://junta-deandalucia.es/export/drupaljda/MANUAL_INTERVENCION_TRATA.pdf
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS.

823/166. “DOCTOR@, NO SÉ QUÉ COMER.” A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Muñoz Muriel, M.¹, García Martínez, A.², Castro Sosa, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Gastroenterología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Rinconcillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Hombre de 74 años. No alergias medicamentosas. Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 2 meses de un

paquete diario, exbebedor de cantidades perjudiciales de alcohol. Antecedentes Personales: hipertensión arterial. Hiperuricemia con crisis gotosas. Miocardio-
patía dilatada hipertensivo-enólica. Enfermedad renal crónica estadio 4. Estenosis carotídea bilateral. Intervenciones quirúrgicas: cadera por poliomielitis infan-
cia. Tratamiento domiciliario: calcifediol, ácido fólico,
olmesartán, furosemida, omeprazol, atorvastatina,
doxazosina, bisoprolol, febuxostat, ácido acetilsalicíli-
co 100 mg, dorzolamida, peptinutril. Acude a su médi-
co de familia debido a diarrea crónica de años de evo-
lución junto con pérdida de peso. Se realizan pruebas complementarias (PPCC), resultando normales, es de-
rivado a Especialista de área en Aparato Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: normal. Tacto rectal: no anomalías cutáneas, esfínter normotónico. No masas. Wexner 0. Analítica: sin datos de anemia ni hipovitaminosis. Anticuerpos antitransglutaminasa tisular A (Ac AntiTgA) negativos, coprocultivos, toxina de *Clostridium difficile* y parásitos negativos. Colonoscopia: Úlcera fibrinada sobre válvula ileocecal, con infiltrados crónicos inespecíficos. Endoscopia oral (EDA): Hernia de hiato por deslizamiento de moderado tamaño. Biopsia: infiltrados inflamatorios crónicos y signos de celiaquía tipo 1 según la clasificación de MARSH (intiltrativa). Tras resultados obtenidos en PPCC, se procede a la retirada de olmesartán por otro fármaco antihipertensivo, obteniendo una mejoría clínica de nuestro paciente con la resolución de su cuadro gastrointestinal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enteropatía esprúe-like por olmesartán (ARA-II).

Diagnóstico diferencial

Síndrome de intestino irritable, sobrecrecimiento intes-
tinal bacteriano, Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Comentario final

Destacar la importancia del trabajo en equipo entre es-
pecialidades del ámbito hospitalario y Atención Primaria para mejorar la salud de nuestros pacientes. Realiza-
ción de una buena historia clínica, y un manejo integral, principalmente en pacientes pluripatológicos. En este perfil de paciente, podríamos haber realizado un diag-
nóstico equivocado por una enfermedad celíaca debido a la similitud de la sintomatología y también, debido a tener mayor prevalencia en nuestro ámbito. En la gran

mayoría de los casos, la solución la tenemos delante, sólo hace falta realizar un cambio de perspectiva.

Bibliografía

- Cabello Fernández A, Sendra Fernández C, Gómez Delgado E, Bejarano García A. Enteropatía por olme-
sartán. RAPD Online. 2019;42(2):71-73.

823/167. ORO PARECE, PLATA(NO) ES

Autores:

Castro Gómez, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga

Descripción del caso

Mujer 71 años natural de Inglaterra que vive sola en el campo, sin antecedentes de interés salvo hipertensión arterial y osteopenia. Acude a Urgencias traída por tercera vez por mareos, cefalea, vómitos y malestar general de tres días de evolución, que no ceden con tratamiento pautado para vértigo (diagnosticado en los días previos). El primer día presentó vómitos y un episodio de deposición blanda aislada, seguida de cefalea opresiva tipo casco. No fiebre, no otra sintomatología. No recuerda ingesta de alimentos en mal estado. No picaduras recientes.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Consciente, orientada en tiempo, levemente colaboradora. Bien hidratada y perfundida; eupneica en reposo; afebril. Auscultación: anodina salvo leves crepitantes basales. Exploración neurológica: pupilas normofuncionantes, pares craneales conservados. Cierta lentitud en el discurso. Fuerza, movilidad y sensibilidad conservadas. Romberg no puede reali-
zarse por estar en cama. Rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski negativos. Abdomen: abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. No soplos. Murphy, Rovsing y Blumberg negativos. PuñoperCUSION renal bilateral negativa. Miembros inferiores: sin hallazgos patológi-
cos. Solicito analíticas, cultivos y pruebas de imagen, en lo que destaca leve neutrofilia con gran elevación de reactantes de fase aguda y TAC cráneo normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Meningitis aguda/subaguda

Diagnóstico diferencial

- Infección urinaria.
- Bacteriemia.
- Vértigo.
- Encefalitis.

Comentario final

Se aisló en líquido cefalorraquídeo “*Capnocytophaga canimorsus*”, bacteria raramente aislada y que suele causar un desenlace fatal, sobre todo en inmunodeprimidos. La paciente ingresó y al principio tuvo muy mala evolución, pero mejoró con antibioterapia intravenosa y rehabilitación. Es un caso muy interesante a nivel clínico y comunitario, ya que la paciente convivía con su perro que había estado enfermo y le lamió una herida, infectando a la paciente. Esto podría haberse evitado con una adecuada educación al paciente y comunitaria, así como podría haberse sabido si se le hubiera preguntado en el centro de salud (donde acudió primero).

Bibliografía

- Abreu-Salinas F, Castelló-Abietar C, Ameijide Sanluis E, Fernández-Suárez J. *Capnocytophaga canimorsus como causa de sepsis y meningitis en paciente inmunodeprimido [Capnocytophaga canimorsus as a cause of sepsis and meningitis in immunosuppressed patient]*. Rev Esp Quimioter. 2018 Feb;31(1):70-71. Spanish. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29390603; PMCID: PMC6159350.

823/169. EL “GUIÑO DE LA LECHUZA”: UN SIGNO CRUCIAL PARA EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE LA LUMBALGIA

Autores:

Merino Barriuso, P.¹, Cobo López, E.², Peña Pérez, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 68 años fumador, con antecedentes personales de HTA e HBP en tratamiento, acude a consulta por dorso-lumbalgia localizada de características mixtas de 3 semanas de evolución refractaria a analgesia.

Niega antecedente traumático. No fiebre, focalidad u otros síntomas

Exploración y pruebas complementarias

- EF: destaca dolor a la palpación difusa de apófisis espinosas desde T7-T10 y de musculatura paravertebral dorsal y lumbar izquierda con contracción a ese nivel. Resto de EF normal.
- Analítica sanguínea de control anual: neutropenia de 1000 PMN.
- Radiografía de columna: en AP, borramiento pedículo izquierdo (“guiño de la lechuza”) y posible lesión lítica a nivel T8. Ante signo de alarma radiológico se realiza tacto rectal con palpación de próstata sin áreas de consistencia sospechosas. Se solicita Radiografía de tórax y SOH para ampliar estudio. El paciente en espera de resultados y citas de seguimiento, se realiza RNM en ámbito privado con los siguientes hallazgos: lesión osteolítica en vértebra D8 o D9 que producía estenosis de canal con compresión del cono medular que sugería como primera posibilidad un plasmocitoma.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante los hallazgos de PPCC la orientación diagnóstica principal era descartar una metástasis ósea versus lesión ósea primaria. Para la filiación se procedió con las siguientes actuaciones:–Derivación a Medicina Interna para búsqueda de tumor primario–Derivación a Hematología: descartar plasmocitoma

Diagnóstico diferencial

- Metástasis ósea de tumor primario: como primeras posibilidades próstata, colon o pulmón
- Lesión ósea primaria: como primera posibilidad tras hallazgos de RNM plasmocitoma en contexto de Mieloma Múltiple. También se plantearon osteosarcoma, condrosarcoma, encondromatosis...
- Fractura vertebral osteoporótica
- Síndrome de POEMS

Comentario final

Este caso resalta la importancia de la radiografía simple como herramienta diagnóstica siempre que se evalúe con detenimiento. El signo radiológico del “guiño de lechuza” indica un proceso de osteólisis que destruye el pedículo vertebral, sugestivo de lesión tumoral y siempre hemos de examinarlo. En este caso, su hallazgo aceleró exponencialmente el

proceso diagnóstico de un plasmocitoma y mieloma de cadenas ligeras.

Bibliografía

- Montoya-Bordón, J., Elvira-Ruiz, P., Carriazo-Jiménez, B., Robles-Blanco, C., Pereiro-Montbrun, F., & Rodríguez-Fernández, C. (2023).
- *Imaging diagnosis of vertebral metastasis. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 67(6), 511-522.

823/170. CUANDO UNA CIATALGIA ESCONDE UN PROBLEMA MAYOR: ESTENOSIS SEVERA DE CANAL ESPINAL.

Autores:

Megías Rodríguez, Y.¹, Espino García, M.², Abularach Hernández, P³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 67 años con antecedentes quirúrgicos de hernia discal, que consulta por un cuadro de 2 meses de evolución, con previo diagnóstico de ciatalgia caracterizado por parestesias, dolor y pérdida progresiva de fuerza en el miembro inferior izquierdo. El paciente refiere que los síntomas han afectado significativamente su capacidad para deambular, provocando episodios recurrentes de caídas y limitaciones funcionales importantes. Sin mejoría de sintomatología a pesar de coticoterapia y analgesia opioide.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, presentaba parestesias en cara lateral y anterior de la pantorrilla y dorso del pie izquierdo, provocándole pie caído, impidiendo la dorsiflexión del mismo. Se procedió a la derivación a urgencias para valorar intervención quirúrgica inmediata por parte del servicio de neurocirugía, donde realizaron RMN de la columna lumbosacra, el cual informaba de: Extrusión paramedial izquierda L5-S1 con compromiso de S1 izquierda. Ensanchamiento discal difuso con extrusión posterocentral en L4-L5

que condiciona severa estenosis del canal y compromiso de raíces en ambos recessos. Ensanchamiento discal difuso L3-L4 con compromiso de raíces en recessos. Estenosis parcial de forámenes en L5-S1 con contacto con raíces L5. Lordosis rectificada. Moderada artrosis facetaria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Estenosis severa de canal

Diagnóstico diferencial

Espondilolistesis, esclerosis múltiple, tumores espinales, espondilitis anquilosante.

Comentario final

La estenosis severa de canal es una enfermedad en la que existe el riesgo de daño medular irreversible, por lo que su pronto diagnóstico es crucial para evitar daños colaterales y prevenir el empeoramiento de la calidad de vida del paciente. Podemos resaltar la importancia de realizar una correcta exploración física, así como un efectivo diagnóstico diferencial preciso en pacientes con dolor lumbar irradiado, especialmente cuando no se observa mejoría clínica tras un tratamiento estándar. Inicialmente el paciente fue diagnosticado con ciatalgia inespecífico, no indagando sobre la causa subyacente, a pesar de la persistencia de los síntomas y el deterioro progresivo.

Bibliografía

- Dra. Kerry Levin. Dr. Michael J. Aminoff, Dr. Steven J. Atlas, Dr. Glenn A. Tung, editor. 15AD: Lumbar spinal stenosis: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis-UpToDate.

823/171. REVISA LA HISTORIA DEL PACIENTE, ELLA TE DARÁ EL DIAGNÓSTICO.

Autores:

Mateos Gómez, A.¹, Moguer Galan, M.², Martín López, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

Varón 62 años. Fumador. Antecedentes personales: dislipemia y discopatía degenerativa lumbar múltiple con protrusiones discales L3-S1 y estenosis canal lumbar L3-L5. Tratamiento actual: Simvastatina 40mg/24h, Pregabalina 100mg/12h y Tapentadol 100mg/12h. Solicita analítica de control de su dislipemia.

Exploración y pruebas complementarias

En analítica presenta trombocitopenia (139x109/L), sin agregados plaquetarios en frotis, descartándose pseudotrombocitopenia. Resto sin hallazgos

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Trombocitopenia a filiar.

Diagnóstico diferencial

Trombocitopenia secundaria a fármacos, patología inmunitaria, hepatopatía, trastornos de la médula ósea...

Comentario final

Se revisan analíticas previas, donde se objetiva descenso de plaquetas desde 2015, con valores entre 110-150x109L. Se realiza nueva EF sin objetivar datos de sangrado (petequias, púrpuras, hematomas...), adenopatías ni hepatoesplenomegalia. Se revisa tratamiento prescrito pudiendo ser la pregabalina la posible causa de su trombocitopenia. Se decide suspensión de dicho fármaco, se reajusta medicación analgésica y se solicita nuevo control analítico, en el cual se objetiva normalización de la alteración plaquetaria. La trombocitopenia puede estar asociada a gran variedad de afecciones con presentaciones clínicas que varían desde asintomáticas hasta hemorragias potencialmente mortales. La trombocitopenia más frecuente es la pseudotrombopenia, por lo que el primer paso es realizar un frotis sanguíneo para descartar agregados plaquetarios. Para orientar su diagnóstico es muy importante una correcta anamnesis (descartando fármacos y enfermedades asociadas) y una EF minuciosa (sangrado, esplenomegalia, hepatomegalia). Valores mantenidos de plaquetas 100-150x109/L precisan vigilancia y revisiones analíticas por parte de Atención Primaria. Valores de plaquetas inferiores a 100x109/l en dos determinaciones analíticas separadas al menos 2 semanas y ausencia de antecedente personal que justifique trombocitopenia precisan valoración por Hematología.

Bibliografía

- Cuker A. Enfoque diagnóstico de la trombocitopenia en adultos. UpToDate. Sánchez F. Un paciente con plaquetopenia. Medicina Integral. 2010; 8: 340-347.

823/172. ME DUELE EL DEDO, ¿ES GRAVE?

Autores:

Ortega Bautista, L.¹, Lozano García, M.¹, Medina Zúñiga, T.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Paciente de 44 años que acude por dolor en 2º dedo de la mano derecha, junto con dolor y gran tumefacción, desde por la mañana, atraumático. No refiere picaduras, ni mordeduras, no ha tenido la mano en agua dulce/salada. Dedo a tensión con gran hematoma. Dado el aspecto séptico del dedo, se procede mediante asepsia a realización de PAAF, cuyo contenido seropurulento es mandado a analizar. Se procede a instaurar primera dosis de antibioterapia (amoxicilina-clavulánico) i.v. en el centro de salud tras la recogida de muestras. Se pide rx urgente, la cual es valorada en la consulta de tarde que tenemos. Al no volver a hacer fiebre el paciente, y en espera de los resultados de las pruebas, se manda al paciente a domicilio con tratamiento antibiótico oral, y con indicaciones de signos de alarma por los que volver/ir al servicio de urgencias hospitalaria. Se le da cita con nosotros al otro día para ver evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado en las 3 esferas. Febrícula de 37.8°C. Estable hemodinámicamente. Tumefacción de 2º dedo de la mano derecha, endurecido, junto con impotencia funcional con imposibilidad para la flexo-extensión, eritema hasta metacarpiano, calor y hematoma a tensión delimitado entre la falange intermedia y distal. Hipoestesia a nivel de dicho dedo. Flictene a nivel medio de dicho dedo. Sin pérdida de solución de continuidad. No picaduras, heridas ni otro tipo de erosiones dérmicas. Se pide hemocultivo, analítica completa, rx mano, cultivo material extraído del dedo con PAAF. Rx sin fracturas. No signos de osteomielitis. Demarcación del área afecta con rotulador para controlar extensión.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Celulitis dedo

Diagnóstico diferencial

Fascitis necrotizante Hematoma por contusión Hematoma por fractura

Comentario final

Debido a que en la muestra de PAAF y hemocultivos, crece un SARM, visitamos al paciente a su domicilio para ver cómo estaba, el cual no mejoraba de dolor, por lo que le indicamos su derivación al SUH para valoración. Finalmente, hubo que realizar amputación metatarsofalángica 2º dedo + ingreso con antibioterapia intravenosa de amplio espectro.

Bibliografía

- Brindle R, Williams OM, Barton E, Featherstone P: *Assessment of antibiotic treatment of cellulitis and erysipelas: A systematic review and meta-analysis*. JAMA Dermatol 155(9):1033-1040, 2019. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.0884

823/174. FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN.

Autores:

Vázquez Benítez, A.¹, Morente Rodríguez, P.², Moreno Jiménez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 73 años acude a consulta por fiebre, tos y mucosidad desde hace 3 días. Se le trató con AINES por sospecha de CVA sin complicaciones. Vuelve a consulta por persistencia de la fiebre e insistimos en antitérpicos y pautamos antibioterapia. Vuelve a acudir por tercera vez por persistencia de la fiebre, hasta 39.5°C y astenia progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Su esposa refiere que lo nota desorientado en casa desde anoche. >Antecedentes personales: HTA, dislipemia. IAM en 2020. >Tratamiento habitual: simvastatina 40mg. Enalapril 10mg. AAS 100mg.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias: ACP: ryr, no ruidos sobreañadidos, MVC ORL sin alteraciones. No adenopatías. No exantemas. TA 100/70, FC 65lpm. Saturación 100% basal. Se realiza Rx de tórax en las que no se evidencian alteraciones. Se solicita AS de control destacaba: FG 6, cr 8,13, alteración de perfil hepatopancreático. PCR 250. Hb 10.6, leucocitos 148400, monocitos 102780, neutrófilos 40450.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio clínico: Leucemia mieloide aguda.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: LMA, VEB, Linfoma

Comentario final

Comentario final: Destacar la importancia de realizar diagnóstico diferencial de fiebre de larga evolución desde la consulta de atención primaria. Una prueba tan sencilla como una analítica de control es clave en el diagnóstico

Bibliografía

- UpToDate. Acute myeloid leukemia in adults: Overview. UpToDate. [Accedido 20 enero 2025]; Disponible en: https://www-upToDate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/acute-myeloid-leukemia-in-adults-overview?search=leucemia%20mieloide%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Fisterra. Leucocitosis [Internet]. España: Fisterra; [fecha de publicación desconocida; citado 2025 ene 20]. Disponible en: URL.

823/175. LO QUE NO DUELE, TAMBIÉN PUEDE SER PELIGROSO

Autores:

Pantoja de la Rosa, L.¹, de Ochoa Morán, M.², Leyva Conde, M.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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada

Descripción del caso

Paciente varón de 62 años, reacio a recibir atención médica y poco cumplidor ya que en sus propias pala-

bras "a mi no me duele nada". Diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con triple terapia (enalapril, hidroclorotiazida y amlodipino), dislipemia en tratamiento con atorvastatina y obesidad grado 2. Escasa adherencia al tratamiento, acude de forma muy irregular a citas de control de sus Factores de Riesgo Cardiovascular. El día de hoy viene obligado y acompañado por su mujer a través de la consulta de acogida por visión borrosa central a través del ojo derecho de 2-3 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión Arterial: 158/93 mmHg, Glucemia basal: 135 mg/dl. Auscultación cardio-pulmonar: Anodina. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y normo-reactivas. Pares craneales conservados. Sin focalidad neurológica. Fuerza y sensibilidad conservada. Agudeza Visual: Ojo Derecho (OD) de difícil valoración. Ojo Izquierdo (OI) 1. Campimetría por confrontación: Escotoma central en OD. En última analítica de hace aproximadamente un año destaca: Colesterol total 250 mg/dl con LDL 180 mg/dl. Glucosa basal 133 mg/dl. El paciente es derivado a urgencias ante sospecha de patología vascular retiniana: Fondo de ojo (Test de Fluoresceína) OD: Trombosis rama venosa temporal superior con algunos exudados. Resto de vasculatura conservada. Retina aplicada en sus 4 cuadrantes. Tomografía de Coherencia Óptica de OD: Edema macular quístico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Trombosis venosa retiniana.

Diagnóstico diferencial

Oclusión de la vena/arteria central de la retina // Neuritis óptica // Desprendimiento de retina // Tumor.

Comentario final

Es conocido y ampliamente demostrado, el daño que los diferentes FRCV (HTA, dislipemia, tabaquismo...) provocan en la vasculatura, no quedando los vasos retinianos exentos del mismo, ya sea por un mecanismo u otro. Es fundamental educar a nuestros pacientes en la detección precoz de este tipo de daño que precisa de una actuación médica urgente, así como seguir insistiendo en el control de dichos factores para evitar este tipo de eventos adversos.

Bibliografía

- Gimena Rodríguez FJ, et als. Detección de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacien-

tes con trombosis venosa retiniana. *Rev Clin Esp.* 2023;223 (Supl 1):S920.

- Rodríguez Gaspar M, et als. Factores de riesgo vascular y enfermedad obstructiva microvascular de la retina. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010;134(3):95–100.

823/176. LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL APOYO PSICOSOCIAL

Autores:

Hurtado Leiva, E.¹, Carrascosa Muelas, B.², Ramos Herrera, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Descripción del caso

Varón de 55 años con neoplasias de sigma y ano metacrónicas englobadas en un contexto socio familiar complejo. Como antecedentes relevantes destacan hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, estenosis lumbar severa y hábito tóxico alcohólico grave cuyo consumo actualmente ha abandonado.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente asintomático al que se le realizó el screening de sangre oculta en heces con resultado positivo. Posteriormente fue derivado según protocolo al servicio de Digestivo para realización de pruebas complementarias. Se solicitó una colonoscopia donde se halló un pólipos apendicular con resultado de neoplasia de sigma. Tras valoración por parte del Comité Cirugía General-Oncología se realizan dos cirugías: sigmoidectomía laparoscópica en un primer tiempo y posterior resección del recto anterior por neoplasia metacrónica. Actualmente se encuentra en tratamiento con quimioterapia Oxaliplatin y Capecitabina (14 ciclos de XELOX) y radioterapia con muy buena evolución clínica. Está recibiendo terapia psicológica con su psicooncóloga.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia de sigma y ano metacrónicas.

Diagnóstico diferencial

Posibles causas de positividad en sangre oculta en heces: hemorroides, fisura anal, úlcera rectal solitaria,

proctitis, diverticulosis, angiodisplasia, pólipos colo-rectales y cáncer colorrectal.

Comentario final

En el caso de este paciente toma especial relevancia el papel de la Atención Primaria, no solo en el diagnóstico precoz del cáncer de colon a través del screening sino en el abordaje psicológico en consulta. El apoyo familiar del paciente es complejo ya que es soltero y vive en casa de su hermano dependiente, cuyo núcleo familiar es conflictivo. Dadas todas estas circunstancias está resultando muy beneficioso para la evolución del paciente el seguimiento estrecho que estamos haciendo de él en consulta. Gracias a la intervención precoz desde Atención Primaria, las medidas terapéuticas han tenido gran eficacia y han aumentado las expectativas de supervivencia del paciente.

Bibliografía

- *Un paciente con rectorragias. Elizalde, J.L. Rev Medicina Integral. 2001 Mayo; 37 (9): 377-382*

823/178. SÍNCOPES DE REPETICIÓN ¿QUÉ HAY DETRÁS?

Autores:

Bueno Navarrete, P.¹, Galán Rodríguez, G.¹, Muñoz Gallardo, Y.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 30 años que acude a consulta por mareos recurrentes, sensación de boca seca persistente y síncopes ocasionales en las últimas semanas. Refiere astenia, poliuria y pérdida de peso no intencionada de 6 kg en dos meses. No presenta antecedentes médicos relevantes. Lleva una vida sedentaria y alimentación desordenada, con alta ingesta de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas. Sin antecedentes familiares directos de diabetes mellitus conocidos.

Exploración y pruebas complementarias

- TA: 110/70 mmHg, FC: 98 lpm.
- Peso: 72 kg (previo 78 kg), Talla: 1,75 m, IMC: 23.5 kg/m².

- Piel seca, con signos de deshidratación leve.
- Fondo de ojo: sin hallazgos patológicos aparentes.
- Neurológico: sin déficits focales.
- Analítica completa:
 - Glucosa en ayunas: 250 mg/dL
 - Hemoglobina glucosilada (HbA1c): 10.5%.
 - Cetonuria: positiva.
 - Creatinina: 1.2 mg/dL.
 - Sodio: 136 mEq/L, Potasio: 4.3 mEq/L.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Debut diabético; diabetes tipo 1.

Diagnóstico diferencial

- Diabetes mellitus tipo 1 en probable fase de debut.
- Cetoacidosis diabética leve como desencadenante de los síntomas.

Comentario final

El debut diabético, aunque más frecuente en la infancia o adolescencia, puede presentarse en adultos jóvenes como en este caso, a menudo con signos inespecíficos como deshidratación, síncopes y malestar general. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz y de un enfoque multidisciplinar para garantizar la adaptación del paciente a su nueva condición de salud, descartando la necesidad de atención sanitaria urgente en un primer momento seguido de un tratamiento óptimo con seguimiento estrecho por parte de Atención Primaria para garantizar la respuesta y el cumplimiento del mismo así como garantizar la educación del paciente en su patología con planes nutricionales, formación en su patología, tratamiento y seguimiento psicológico en caso de ser necesario.

Bibliografía

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes-2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl 1), S20-S42.
- Thomas, N. J., Lynam, A. L., Hill, A. V., Weedon, M. N., Shields, B. M., Oram, R. A., McDonald, T. J., Hattersley, A. T., & Jones, A. G. (2019). Type 1 diabetes defined by severe insulin deficiency occurs after 30 years of age and is commonly treated as type 2 diabetes. *Diabetologia*, 62(7), 1167-1172.

823/179. VARÓN JOVEN CON LESIONES CUTÁNEAS Y AFTAS ORALES

Autores:

Carmona Navas, Y.¹, Arias García, A.², Morales López, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Fe. Santa Fe. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Varón de 35 años con válvula aórtica bicúspide que acude por lesiones máculo-papulosas en miembros superiores desde hace 4 meses, además de mayor cansancio y aftas dolorosas en cavidad oral en los últimos 2 meses. No asocia prurito ni fiebre. No viajes al extranjero ni contacto con animales. No relaciones sexuales de riesgo. No sintomatología digestiva ni ocular. No dolor articular.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, presenta lesiones máculo-papulosas de morfología dianiforme bilaterales y simétricas, así como eritema generalizado de mucosa lingual con 2 lesiones de coloración rojo-blanquecinas, de carácter aftoso. No presenta lesiones en área genital. Se solicita analítica general y con parámetros más específicos para despistaje de enfermedades autoinmunes, celiaquía y enfermedades de transmisión sexual.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Con los datos obtenidos, se sospecha de una posible dermatosis reactiva a un proceso infeccioso/inflamatorio, por lo que además de las pruebas solicitadas se realiza teleconsulta a Dermatología. Tras citar al paciente, deciden biopsiar las lesiones ante lo anodino del cuadro clínico. Actualmente, se encuentra a la espera de confirmación diagnóstica, pautándose tratamiento sintomático de las lesiones y Valaciclovir 500mg 1 comprimido al día.

Diagnóstico diferencial

Ante la presencia de lesiones cutáneas "en diana", es fundamental considerar el diagnóstico de eritema multiforme, el cual puede ser reactivo a infección por M. Pneumoniae, estrés, endocarditis infecciosa... Además, las aftas orales en un paciente varón y joven, obligan a descartar cuadros como el Síndrome de Behçet, celiaquía y déficits como el de B12 y ácido fólico.

Comentario final

Las manifestaciones dermatológicas desempeñan un papel crucial en el diagnóstico precoz de patologías tan influyentes en la calidad de vida como las enfermedades autoinmunes, procesos infecciosos e incluso neoplásicos. Como Médicos de Familia, es fundamental tenerlas en cuenta, ya que constituyen la primera manifestación o incluso la más característica de algunos de estos procesos.

Bibliografía

- D-F Orellana, P-G Delgado, D-K Larriva. Enfermedad de Behçet, un reto diagnóstico en la práctica: Reporte de caso. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca. 2024;42:51-58.
- N.Thone, M.Winter, G.Kohn, C.Napolitano, D.Jofré. Evaluación de las lesiones de la cavidad oral: clasificación y diagnóstico diferencial. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2023;83:274-287.

823/180. PREECLAMPSIA DURANTE EL PUERPERIO PRECOZ

Autores:

Arias García, A.¹, Morales López, L.², Carmona Navas, Y.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 Santa Fe. Santa Fe. Granada

Descripción del caso

Paciente de 32 años con parto hace 4 días que no ha presentado preeclampsia u otras complicaciones durante la gestación. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) refiriendo tensión arterial (TA) elevada, cefalea, edematización generalizada, especialmente en miembros inferiores, de 24h de evolución. Mantiene diuresis y no presenta sonido/fotofobia, náuseas o vómitos; no antecedentes familiares ni personales de interés

Exploración y pruebas complementarias

En exploración física presenta edemas perimaleolares con fóvea, TA 175/105 mmHg, resto normal. Se deriva a urgencias hospitalarias para continuar estudio, donde mantiene la TA elevada, se realiza análisis de sangre para despistaje con GOT 39 U/l, GPT 76 U/l, PCR 21,1 mg/dl; y sistemático de orina con co-

ciente Pr/Cr 688,3, leucocitos +++ y hematíes +++. Resto sin alteraciones

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Con los datos obtenidos en AP se determina TA elevada en puérpera sospechando preeclampsia y se deriva a urgencias hospitalarias para confirmación; allí se ingresa para estudio y control de cifras tensionales. Se inició tratamiento en centro de salud con enalapril 25 mg sublingual, y, ante persistencia de TA elevada, se administró furosemida 10 mg intravenoso y nifedipino 30 mg hasta correcto control en el hospital

Diagnóstico diferencial

Ante sospecha de preeclampsia es importante el diagnóstico diferencial con otros estados hipertensivos del embarazo, como hipertensión crónica o gestacional, en las que parece TA elevada sin lesión de órgano diana. Asimismo, resulta esencial diferenciarla de eclampsia y síndrome de HELLP, dada su gravedad

Comentario final

La preeclampsia posparto es una enfermedad poco frecuente, infradiagnosticada, con repercusiones cardiovasculares importantes a corto, medio y largo plazo. Requiere seguimiento continuo de las pacientes durante el puerperio y adecuada información, por lo que es importante la capacidad del personal sanitario tanto para instruir a las pacientes en el tema como para manejar el estado hipertensivo reduciendo así los riesgos asociados al mismo

Bibliografía

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Trastornos hipertensivos en la gestación. Prog Obstet Gynecol* 2020;63:244-272
- Hauspurg A, Jeyabalan A. *Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol.* 2022 Feb;226(25):S1211-S1221

823/183. UN ENEMIGO SILENTE

Autores:

Valverde Montoro, C.¹, Borrueto Serrano, C.¹, Zuazo Aycart, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 78 años. Sin alergias medicamentosas conocidas (contraindicación a paracetamol). Exfumador desde hace más de 10 años, de unos 20 cigarros/día (IAT aprox. de 40 PAQ/año). Vive solo, en medio rural. Tiene pareja que vive en Francia y pasa temporadas aquí con él. Tiene un hijo que vive en Madrid. Deambula con andador, pero es independiente para las actividades de la vida diaria. Como antecedentes personales cuenta una dislipemia, HTA, neuralgia del trigémino, hernia inguinal bilateral, fractura subcapital fémur derecho en 2017 y anemia. Acude a nuestra consulta por molestias de unos "bulbos" que le han salido por el cuerpo desde hace un mes, concretamente uno en clavícula derecha que parece tener signos de infección y uno en pared abdominal de reciente aparición.

Exploración y pruebas complementarias

En la primera visita destaca exploración física con bultoma de 4 cm en región clavicular derecha con leves signos de infección y otro en pared abdominal de 5 cm, por el que se realiza derivación a cirugía general. En la segunda visita destaca caquexia, astenia, fatiga mental, sensación de enfermedad y comentarios como "siento que algo me esta devorando interiormente", además de nuevos quistes de tamaño similar en espalda dorsal, región escapular y costado. Se realiza radiografía de tórax, analítica completa, serología y cultivo de líquido biológico de lesiones, así como derivación preferente a dermatología y cirugía general. Por último y tras resultados de primeras pruebas, Tomografía de tórax.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Lesiones metastásicas

Diagnóstico diferencial

Proceso oncológico, sarcoma de Kaposi, tuberculosis cutánea, proceso infeccioso y granuloma piógeno.

Comentario final

Tras resultado de pruebas complementarias se confirma diagnóstico de neoplasia primaria pulmonar en LS1 con adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares y mediastínicas; metástasis pulmonares contralaterales e implantes pleurales; y metástasis abdominales, óseas y de partes blandas. En todo momento al paciente se le ha ofrecido el apoyo y soporte posible,

derivación a cuidados paliativos como deseo propio y todo lo necesario para contribuir a una muerte digna. El paciente falleció mes y medio después del diagnóstico, en casa y rodeado de su familia.

Bibliografía

- Mollet TW, Garcia CA, Koester G. Skin metastases from lung cancer. *Dermatol Online J*. 2009 May 15;15(5):1. PMID: 19624979.

823/184. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMO CAUSA DE TETRAPARESIA

Autores:

Martín López, S.¹, López Gómez, J.², Mateos Gómez, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 50 años. No alergias. No hábitos tóxicos. Dislipemia. Ingrresa en Neurología desde Urgencias por sensación de debilidad en ambas manos y dolor cervical. Progresivamente la debilidad asciende a nivel proximal de ambos miembros superiores (MMSS). No afectación de miembros inferiores (MMII) ni de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias

Orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Afebril. Muy nerviosa, tendente al llanto. Pares craneales normales. Encamada, no puede mover cuello ni MMSS sin ayuda. Al levantar brazos mantiene contragravedad. No moviliza MMII. Reflejos simétricos. Sensibilidad conservada. Ánimo triste y ansioso, reactivo a situación vital hace 10 años, que mantiene repercusión afectiva. Apatía parcial. Anhedonia parcial. Incontinencia afectiva con llanto. Ideación intrusiva en torno al evento traumático. Disminución de la movilidad en los 4 miembros que podría relacionarse con etiología psicogéna.-Bioquímica: factor reumatoide negativo, PCR 2,5 mg/L.-Autoinmunidad negativa.-Serologías negativa.-Electromiografía: músculo deltoides, flexor carpi radialis, vasto lateral, tibial anterior y gastrocnemio medial bilaterales, con ausencia de actividad espontánea.-Resonancia cerebral y dorsal normal. Resonancia cervical y plexo braquial: rectificación

lordosis cervical. Protrusiones disco-osteofitarias C5-C6, C6-C7.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

- Disminución de movilidad fluctuante con signos positivos, de etiología no orgánica.
- Probable Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades neurológicas: polineuropatía, esclerosis múltiple, ictus.
- Enfermedades funcionales: TEPT, síndrome ansiosodepresivo.

Comentario final

Tras descartar organicidad, se opta por un enfoque funcional del cuadro de la paciente. Según el Manual de Trastornos Mentales (DSM-5), es un trastorno desarrollado después de la exposición a un suceso traumático, pudiendo aparecer pensamientos intrusivos, pesadillas y flashbacks, así como evitación de recordatorios, pensamientos y estados de ánimo negativos, hipervigilancia y trastornos del sueño. Debe diagnosticarse al menos 1 mes después y aparecen ante la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas.

Bibliografía

- Aldunate Salas S, Molina I, Hernández-González O, Spencer R, Ramos N, Fresno A. Descripción general de la investigación sobre el Trastorno de Estrés Posttraumático Complejo de la CIE-11: Un análisis bibliométrico; 42(3):305-29.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, pp 301-313.

823/185. MANEJO DE UNA ENFERMEDAD RARA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Martinez De Paz, S.¹, Peralta Egea, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinos Puente. Pinos Puente.

Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Descripción del caso

Mujer de 19 años en seguimiento estrecho por el equipo de Atención Primaria (AP) para coordinar el manejo asistencial y domiciliario así como el asesoramiento de una enfermedad rara, la malformación de Arnold-Chiari tipo II. Antecedentes personales: Cesárea electiva por diagnóstico prenatal de Mielomeningocele. Portadora de válvula de derivación por hidrocefalia. Tetraparesia flácida. Retraso psicomotor estático. Portadora de traqueostomía. Portadora de gastrostomía. Escoliosis severa.

Exploración y pruebas complementarias

Comunicación limitada al lenguaje de signos, obedece a órdenes simples. Tetraparesia, espástica en MMSS. Borramiento de SNG izquierdo (basal), limitación para abducción de ambos ojos. Traqueostomía correcta. Escoliosis severa con hipofonesis en ambos campos pulmonares. Sonda de gastrostomía sin signos externos de infección.-RX sin corsé: T6-T12= 50º Cobb -TC craneal (último el 30/5/24): Sistema derivación excluido a nivel temporal posterior derecho. Sistema de derivación ventricular con entrada a nivel frontal derecho y extremo distal que parece atravesar el asta frontal derecha. Sensor de PIC sin signos de complicación. Disminución del tamaño del sistema ventricular supratentorial, con tendencia al colapso. Persiste dilatación del cuarto ventrículo, aunque menos evidente que en previos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Malformación Arnold-Chiari tipo II con hidrocefalia

Diagnóstico diferencial

Malformación vascular. Retraso psicomotor. Otras enfermedades neurológicas.

Comentario final

Se definen enfermedades raras (ER) como aquellas con peligro de muerte o invalidez crónica con una prevalencia menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes. Las malformaciones Arnold-Chiari tipo II son patologías congénitas muy poco frecuentes consecuencia de una desproporción cráneo-encefálica que condiciona una ectopia amigdalar (1). Dentro del equipo de atención primaria, las enfermedades raras, por sus características epidemiológicas y en ocasiones por la inespecificidad de los síntomas, suponen una dificultad en la asistencia diaria. El médico debe proporcionar una

información básica y adecuada al paciente, implicándose en la educación de la persona y de sus familias, tanto en aspectos terapéuticos como sociales, con el fin de mejorar sus vidas (2).

Bibliografía

- Gómez Lara, V.A, & Banegas Mejía, R. (2020). *Series de Casos de Malformación de Arnold Chiari*. Rev.Cient. Univ.Cienc.Salud, 7(1): 29-34
- Martínez-Sabater, A., & Sancho-Cantus, D. (2012).
- *Malformación de Arnold-Chiari y siringomielia en atención primaria. A propósito de un caso*. SEMERGEN-Medicina de Familia, 38(5), 331-334.

823/186. CARCINOMA TIPO NUT EN VARÓN DE 51 AÑOS

Autores:

Valero Solera, C.¹, Ferrer Frías, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 51 años que acude a consulta por notar latido irregular y lento desde esa noche. No dolor torácico, no disnea. No fiebre. Refiere asociar autoescucha de sibilantes. No tos, no expectoración. No fumador. Antecedentes personales: hipertensión, dislipemia. Tratamiento habitual: bisoprolol 2,5mg, simvastatina 20mg, losartán 50 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni organomegalias. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos bradicárdicos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sibilantes generalizados en campo pulmonar izquierdo. ECG: ritmo sinusal, 77 lpm, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: creatinina 1.3 mg/dL, LDH 539 U/L, FA 136 U/L, PCR 194.1 mg/L, hemoglobina 10.7 g/dL, INR 1,8. Radiografía de tórax: masa parahiliar izquierda. TC tórax sin contraste: hallazgos compatibles con tumor primario pulmonar hilar izquierdo (9,6 cm) que infiltra mediastino. Posible linfangitis carcinomatosa asociada en lóbulo superior izquierdo (LSI).

T4. Adenopatías hiliares izquierdas y subcarinal sospechosas de malignidad. N2. Nódulo suprarrenal izquierdo. PET-TC: masa hiliar/LSI hipermetabólica con metástasis a distancia (T4N2M1c) Fibrobroncoscopia: infiltración mucosa grado III en bronquio pulmonar izquierdo (BPI) y bronquio lóbulo superior izquierdo (BLSI). Biopsia bronquial: Infiltración por carcinoma NUT.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cáncer NUT pulmón E-IV.

Diagnóstico diferencial

Infeccioso, inflamatorio, vascular o maligno.

Comentario final

Sospechamos inicialmente una neumonitis por hipersensibilidad al ser el paciente criador de palomas (1). También nos planteamos una vasculitis por la elevación de la PCR y la imagen radiológica (2). Otra posibilidad era una causa infecciosa que descartamos con la analítica y los resultados del TC. El diagnóstico final es un cáncer NUT de pulmón con metástasis óseas y renal izquierda. El paciente fue tratado con carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab. Tras el segundo ciclo, fue ingresado por disnea secundaria a derrame pleural izquierdo en probable relación con progresión tumoral, falleciendo a los días.

Bibliografía

- Shirai T, Tanino Y, Nikaido T, Takaku Y, Hashimoto S, Taguchi Y, et al. Utility of budgerigar/pigeon/parrot-specific IgG antibody with ImmunoCAP® in bird-related hypersensitivity pneumonitis caused by other bird species and duvet. *Respir Investig [Internet]*. 2023;61(4):520-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resinv.2023.05.001>
- Ambrogi E, Cavazza A, Smith ML, Graziano P. Pulmonary pathology in vasculitis. *Pathologica [Internet]*. 2024;116(2):93-103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32074/1591-951X-988>

823/188. A PROPÓSITO DE UN CASO: CERVICODORSALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Borrueto Serrano, C.¹, Valverde Montoro, C.¹, Zuazo Aycart, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón 23 años. No alergias medicamentosas conocidas Independiente. Vive con sus padres. Albañil. Hábitos tóxicos: fumador de 12 cigarrillos diarios (consumo acumulado 3 paquetes/año). Factores de riesgo cardiovascular: niega. No antecedentes personales de interés. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento habitual: niega. Hábito leptosómico. El paciente acude en tres ocasiones a consulta: 1er Motivo de consulta: dolor cervical y costal. Refiere que durante la jornada laboral sufrió tirón en zona cervical. 2º Motivo de consulta: dolor torácico de características punzantes de 1h y media de evolución irradiado a brazo izquierdo mientras estaba en reposo. No cortejo vegetativo asociado. No disnea. 3er Motivo de consulta: acude a mutua por dolor torácico y disnea tras esfuerzo en jornada laboral. Se realiza TC torácico en mutua donde presenta un neumotórax moderado. Plan de actuación: derivación a Urgencias Hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: buen estado general. Leve dolor en zona de trapecio derecho. Movilidad pasiva de miembro superior derecho y cervical conservada. No apofisalgia espinosa ni transversa. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Neurológico: lenguaje conservado sin afasia. No signos meníngeos. PICNR. Movilidad ocular normal en todas direcciones. No nistagmus. Fuerza y tono muscular conservados 5/5. Sensibilidad conservada. No dismetrías ni disdiadiocinesias. Marcha normal. Romberg negativo. ECG: ritmo sinusal a 90lpm, eje normal entre -30 y +90, no elevación de ST ni signos de hipertrofia. No se pauta tratamiento. RX de tórax donde se aprecia neumotórax moderado derecho.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Orientación diagnóstica inicial: espasmo muscular de trapecio derecho. Juicio clínico final: neumotórax derecho moderado.

Diagnóstico diferencial

- Deformidades estructurales (escoliosis).

- Enfermedades autoinmunes (espondilitis anquilosante o artritis reumatoide).
- Hernias discales o procesos degenerativos discales.
- Neumotórax

Comentario final

En el caso expuesto se presenta el mal enfoque de una presentación clínica atípica aunque posible de un neumotórax en un paciente que cumple varios criterios de riesgo. Una patología que puede diagnosticarse con la exploración física y una radiografía, motivó hasta tres consultas de atención primaria, además de pruebas complementarias no indicadas, como una TC para su diagnóstico, con la demora de su tratamiento.

Bibliografía

- M. Hussein, H. Hashim, S. Jawad. When back pain masks a pneumothorax: Atypical presentation in a healthy young nonsmoker male, Radiology Case Reports. 2025; 867-870.

823/189. ME AHOGO CUANDO ME TUMBO

Autores:

Valverde Montoro, C.¹, Borrueto Serrano, C.¹, Delgado Bayona, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 El Palo. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 75 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Independiente para las actividades de la vida diaria. Vive sola y sale a la calle. Precisa ayuda para la limpieza del domicilio. Sin hábitos tóxicos. Como antecedentes personales destaca HTA, DL sin tratamiento desde hace 1 mes, no diabetes mellitus, síndrome ansioso-depresivo de larga data. Hernia de hiato, formación quística en RM de nov/23 que parece depender del ovario izquierdo. Intervenciones quirúrgicas previas: hemorroides. Abdominoplastia.

Exploración y pruebas complementarias

En primera visita acude a su centro de salud por aumento de disnea, con tos y síntomas catarrales. A la explora-

ción física presenta síntomas compatibles con virosis. Se procede a alta a domicilio con tratamiento de Amoxicilina 1g cada 8 horas y Paracetamol si dolor o fiebre. Dos días después en segunda visita consulta por empeoramiento y no mejoría de síntomas por lo que se cambia tratamiento a Levofloxacino 500 mg cada 24 horas. 3 días después acude a servicio de urgencias hospitalario por aumento de disnea hasta hacerse de reposo, fiebre y sensación de enfermedad. Se realiza radiografía de tórax y analítica completa donde destaca derrame pleural izquierdo, hipercalcemia de 11.6, PTH de 118, Ggt 116 y ALP 131, resto normal. Se solicita interconsulta con medicina interna. Se indica TAC de torax – abdomen

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Derrame pleural paraneumónico

Diagnóstico diferencial

Proceso oncológico, proceso infeccioso y tuberculosis.

Comentario final

En TAC de tórax-abdomen destaca derrame pleural bilateral, leve-moderado, de mayor cuantía izquierdo, que provoca atelectasia subsegmentaria del pulmón subyacente, de morfología atípica. Se recomienda control evolutivo. Derrame pericárdico moderado, con realce de contraste, de probable origen inflamatorio. Tras segundo día de ingreso destaca resultado positivo de SARS-CoV2. Tras dos días se procede a alta a domicilio por mejoría. Se deriva a consultas externas de endocrinología para evaluar Hiperparatiroidismo.

Bibliografía

- González-Calle D, Eiros R, Sánchez PL. The heart and SARS-CoV-2. Med Clin (Engl Ed). 2022 Nov 11;159(9):440-446. doi: 10.1016/j.medcl.2022.10.001. Epub 2022 Oct 14. PMID: 36268184; PMCID: PMC9562083.

823/191. CAMINO ADORMECIDO: LA NEURALGIA AMIOTRÓFICA DEL DIABÉTICO

Autores:

Milego Gil, E.¹, Brasó Cabrera, M.¹, Álvarez Álvarez, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Roc. Badalona. Barcelona, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Roc. Badalona. Barcelona

Descripción del caso

Paciente de 52 años con antecedente de diabetes mellitus 2 con mal control insulinizado y con ADOs. Consulta por dolor agudo y brusco en zona lumbar y extremidad derecha que irradia por la cara anterior del muslo. No síndrome constitucional ni signos de alarma.

Exploración y pruebas complementarias

No presenta dolor a la palpación apófisis, si de musculatura paravertebral lumbar ($D>I$). Destaca lasegue y bragard derecho positivo sin déficit motor. Arreflexia rotuliana y aquilea derecha. Alodinia en toda la extremidad. Buen trofismo neurovascular distal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se orienta como una lumbociatalgia mecánica y se pauta medicación para el dolor y se explican ejercicios de rehabilitación. Al no mejorar, se realizó una resonancia magnética donde destacaba una pequeña protrusión discal en L5-S1. Al no explicarse la clínica por los hallazgos radiológicos se solicitó un electromiograma (EMG) donde destacaba ausencia de potencial sensitivo del nervio peroneo y motora lentificadas y la del lado derecho un 50% menos que el izquierdo concluyendo que dada la clínica, exploración y EMG compatible con plexopatía o amiotrofia diabética (síndrome de Garland). El tratamiento se basó en un control diabetológico estricto, rehabilitación y antineuríticos con altas dosis de gabapentina (900 mg al día). Al no mejorar se hospitaliza a cargo de traumatología para implantación de un neuroestimulador lumbar. Actualmente, sin dolor, pero se desplaza con silla de ruedas por la limitación funcional residual.

Diagnóstico diferencial

Tenemos que pensar en alteraciones degenerativas, sobrecargas funcionales, inflamatorias, neoplasias, metabólicas e infecciosas.

Comentario final

La amiotrofia diabética presenta debilidad de severa intensidad de los músculos de la cintura pélvica. Suele ir precedido por dolor lancinante, de carácter urente y localización en la región antero-lateral del muslo. Deberán utilizarse estudios de electrodiagnóstico y radiológicos en paciente diabético que presente dolor en la pierna y/o debilidad. La optimización de la diabetes es necesario para aliviar el dolor del paciente.

Bibliografía

- Jiménez-Ávila JM, Castañeda-Huerta JE, González-Cisneros AC. Síndrome de Bruns Garland. Informe de un caso y diagnóstico diferencial con el síndrome de cauda equina. *Acta ortop. mex.* 2019 Feb 33(1): 42-45. Méndez HCR,
- Cordoví RD. Neuralgia amiotrófica del diabético, a propósito de un caso. *Rev Mex Neuroci.* 2010;11(1):103-106.

823/193. HEMATURIA SECUNDARIA A NEOPLASIA RENAL

Autores:

Vallejo Vera, E.¹, Artigues Agramunt, A.², Abad Anguiano, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Sant Jaume dels Domenys. Sant Jaume dels Domenys. Tarragona

Descripción del caso

Varón de 88 años, antiagregado con Adiro y con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata. RTU próstata 2007. En tratamiento con Ilmago. No fumador. Acude a consulta por dificultad para iniciar micción de varias horas de evolución, siendo esta hematúrica. Refiere dolor asociado en fossa renal izquierda sin irradiación. Niega fiebre. Inicialmente se coloca sonda vesical con 1 luz en centro de salud. Derivación hospitalaria, donde se realizan lavados manuales y colocación de sonda de 3 vías.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 165/90. Afebril. Abdomen blando y depresible, molestias a la palpación de hipogastrio sin palpar globo vesical. PuñoperCUSIÓN renal izquierda dudosa. No lesiones genitales ni cutáneas asociadas. No edemas. Al sondaje vesical presenta emisión de 300mL de orina hematúrica, sin presencia de coágulos. -Analítica orina: hemoglobina +++. Urocultivo: negativo -Analítica sanguínea: Hemoglobina 12.7; Creatinina 1.12; PCR 2.4; leucocitos 10.900; coagulación sin alteraciones. -Ecografía abdominal: masa renal heterogénea de 9 cm en polo superior renal izquierdo compatible con neoplasia renal. -TC abdominal: masa renal de 9 cm en polo superior renal izquierdo, realce intenso en fase cortico-medular con lavado rápido. No infiltración de glándula suprarrenal ni de vasos ni ganglios subyacentes.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia renal en paciente con hematuria franca

Diagnóstico diferencial

Infección urinaria, hiperplasia benigna de próstata, litiasis, tumor vesical o de vías altas.

Comentario final

Ante un caso de hematuria macroscópica debemos de valorar las diferentes causas: prerrenal, renal y postrenal. En este caso nos hallamos ante una hematuria de causa renal, secundaria a neoplasia renal. La neoplasia maligna más frecuente, es el adenocarcinoma. El paciente actualmente se encuentra en estudio de extensión y pendiente de decisión terapéutica por urología.

Bibliografía

- Motzer RJ. Renal Cell Carcinoma [Internet]. McGraw Hill Medical. 2025 [cited 2025 Jan 19]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookId=2129§ionId=192016249>
- Sistema, Sistema. Cáncer renal—SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2022 [cited 2025 Jan 19]. Available from: <https://www.seom.org/info-sobre-el-cancer/renal?showall=1&showall=1>

823/194. DOCTORA NO ME PASA NADA

Autores:

Montaño Azor, L.¹, Montaño Azor, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 30 años que acude a consulta del Centro de Salud refiriendo que no le ocurre nada pero que le han obligado ir a consulta. Refiere que desde hace años presenta una tumoración dura cerca de la oreja que ha ido creciendo y además le ha aparecido otra en la boca recientemente. No presenta dolor, ni fiebre, ni supuración de la misma. Se le solicita una ortopantomografía (donde se observa quiste en piezas 11,12,13 y 14) y se deriva al odontólogo del centro de salud, este le solicitó un ecoPAF y tac con contraste y lo deriva al cirujano maxilofacial. A. Personales: No alergias, ni antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Ex. Física: BEG,COC, NH y NP. Tumoración en parótida derecha de 4 cm , no parálisis facial. Pruebas complementarias: -Rx ortopantomografía (donde se observa quiste en piezas 11,12,13 y 14). -Tac de cuello con contraste: tumoración parótida derecha de aspecto benigno, sugestiva de adenoma pleomorfo , quistes radiculares maxilares múltiples . -PAAF de parótida derecha : nódulo de 35 mm negativa de malignidad. Adenoma pleomorfo(Milán IV a).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tumoración en parótida derecha(Adenoma pleomorfo)

Diagnóstico diferencial

Quiste odontológico Tumoración en cola de parótida.

Comentario final

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más común de las glándulas salivales y particularmente de la glándula parótida, la característica principal de este tumor benigno es su crecimiento lento, provocando la presencia notoria de una masa a nivel facial o cervical. Su tratamiento es quirúrgico y uno de los principales riesgos, es la posibilidad de parálisis facial posquirúrgica. En nuestro paciente el correcto manejo es realizar un tratamiento quirúrgico, la realización de parotidectomía en casos de tumoración de glándulas salivales es la única manera de evitar que la masa provoque lesiones a nivel de estructuras cercanas, como el nervio facial.

Bibliografía

- Méndez L. Parotidectomy superficial y total en neoplasias parotídeas 10 años de experiencia. Cirugía maxilofacial en El Salvador. Crea Ciencia Revista Científica. 2020;12(2):21-27: <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v12i2.10166>.

823/195. DR. ME CUESTA TRAGAR

Autores:

Ortín López, F.¹, Cánovas Ruiz, S.², Llorens Minguell, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 36 años que acude a consulta refiriendo sensación de parada del bolo alimentario a nivel retroesternal, de más de un año de evolución. Comenta que es sobre todo con sólidos y lo relaciona con pan de molde, pasta y algunas carnes. Tanto la clínica como los hallazgos anatomo-patológicos tras la realización de gastroscopia concuerdan con el diagnóstico con esofagitis eosinofílica. Se deriva a la paciente a alergias para que realicen estudio de alergias e instauren terapia dietética. Por otro lado, se realiza interconsulta a digestivo, para que completen estudio. Dado el tiempo de espera hasta consulta con digestivo se decide iniciar tratamiento con budesónida tópica 2mg cada 12 horas. Se cita en 6 semanas comprobando que ha mejorado la sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

ACP sin ruidos patológicos. Exploración de abdomen normal. Radiografía de tórax: Sin hallazgos patológicos. Analítica sanguínea: niveles normales de eosinófilos y de Ig E en sangre periférica. Resto de analítica sin alteraciones. Gastroscopia: esófago desde tercio proximal con aspecto granular y exudado blanquecino que sugiere pueda ser secundario a una esofagitis eosinofílica. Se toma biopsia de esófago proximal y distal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Esofagitis eosinofílica

Diagnóstico diferencial

ERGE, alergia alimentaria, infección por candida esofágica, trastornos motrices esofágicos, enfermedad celiaca

Comentario final

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago asociada con una infiltración de eosinófilos que puede tener un impacto significativo en la vida de los pacientes. A menudo aparece en personas con antecedentes de alergias alimentarias, asma o eczema. La prevalencia de la EE en España se estima en 1-2 casos por cada 10.000 personas. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones. La combinación de cambios en la dieta, medicamentos y en algunos casos tratamiento quirúrgico pueden llevar a una mejoría significativa de los síntomas.

Bibliografía

- Furuta GT, Katzka DA. *Eosinophilic esophagitis: pathogenesis, diagnosis, and treatment*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;12(8):413-424.
- Davenport C, Drossman DA. *Eosinophilic esophagitis and its relationship to other gastrointestinal diseases*. Gastroenterol Clin North Am. 2017;46(2):191-207.

823/196. DOCTOR, NO PUEDO ESCRIBIR BIEN

Autores:

Arquillos López, C.¹, Cázar García, I.², Moya Berruga, G.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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

Descripción del caso

Mujer de 62 años que acude a la consulta de Atención Primaria refiriendo síntomas ansiosos ya conocidos. Asimismo, comentó de manera casual que hacía seis días había comenzado a ser incapaz de escribir correctamente tanto a mano como en el móvil aunque lo relacionaba con su estado anímico.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica con pupilas reactivas a la luz e isocóricas, no nistagmo, pares craneales normales, Romberg negativo y fuerza y sensibilidad conservadas. Se verificó que la paciente tenía una agrafia importante siendo capaz de esbozar alguna letra a la orden, pero no de escribir palabras completas. Además, la paciente presentaba agnosia digital que parecía similar en ambas manos y con posible confusión derecha-izquierda. Se derivó a las Urgencias Hospitalarias donde se le realizó analítica y TAC Craneal en la que se visualizaron sendas lesiones isquémicas agudas en curso en territorio parietal y occipital distal, así como una lesión crónica occipital derecha.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Accidente cerebrovascular

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular vs patología tumoral

Comentario final

Los ictus cerebrales son una patología cuyo tratamiento es tiempo-dependiente. Se ha demostrado que

por cada 15 minutos en los que se reduzca el inicio del tratamiento hay un aumento en las probabilidades de caminar de forma independiente, que el paciente sea dado de alta a su domicilio en lugar de una institución y una disminución de las probabilidades de muerte al alta. Con este caso se quiere evidenciar la relevancia de una atención continuada de los pacientes que permite el reconocimiento de comportamientos extraños en los mismos y despierten la alarma para el diagnóstico de ciertas patologías, al cual no se llegaría sino se dispone del seguimiento que ofrece la Atención Primaria.

Bibliografía

- Lees, K. R., Bluhmki, E., von Kummer, R., Brott, T. G., Toni, D., Grotta, J. C., Albers, G. W., Kaste, M., Marler, J. R., Hamilton, S. A., Tilley, B. C., Davis, S. M., Donnan, ., ECASS, ATLANTIS, NINDS and EPITHET rt-PA Study Group, Allen, K., Mau, J., Meier, D., del Zoppo, G., Byrnes, G. (2010). Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*, 375(9727), 1695–1703. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60491-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60491-6)

823/199. DISNEA Y ESPUTO HEMOPTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Borrueto Serrano, C.¹, Domínguez Rodríguez, Y.², Valverde Montoro, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 64 años natural de China. No alergias medicamentosas conocidas. Situación basal: Independiente. Vive con compañeros de trabajo. Trabaja en hostelería. No habla español. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarrillos diarios (consumo acumulado 40 paquetes/año). Bebedor habitual de vino y whisky. Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no dislipemia. No antecedentes personales de interés. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento habitual: Candesartán 32mg 1/24h Motivo de consulta: barrera idiomática. Tos de 15 días de evolución con expectoración purulenta y un esputo hemoptico aislado

en el día anterior, con pico febril no especificado. Pérdida ponderal de peso de 5kgs en un mes.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: acropaquias en ambas manos. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado con hipofonesis en campo pulmonar derecho. Saturación O₂: 98%, Frecuencia cardíaca: 98 latidos por minuto. Resultado RX de tórax: condensación de lóbulo superior izquierdo. Hemocultivos (03/06): negativos a los 5 días. PCR gripe y VRS (03/06): negativa. Ag SARS-CoV-2: negativo. Cultivo de esputo (05 y 06/06): Auramina negativa, LW en curso. Cultivo de esputo (07/06): mala calidad. LW en curso. No se detecta DNA del complejo tuberculosis. TC (06/06): enfisema centrolobulillar y paraseptal bulloso de predominio en lóbulos superiores. Segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo, lingula y lóbulo inferior izquierdo nódulos centrolobulillares junto con atelectasia laminar.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Orientación diagnóstica: cáncer de pulmón Juicio clínico final: neumonía adquirida de la comunidad

Diagnóstico diferencial

- Neumonía
- Tuberculosis
- Cáncer de pulmón

Comentario final

En pacientes en los que por sus condiciones personales, como la barrera idiomática y la inmigración en este caso, es difícil hacer un seguimiento continuado desde atención primaria, nos encontramos que desarrollan patologías de interés infeccioso y epidemiológico debido a tiempo de evolución del proceso y condiciones de hacinamiento que hace más fácil y rápida la disseminación y propagación. Desde atención primaria se podrían realizar sistemas de captación de individuos de riesgo para evitar epidemias.

Bibliografía

- X. Zhao, Y. Cheng, Y. Xiong, G. Wang. Pulmonary tuberculosis associated acute fibrinous and organizing pneumonia: A case report and literature review. *Clin Respir J.* 2023; 17(6):499-506.

823/202. OMALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UN GIRO INESPERADO.

Autores:

Díaz Romero, J.¹, Aparicio Alemany, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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 70 años con los antecedentes personales de hipertensión arterial y fumador de un paquete diario de larga data. Acude a consulta de Atención Primaria por omalgia derecha desde hace 2 meses que no remite. No cuenta traumatismo ni sobreesfuerzo. Empeoramiento a pesar de analgesia y ejercicios de rehabilitación durante 2 semanas. Se propone para infiltración. Acude por tercera vez a la semana por aumento del dolor e impotencia funcional, con marcada astenia no referida anteriormente y hematuria. Dada la exploración y la clínica se realiza radiografía. Ante los hallazgos se deriva a Urgencias Hospitalarias, donde deciden ingreso para tratamiento y filiación de la patología. El paciente finalmente fue diagnosticado de un cáncer urotelial avanzado.

Exploración y pruebas complementarias

Primera consulta: No hematoma ni edema. Balance articular limitado por dolor de forma activa. Maniobras de Jobe y Apley positivas. Segunda consulta: se suma limitación a la movilización pasiva. Tercera consulta: se visualiza hematoma y edema en tercio medio humeral con imposibilidad para la movilización. Radiografía: imagen lítica en diáfisis humeral con fractura asociada.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tendinopatía supraespinoso. Fractura patológica por metástasis de carcinoma urotelial.

Diagnóstico diferencial

Fractura clavicular. Luxación de hombro.

Comentario final

La tendinopatía del manguito rotador es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria y su diagnóstico suele ser clínico. Aún así, una primera impresión diagnóstica no debe ser concluyente, ya que pueden asociarse otras patologías en el mismo área

anatómica como en este caso. Por ello destaco la evaluación dinámica presente, que nos permite que la dolencia no se limite a único juicio clínico.

Bibliografía

- Bochner BH, Hansel DE, Efstathiou JA, et al. Urinary bladder. In: AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed, Amin MB (Ed), Springer, New York 2017. p.757

823/203. CUANDO LA PARÓTIDA DECIDIÓ HACER RUIDO

Autores:

Peña Pérez, S.¹, Fiol Beltrán, M.², Ramírez Carrera, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 81 años, fumador con índice de paquetes-año de 80. Sin alergias medicamentosas. Hipertenso en tratamiento con enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12.50mg una vez al día y EPOC moderado en tratamiento con dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato/glicopirronio cada 12 horas. Acude por crecimiento y empeoramiento progresivo de una masa en zona facial izquierda de un año de evolución. Además, el paciente comentaba pérdida de peso no cuantificada (refería que había perdido seis tallas de pantalón en los últimos dos años). No mencionaba fiebre ni sudoración nocturna. Negaba disnea o dificultad respiratoria por sensación de cuerpo extraño. No refería otra clínica asociada. No había consultado anteriormente por dicho motivo.

Exploración y pruebas complementarias

- Cara: Se palpaba una tumoración de unos tres por cinco centímetros situada por delante del ángulo mandibular, no adherida a plano superficial pero sí a planos profundos, no dolorosa a la palpación y de consistencia gomosa.
- Orofaringe: Normal, sin trismus, sin hipertrrofia amigdalilar, úvula centrada, no abombamiento de paladar, ni masas.

- Cuello: No se palpaban adenopatías en zona laterocervical, ni submandibular ni supraclavicular.
- Auscultación cardiopulmonar: normal
- Se realizó ecografía en consulta en la que se observaba una masa anecogénica situada en cola parótidea izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tumoración en parótida izquierda

Diagnóstico diferencial

Flemón dental, absceso, lipoma, tumor maligno o benigno

Comentario final

- Se decidió derivar de manera preferente a Otorrinolaringología para estudio. Le solicitaron TAC y punción aspirativa con aguja fina (PAAF) cuya anatomía patológica resultó ser un Tumor de Warthin.
- El tumor de Warthin es el segundo tumor benigno más frecuente de la glándula parótida. Es más frecuente en hombres y suele cursar de manera asintomática.
- Realizar una buena anamnesis y exploración física que nos ayuden a enfocar diagnósticos de forma más rápida.
- Destacar la importancia de la ecografía, una prueba inocua ya presente en nuestras consultas de atención primaria, que puede ayudarnos a discernir lo que es urgente de lo que no.

Bibliografía

- Yanes-Díaz, J, Riestra-Ayora, J, Rodríguez-Rivero, A. et al. Cambios de tendencia en la incidencia de tumores benignos de parótida en los últimos 30 años en una población española. Eur Arch Otorhinolaryngol 280. 855-860(2023)

823/204. MENINGITIS POR VIRUS DE LA TOSCANA . A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Medrano Calero, Z.¹, Leiva Pino, J.², Ramos Simancas, P³

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. Antequera. Málaga, (3) Re-

sidente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Hombre de 69 años de edad, ex fumador y bebedor ocasional. Sin tratamiento habitual. Con antecedentes de brucelosis. No historia de viajes fuera de territorio español o picadura de insectos. Consulta en su centro de salud por cefalea, náuseas y ataxia de la marcha asociados a fiebre de 38.5 de 3 días de evolución, cuadro confusional y afasia del lenguaje en las últimas 12 horas, por lo cual su médico le deriva a urgencias hospitalarias para la realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales normales. Aceptable estado general, consciente y orientado en las 3 esferas, nor-mohidratado y eupneico en reposo. En la exploración cutánea sin lesiones. Examen neurológico: sin rigidez de cuello, marcha atáxica, fuerza y tono muscular conservados con leve dismetría bilateral de predominio derecho. Bioquímica, coagulación, hemograma y sistemático de orina sin alteraciones. LCR: ligeramente turbio con glucosa 62, proteínas 132.4 y leucocitos 109. Con cultivo de LCR y hemocultivo negativo. IgG y PCR para virus de la toscana en orina son positivos. TAC cráneo y Rx de tórax dentro de parámetros normales. RMN de cráneo sin alteraciones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Meningitis, encefalitis

Diagnóstico diferencial

Meningitis bacteriana, encefalitis, accidente cerebro vascular.

Comentario final

La causa más común de meningitis aséptica es la meningitis vírica, debemos por lo tanto considerar dentro del diagnóstico diferencial los virus transmitidos por mosquitos como es el caso del virus de la toscana, especialmente en el caso de pacientes que viven en zonas endémicas durante la temporada de verano. En muchos casos la presentación clínica de meningitis asociada a virus de la toscana puede cursar de forma asintomática, por lo cual una correcta anamnesis y un examen clínico detallado nos sirven de guía fundamental para diagnosticar y establecer tratamiento precoz y ante la duda clínica se debe procurar confirmación serológica.

Bibliografía

- Baldelli F, Ciufolini MG, Francisci D, Marchi A, Venturi G, Fiorentini C, Luchetta ML, Bruto L, Pauluzzi S. Unusual presentation of life-threatening TOSV meningoencephalitis. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 515-520.

823/206. PROTEINURIA PERSISTENTE INADVERTIDA

Autores:

López Martínez, J.¹, Manzanares Olivares, L.², Rael Sánchez, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Mujer de 28 años que presenta desde hace años, albuminuria y microhematuria en sedimento de orina con función renal normal. Niega infecciones frecuentes. Refiere únicamente que suele padecer episodios de cefaleas que ceden con AINES (Antiinflamatorios no esteroideos).-Antecedentes familiares: Sin interés-Antecedentes personales: Discartrosis lumbar.-Hábitos tóxicos: niega.-Trabaja en hostelería como camarera.-Tratamiento habitual: Ninguno Se decide derivación a Nefrología para estudio siendo diagnosticada de albuminuria ortostática en relación a su trabajo (aunque en ese momento estaba desempleada). Recibe como tratamiento antiproteinúrico, Enalapril 2,5 mg/24h. Posteriormente, se decide derivación a Medicina Interna por ANA+ (Anticuerpos antinucleares) siendo diagnosticada de posible nefropatía lúpica aunque manifiestan la necesidad de realización de biopsia renal que confirmó el diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración de características normales. Tensión arterial 110/70 mmHg, Frecuencia cardiaca: 76 latidos por minuto, Afebril.

Analítica:

- Bioquímica: Glucosa 63 mg/dL, Urea 21 mg/dL, Creatinina 0,86 mg/dL, Filtrado Glomerular: 91,5 mL/min, albúmina 3,8 mg/dL, iones en rango.
- Complemento normal.

- Inmunoglobulinas normales.
- Proteinograma: normal -Sedimento orina: hematíes + y proteínas ++
- Orina 24 horas: proteinuria 0,8 g/24h, albumina 0,6 g/24h.
- Autoinmunidad: ANA positivos con titulación de 1/160, resto negativo.
- Hemograma: normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Nefropatía IgA (Inmunoglobulina IgA)

Diagnóstico diferencial

Albuminuria ortostática, Nefropatía lúpica y Nefritis intersticial por AINES

Comentario final

La realización de un sistemático de orina puede llevarnos al diagnóstico temprano de enfermedades renales o sistémicas en personas asintomáticas. La nefropatía IgA cursa típicamente con hematuria macroscópica en brotes sobre pacientes jóvenes aunque son diversas las presentaciones clínicas. En los intervalos entre los brotes es frecuente la microhematuria y la proteinuria en rango no nefrótico. Actualmente, la paciente se mantiene estable pero refiere deseo genésico. La mayoría de los pacientes con proteinuria no nefrótica muestran una función renal estable durante períodos de tiempo prolongados lo que permite la suspensión temporal de tratamiento farmacológico de forma temporal.

Bibliografía

- C. Rozman FC. *Medicina interna*. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2020. p. 852-861.
- Stamellou E, Seikrit C, Tang SCW, Boor P, Tesar V, Floege J, Barratt J, Kramann R. IgA nephropathy. *Nat Rev Dis Primers*. 2023 Nov.

823/207. DOCTOR, MI HIJA NO ES CA-PAZ DE MANTENERSE EN PIE.

Autores:

Galán Rodríguez, G.¹, Bueno Navarrete, P.¹, Muñoz Galardo, Y.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 15 años acude debido a una progresiva dificultad para caminar y problemas de coordinación que han aparecido en los últimos 6 meses. Refiere que se ha vuelto más torpe al caminar, que ha comenzado a tener caídas frecuentes. También menciona que tiene dificultad para realizar tareas que requieren coordinación y ha disminuido su rendimiento escolar por falta de concentración. Niega antecedentes de traumatismos ni infecciones previas, sólo destaca que lleva años con dolores abdominales crónicos asociados a diarrea intermitente y distensión abdominal, pero que su pediatra nunca le dio importancia.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardio pulmonar: Normal Abdomen: Distendido, con ruidos intestinales aumentados. Leve dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo Neurológica: Ataxia de la marcha con base amplia, tendencia a caídas y dificultad para caminar en línea recta. Dismetría y disdiadiocinesia en coordinación. Reflejos tendinosos profundos normales, sin signos de debilidad muscular. No signos de parálisis o alteraciones sensitivas. • Analítica: solo destaca anemia normocítica normocrómica • Serología celíaca: tTG IgA: 250 U/mL , EMA: positivos • RMN: Normal • EEG: Normal • Endoscopia con biopsia: Anticuerpos anti-gliadina (IgA y IgG): positivos .Atrofia de las vellosidades intestinales en el duodeno.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

La paciente presenta síntomas neurológicos debido a la malabsorción de vitaminas producida por la atrofia de las vellosidades intestinales. Celíaca

Diagnóstico diferencial

Celiaquía Legionella Meningitis Tumor cerebral

Comentario final

La paciente debe seguir una dieta estricta sin gluten y iniciar suplementación . Es importante el diagnóstico precoz debido a que hay síntomas neurológicos pueden persistir, especialmente si hubo daño cerebral previo.

Bibliografía

- Franken Morales SS, García Orrego AM. Enfermedad Celíaca más allá de una enteropatía. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2021 [citado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms216d.pdf>

- Protocolo para el diagnóstico precoz de la [Internet]. Gob.es; 2018 [citado el 5 de mayo de 2024]; 1(1): 31-49. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicacion_es/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf
- Mearns E, Taylor A, Thomas K, Puglielli S, Leffer D, Sanders D et al. Neurological manifestations of neuropathy and ataxia in celiac disease: A systematic review. Nutrients [Internet]. 2019 [citado el 5 de mayo de 2024]; 11(2):380. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30759885/>
- Celiacossevilla.org. Guía para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celiaca en Andalucía [Internet]. 2023 [citado el 6 de mayo de 2024]; 1(1):9-20. Disponible en: <https://celiacossevilla.org/wp-content/uploads/2023/07/GUIA-PARA-EL-DIAGNOSTICO-Y-SEGUIMIENTO- DE-LA-ENFERMEDAD-CELIACA-EN-ANDALUCIA.pdf>

823/208. MAS ALLÁ DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Autores:

Medrano Calero, Z.¹, Ramos Simancas, P², Leiva Pino, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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. Antequera. Málaga,
 (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Hombre de 53 años de edad, sin hábitos tóxicos. Obesidad , sedentarismo y sin tratamiento crónico activo. Consulta en su centro de salud por tos y mocos de 4 días de evolución no asociados a fiebre, acompañado de sensación disneica y autoescucha de sibilantes, en AP se le administra tratamiento con aerosoles sin mejora por lo cual se decide derivar a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales normales salvo SAT O2: 86%. EF anodina salvo obesidad mórbida y a la auscultación Murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, con roncus espiratorios y sibilancias. EEl edemas moderados y datos de insuficiencia venosa crónica. Bioquímica y gasometría venosa sin alteraciones , hemograma: leucocitos 11.45 , plaquetas 151,000. A destacar troponina I 0.149 ng/mL, dímero D 15700.00

ng/m, NT-ProBNP 1630 pg/ml . Rx de Tórax: ICT Aumentado, con imagen condensante a nivel parahiliar derecho , sin signos de sobrecarga hídrica. ECG: Ritmo sinusal a 87 lpm, eje izquierdo T negativa en II, III, V1-V6. AngioTAC de tórax con contraste EV: Defectos de repleción en arterias pulmonares principales, ramas lobares, segmentarias y subsegmentarias de ambos hemitórax en relación con TEP masivo y fracaso cardiaco derecho. Eco Doppler EEl: Trombo alojado en vena poplítea izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neumonía adquirida en la comunidad , Tromboembolismo pulmonar

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad , Tromboembolismo pulmonar, Insuficiencia Cardiaca.

Comentario final

El objetivo de este caso es que un Episodio de Disnea aunque asociado a un cuadro respiratorio previo y pese a que el paciente no cumple inicialmente con los factores de riesgo normalmente encontrados en un TEP , se debe valorar esta posibilidad y realizar una anamnesis adecuada y completa ya que esto puede darnos la clave del caso. Es común que el tromboembolismo pulmonar sea una patología de difícil diagnóstico en atención primaria.

Bibliografía

- Rezende SM. Barriers in the diagnosis of pulmonary embolism. *Lancet Haematol.* 2023 Jan;10(1):e11.

823/210. CARCINOMA ESCAMOSO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores:

Moreno Del Salto, A.¹, Moreno Del Salto, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén

Descripción del caso

Presentamos el caso de un paciente de 73 años con antecedentes personales de hipertensión y dislipemia, ex-fumador desde hace 14 años de 40cig/día, cardiopatía isquémica, ECV isquémico occipital. Antecedentes familiares de hermano fallecido a los 55

años por carcinoma pulmonar. Es valorado en consulta de Atención Primaria por odinofagia junto a episodios de hemoptisis sin disnea asociada de un mes de evolución con pérdida ponderal no intencionada de unos 10 kilos aproximadamente en el último año sin presentar otra clínica relevante. Se cita a los 15 días para recogida de resultados y nueva valoración que se decide derivación a Urgencias de hospital de referencia donde se le gestiona de manera muy preferente TC tórax y cita Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

En primera instancia el paciente impresiona de buen aspecto y normocoloración con auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, encontrándose eupneico en reposo. A los 15 días se procede a reevaluar al paciente donde la auscultación pulmonar evidencia crepitantes en campo superior izquierdo sin otros hallazgos. Se realiza analítica con resultado de Hb 11.8 y aumento de reactantes de fase aguda. Mantoux con resultado negativo. Rx tórax: Masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo. TC Tórax: Gran masas izquierda de 13 cm en segmento 6 con extensión a segmentos posteriores del lóbulo superior izquierdo. Adenopatías patológicas prevasculares, subcarinales, aortopulmonares y paratraqueales. Broncoscopia con citología positiva para carcinoma de células escamosas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia pulmonar/ Carcinoma escamoso cT4N1MO

Diagnóstico diferencial

Bronquiectasias, Tuberculosis, Neumonía, Neoplasias

Comentario final

La hemoptisis es en gran medida una manifestación clínica que pone en alerta al paciente y al médico por lo que se ha de realizar un diagnóstico diferencial con la mayor premura posible debido a la patología de base que la produce o por sí misma por el riesgo de ser masiva.

Bibliografía

- García López P, Palma Otero MÁ, Contreras González M. Manejo del paciente con hemoptisis [Internet]. Neumosur.net. [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/20-HEMOPTISIS-Neumologia-3_ed.pdf
- Cordovilla R, Bollo de Miguel E, Nuñez Ares A, Casona Povedano FJ, Herráez Ortega I, Jiménez Merchán R. Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. Arch

Bronconeumol [Internet]. 2016;52(7):368-77. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289616000090>

823/213. ¡QUÉ IMPORTANTE ES ACOMPAÑAR!

Autores:

Burrahay-Anano Tenorio, M.¹, Anguita Mata, J.², Celis Romero, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 22 años con diagnóstico de osteosarcoma. En tratamiento con múltiples líneas de quimioterapia con buena respuesta inicial. Acude a consulta acompañado de sus padres por aumento de su disnea habitual, nos refieren que le han derivado a cuidados paliativos. Tras exploración y pruebas complementarias, objetivamos progresión de la enfermedad. Iniciamos corticoides orales e inhalados como tratamiento sintomático. Comienzan las preguntas: ¿Cuánto tiempo me queda?; si empeora, ¿tenemos que ir al hospital?; decidimos ir viéndonos una vez por semana junto con enfermería para comentar las dudas. Dada la evolución y empeoramiento de su proceso tumoral, planteamos últimas voluntades, el paciente desea tratamiento domiciliario y su familia se niega. Tras varias visitas, se creó una buena relación médico-paciente y conseguimos entrenar a sus familiares para el manejo de últimos días en domicilio ya que la situación basal del paciente había empeorado y así se respetaran las últimas voluntades del paciente. Días después, falleció en su domicilio, con buen soporte médico y familiar.

Exploración y pruebas complementarias

REG. CYO. Eupneico con GN a 3 lpm. Afebril. ACP: Rítmico sin soplos. MV con crepitantes y roncus diseminados. Radiografía tórax: Múltiples nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Osteosarcoma metástasico.

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria, derrame pleural maligno.

Comentario final

El papel del médico de familia en la atención paliativa es crucial para brindar un cuidado integral y de calidad. Además, tiene mayor capacidad para establecer una relación cercana y de confianza con el paciente y su entorno familiar, lo que permite una atención personalizada que se adapta a las necesidades y preferencias del paciente, mejorando así su bienestar y ayudando a su entorno a la gestión del cuidado y el futuro duelo.

Bibliografía

- Castillo Polo, A.; Corbi Pino, B.; Fernandez Valverde, R.; Martin Hurtado, A.; Montoro Robles, M.I.; Perez Medina, M. *Cuidados Paliativos Guía Para Atención Primaria*; Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ed.; Ministerio de Sanidad: Madrid, Spain, 2021; 246p.-
- Valles-Fernández P, García-Salvador I. *Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas*. Med Paliat. 2013;12:111–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mepa.2013.03.003>.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Guía de Cuidados Paliativos*. En: <http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/guiacp.pdf>; consultado enero 2025.

823/216. “EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, ¿Y AHORA QUÉ?”

Autores:

4. Celis Romero, M.¹, Pegalajar Moral, B.¹, Burrahay-Anano Tenorio, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 48 años con edema en miembros inferiores (MMII) desde hace 5 días. Asocia artralgias generalizadas desde el inicio del episodio, así como rigidez matutina en manos de más de 30 minutos de duración. Xeroftalmia, no xerostomía. No fenómeno de Raynaud. No aftas orales ni genitales. Madre con artritis reumatoide.

Exploración y pruebas complementarias

Mínima hipertrofia sinovial en ambas manos. En MMII edema sin fóvea hasta rodillas, con aumento de tem-

peratura. Nódulo de aproximadamente 1cm. en cara posterior de pierna izquierda. Se pauta tratamiento con Ibuprofeno oral y se solicita analítica con perfil reumático: mínima elevación de reactantes de fase aguda (VSG 17mm/h, PCR 11.6mg/L), con ANA y ENAS positivos, con Anti SSA/Ro 22U/mL. A la semana presenta aumento de número de nódulos eritematosos palpables, calientes y dolorosos distribuidos en MII. Se realiza ecografía sin signos de trombosis venosa profunda. Se pauta prednisona oral con mejoría sintomática, pero con rebote posterior al ceder la toma. Se inician de nuevo ALNEs y se deriva a Medicina Interna, realizándose un test de Schirmer positivo y una gammagrafía de glándulas salivales con hipofunción de las mismas tras estímulo secretor, iniciando tratamiento con hidroxicloroquina.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Síndrome de Sjögren.

Diagnóstico diferencial

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías autoinmunes como la artritis reumatoide, la esclerosis sistémica o el lupus eritematoso sistémico, así como otras causas de edema unilateral como la TVP, y de xeroftalmia como trastornos de la superficie ocular.

Comentario final

El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por la xeroftalmia y xerostomía. La afectación de mucosas es la más frecuente, pero existen patrones más severos con afectación extraglandular, siendo el eritema nodoso una de las posibles manifestaciones. El estudio de autoinmunidad y la gammagrafía de glándulas salivales, junto a la anamnesis y la exploración física, son esenciales en el diagnóstico. Las medidas físicas, junto con el tratamiento farmacológico, se antojan fundamentales en el abordaje de esta patología.

Bibliografía

- Longhino S, Chatzis LG, Dal Pozzolo R, Peretti S, Fulvio G, La Rocca G, Navarro Garcia IC, Orlandi M, Quartuccio L, Baldini C, Bartoloni E. *Sjögren's syndrome: one year in review 2023.*
- Clin Exp Rheumatol. 2023 Dec;41(12):2343-2356.

823/217. NO ME DES LA ESPALDA

Autores:

Castillo Fuentes, M.¹, Fernández Orta, E.², de Ocho Morán, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 77 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo y trastorno de ansiedad que acude a consulta por dolor en región interescapular irradiado hacia los hombros de dos días de evolución. En la anamnesis no refiere otra sintomatología asociada (náuseas, mareo, cefalea, sudoración, disnea, palpitaciones...) ni traumatismos previos. Además comenta que el dolor cede de forma intermitente con metamizol y alprazolam. Realizamos un electrocardiograma (ECG) y encontramos un Infarto Agudo de Miocardio con descenso del ST (IAM-SEST) en cara inferolateral, por lo que administramos aspirina de 200 mg y activamos protocolo para trasladar a la paciente al hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos rítmicos. Sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Tensión arterial: 160/80 . ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm, ondas P normales con elevación del segmento ST de 1 mm en aVR y descenso en I, II, aVF, V4-V6.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

IAMSEST infero-lateral.

Diagnóstico diferencial

Dolor osteomuscular, aneurisma aorta torácica, disección aórtica.

Comentario final

La presentación clínica del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en mujeres sobre todo postmenopáusicas a menudo se manifiesta de forma atípica, por lo que es importante realizar una exploración completa y electrocardiograma ante esta sospecha, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El pronóstico de un IAM es peor en mujeres que en hombres. Un porcentaje mayor fallece antes de llegar a un hospital (52% frente al 42% en los hombres) y el pronóstico es también peor tras la hospitalización, por lo que es necesario tener en mente la atipicidad de la clí-

nica de IAM de las mujeres mayormente postmenopáusicas, llevando un seguimiento para prevenir los FRCV y así disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares. Además de realizar un control estrecho post-infarto con implantación de estrategias para mejorar la calidad de vida y salud cardiovascular de estas pacientes.

Bibliografía

- Mehta LS. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Mar 1;133(9):916-47
- Pagidipati NJ, Peterson ED. Acute coronary syndromes in women and men. *Nat Rev Cardiol*. 2016 Aug;13(8):471-80.

823/218. ABORDAJE DOMICILIARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y POLIMEDICADO QUE RECHAZA EL SEGUIMIENTO DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

Autores:

Serna Moreno, J.¹, Geerman Cruz, L.², Navarrete Espinosa, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

Descripción del caso

Varón de 74 años que presenta disnea a esfuerzos mínimos, con 2 litros por minuto (lpm) de oxígeno domiciliario. Vive con su esposa y es dependiente moderado para las actividades de la vida diaria (AVD). Ex fumador, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) con fracción de eyección conservada, hepatopatía alcohólica, hipotiroidismo, anemia ferropénica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica (IRC), artrosis. Buena adherencia farmacológica.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado, palidez mucocutánea, taquipneico. Refiere episodios de hematemesis por los que dejó de tomar el ácido acetilsalicílico (AAS). Auscultación cardiopulmonar: rítmico, soplo audible, murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Edemas en ambas extremidades inferiores con pulsos periféricos

presentes, sin sospecha de trombosis venosa profunda. Tacto rectal sin alteraciones. TA: 188/67 mmHg, FC: 72 lpm, Ta: 36°C, SatO2: 88% (2 lpm de oxígeno). Valores analíticos (previamente conocidos): hemoglobina: 7,8 g/dL, hematocrito: 24 %, hematías: 2,45 x 10⁶ µL, VCM: 98 fL, reticulocitos: 2,95 %, hierro: 28 µg/dL, transferrina: 249 mg/dL, IST: 8,8 %, PCR: 7,9 mg/dL, urea 121 mg/dL, creatinina 3,16 mg/dL y FG: 18 mL/min.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Anemia secundaria a IRC y/o ICC.

Diagnóstico diferencial

Anemia secundaria a hemorragia digestiva, alcoholismo crónico, déficit de B9 y/o B12, hipotiroidismo, hepatopatía.

Comentario final

Nos encontramos ante otro episodio de astenia, HTA descontrolada y reagudización de la disnea de nuestro paciente, por lo que se deriva a urgencias para ser transfundido (en total 3 transfusiones el año pasado). Se identifica, en la valoración conjunta con enfermería, un deterioro de la interacción social, relacionado con síntomas depresivos y/o deterioro de la movilidad. Desde atención primaria (AP) proponemos al paciente retomar el seguimiento por parte de digestivo para filiar la anemia, pero rechaza las pruebas complementarias. Se nos plantea la relación "riesgo-beneficio" de mantener el tratamiento antiagregante de manera crónica ante la hematemesis versus cardiopatía isquémica. No obstante, el paciente es seguido por el equipo de AP para el control de su sintomatología y tratamiento farmacológico con el objetivo de mantener una buena calidad de vida, incluyendo la esfera psicosocial.

Bibliografía

- Las Heras-Manso G. Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica en la asistencia primaria de España. *MCP*. 2022;5(4):100329.

823/220. TUMOR ÓSEO BENIGNO EN PACIENTE JOVEN: DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Peralta Egea, I.¹, Martínez De Paz, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada, (2) Re-

sidente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinos Puente. Pinos Puente. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 15 años, sin antecedentes de interés, que consulta en Atención Primaria por gonalgia derecha de 6 meses de evolución, sin traumatismo previo y con inestabilidad ocasional.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física no se observa tumoración ni deformidad. No rubor ni aumento de temperatura, no tumefacción ni cambios en piel. A la palpación, masa en cara posteromedial no definida. No parestesia ni pérdida de sensibilidad distal. No alteraciones motoras distales. Pulso distales presentes. No limitación a la extensión de la rodilla; dolor a la flexión completa. No peloteo rotuliano, inestabilidad en cajón posterior, maniobras meniscales negativas. La radiografía muestra una imagen blástica quística lobulada en metáfisis distal del fémur derecho, de 8,8x4 cm. La imagen presenta márgenes agudos, una zona transicional estrecha, aspecto multilocular excéntrico, bordes escleróticos y adelgazamiento cortical, con una reacción perióstica sólida, sin mineralización evidente ni pérdida de la densidad ósea.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Quiste óseo aneurismático.

Diagnóstico diferencial

Fibroma no osificante, quiste óseo aneurismático, granuloma eosinófilo

Comentario final

El diagnóstico preliminar en Atención Primaria sugiere un tumor óseo benigno; se realizó derivación a urgencias dónde tras resonancia magnética y biopsia, se filió como quiste óseo aneurismático, cavitación con contenido hemático no epitelizada, que ocurre con más frecuencia en menores de 20 años años y cuyo diagnóstico y tratamiento temprano evita complicaciones como fracturas patológicas y deformidades óseas (1,2). Este caso subraya la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo en Atención Primaria y la necesidad de colaboración entre Atención Primaria y especialidades hospitalarias para llegar a un diagnóstico definitivo. La radiografía inicial y el juicio clínico en el ámbito de primaria fueron claves para orientar la derivación temprana, evitando retrasos en el diagnóstico (2,3).

Bibliografía

- Jaramillo D, Kalin R, Letts M, et al. Bone tumors in children and adolescents. *J Pediatr Orthop.* 2020;40(4):198-206.
- Jemal A, et al. (2014). Aneurysmal bone cysts: An overview. *Orthopedic Clinics of North America.* 3. Gallo G, De Santis A, Neri G, et al. Management of bone tumors in young adults: review of clinical experience. *J Bone Oncol.* 2021;25(8):1123-1129.

823/221. DRA, ESTO ME PICA MUCHO: UN CASO DE SARNA RESISTENTE AL TRATAMIENTO

Autores:

Geerman Cruz, L.¹, Serna Moreno, J.², Becerra Almazán, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Paciente varón de 73 años, diabético, con un cáncer de próstata estadio IV con metástasis óseas y pulmonares, actualmente también en seguimiento por cuidados paliativos. Se encuentra en situación cama-sillón. Desde hace un año presenta picores nocturnos intensos y lesiones costrosas en manos y pies, que se extendieron a su mujer, a sus hijas y a una cuidadora externa. Tras la sospecha de sarna, se realizó dermatoscopia que evidenció líneas serpiginosas (surco acarino) características, confirmando el diagnóstico. El paciente recibió tres líneas de tratamiento: primero Ivermectina oral, luego Permetrina 5% crema y por último vaselina azufrada al 6-10% (aplicación diaria durante 3-7 días por la noche, con lavado por la mañana). Solo la vaselina azufrada fue eficaz con resolución de las lesiones. Se implementaron además medidas complementarias: descontaminación ambiental, lavado de ropa a 60°C, aislamiento de objetos no lavables y tratamiento simultáneo de contactos cercanos. El seguimiento mostró mejoría tras 2-3 semanas del tratamiento con vaselina azufrada. El paciente se encuentra asintomático y sin nuevas lesiones.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración, se observan lesiones costrosas y eritematosas en manos, pies y pliegues interdigitales,

así como tórax, acompañadas de intenso picor nocturno. La dermatoscopia muestra líneas serpiginosas (surcos acarinos).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El diagnóstico es sarna, confirmado por la clínica y dermatoscopia. A pesar de los tratamientos previos, la sarna persistió, lo que llevó a considerar nuevas alternativas.

Diagnóstico diferencial

1. Dermatitis de contacto irritativa o alérgica
2. Infecciones fúngicas
3. Efectos secundarios de tratamientos oncológicos

Comentario final

Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz y adecuado de enfermedades como la sarna, especialmente en pacientes complejos. En este caso particular, la intervención del médico de Atención Primaria fue fundamental para identificar la infestación y guiar al paciente hacia un tratamiento eficaz. El diagnóstico de sarna debe ser considerado como parte de un enfoque integral. La coordinación con el entorno familiar y cuidadores es fundamental para evitar la propagación.

Bibliografía

- Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(8):1248-1253.

823/223. LA TOS QUE NO CEDE

Autores:

Gándara González, E.¹, Garralón Gómez, I.¹, Clavijo López, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 69 años con dislipemia en tratamiento con estatinas como único antecedente personal. No fumador. Acude a consulta por cuadro de tos persistente de aproximadamente 3 meses de evolución, asociado a disnea progresiva, iniciados tras episodio catarral.

Afición al cuidado de palomas, aunque refiere correcta protección en el contacto.

Exploración y pruebas complementarias

Destaca la presencia de sibilantes dispersos a la auscultación pulmonar sin otros datos de interés en exploración. Analítica sanguínea normal, incluyendo alfa-1-antitripsina, neumoalérgenos negativos. Prueba de mantoux negativa. En radiografía de tórax se aprecia mínimo patrón reticulonodular difuso bilateral. Se realiza espirometría evidenciando patrón restrictivo (FEV1 48%, FVC 54%, FEV1/FVC 84%) sin mejoría post-broncodilatadora.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante la sospecha de posible neumonitis por hipersensibilidad se inicia tratamiento con prednisona oral y se deriva a Neumología. Se realizan pruebas de difusión (DLCO) con una disminución al 42%, además de TC de tórax evidenciando áreas en vidrio deslustrado predominantes en campos superiores. Se confirma diagnóstico mediante serología específica, siendo positivas las precipitinas (IgG) para paloma; y tras lavado bronquioalveolar (LBA) donde se aprecia aumento de linfocitos T y cociente CD4/CD8 disminuido. Ante estos hallazgos se decide no realizar biopsia pulmonar para confirmación anatomo-patológica, manteniendo corticoides durante un mes con buena evolución posterior.

Diagnóstico diferencial

Fibrosis pulmonar idiopática

Comentario final

La neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis alérgica extrínseca engloba un grupo de enfermedades poco frecuentes en relación a la exposición a antígenos de distinto origen (epitelio de aves, etc.), occasionando reacción inmune con afectación a nivel de intersticio pulmonar. La afectación dependerá de la susceptibilidad individual, así como de la cantidad y tiempo de exposición, presentándose clínicamente de manera aguda, subaguda o crónica. Es característico el patrón intersticial en pruebas de imagen, con restricción y disminución de difusión pulmonar en pruebas de función respiratoria. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia pulmonar, no requerida en la mayoría de los casos ante la positividad serológica de Inmunoglobulinas específicas para el antígeno en cuestión y la presencia de cociente CD4/CD8 disminuido en lavado broncoalveolar.

Bibliografía

- Punter RG, Espinosa E, Girón R, Tejada JGR, Fernández G, Segrelles G, et al. Mujer con pulmón del cuidador de aves. *Revista de Patología Respiratoria*. 2011;14(3):92-6.

823/224. DEL DOLOR ABDOMINAL A LA ENFERMEDAD METASTÁSICA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

Autores:

Fiol Beltrán, M.¹, Peña Pérez, S.², Ramírez Carrera, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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 Palma-Palmilla. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 61 años, natural de Marruecos, residente en España desde hace 20 años, con barrera idiomática, trabajador en hostelería y exfumador, sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor e inflamación abdominal en hipocondrio derecho como síntomas principales. Además, astenia de varias semanas de evolución, estreñimiento, pérdida de peso no cuantificada en el último mes y sensación distérmica no termometrada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado con parálisis mucocutánea. Peso 64 kilogramos y altura 1,70 metros. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen duro, poco depresible, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, hepatomegalia de 5 traveses y masa palpable en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos hidroaéreos conservados. Edemas en miembros inferiores con fóvea bilaterales hasta rodillas. Se realiza ecografía abdominal clínica con hígado aumentado de tamaño y lesiones hipo e hiperecogénicas en hígado. Abundante interposición de gases y molestias a la depresión ecográfica que impiden visualizar más hallazgos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Lesiones hepáticas a estudio. Síndrome constitucional a estudio.

Diagnóstico diferencial

Absceso hepático, lesiones hepáticas benignas, tumor maligno de hígado, metástasis hepáticas.

Comentario final

- El paciente fue derivado a urgencias hospitalarias donde fue ingresado. Se solicitó TAC de tórax y abdomen y colonoscopia con toma de biopsias, diagnosticándolo de adenocarcinoma infiltrante de sigma estadio IVA con metástasis hepáticas múltiples. Valoración multidisciplinar decidiéndose tratamiento quimioterápico de carácter paliativo.
- El adenocarcinoma de sigma es el tipo de cáncer colorrectal más frecuente, siendo los órganos más afectados por las metástasis los pulmones y el hígado. Un 25% aproximadamente de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico, siendo la supervivencia a los 5 años en estadios avanzados menor del 15%. Su detección y tratamiento precoz mejoran el pronóstico por lo que es fundamental realización de colonoscopias regulares.
- Hay que destacar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física detallada, así como el uso de pruebas de imagen disponibles en consulta como es la ecografía clínica para hacer el diagnóstico de la forma más precisa.

Bibliografía

- Solera CM, Rodrigo MCG, Roselló MAC, Guerrero BD, Solera SM. Una revisión sistemática. Cáncer colorrectal. *Rev Sanitaria Invest*. 2023;4(5):222.

823/227. UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

Autores:

Medina Zuheros, T.¹, Yélamos Lorente, M.¹, Ortega Bustista, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada

Descripción del caso

Paciente de 19 años que acude a la consulta del centro de salud refiriendo dolor en hipogastrio de dos semanas de evolución, disuria, dispareunia y fiebre no termometrada. Niega relaciones sexuales de riesgo aunque no puede descartar embarazo.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable. A la valoración presenta febrícula. Se auscultan tonos rítmicos, sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. El abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha, sin masas ni megalías, ni signos de peritonismo. Murphy y Blumberg negativos. Ante los hallazgos de la exploración y la historia clínica, se decide realizar una tira reactiva de orina y un test de embarazo, ambos con resultados negativos. Mientras esperan los resultados, avisa a la paciente de mal control del dolor que se intenta controlar con analgesia oral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante la persistencia del dolor y los hallazgos de la exploración física, se deriva a la paciente al servicio de Urgencias del hospital de referencia dónde se realiza analítica de sangre con leucocitosis y aumento de la PCR, ecografía transvaginal en la que se observa imagen heterogénea entre la cara posterior de la vejiga y la cara anterior del útero que capta Doppler por lo que se decide ampliar el estudio a una ecografía abdominal y un TAC de abdomen con diagnóstico de apendicitis aguda complicada con perforación y plastrón pélvico asociado. Se ingresa a cargo de Cirugía General para intervención urgente. Actualmente continúa revisiones por médica de primaria y especialista hospitalario.

Diagnóstico diferencial

Infección tracto urinario, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, apendicitis aguda.

Comentario final

Es fundamental en mujeres, sobre todo en edad fértil, descartar patologías graves que puedan repercutir en su calidad de vida, como la enfermedad inflamatoria pélvica, y que a veces pueden confundirse con otras patologías retrasando el diagnóstico y posterior tratamiento.

Bibliografía

- Ronald F Martin, MD. Martin Weiser, MD, Wen-liang Chen, MD, PhD, editors. *Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis*. 2024 [cited 2025 Jan 20]. UpToDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=appendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

•Greydanus DE, Cabral MD, Patel DR. Pelvic inflammatory disease in the adolescent and young adult: An update. *Dis Mon [Internet]*. 2022;68(3):101287. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dismonth.2021.101287>

823/228. ÉRASE UN DIAGNÓSTICO NO TAN USUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Andrade Fernández, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud I-Centro. Ceuta

Descripción del caso

Varón de 17 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor torácico opresivo, mareo y cuadro presinusal acaecido por la mañana jugando al fútbol. Refería días previos sensación febril, tos seca y dolor torácico similar, irradiado a nivel interescapular, intermitente; con empeoramiento al esfuerzo y con decúbito, así como con inspiración profunda.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril. Palidez cutánea. Buen estado general, eupneico, hemodinámicamente estable con cifras de Tensión Arterial (TA) 120/70 mm Hg, Frecuencia cardiaca (FC) 75 lpm. Saturación O₂ basal 98%. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos. No roce pericárdico. Murmullo vesicular conservado. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Resto de exploración anodina. Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a unos 71 lpm. QRS estrechos con patrón rSR'. Eje normal. QTc 440 ms. Elevación cóncava del ST en la cara inferolateral, con S1 rectificado en avR y V1-2. Rx de tórax: índice cardiorárico ligeramente aumentado, con senos costofrénicos libres. No condensaciones. Ecocardioscopia a pie de cama: VI dilatado con espesor normal, disfunción sistólica moderada-severa con hipoquinesia inferoanterolateral medioapical y de ápex puro. Fina lámina de derrame pericárdico inferior y sobre VD sin repercusión. Analíticamente: Hb 8.3 g/dL, HCT 26.9%, VCM 59,5 fL, leucocitos 7.9x10³/μL, neutrófilos 71.4%, linfocitos 16.8%,

Troponina I 4710.8 pg/ml, mioglobina 49,2 pg/L, PCR 23,9 mg/dl, pro-BNP 4118 pg/ml. Coagulación normal. Drogas de abuso en orina negativas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fue derivado a Urgencias Hospitalarias, completándose estudio con las pruebas mencionadas, realizándose interconsulta urgente a Cardiología y UCI. Dado el empeoramiento clínico y hemodinámico, se trasladó al Hospital de referencia para cateterismo coronario urgente, ante la sospecha de miocarditis aguda con disfunción sistólica severa.

Diagnóstico diferencial

Infarto de miocardio con arterias coronarias no obstruidas (MINOCA). Síndrome de Takotsubo.

Comentario final

Cabe destacar la escasa frecuencia del síntoma principal del paciente dada su edad, por lo que debemos ser cautos y no infravalorar patología cardíaca en este perfil.

Bibliografía

- Domínguez F, Uribarri A, Larrañaga-Moreira JM, Ruiz-Guerrero L, Pastor-Pueyo P, Gayán-Ordás J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la miocarditis y la miocardiopatía inflamatoria. Documento de consenso SEC-GT de miocarditis. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2024;77(8):667-79.

823/230. DOCTORA, ME FALTA EL ALIENTO

Autores:

Peña Pérez, S.¹, Cobo López, E.², Guerrero Martínez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 69 años, sin alergias medicamentosas. No fumadora, exbebadora importante desde 2010, sin hábitos tóxicos actualmente. Cirrosis hepática compensada (por hábito enólico) pero con importantes signos de hipertensión portal y Policitemia Vera JAK2V617F en tratamiento con Hydrea 500mg cada 24 horas. Acude por opresión torácica que se refleja en espalda y dis-

nea en reposo de 15 días de evolución, además, desde hace 3 días el dolor le sube a la garganta. Consultó por dicho motivo hace una semana y se le pautó antibioterapia en sospecha de bronquitis, sin mejoría clínica. Negaba tos, ronquera o fiebre. Negaba hemoptisis. La paciente refería astenia, hiporexia y síndrome consti-tucional de un mes de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: Saturación de oxígeno 91% basal, frecuencia cardíaca 110 lpm. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica y regular, con soplo sistólico aórtico. Murmu-llo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Miembros inferiores: Edema perimaleolar en tobillo derecho sin fóvea, Homans negativo y sin signos de flebitis ni trombosis. Se decide derivación a urgencias hospitalarias para valoración por no mejoría tras tratamiento antibiótico, empeoramiento clínico y mal estado general. En urgencias hospitalarias, le realizan analítica de sangre en la que los reactantes de fase aguda fueron negativos y el Dímero D de 875. El electrocardiograma fue normal y la radiografía de tórax no mostraba consolidaciones ni atelectasias. Se decidió solicitar angio-TC en el que se visualizaba tromboembolismo pulmonar (TEP) subsegmentario en rama de arteria lobar superior e inferior izquierdas en paciente con hipercoagulabilidad secundario a Policitemia Vera.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

TEP subsegmentario en rama de arteria lobar superior e inferior izquierdas.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, bronquitis, insuficiencia cardíaca, neumotórax, síndrome aórtico agudo, infarto agudo de miocardio.

Comentario final

La importancia de una buena anamnesis y exploración física claves para realizar una derivación temprana a urgencias, establecer un diagnóstico e implantar un tratamiento. Tener en cuenta los distintos factores de riesgo para desarrollar TEP que se engloban dentro de la triada de Virchow: estasis venosa, daño vascular y estado de hipercoagulabilidad (como en nuestro caso era la Policitemia Vera)

Bibliografía

- Jiménez Murillo, L y Montero Pérez, FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7º edición. 2023. Elsevier

823/231. DOCTORA, YA ME ENCUENTRO BIEN.

Autores:

Pegalajar Moral, B.¹, Burrahay-Anano Tenorio, M.², An guita Mata, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Paciente 80 años avisan por malestar generalizado, con náuseas sin llegar a vómitos e imposibilidad para mantener bipedestación de inicio súbito. A nuestra llegada paciente consciente, orientado, con mejoría en cuanto a clínica, comenta haberse recuperado casi por completo, solo persiste cierta debilidad en miembros inferiores, aunque ya si mantiene bipedestación y puede deambular. Primer episodio de dicha clínica, pero sí que lleva unos días sintiéndose más débil de lo habitual. Niega dolor torácico, palpitaciones, síncope y disnea.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado, colaborador, no focalidad neurológica, fuerza conservada en miembros. ACR rítmico, sin soplos, muy bradicardico, MVC sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. TA 100/60mmHg. SatO2 96% FC 38. Dada la bradicardia se realiza ECG donde se aprecia BAVC, con ondas P correlacionadas entre ellas y QRS entre ellos. Existe una interrupción total de la conducción AV.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Bloqueo AV completo (de tercer grado).

Diagnóstico diferencial

Bradicardia sinusal, bloqueo AV, presíncope.

Comentario final

Es fundamental realizar una exploración completa en todos los pacientes que atendamos, aunque la clínica ya se haya resuelto, el paciente a nuestra llegada ya estaba casi asintomático, tan solo permanencia cierta debilidad en miembros inferiores, gracias a nuestra exploración completa observamos una bradicardia intensa y realizamos ECG donde encontramos BAVC, causante del cuadro que el

paciente había padecido. Tras esto realizamos traslado a hospital de referencia donde implantaron finalmente marcapasos.

Bibliografía

- *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6º edición. Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. 2018. Elsevier. ISBN: 9788491132080*

823/236. LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO PILAR FUNDAMENTAL EN EL DIAGNÓSTICO

Autores:

Martínez Rodríguez, N.¹, Milego Gil, E.¹, Muñoz Mata, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Roc. Badalona. Barcelona

Descripción del caso

Paciente de 34 años, natural de Pakistán con barrera idiomática total, sin antecedentes patológicos. Consulta en urgencias de atención primaria (AP) por malestar general, sensación distírmica, congestión nasal y tos con expectoración verdosa de una semana de evolución. Al interrogatorio dirigido, y mediante la ayuda de su acompañante, que también presenta barrera idiomática, refiere algún vómito durante la última semana, disminución de la ingesta, sin dolor abdominal ni pérdida de peso. Refiere coloración muy amarillenta de la orina, con heces de coloración habitual.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, se encuentra hemodinámicamente estable, orientado, afebril, coloración icterica, sin saber determinar el tiempo de evolución, pero de inicio reciente y siendo este, el primer episodio. El resto de la exploración resulta completamente anodina.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Nos encontrábamos ante un paciente con un cuadro viral y hallazgo de ictericia durante la exploración física. Para un primer diagnóstico diferencial, se preguntó por hábitos tóxicos de enolismo que el paciente negó. No presentaba episodios previos de ictericia, ni tampoco pérdida de peso que nos hiciera pensar en causa neoplásica como primera opción.

Diagnóstico diferencial

Se solicitó análisis urgente al día siguiente con perfil hepático completo y serologías. Avisan de laboratorio por importante alteración de la función hepática, y el paciente es trasladado a urgencias del siguiente nivel asistencial para valoración. Analíticamente, se observa transaminasemia e hiperbilirrubinemia, con antígeno de superficie, HBsAg, y anticuerpos de tipo IgM para anti-HBc positivos. Por todo ello, se diagnostica como hepatitis B aguda y se inicia tratamiento sintomático. El paciente presentó mejoría clínica, así como de los parámetros analíticos, y actualmente, mantiene seguimiento por AP.

Comentario final

La barrera idiomática es uno de los principales problemas para prestar una correcta atención y resulta un inconveniente frecuente en la práctica clínica habitual, lo que dificulta notablemente la anamnesis con el paciente. En todos los casos, es de vital importancia una correcta y exhaustiva exploración física, pero en estos casos, es fundamental para un diagnóstico precoz.

Bibliografía

- Manual MSD. Ictericia: Evaluación del paciente con hepatopatías [Internet]. Trastornos hepáticos y biliares; 2023 [citado 2025 ene 20]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/aproximaci%C3%B3n-al-paciente-con-hepatopat%C3%ADas/ictericia?ruleredirectid=756#Evaluaci%C3%B3n_v897491_es

823/237. DESAFÍO DIAGNÓSTICO: TROMBOEMBOLISMOS ASOCIADOS A VASCULITIS SEGMENTARIA MEDIAL

Autores:

Fernández Gárate, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén

Descripción del caso

Presentamos un caso clínico de una mujer de 50 años que acude a consulta de AP por cuadro de cefalea de características mixtas en región fronto-

parietal izquierda acompañado de fotofonofobia de dos días de evolución cediendo con analgesia. Dos días después, aparecieron parestesias y edematización en hemicuerpo izquierdo mantenidas. Se decide derivar a Medicina Interna para ampliar estudio con pruebas complementarias de imagen y descartar patología como esclerosis múltiple, migraña con aura y síndrome de hipertensión intracranial. Se realiza RNM craneal con resultado de microangiopatía cerebral. A su vez es derivada por su MAP a Hematología y Cardiología para estudio de trombofilias, autoinmunidad, enfermedad tromboembólica venosa y patología cardíaca estructural cuyas pruebas diagnósticas son negativas. Posteriormente, al año, acude durante 2 meses a consulta de AP por epigastralgia persistente y se decide derivación a Aparato Digestivo que con pruebas de imagen visualizan infarto esplénico y disección de arteria hepática.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica en reposo. Cervical: contractura en ambos trapecios. Auscultación: rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Neurológico: normal, excepto Romberg dudososo. Miembros inferiores: normal. Tensión arterial: sistólica 110 mmHg y diastólica 75 mmHg. Analítica: normal, excepto colesterol LDL 97 mg/dL e índice de saturación transferrina 14,5%. Cálculo de riesgo cardiovascular: bajo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 78 latidos por minuto. RNM craneal: compatible con microangiopatía cerebral. Estudio de trombofilia con hallazgo de portadora de la mutación gen MTHFR, con resto de estudio normal. Doppler de troncos supraaórticos: normal. Doppler Venoso de Miembro Inferior Bilateral: normal. Ecocardiograma: normal. AngioTC aorta abdominal: Arteria hepática común trombosada e infarto esplénico. PET-TC de Cuerpo Entero: normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Esclerosis múltiple / Vasculitis segmentaria medial

Diagnóstico diferencial

Esclerosis múltiple, cefalea con aura, radiculopatía, arritmia, trombosis venosa profunda, trombofilia, accidente cerebrovascular, neoplasia

Comentario final

Se evidencia que tras realización de múltiples pruebas diagnósticas negativas se llega a la conclusión diagnóstica por descarte de otras patologías ya que la vas-

culitis medial segmentaria es una patología poco frecuente y puede presentar desafíos diagnósticos debido a su naturaleza subyacente y a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas.

Bibliografía

- Harrison. *Principios de la medicina interna. 20a ed. McGraw-Hill Education/Medical; 2018. Merck & Co, Merck Sharp & Dohme. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Legare Street Press; 2022.*

823/238. MANEJO DEL VÉRTIGO : UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Martinez De Paz, S.¹, Peralta Egea, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinos Puente. Pinos Puente. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Descripción del caso

Mujer de 56 años que llama al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por cuadro de mareo y náuseas con vómitos de inicio brusco. No refiere antecedentes oftalmológicos ni migrañosos. En la exploración inicial no se detecta focalidad neurológica, no se aprecia nistagmo y el romberg es negativo, por lo que se decide alta con diagnóstico de vértigo periférico. A las 2 horas, vuelven a llamar a Urgencias por bajo nivel de conciencia y desviación bucal, sin otra focalidad neurológica y romberg no valorable. Se decide traslado a Hospital de referencia para descartar vértigo periférico vs central. Antecedentes personales:-Polartralgias. Esclerodermia en placas.-Colón irritable.-SAOS con CPAP.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Inconsciente, con movimientos de extensión. Glasgow 4, pupilas mióticas y anisocoria mínima, TA 161/87 mmHg, FC 67 lpm, SpO2 75% con mascarilla reservorio. TC sin Contraste I.V. de Cráneo: " Voluminosa hemorragia intracerebelosa de predominio izquierdo con dimensiones máximas de 4,4 x 5,5 x 4,3 cm. Presenta apertura al sistema ventricular distribuyéndose a lo largo del acueducto de Silvio, III y IV ventrículo y ocupando parcialmente ambos ventrículos laterales con signos de herniación amigdalina y trans-

tentorial ". AngioTAC: Dilatación venosa paratorcular, posible punto de sangrado asociado a malformación arteriovenosa o aneurisma en la PICA (arteria cerebelosa inferior posterior).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hemorragia cerebelosa extensa abierta a ventrículos con signos de herniación descendente y transtentorial ascendente secundaria a rotura de Malformación arteriovenosa.

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico Vértigo central Hemorragia cerebral primaria Aneurisma intracraneal roto Tumor cerebral Infarto cerebral

Comentario final

Uno de los dilemas más importantes concernientes al vértigo en urgencias es su diagnóstico diferencial. La anamnesis y la exploración física son la base de este diagnóstico; con ello se intenta determinar si el vértigo es de origen periférico o central e intentar clasificarlo clínicamente para establecer su tratamiento (1). En pacientes con vértigo agudo persistente, el nistagmo es la clave para la aplicación del protocolo HINTS, que permite descartar un accidente cerebrovascular con una sensibilidad del 95% y mayor fiabilidad que una resonancia magnética en las primeras 24-48 horas (2).

Bibliografía

- García E. G, González X. Actualización en el manejo del vértigo. AMF 2019;15(4):184-191
- Batuecas A., Yáñez R, et al. Vértigo periférico frente a vértigo central. Aplicación del protocolo HINTS. Rev. neurología 2014.;59(8): 349-353.

823/240. DISNEA Y FA DE RECENTE DIAGNÓSTICO EN AP: PODRÍA SER UNA AMILOIDOSIS CARDIACA

Autores:

Flores Soler, O.¹, Lemos Pena, A.², Cabello Pérez, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 83 años con antecedentes de SAOS, hiperplasia benigna de próstata e hipercolesterolemia, que consulta por disnea de esfuerzo progresiva. Tras mejoría con furosemida, se detecta pulso y tonos cardíacos arrítmicos, además de crepitantes finos en bases. El ECG confirma fibrilación auricular (FA) de duración indeterminada, iniciándose estudio de insuficiencia cardiaca y solicitándose ecocardiografía para evaluar FA no valvular y plantear anticoagulación oral.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado con crepitantes bilaterales en bases. Aparato cardiovascular: ritmo arrítmico, soplo sistólico en foco aórtico. Exploración abdominal y extremidades sin hallazgos relevantes. Pruebas complementarias: Rx de tórax: borramiento de ángulos costofrénicos, patrón intersitencial. Analítica: ProBNP 3200 pg/mL, bilirrubina total 2.3 mg/dL. Resto sin alteraciones. ECG: fibrilación auricular con frecuencia controlada (60 lpm), extrasístoles ventriculares, QRS estrecho, eje derecho. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda (septo basal de 18-19 mm), disfunción diastólica con presiones de llenado elevadas, aurícula izquierda dilatada, esclerosis aórtica leve. Plan de actuación inicial: Derivación a cardiología para estudio de posible miocardiopatía infiltrativa + Ajuste de tratamiento: anticoagulación con heparina y furosemida. Estudios avanzados en Cardiología: Cardio RMN: hipertrofia concéntrica del VI (septo 20 mm), FEVI en límite inferior (53%), realce tardío subendocárdico global y parcheado. Dilatación de la aurícula izquierda y derrame pleural bilateral. T1 nativo alargado (1115 ms) y volumen extracelular (VEC) aumentado (49.9%), hallazgos compatibles con amiloidosis. Estudio genético: gen TTR normal, diagnosticándose amiloidosis cardiaca por transtiretina silvestre (TTRwt).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Amiloidosis cardiaca por transtiretina

Diagnóstico diferencial

Miocardiopatía hipertrofica, cardiopatía hipertensiva

Comentario final

La amiloidosis TTRwt afecta predominantemente al corazón en varones mayores de 70 años, presentándose con hipertrofia ventricular izquierda y disfunción diastólica. La resonancia magnética confirma el diagnóstico con hallazgos como realce tardío subendocárdico y aumento del volumen extracelular. Este caso

resalta el rol de la atención primaria en la identificación temprana y la derivación oportuna de estos pacientes. La disnea de esfuerzo en un paciente mayor, junto con hallazgos ecocardiográficos sugestivos, debe alertar sobre posibles miocardiopatías infiltrativas como la amiloidosis TTRwt. La confirmación del diagnóstico permite la implementación de medidas terapéuticas específicas y mejora la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- González-López E, López-Sainz A, García-Pavía P. Diagnosis and treatment of transthyretin cardiac amyloidosis. Progress and hope. Rev Esp Cardiol. 2017;70(11):991-1004

823/244. AMILOIDOSIS CARDIACA COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: UN RETO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Anguita Mata, J.¹, Celis Romero, M.², Pegalajar Moral, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Presentamos un varón de 66 años que vino a consulta por aumento de disnea progresiva desde hace seis meses, hasta hacerse de pequeños esfuerzos, acompañada de edemas en ambos miembros inferiores. Además, comenta que ha perdido "dos agujeros del cinturón" en estos meses. Tiene antecedentes personales de síndrome de túnel carpiano intervenido y estenosis de canal lumbar. Toma furosemida 40 mg desde hace poco, prescrita tras una visita a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración encontramos crepitantes en bases pulmonares, ingurgitación yugular y edemas con fóvea hasta rodillas. Presenta un pulso radial rítmico y cifras de tensión arterial de 95/60 mmHg. Destacamos también la presencia de macroglosia. Realizamos un electrocardiograma en el que destacan bajos voltajes generalizados. En la analítica observamos un NT-proBNP por encima de los 5000 pg/mL además de proteinuria y en la radiografía de tórax pudimos observar cardiomegalia junto a signos de redistribu-

ción vascular. Ante la clínica y los hallazgos de las pruebas interconsultamos con Cardiología que lo citó en consulta y realizó un ecocardiograma con FEVI preservada, hipertrofia del ventrículo izquierdo concéntrica y patrón granular sparkling. Después, se realizó una gammagrafía con ^{99m}Tc -DPD con captación miocárdica intensa y un proteinograma con componente monoclonal IgG lambda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Amiloidosis AL con afectación cardiaca

Diagnóstico diferencial

- Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada
- Cardiopatía hipertensiva
- Miocardiopatía hipertrófica

Comentario final

El caso ilustra la importancia de estar atentos a la aparición de clínica de insuficiencia cardíaca con datos de "alarma" como pueden ser la pérdida de peso, aparición de neuropatía periférica o macroglosia. Además, la asociación de bajo voltaje en el electrocardiograma con hipertrofia ventricular es una pista diagnóstica clave. El médico de familia juega, como hemos comprobado, un papel crucial en la detección precoz, mejorando el pronóstico de una enfermedad potencialmente grave si se diagnostica tarde.

Bibliografía

- 1. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, Arad M, Basso C, Brucato A, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2021;42(16):1554-1568.
- González-López E, López-Sainz Á, García-Pavia P. Diagnóstico y tratamiento de la amiloidosis cardíaca por transtirretina. Progreso y esperanza. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(11):991-1004.

823/252. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, LA AMENAZA SILENCIOSA

Autores:

Domínguez Rodríguez, Y.¹, Eraso Arribas, C.², Agulló Foces, A.²

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

Descripción del caso

Paciente de 46 años con antecedentes de HTA con mala adherencia terapéutica y ERC estadio 3B, que consulta por cefalea opresiva de 3 meses de evolución, con episodio de mayor intensidad en el día de hoy. Refiere que el dolor lo despierta por la noche y que apenas mejora con analgesia.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración destaca una TA: 230/130. En la auscultación cardíaca: tonos rítmicos y soplo sistólico aórtico. La exploración neurológica es normal al inicio, pero a lo largo de la consulta el paciente inicia cuadro de agitación psicomotriz, sin otra focalidad neurológica. Ante sospecha de emergencia hipertensiva se deriva al hospital. En las pruebas realizadas destacan: ECG: Ritmo sinusal a 70 lpm, con signos de hipertrofia ventricular izquierda; analítica sanguínea: FG 35, Cr 2.19, troponinas 74 ; TAC cráneo: hipodensidad de la sustancia blanca a nivel occipital, más evidente en el lado izquierdo; RMN cerebral: edema vasogénico subcortical bioccipital

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de encefalopatía posterior reversible secundario a emergencia hipertensiva

Diagnóstico diferencial

ICTUS Encefalitis

Comentario final

El síndrome de encefalopatía posterior reversible se caracteriza por la aparición de síntomas como convulsiones, alteraciones visuales, cefalea...asociados a la visualización en TAC o RMN de edema vasogénico en las regiones occipitales y parietales principalmente. La mayoría de los pacientes se recuperan en dos semanas, pero si no se trata a tiempo puede provocar la muerte o daños neurológicos irreversibles. Se puede desencadenar por diversas condiciones, como hipertensión severa, preeclampsia, inmunosupresores, insuficiencia renal. Este caso clínico pone de manifiesto la importancia de una rápida detección y actuación ante una de sus principales causas, la hipertensión. Para ello es fundamental la actuación desde atención primaria en su prevención y manejo, ya que una correcta educación del paciente sobre la enfermedad, la importancia de la adherencia terapéutica, así como

un seguimiento que asegure un control adecuado, son claves para evitar las complicaciones asociadas

Bibliografía

- Dunkley T, Kapoor S. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. UpToDate [Internet]. 2025 [citado 2025 Ene 21]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/reversible-posterior-leukoencephalopathy-syndrome?search=sindrome%20de%20pres&source=search_result&selectedTitle=1%7E112&usage_type=default&display_rank=1
- Sáez T, Ferrer R, Gállego M, et al. Síndrome de encefalopatía posterior reversible: descripción clínica y diagnóstico. Med Intensiva [Internet]. 2015 [citado 2025 Ene 21];39(1):56-63. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-sindrome-encefalopatia-posterior-reversible-descripcion-articulo-S0210569115000029>.

823/253. DOLOR ABDOMINAL MUJER FÉRTIL

Autores:

López Domínguez, A.¹, López Domínguez, A.¹, Santiago Carranza, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Mujer de 41 años sin alergias medicamentosas. Portadora de DIU desde hace 8 años. Ha tenido dos embarazos a término. Refiere que hace 2 semanas fue vista en urgencias por dolor ovárico derecho dándose de alta como ITU y tratamiento con Fosfomicina 3 gramos en dosis única. Hoy acude por persistencia de dolor en ambas fosas ilíacas de varias horas de evolución acompañado de disuria y polaquiuria, así como aumento de flujo vaginal de coloración marronácea en los últimos 2-3 días. Refiere que su FUR fue hace una semana. Comenta tener sensación distérmica no termometrada en los últimos 3 días.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: regular estado general, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada, perfundida y eupneica. TA: 120/70mmhg. T: 37.5°C. Abdomen con ruidos hidroaéreos conservados, depresible, con dudoso globo

vesical y dolor selectivo a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Blumberg negativo y Murphy negativo. Puño-percusión renal izquierda positiva. Hemograma: Leucocitosis de 20.000 con 18.780 neutrófilos. Bioquímica: Sin hallazgos significativos, PCR de 34.61. Orina: Leucocitos y hematies. Ecografía abdominal: Hígado, Bazo, Vesícula, Vía Biliar, Páncreas y Riñones sin alteraciones. Vejiga urinaria replecionada. Imagen redondeada heterogénea que depende de útero-anejos de 9x7.5 cm que puede corresponder a formación utero-anexial. Se contacta con el servicio de Ginecología para descartar Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Ecografía vaginal se observa mioma de 10cm con ocupación de Douglas, DIU normoinserto y anejo izquierdo empastado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis aguda, cistitis, pielonefritis, embarazo ectópico, quiste o torsión ovárica.

Comentario final

El dolor abdominal es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria y Urgencias. Por ello, en mujeres jóvenes debería descartarse patología ginecológica y no focalizar únicamente el diagnóstico en problemas digestivos y/o urinarios, ya que muchas de estas patologías, puede desembocar en infertilidad u otras secuelas más graves. El tratamiento habitual es ambulatorio con una combinación de ceftriaxona 250 mg IM en dosis única + doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días.

Bibliografía

- Hernández Durán D; Diaz Mitjans O. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol [on line]. 2010; 36: 613-631.
- Wiesenfeld H. Pelvic Inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. Uptodate.com

823/261. DOCTORA, ESTE NUDO EN LA GARGANTA NO ME DEJA VIVIR

Autores:

Ruiz Vilchez, E.¹, Hernández Ocaña, M.², Aguilera Vargas, M.³

Centro de Trabajo:

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

Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 52 años, sin antecedentes de interés de tabaquismo ni consumo de alcohol, acude a consulta por odinofagia y disfasia leve de tres meses de evolución, acompañadas de sensación de cuerpo extraño en la garganta y cambios en su tono de voz. Refiere pérdida de peso no cuantificada y episodios de otalgia izquierda sin signos de infección. No fiebre ni síntomas constitucionales llamativos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. IMC 22kg/m². ORL: eritema en pared posterior de la faringe, sin lesiones ulceradas visibles. Amígdalas sin hipertrofia ni exudados. A la palpación cervical adenopatías subdigástrica izquierda de 2cm, móvil y no dolorosa. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales, salvo discreta anemia normocítica (Hb 12,8 g/dL). VSG Y PCR elevadas (35mm/h y 48 mg/L). Serología para VIH negativa. Posteriormente se deriva a Otorrinolaringología para estudio de disfagia/disfonía y realización de fibrolaringoscopia.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Debido a los síntomas de la paciente junto con la presencia de una adenopatía cervical sospechosa, la derivamos a Otorrino. Allí se realiza fibrolaringoscopia donde se aprecia lesión excrecente de 1,5cm en región orofaríngea izquierda. Se toman muestras mediante biopsia y se diagnostica de Carcinoma escamoso orofaríngeo.

Diagnóstico diferencial

- Carcinoma epidermoide de orofaringe (asociado o no a VPH) → sospecha principal.
- Amigdalitis crónica hipertrófica.
- Linfoma orofaríngeo.
- Tuberculosis orofaríngea.
- Enfermedad de Castleman.

Comentario final

El carcinoma de faringe asociado a VPH es cada vez más frecuente en pacientes sin antecedentes de tabaco ni alcohol, con un mejor pronóstico en comparación con los casos relacionados con factores de riesgo clásicos.

La detección en atención primaria mediante la evaluación de los síntomas persistentes y la exploración física dirigida es clave para un diagnóstico temprano.

Bibliografía

- Ferlito A, et al. "Oropharyngeal squamous cell carcinoma and HPV: An update". Oral Oncol. 2023.
- Gillison ML, et al. "HPB-positive oropharyngeal cancer: Clinical and molecular characteristics". J Clin Oncol. 2022.
- NCCN Guidelines Head and Neck Cancers, version 2024.

823/262. DOCTORA CADA DÍA QUE PASA ME VEO MÁS HINCHADA

Autores:

Ruiz Vilchez, E.¹, Crespo Jiménez, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Monachil. Granada

Descripción del caso

Mujer de 42 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, nos consulta por aumento progresivo de peso en los últimos seis meses, con distribución centrípeta, sobre todo más notable en la cara y debilidad muscular. Además refiere insomnio y ánimo lábil, "últimamente estoy demasiado sensible y lloro por todo" acompañado de fatiga constante.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA: IMC 30kg/m², TA 150/95 mmHG. Cara con aspecto redondeado e hinchado y leve hirsutismo en mentón. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas. Glucosa en ayunas 115mg/dL. Hipercolesterolemia leve. Cortisol serio matutino 23 hg/dL.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Con la sospecha de Sd de Cushing, se deriva a endocrinología. Allí se amplía estudio analítico donde se objetiva ACTH elevada (85 pg/ml) sugiriendo origen ACTH-dependiente. Test de supresión con dosis altas de dexametasona: sin supresión del cortisol. RMN de hipófisis: microadenoma de 7mm. Todo ello compatible con enfermedad de Cushing (adenoma hipofisario productor de ACTH). JC: enfermedad de Cushing secundaria a adenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome de Cushing exógeno (por uso crónico de corticoides).
- Obesidad simple (sin alteraciones hormonales ni signos clínicos específicos).
- Síndrome metabólico.
- Depresión o estrés crónico (pueden elevar cortisol, pero sin alteraciones físicas típicas del Cushing).

Comentario final

El síndrome de Cushing es una patología poco frecuente pero debe sospecharse en pacientes con obesidad central, hipertensión arterial, debilidad muscular y signos cutáneos característicos. Su confirmación y manejo requieren derivación a endocrinología para estudios avanzados, sin embargo observar los signos típicos y la clínica que nos cuenta el paciente es elemental como orientación inicial que nosotros llevamos a cabo.

Bibliografía

- Nieman LK, Biller BMK ,Findling JW, et al. The diagnosis of Cushing's syndrome: and Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(5): 1526-1540
- Newell-Price J, Bertagna X, Grossman AB, Nieman LK. Cushing's syndrome. *Lancet*. 2006; 367(9522): 1605-1617.
- Fleseriu M, Auchus R. Adrenal and pituitary disorders. *Harrison's Principles of internal Medicine*. 21st ed. McGraw Hill; 2022.

823/265. DOCTORA, HE SALIDO A CORRER Y ESTOY DÉBIL.

Autores:

Macías Grondona, M.¹, Toledano Fernández, D.², Moreno Ruiz, I.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. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 67 años, que acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por episodio de mareos, sensa-

ción de perdida de conocimiento, debilidad y sudoración profusa, tras hacer un sendero de unos 40 km en 2 días. No dolor torácico, no disnea, no náuseas ni vómitos. Antecedentes: No hábitos tóxicos. No RAMC. HTA, DM, DLP. Cardiopatía hipertensiva leve con FEVI preservada, dilatación de la raíz aórtica y AO ascendente. Queratosis actínica. Tratamiento domiciliario: Metformina 850 mg/12 h, Fenofibrato 145 mg/24h y Candesartán/Hidroclorotiazida 32/12.5 mg cada 24h.

Exploración y pruebas complementarias

REG, COC, eupneico en reposo. No focalidad neurológica. ACP rítmica sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal. MMII no signos de TVP, no edemas, pulsos conservados. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, QRS estrecho, PR normal, onda T invertida en III, no alteración de ST. TA 100/60, Glucemia 181, Sat O2 98 % sin aporte de oxigenoterapia. Se administra sueroterapia y se traslada a SUH. Analítica: Hemograma: Leucocitos 15390, Hg 14.3, plaquetas 309000. Bioquímica: Glucosa 193, Creatinina 0.89 (FG 67), Urea 24, AST 170, LDH 375, Creatina Quinasa 4535, k 3.4. Gasometría Venosa: pH 7.190, pCO2 21, pO2 60, Bicarbonato 8.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante antecedente de ejercicio intenso y escasa hidratación durante el ejercicio, síntomas como la debilidad muscular, astenia y calambres musculares y CK elevada sugiere que estamos ante un caso de Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial

Distrofias musculares. Síndrome Neuroléptico maligno. Farmacológica (estatinas..) Síndrome de Sjögren o LES.

Comentario final

Tras tratamiento etiológico y sueroterapia de forma precoz, se estabilizó TA y fue normalizando niveles de CK. Sin alteración de la función renal. Destacar la importancia de un tratamiento y diagnóstico precoz para evitar la disfunción orgánica.

Bibliografía

- Ramon Baeza-Trinidad. Rabdomiolisis: un síndrome a tener en cuenta. Vol. 158, Nº 6. Elsevier 2022

823/267. ALTERACION DE LA MARCHA EN PACIENTE HEMATOLÓGICA

Autores:

Méndez Monje, N.¹, García Morales, M.², Cámara Sola, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

ANTECEDENTES PERSONALES. NAMC. HTA, DL. Macroglobulinemia de Waldenstrom y Linfoma de Hodgkin fenotipo B esplénico de zona marginal. Anemia megaloblástica – Deficit vitamina B12 secundario a síndrome malabsorptivo. Púrpura trombopenica idiopática. Tratamiento habitual. Vitamina B12, Ferroterapia endovenosa, Clorambucilo (esquema continuo, inicio en 2008), Simvastatina, Enalapril. **MOTIVO DE CONSULTA.** Paciente de 69 años que consulta por cuadro de sensación de inestabilidad y parestesias en extremidades en último mes. No refiere focalidad infecciosa añadida. No clínica cardiovascular. Comenta hiporexia y perdida de peso asociada.

Exploración y pruebas complementarias

AEG. GCS 15/15. ACP. Ritmica sin soplos. MVC, no ruidos sobreañadidos. NRL. Discurso fluido sin elementos afásicos ni disárticos. MOEs libres sin restricciones. No diplopía ni nistagmo. Facial simétrico. No claudicación en Barré ni Mingazzini (4.5/5 global). Parestesia manos-pies sin déficit sensitivo. Ataxia con aumento de base de sustentación, Romberg inestable sin lateralización fija. Tándem inestable. Barany negativo. No dismetrías. RCP flexor de recho, indiferente izquierdo. Hiporreflexia ROT rotulianos > bicipitales bilateral. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. AS. Hb 10, Leucocitos 5250 con NT 1620. Cr 0.9, FG 59%, Plaquetas 71000. Folico 7.5 ng/ml, Vit B12 532 pg/ml. HbA1c 5.9%, Gluc 90, TSM en rango.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ataxia/Neuropatía periférica a filiar (a descartar secundarismo por Clorambucilo)

Diagnóstico diferencial

Polineuropatía tóxica secundaria a quimioterápicos, Ataxia sensitiva secundaria de déficit B12, Neuropatía asociada a gammopathias monoclonales

Comentario final

Tras valoración por Hematología y Neurología, se orientó como posible polineuropatía tóxica y se suspendió el Clorambucilo (de acuerdo a la evolución analítica hematológica), discreta mejoría posterior. La neuropatía por Clorambucilo se trata de una polineuropatía sensitivo-motora periférica principalmente axonal de afectación distal. Es dosis dependiente y relacionada con dosis acumulativa total, con inicio gradual y formas subclínica iniciales. Comorbilidades como la malnutrición, hepatopatía o nefropatía pueden predisponer a dicho secundarismo.

Bibliografía

- Van Gaalen J, Kerstens FG, Maas RP, Härmark L, van de Warrenburg BP. Drug-induced cerebellar ataxia: a systematic review. *CNS Drugs*. 2014 Dec; 28(12):1139-53

823/268. DOCTOR ME DUELE LA CABEZA

Autores:

Toledano Fernández, D.¹, Macías Grondona, M.², Moreno Ruiz, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz

Descripción del caso

Paciente masculino de 48 años. No RAMC(reacciones adversas medicamentosas), no HTA(hipertensión arterial), no dislipemia, no DM(diabetes mellitus), obeso IMC:31, fumador de 20 cigarrillos / día. Acude a consulta de atención primaria por presentar de más menos 10 días de evolución, episodios de cefalea occipital opresiva, sobre todo en horario de la tarde, niega sonofobia o fotofobia, no manifestaciones neurovegetativas.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, eufénico en reposo, afebril, TA:150/90MMHG, SpO2 98% ACP: sin alteraciones. Abdomen globuloso, blando depresible. No focalidad neurológica. ECG ritmo sinusal, eje normal, PR a 165ms, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. RX tórax PA: ICT<45%. No masas, no derrames, no condensaciones, no pin-

zamiento de senos costofrénicos, no ensanchamiento mediastínico. Analítica: Gluc: 88 mmol/l , Ac Úrico: 6.5 mg/dl , Creatinina 0.75 mg/dl GGT 71 U/L , GPT 45 U/L, GOT 29 U/L, Colesterol total 314 mg/dl, col HDL 44 mg/dl, Col de LDL 219 mg/dl, Col no HDL 270 mg/dl, Triglicéridos 255 mg/dl.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

1. Hipertensión arterial
2. Dislipemia mixta

Diagnóstico diferencial

Migraña sin aura, sinusitis, cefalea en racimos

Comentario final

Dado el perfil de alto riesgo cardiovascular del paciente, se recomienda el abordaje integral del mismo con control ambulatorio de la presión arterial, modificación de hábitos de vida (control de peso, cesación tabáquica, dieta hipolipemiante y ejercicio), además del inicio de la terapia farmacológica para el manejo de HTA y dislipemia.

Bibliografía

- Frank L.J. Visseren. Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol.* 2022; 75(5): 249.e1-249.e10
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.016>

823/269. DOCTOR ME PICA LA CABEZA

Autores:

Toledano Fernández, D.¹, Macías Grondona, M.², Moreno Ruiz, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benalup. Benalup-Casas Viejas. Cádiz

Descripción del caso

Paciente masculino de 30 años sin antecedentes patológicos conocidos, acude a consulta por notar desde hace un mes un intenso picor en zona occipital asociado a zona de descamación y enrojecimiento, que no ha mejorado con el uso de shampoo anticaspa. Refiere

haber cambiado de peluquero, recientemente, coincidiendo con el período de aparición de las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, epunélico en reposo, ACP sin alteraciones, no focalidad neurológica. Se observa en región occipital una lesión redondeada, pruriginosa, de bordes eritematosos activos con descamación y centro más claro. Se realiza cultivo de la lesión, realizado mediante obtención de material por raspado en la consulta. Resultado: infección por *Trichophyton tonsurans*.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tiña del Cuero Cabelludo

Diagnóstico diferencial

Tiña inflamatoria, dermatitis de contacto, psoriasis

Comentario final

El agente etiológico más frecuentemente aislado en los estudios realizados para el diagnóstico de tinea captis es hongo *T.tonsurans*, en consonancia con la creciente incidencia de esta dermatofitosis en Europa. La causa del aumento de la prevalencia de tiñas del cuero cabelludo por *T.tonsurans* aún no está dilucidada. Pero si es fundamental para interrumpir la cadena de infección una anamnesis detallada, el examen micológico, el estudio de contactos, así como el inicio de terapia antimicótica, además de garantizar una higiene adecuada.

Bibliografía

- Bascón L, Galván JI, López-Riquelme I, Navarro-Guillamón PJ, Morón JM, Llamas JA, et al. Brote de dermatofitosis en región de cabeza y cuello asociadas al rasurado en peluquerías: estudio descriptivo multicéntrico de una serie de casos. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2023;114(5):371-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000173102300090X>

823/270. LA TORTURA DEL DOLOR CRÓNICO

Autores:

Duarte Fernández, J.¹, Sellamito Morales, M.², Parrado Espinosa, M.³

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, (3)

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 26 años que sufre un accidente laboral con caída al suelo en la cocina donde trabajaba (hace cinco años). Desde ese momento inicia dolor lumbar crónico diario, con limitación de la capacidad funcional, precisando múltiples tratamientos farmacológicos y físicos sin éxito. Llegando a requerir de forma semanal tratamiento antiinflamatorio intramuscular, pautas prolongadas de corticoides, uso de tratamiento con opioides alta potencia, ansiolíticos/antidepresivos e incluso anti-TNF alfa. El paciente fue derivado a distintas especialidades para valoración y tratamiento como: Traumatología, Rehabilitación, Reumatología, Psiquiatría y Unidad del Dolor, con respuesta parcial a tratamientos y sin diagnóstico concluyente que pudiera satisfacer su incertidumbre y malestar.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor en zona lumbar, con limitación de la flexo-extensión. Dolor que incrementa con la marcha. Radiografía simple columna dorsal, lumbosacra, cadera y pelvis de forma bilateral. Análisis de sangre completo con perfil reumatoide (PCR, VSG, FR, ANA, HLA-B27). RMN lumbar, sacroilíacas, caderas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Lumbalgia Crónica Mixta. Espondilodiscartrosis L4-L5. Sacroileitis Bilateral HLA- B27 Negativo y anomalía de la transición Lumbosacra (Lumbarización S1).

Diagnóstico diferencial

Espondilitis Anquilosante. Espondiloartrosis. Coxartrosis. Dolor Facetario, Síndrome Piramidal.

Comentario final

Quiero resaltar que en muchas ocasiones, y más cuando hablamos de dolor crónico, que no siempre va a estar en nuestras manos solucionar todos los problemas de nuestros pacientes, al menos no por completo. Debemos buscar los abordajes terapéuticos más adecuados sabiendo donde están nuestros límites como médicos, e intentar educar al paciente en lo que al manejo de su dolor respecta. Explicándole que en ocasiones ese dolor no va a desaparecer por completo debiendo gestionar el mismo, o cuando él no pueda nosotros dicho problema; evitando siempre lo máximo posible consumo de fármacos innecesarios y abordando si es posible el problema por medio de terapias físicas.

Bibliografía

- Dra Astrid van Tubergen, Dr Joachim Sieper, Dr Philip Seo (2024). *Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la espondiloartritis axial (Espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial no radiográfica) en adultos*. UpToDate.
- Dr David Tauben, Dr Scott Fishman, Dra Marianna Crowley (2024). *Abordaje del dolor crónico no oncológico en adultos*. UpToDate.

823/271. EL ESTREÑIMIENTO, EL GRAN SIMULADOR.

Autores:

Montero Alba, M.¹, Tejero Carmona, M.²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 59 años sin que acude a la consulta de atención primaria por estreñimiento de tres días de evolución junto con molestias a nivel abdominal, febrícula y sensación nauseosa sin vómitos. Se le pautan enemas y laxantes en caso de no ser efectivo se recomienda acudir a urgencias hospitalarias. El día 6/1/24 tuvo que acudir a urgencias por persistencia del estreñimiento y un vómito. Se realiza un TAC abdominal de urgencias y se objetiva una neoplasia de la unión rectosigmoidea estadio IV que condiciona obstrucción intestinal. Se contacta con cirugía general y se procede al ingreso del paciente para intervención quirúrgica urgente con realización de colostomía. Durante su ingreso presentó una evisceración durante el 7º día post intervención que se resolvió mediante reintervención quirúrgica. Además, durante el TAC de control se objetivo una colección intraabdominal para la que se realizó drenaje mediante ecografía.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración en la consulta de AP: Distensión abdominal con timpanismo a la percusión y peristaltismo presente.
- RX Abdomen: Dilatación de asas intestinales. Ausencia de gas distal.

- TAC Abdomen urgencias: Alteraciones concordantes con neoplasia de la unión rectosigmaidea estadio IV que condiciona obstrucción intestinal. Afectación metastásica hepática extensa. Posible carcinomatosis peritoneal asociada.
- Analítica de urgencias: Hb 13.9 Leucocitos 13410 Neutrófilos 10720 PCR 143.5
- TAC Abdomen de control: Cambios postquirúrgicos en relación a colostomía derivativa en flanco izquierdo. Se identifica colección líquida que se extiende desde FII hacia hemipelvis izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

1. Obstrucción intestinal por neoformación en unión recto sigma estadio IV.
2. Infección de sitio quirúrgico.
3. Dehiscencia de herida operatoria.

Diagnóstico diferencial

1. Estreñimiento funcional
2. Obstrucción intestinal
3. Estenosis inflamatorias secundarias a EII
4. Alteraciones neuromusculares

Comentario final

El estreñimiento agudo es un síntoma muy prevalente en la sociedad, generalmente se trata de un estreñimiento funcional, pero hay que realizar una correcta anamnesis y exploración para conseguir un diagnóstico temprano de aquellos casos que se trate de un síntoma secundario a una patología con alta morbimortalidad.

Bibliografía

- Flores Moreno H, Santaella Leiva I, Méndez Sánchez MI. *Técnicas diagnósticas en el estreñimiento crónico del adulto. Enfoque práctico.* RAPD en línea. 2019;42(2)
- Gotfried J. *Estreñimiento. Manual Merck [Internet].* 2024 mayo

823/272. COMPLICACIONES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y LA IMPORTANCIA DE UN SEGUIMIENTO ESTRECHO

Autores:

García Sánchez, I.¹, Rodríguez Atienza, J.², Ruiz Carrasco, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén

Descripción del caso

1º Paciente de 77 años con cáncer de pulmón en tratamiento activo con quimioterapia e IABVD, acude a SUAP por estreñimiento de 4 días de evolución. Asociado a dolor abdominal, astenia y náuseas, sin vómitos. No rectorragia. Afebril. 2º Ante la sospecha de un cuadro obstructivo derivo a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

1º Exploración en SUAP: BEG. No focalidad neurológica. No alteración de la deambulación. Abdomen blando y depresible. No defensa. Dolor a la palpación en epigastrio y hemiabdomen izquierdo. RHA disminuidos y timpanismo aumentado. Tacto rectal: sin restos hemáticos ni material fecal. 2º Analítica y radiografía abdominal en urgencias hospitalarias: Sin alteraciones reseñables. Pautan enema Murphy, el cual es efectivo y el paciente presenta mejoría sintomática. Dan alta domiciliaria. 3º Acudimos a su domicilio por activación del 061. Motivo: mareo. A nuestra llegada el paciente se encuentra en decúbito supino: MEG, estuporoso, palidez cutánea. A-Vía aérea permeable, no defendida, tolera COFA. B-FR 10 rpm. Sat. 93%. C-FC 75lpm. TA 157/90. D-Glasgow 7 (O2, V1, M4). Glucemia 112 mg/dl. Hemiplejía izquierda. Paresia facial izquierda. Desviación conjugada de la mirada a la izquierda. Pupilas mióticas, simétricas y arreactivas. E- Afebril. Sin otros hallazgos. Activamos código ictus y trasladamos a urgencias hospitalarias. 4º TAC craneal: hemorragia intraparenquimatosa que afecta a lóbulo frontal, parietal, temporal y ganglios basales del lado izquierdo (57mm x 108mm x 45mm) con severa desviación de línea media, compresión sobre el ventrículo lateral, herniación subfalcina y uncal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hemorragia intraparenquimatosa hemisférica izquierda

Diagnóstico diferencial

1. Hemorragia intraparenquimatosa por metástasis cerebral.
2. Hemorragia asociada a coagulopatía por quimioterapia.

3. Hemorragia hipertensiva.
4. Transformación hemorrágica de ictus isquémico.

Comentario final

Tras la valoración neurológica y radiológica, junto con la comorbilidad asociada al paciente no se considera subsidiario de medidas invasivas ni actitud quirúrgica por la ausencia de beneficio para el mismo. Se habla con la familia, ofreciendo ingreso hospitalario para medidas de confort que entienden y aceptan. Finalmente tras 2 días ingresado el paciente fallece.

Bibliografía

- *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6º edición. Jiménez Muriel, L. y Montero Pérez, F.J. 2018. Elsevier.*

823/275. DOCTOR, LLEVO UN AÑO CON TOS

Autores:

Rojas Sañudo, A.¹, Cardona Herrera, A.², Rey Berenguel, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente de 26 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta por tos con hebras de sangre asociado a dolor pectoral desde hace más de un año. No fiebre termometrada. Refiere que cada vez va a peor, con disminución del apetito y pérdida de unos 10 kilogramos en el último año. Procedente de Marruecos, lleva 4 años en España. No toma medicación para ninguna patología.

Exploración y pruebas complementarias

- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos. Buena ventilación, sin ruidos sobreañadidos.
- Radiografía de tórax: infiltrado alveointersticial con cavidades y tracción hilar superior en lóbulo superior izquierdo.
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal, resto anodino.

- Hemograma: 437.000 plaquetas/mL. Resto normal, incluida coagulación.
- Bioquímica: PCR: 12.6 mg/dL. Glucosa, función renal y hepática, electrolitos, perfil lipídico y TSH normales.
- Serología VIH, VHB, VHC, schistosoma y strongyloides: negativa.
- Sistemático de orina: sin alteraciones.
- PCR SARS CoV2, VRS, Influenza A y B: negativas.
- Antígeno urinario de neumococo y legionella: negativos.
- Baciloskopias esputo: 10-100 BAAR/campo. PCR de Mycobacterium tuberculosis complex. No mutaciones de resistencia.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tuberculosis

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria/ Neumonía

Comentario final

En nuestra zona existe un equipo especializado para pacientes con tuberculosis, con lo que fue derivado a dicho equipo, encargado de entregar la medicación a cada paciente para asegurar que se cumple con el tratamiento. Junto con la unidad de Neumología de nuestro hospital se realiza el seguimiento con pruebas complementarias. En este caso, hubo muy buena respuesta al tratamiento y en poco tiempo se recuperó e incluso cogió peso. Como conclusión, es muy importante atender a síntomas que en un principio pueden parecer crónicos, ya que en ocasiones tendemos a restar importancia cuando llevan tiempo de evolución. Por otro lado, hay que tener en cuenta enfermedades aunque no sean típicas de nuestra zona. En este caso, la tuberculosis puede no ser frecuente, pero hay que tenerlo en cuenta, ya que su tratamiento mejora drásticamente la vida del paciente.

Bibliografía

- *ML. Pérez del Molino, V. Tuñez Bastida, MR. García Ramosa, FL. Lado Lado. Diagnóstico microbiológico de la tuberculosis. Vol. 39. Núm. 5. páginas 207-215 (marzo 2002).*

823/277. DOCTORA, ORINO MORADO

Autores:

García Morales, M.¹, Méndez Monje, N.², Pulido Criado, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

ANTECEDENTES PERSONALES. NAMC. Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y litiasis de repetición en espera de litotricia. El paciente porta desde hace más de tres meses sondaje vesical por cólicos complicados. **MOTIVO DE CONSULTA.** Paciente varón de 65 años que desde hace un día en su domicilio observa orina en su bolsa de color púrpura/morado. El paciente no refiere dolor abdominal, ni molestias relacionadas con el sondaje ni mal olor ni fiebre. El paciente no ha realizado trasgresión dietética ni cambio de medicación.

Exploración y pruebas complementarias

Examen físico: Buen estado general y hemodinámicamente estable. Auscultación rítmica, sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Saturación 98%. Afebril. Abdomen anodino. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. No lesiones dérmicas. Se realiza como pruebas complementarias tira reactiva de orina, análisis de orina y urocultivo de una muestra procedente del sondaje.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

ITU asociada a sondaje vesical

Diagnóstico diferencial

Porfiria, Hemoglobinuria, Uso de medicamentos o complementos alimenticios, rabdomiólisis

Comentario final

Tras la realización de pruebas complementarias en atención primaria se observó un cambio de ph (ph básico) y bacterias abundantes. Se inició tratamiento empírico antibiótico para ITUs relacionadas con catéter y tras 4 días de tratamiento el resultado de urocultivo fue positivo a *Klebsiella Pneumoniae* que era sensible a tratamiento empírico iniciado. La orina aclaró al sexto día de tratamiento. La orina púrpura se debe a que hay bacterias que producen enzimas como la sulfatasa o fosfatasa que al actuar sobre el indol que procede de la degradación del triptófano aportado por la dieta proporcionan un color azul/ro-

jizo de la orina. Toda esta reacción se ve favorecida por una orina alcalina.

Bibliografía

- Magallanes Gambo JO, Notario Barba V. Síndrome de la orina púrpura. *Rev clín med fam [Internet]*. 2017 [citado el 28 de enero de 2025];10(3):205-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51699-695X2017000300205
- Fernández de Orueta L, Esteban Fernández J, Pérez Caballero G, Melero Bermejo JA, Regajo Gallego R, Martínez Carrilero J. Orina púrpura. *Nefrología [Internet]*. 2011 [citado el 28 de enero de 2025];31(4):489-90. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-orina-purpura-articulo-X021169951105217X>

823/278. DOCTORA, A VER SI VA A SER ESTO UNA CULEBRILLA.**Autores:**

García Puga, T.¹, Sánchez Molina, L.², Gutiérrez Aguilar, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 69 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de osteopenia y síndrome ansioso-depresivo, que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por aparición de lesiones en espalda irradiadas a mama derecha de 24 horas de evolución. Refiere son pruriginosas y escasamente dolorosas. No asocia exposición a alérgenos. Niega fiebre o episodio infeccioso previo.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta lesiones eritematosas papulovesiculosas en racimo distribuidas en placas a nivel lumbar derecho, costado ipsilateral y región submamaria derecha siguiendo una distribución metamérica. Analítica: Hemograma: leucocitos 8210 (recuento normal), Hemoglobina 15 g/dl, plaquetas 338000. Bioquímica: glucosa 84 mg/dl, creatinina 0.63 mg/dl, filtrado glomerular >90 ml/min, enzimas hepáticas e ionograma en rango.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Virus Herpes Zóster (VHZ).

Diagnóstico diferencial

Intertrigo candidásico, impétigo, dermatitis de contacto, exantema medicamentoso.

Comentario final

La paciente acudió días después tras inicio del tratamiento por empeoramiento del dolor y extensión de las lesiones. Se ha demostrado que la administración de corticoides durante los primeros días de la infección junto a los antivirales en pacientes mayores de 50 años ha disminuido el riesgo de neuropatía postherpética (NPH). Es importante hacer una adecuada prevención de su transmisión así como identificar a aquellos pacientes que se beneficiarían de la vacunación contra el VHZ. Como médicos de AP debemos hacer un abordaje integral de la patología, adelantándonos al manejo de la NPH e identificando posibles complicaciones de la enfermedad como afectación ótica, ocular y neurológica, explicándole al paciente la importancia de acudir de nuevo a consulta si alguna de éstas apareciese por si precisara derivación a atención especializada.

Bibliografía

- Patil A, Goldust M, Wollina U. *Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. Viruses [Internet].* 2022 [citado el 29 de enero de 2025];14(2):192. Ehrenstein B. *Diagnostik, Therapie und Prophylaxe des Herpes zoster. Z Rheumatol [Internet].* 2020;79(10):1009–17.

823/279. SDRIFE POR METAMIZOL, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Vázquez Benítez, A.¹, Díez Monge, A.², Vega Mendoza, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 72 años. Alergia a paracetamol. Exfumadora. IABVD. HTA. FA anticoagulada. EPOC. ERC secundario a ciclosporina. Hipotiroidismo. En seguimiento desde 2018 por Sd hemofagocítico en relación a probable Sd de Still

del adulto tratado con anakinra y ciclosporina. Acude a consulta del centro de salud por enrojecimiento de la zona inguinal, glutea y antebrazos desde hace 3 días con aparición de flictenas. No ha tenido fiebre en ningún momento. No otra sintomatología por órganos y aparatos. No lesiones en otras áreas. No afectación mucosa. Refiere que los síntomas aparecieron al día siguiente de comenzar a tomar metamizol por omalgia tras caída accidental

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. COC. TA 112/62. FC 76lpm. Afebril. ACR tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Sin edemas. Lesiones maculares eritematosas confluentes en piernas y brazos, algunas de ellos con área hipopigmentada (donde refiere ha presentado previamente un ampolla) y borde circinado, algunas de ellas aun con lesiones ampollosas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dermatosis ampollosa Exantema intertriginoso y flexural simétrico por fármacos (SDRIFE).

Diagnóstico diferencial

SD steven johnson ; SD Dress, Penigo ampolloso

Comentario final

La paciente fue derivada a urgencias hospitalarias para terminar estudio, fue ingresada a cargo de Medicina interna y Dermatología, concluyendo como diagnóstico SDRIFE, efectivamente causado por Metamizol. Destacar la importancia de revisar la medicación ante lesiones dermicas en nuestros pacientes de nueva aparición. La paciente ya había tomado en alguna ocasión puntual metamizol pero no había manifestado síntomas.

Bibliografía

- Pater,, Sofía Cortés, Abbruzzesse,, Mario, Barbini,, Carla, & Busso,, Corina. (2022). Exantema intertriginoso y flexural simétrico por fármacos: presentación de un caso. *Salud(i)Ciencia*, 25(2), 91-97. Epub 20 de diciembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.21840/siic/170387> Drug eruptions. UpToDate. Actualizado en enero de 2025.

823/280. DOCTORA, ME DUELE LA ESPALDA!

Autores:

Macias Grondona, M.¹, Rodríguez Valdes, A.², López Áviles, E.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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bonanza. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 58 años, acude a consulta de AP por dolor en columna lumbosacro de 1 semana de evolución, tras episodio de vómitos en contexto de GEA. No antecedente traumático. Antecedentes: Fumadora de 20 cigarrillos/día, HTA, DLP, Sd. Ansioso depresivo. H^a oncológica: Ca. ductal infiltrante de mama izquierda estadio IV con M1 (afección hepática). Intervenida en 2019, mediante Tumorectomía+Quimioterapia+Hormonoterapia. Progresión hepática en 2023. Actualmente 4^a línea de tratamiento: Paclitaxel+Bevacizumab. Tratamiento domiciliario: Valsartán 320 mg/Amlodipino 10 mg/HTC 12.5 mg cada 24h, Sertralina 50 mg cada 24h y Calcifediol 266 mcg/30 días.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. Obesidad central. Afebril. TA: 157/91 mmHg. ACP rítmica sin soplos, mvc sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalías, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. MMII: No edemas, no signos de TVP. Dolor en región paravertebral lumbar y región sacra sin limitaciones en la movilización. Se prescribe analgesia de 1º escalón, tras mal control del dolor se deriva a SUH. Rx lumbosacra: no se aprecian lesiones óseas. Signos degenerativos de artrosis. Analítica: Hemograma: hg 14.2, leucos 8740, plaq 222000, Bioquímica: gluc 137, creat 0.77, LDH 378, PCR 25.8. Orina: negativo. Se administra analgesia IV y se solicita RMN lumbar.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante paciente con H^a oncológica y mal control del dolor lo primero a descartar es que estemos ante una metástasis ósea. Resultados de RMN Columna lumbar: Hundimiento del platillo vertebral superior de T12 con edema vertebral, de aspecto osteoporótico. Sin realces que sugieran metástasis.

Diagnóstico diferencial

Protrusión discal Metástasis óseas Osteoporosis

Comentario final

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial, no siempre los pacientes oncológicos con dolor lumbar tiene que estar en relación con metástasis óseas, para ello se realizó RMN lumbar. Tras el diagnóstico de fractura osteoporótica y realización de densitometría ósea para valorar la densidad, se prescribe Tapentadol para control del dolor tras fracaso de analgesia de 1º escalón y Teriparatida para reducir el riesgo de nuevas fracturas.

Bibliografía

- Guía osteoporosis SEMI Tratamiento de la osteoporosis, Elsevier

823/281. AYUDA, QUIERO UNA VIDA NORMAL.**Autores:**

Carrascosa Muelas, B.¹, Hurtado Leiva, E.², Navas Avellaneda, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 30 años con antecedentes de obesidad, disfagia crónica por estenosis esofágica de 20 cm, esofagitis eosinofílica y hernia de hiato. Acudió a consulta por malestar general persistente. No alergias medicamentosas, no fumadora, no hábitos tóxicos, no tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Empeoramiento de su estado general de 3 meses de evolución, astenia, labilidad emocional, alteraciones del sueño, sudoraciones y mareos. Distanciamiento social debido a su bajo ánimo y ansiedad. Su dieta consistía en alimentos blandos y no ácidos, pero experimentaba regurgitaciones y tos. Expresó gran malestar y ansiedad por no poder realizar actividades cotidianas, sentimientos de culpa y desesperanza. Exploración: regular estado general con agitación notable. Consciente, orientada, poco colaboradora y evitativa. Lenguaje entrecortado, baja capacidad comprensiva por continuos sollozos. Palidez de piel y mucosas. Afe-

bral y eupneica en reposo. Saturación: 98%. Tensiones arteriales: 110/70 mmHg. Frecuencia cardíaca: 82 lpm. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos, no extratonos y murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no megalías, sin signos de peritonismo. Analítica: Hematíes $4,89 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobina 10,6 g/dL, hematocrito 34,8 %, volumen corpuscular medio 70,9 fL, hemoglobina corpuscular media 21,6 pg, concentración de hemoglobina corpuscular media 30,5 g/dL, plaquetas $216 \times 10^3/\mu\text{L}$, velocidad sedimentación globular 2 mm/h, glucemia 90 mg/dL, creatinina 0,73 mg/dL, Filtrado Glomerular >90 mL/min, bilirrubina total 0,25 mg/dL, iones normales, parámetros hepáticos con valores normales, colesterol total 144 mg/dL, colesterol HDL 52 mg/dL, colesterol LDL 70 mg/DL, triglicéridos 110 mg/DL, ferritina 5,4 ng/mL, Hb glicosilada 5,8 %, tirotropina 2,12 µUI/mL. Uroanálisis y urocultivo normales.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Anemia microcítica e hipocrómica. Trastorno adaptativo.

Diagnóstico diferencial

Trastorno ansioso-depresivo, esofagitis eosinofílica activa, enfermedad autoinmune, infección.

Comentario final

Recomendación: Iniciar tratamiento farmacológico y controlar estado anímico (Sertralina y Alprazolam en gotas). Seguimiento por Atención Primaria. Derivación a Salud Mental y a Cirugía General y Digestivo para nueva gastroscopia. Evitar bebidas carbonatadas y azucaradas, alimentos ácidos y grasos. Tratar anemia y reponer ferritina. Inicialmente rechazó tratamiento pero, gracias a su familia, terminó aceptándolo. Mejoró nutrición y estado anímico. Actualmente, en expectativa de cita por Digestivo, con seguimiento adecuado desde Atención Primaria.

Bibliografía

- Zapata-Ospina JP, Sierra-Muñoz JS, Cordeño-Castro CA. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de adaptación en Atención Primaria. SEMERGEN. 2021;47(3):197-206.

823/282. PISTAS EN LA PIEL Y EL CORAZÓN: RESOLVIENDO UN CASO DE FIEBRE REUMÁTICA

Autores:

Luna Zamora, R.¹, Luna Zamora, F.², Díaz Rodríguez, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel-Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carihuela. Torremolinos. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 41 años que acude a nuestra consulta por primera vez de Atención Primaria, no alergias medicamentosas, con procedencia argentina, hija adoptiva por lo que no conoce antecedentes personales. Consulta por nódulo subcutáneo de 2 cm en muslo derecho de tres semanas de evolución, además refiere dolor articular en las últimas semanas, astenia e incluso episodio febril que cedió espontáneamente. Refiere historia de faringitis estreptocócica no tratada hace 2 meses. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, afebril (36,5º), orofaringe normal, dolor en grandes articulaciones (rodillas, tobillos) con signo de inflamación y limitación de movimiento. No se aprecian erupciones cutáneas, pero se palpa nódulo subcutáneo de 2 cm, móvil, no adherido a planos profundos. En la auscultación tonos rítmicos, se detecta un soplo cardíaco suave. No se observan hallazgos neurológicos. Analítica: leucocitos $15610/\mu\text{L}$, PCR 71,8 mg/dL. Antiestreptolisina O (ASLO): Elevada. Ecocardiograma: Regurgitación mitral leve, compatible con carditis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fiebre reumática, con criterios de Jones: artritis migratoria, carditis, y evidencia de infección estreptocócica reciente.

Diagnóstico diferencial

Artritis infecciosa. Lupus eritematoso sistémico. Enfermedad de Still.

Comentario final

La fiebre reumática es una complicación postinfecciosa de la faringitis estreptocócica no tratada, que puede afectar el corazón, las articulaciones y otros sistemas. Un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado con antibióticos y antiinflamatorios es esencial para prevenir daños a largo plazo, como la valvulopatía. La profilaxis antibiótica continua previene recurrencias. Este caso subraya la importancia de tratar oportunamente las infecciones estreptocócicas y realizar seguimiento a largo plazo para

evitar complicaciones graves. La detección precoz y el manejo adecuado mejoran el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- Remenyi B, Wilson N, Steer A, et al. World Heart Federation criteria for diagnosis of acute rheumatic fever in the year 2015. *Heart*. 2016;102(6): 413-418.
- Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, et al. The global burden of group A streptococcal infections. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(11):685-694.

823/283. ENDOCARDITIS MITRAL COMO PRESENTACION ATIPICA DE NEOPLASIA PANCREATICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:

Ruiz Fernández, M.¹, Sánchez Rodríguez, C.², Gándara González, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 56 años sin AP de interés con múltiples consultas en CS por astenia y dispepsia con pruebas normales. En la última consulta acude por frialdad de miembro inferior izquierdo, realizándose doppler con ausencia de flujo, derivándose a hospital donde se le realiza trombectomía y alta precoz. Acude nuevamente a consulta en 72h por deterioro general, derivándose a hospital, ingresando por sepsis de origen desconocido con alta al cuarto día ante buena evolución con antibiótico y cultivos negativos. A las 48h acude a CS por cuadro de torpeza de MSD, disartria, presentando bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria de rápida instauración, trasladándose emergentemente a SUH. Se realiza TC cráneo con ACVA isquémico bihemisférico subagudo y ECG con SCACEST, realizándose coronariografía. Durante su estancia en UCI sufre fracaso multiorgánico, se realiza TC abdomen con tumoración pancreática e infartos isquémicos múltiples. Se realiza ETE donde se visualiza endocarditis mitral, falleciendo finalmente la paciente.

Exploración y pruebas complementarias

Deterioro general progresivo. Abdomen anodino. Exploración neurológica normal. ACP Rítmica sin soplos.

MVC. Doppler MII:ausencia de flujo arterial femoral. Analítica:PCR 212mg/L, PCT 15 ng/ml, leucocitos 30.400. CA 19.9: >120.000 U/ml TC de cráneo:infarto cerebral parieto-temporal derecho y occipital izquierdo subagudo. TC abdomen:tumor en cola de páncreas. Infartos isquémicos hepáticos, esplénicos y renales. Lesión lítica en D11. Coronariografía:SCA embólico con afectación distal de 2 vasos (DA y Cx). Oclusión arteria humeral derecha.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

ENDOCARDITIS MITRAL SECUNDARIA A NEOPLASIA PANCREÁTICA CON EMBOLISMOS MÚLTIPLES (Cerebral, cardiaco, hepático, renal, esplénico, arteria humeral y femoral)

Diagnóstico diferencial

Neoplasia oculta, sepsis de origen desconocido, endocarditis séptica, carcinoma pancreático,embolismo múltiple.

Comentario final

La neoplasia oculta sigue suponiendo uno de los diagnósticos más complejos en el día a día en atención primaria. Este caso en concreto supone una presentación atípica larvada, mostrando síntomas inespecíficos en distintos aparatos; secundario al estado protrombótico del cáncer, siendo fundamental integrar todos los síntomas para un diagnóstico certero y precoz.

Bibliografía

- Rahman M, Wiles A, Shekhar R. Pancreatic cancer with multiple liver metastasis complicating multi-organ infarcts from marantic endocarditis and Trousseau's syndrome. *Clin Med (Lond)*. 2022 Jul;22(Suppl 4):29-30.
- Patel MJ, Elzweig J. Non-bacterial thrombotic endocarditis: a rare presentation and literature review. *BMJ Case Rep*. 2020 Dec 13;13(12).

823/284. TOXOPLASMOSIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autores:

Luna Zamora, R.¹, Luna Zamora, F.², García Paulete, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel-Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 35 años, con antecedentes de trasplante renal hace 2 años, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por fiebre, cefalea intensa y signos neurológicos focales (hemiparesia derecha) desde hace 5 días. El paciente refiere no haber cumplido con el régimen inmunosupresor correctamente en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, el paciente presenta fiebre de 38°C, conciencia ligeramente obnubilada, hemiparesia derecha de 3/5 en la escala de fuerza muscular, y signos meníngeos negativos. No se observan lesiones cutáneas ni adenopatías. Se realiza una tomografía computarizada (TC) de cráneo, que muestra lesiones encefálicas multifocales, con lesiones hipodensas en la sustancia blanca, compatibles con abscesos. Se solicita serología para toxoplasmosis, resultando positiva para IgG e IgM. La PCR de líquido cefalorraquídeo para Toxoplasma también resulta positiva.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Toxoplasmosis encefálica

Diagnóstico diferencial

Linfoma primario del sistema nervioso central. Absceso cerebral bacteriano. Criptococosis meníngea.

Comentario final

La toxoplasmosis es una infección oportunista frecuente en pacientes inmunocomprometidos, como los transplantados, debido a la disfunción en la respuesta inmune celular. Los síntomas comunes incluyen fiebre, cefalea, alteraciones neurológicas focales y signos meníngeos, lo que puede llevar a la confusión con otras patologías. El diagnóstico temprano es crucial para el tratamiento adecuado, que generalmente incluye sulfonamidas y pirimetamina. Este caso resalta la importancia de un enfoque diagnóstico integral y la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de trasplante y tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

- Toxo, G., & Albani, G. (2016). Neurological complications in transplant recipients: A review. *J Infect*. 2016;72(3): 177-183.

- Torgerson PR, Mastroiacovo P. The global burden of toxoplasmosis: A systematic review. *Acta Trop*. 2013;127(1): 44-48.

823/285. HEPATITIS AUTOINMUNE EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN RETO DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Autores:

Luna Zamora, R.¹, LUNA ZAMORA, F.², Díaz Rodríguez, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel-Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carihuela. Torremolinos. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 29 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a consulta por fatiga persistente y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen desde hace 3 meses. Refiere además pérdida de apetito y sensación de náuseas frecuentes. No presenta fiebre ni cambios en el color de la piel.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, se observa leve ictericia en escleróticas. El abdomen es blando, con dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho, sin signos de ascitis. No hay hepatomegalia ni esplenomegalia. El resto de la exploración física es normal. En analítica sanguínea: Elevación de transaminasas (AST 180 U/L, ALT 210 U/L), bilirrubina total 1.3 mg/dL, albúmina 3.5 g/dL. Se realiza interconsulta a Digestivo ampliando pruebas de serología: Anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, anticuerpos antimúsculo liso (SMA) positivos, anticuerpos anti-LKM1 negativos. Ecografía hepática: normal, sin signos de cirrosis o masas hepáticas. Biopsia hepática: inflamación portal y periportal con infiltrado linfocítico, compatible con hepatitis autoinmune tipo 1.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hepatitis autoinmune en paciente joven con criterios serológicos compatibles.

Diagnóstico diferencial

- Hepatitis viral
- Enfermedad de Wilson
- Cirrosis biliar primaria

- Esteatosis hepática no alcohólica

Comentario final

La hepatitis autoinmune es una enfermedad hepática crónica caracterizada por inflamación hepática con la presencia de autoanticuerpos específicos. En Atención Primaria, el diagnóstico temprano es clave, ya que el tratamiento adecuado con corticosteroides puede prevenir la progresión a cirrosis y otras complicaciones. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes jóvenes con alteraciones hepáticas inexplicadas, especialmente cuando los estudios serológicos son positivos. La derivación temprana a atención especializada es crucial para evitar daños hepáticos irreversibles.

Bibliografía

- Mieli-Vergani G, Vergani D, Ma Y. Autoimmune hepatitis. *Clin Liver Dis.* 2014;18(3):497-510.
- Zeniya M, Ohira H, Takahashi H, et al. Hepatitis autoimmune: diagnóstico, tratamiento y pronóstico. *Hepatol Res.* 2017;47(8):732-739.

823/291. SALUD MENTAL EN NUESTROS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Sampedro Padilla, A.¹, Rael Sánchez, P²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Mujer de 35 años, sin antecedentes médicos de relevancia, acude a consulta por síntomas de ansiedad, insomnio y ánimo depresivo. Refiere que estos se han intensificado en los últimos meses tras una separación con expareja por violencia de género y conflictos familiares constantes por mala relación con sus dos hijas. Presenta antecedentes de varios intentos autolíticos; el último hace dos meses con ingesta medicamentosa, que motivó ingreso hospitalario. Actualmente, en tratamiento con citalopram 20mg/24h y lorazepam 2mg/24h, tras fracaso de varios tratamientos previos pautados.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 123/68, Auscultación cardiorrespiratoria rítmica a 70 latidos por minuto y murmullo vesicular conservado, saturación de oxígeno 99%. En la exploración psicopatológica; la paciente se muestra ansiosa, con discurso centrado en su malestar emocional. No se detectan alteraciones en la percepción ni ideación delirante. Presenta ánimo hipotímico con labilidad emocional y sentimientos de desesperanza. No expresa ideación suicida en el momento, aunque reconoce pensamientos recurrentes de muerte.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El cuadro clínico es compatible con un trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos, desencadenado por una separación conflictiva y problemas familiares persistentes.

Diagnóstico diferencial

sería entre trastorno depresivo mayor (la paciente conserva su capacidad funcional y sus síntomas están vinculados a factores estresantes recientes), y trastorno de ansiedad generalizada (la ansiedad es secundaria al conflicto y no la entidad primaria).

Comentario final

Se mantiene el seguimiento desde atención primaria en coordinación con salud mental. Se refuerza la importancia de adherencia al tratamiento y de la psicoterapia. Se acuerda con la paciente acudir a nuestra consulta para citas de revisión y la importancia de acudir de urgencia ante nueva tentativa suicida. En este caso se resalta la importancia del seguimiento longitudinal de los pacientes y su familia, así como la exploración de acontecimientos vitales estresantes tomando como base el genograma

Bibliografía

- Constantin D, Dinu EA, Rogozea L, Burtea V, Leasu FG. Therapeutic Interventions for Adjustment Disorder: A Systematic Review. *Am J Ther.* 2020 Jul/Aug;27(4):e375-e386.
- Fegan J, Doherty AM. Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Aug 18;16(16):2967

823/292. TROMBOSIS VENOSA DETECTADA POR ECOGRAFÍA

Autores:

Vilches Aguilera, M.¹, Morales Navarro, A.², Vega Sanchez, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 63 años de edad, con adenocarcinoma de pulmón activo. Terminó ciclo de quimioterapia hace 2 semanas. Acude por urgencias a nuestro CS por inflamación y dolor en flexura de codo izquierdo. Lo asocia con venopunción traumática en su penúltima sesión de quimioterapia. Debido a problemas con la vía la quimioterapia se administró finalmente por el brazo derecho. No otros síntomas locales ni sistémicos.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, eritema evidente en la flexura del codo izquierdo, con zona indurada. Se palpa con facilidad vena basilar muy indurada, casi pétrea a la altura de cabeza humeral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Si bien la clínica es compatible con una flebitis, la venopunción fue hace 4 semanas y no refiere síntomas desde entonces.

Diagnóstico diferencial

Flebitis vs trombosis venosa Se realiza ecografía clínica detectando trombo que ocupa la totalidad de la luz venosa. Doppler negativo que no positiviza con tapping distal.

Comentario final

Se deriva a urgencias hospitalarias para realizar ecografía reglada y descartar afectación proximal (TVS vs TVP)

Bibliografía

- Díaz-Rodríguez, N., Garrido-Chamorro, R.P. and Castellano-Alarcón, J. (2007) 'Ecografía: Principios Físicos, ecógrafos y Lenguaje Ecográfico', SEMERGEN-Medicina de Familia, 33(7), pp. 362-369. doi:10.1016/s1138-3593(07)73916-3.

823/293. A PROPÓSITO DE UNA IMAGEN RX**Autores:**

Alonso Guijarro, M.¹, CONDE ROS, M.², Ruano García, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Castro del Río. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 72 años con los siguientes antecedentes personales: exfumadora, enfermedad de Crohn, escoliosis y síndrome depresivo. En tratamiento con infliximab cada 8 semanas, mirtazapina, ketazolam y omeprazol. Acude a urgencias por traumatismo en brazo izquierdo tras caída en la vía pública. Es dada de alta con tratamiento analgésico y a los 6 días tras revisión de radiografías le avisan por fractura de cabeza de radio izquierdo y pseudotumor deltoideo.

Exploración y pruebas complementarias

- Radiografías A.P. de hombro izquierdo y de hombro bilateral
- Radiografía A.P. y lateral de húmero izquierdo
- Radiografía A.P. y lateral de antebrazo izquierdo

Con los siguientes hallazgos: Radiolucencia en la cortical externa de diáfisis humerales, siendo más llamativo en el izquierdo, compatible con pseudotumor deltoideo (variante anatómica de la normalidad asociada a la inserción humeral de deltoides). Fractura de cabeza de radio izquierdo, con escalón en la superficie articular (fractura de Mason tipo II). Moderados cambios degenerativos en ambas articulaciones acromioclaviculares.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pseudotumor deltoideo.

Diagnóstico diferencial

Lesión por avulsión, erosión ósea asociada a tendinitis calcificada, defecto cortical fibroso e infecciones.

Comentario final

La paciente fue dada de alta con tratamiento conservador: cabestrillo y analgesia durante 2 semanas con ejercicios de rehabilitación posterior en domicilio. El pseudotumor deltoideo hace referencia a las variantes anatómicas en la zona de inserción deltoidea. La causa no está clara, aunque podría ser la misma que la de la tendinopatía, entesopatía o de los fenómenos de tracción. En la radiografía podemos ver un engrosamiento cortical regular, con el borde

liso y bien definido en el lugar de inserción del deltoides. El mismo hallazgo en el hombro contralateral nos ayuda a confirmar el diagnóstico.

Bibliografía

- García-Espinosa J, Moya-Sánchez E, Martínez Martínez A. *Pseudotumor deltoideo y pseudoquiste de la cabeza humeral. Dos variantes anatómicas que pueden generar confusión.* SEMERGEN. 1 de abril de 2021;47(3):e21-2.
- Hanna S, Al-Hindi B, Khaja A. *Pseudotumor Deltoideus Case Report: An Incidental Finding After a Proximal Humerus Fracture.* Act Scie Ortho. 30 de marzo de 2020;3(4):59-62.
- Lui SK. *A rare case of pseudotumor deltoideus encountered in stroke rehabilitation.*

823/295. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA: CASO CLÍNICO DE PAROTIDITIS

Autores:

Pulido Criado, J.¹, Moreno Jiménez, M.¹, García Morales, M.²

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 Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Se comenta el caso de un varón de 18 años, sin antecedentes personales de interés, originario de Marruecos con 3 años de residencia en España, que acude a consulta por fiebre de hasta 39ºC de 5 días de evolución. Al quinto día, inicia inflamación de ángulo mandibular bilateral asociando dolor en la zona. El paciente refiere haber sido vacunado en Marruecos pero no recuerda de qué. No presenta carilla de vacunación ni informes de vacunación en España.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con regular estado general. Consciente y orientado. Acude a pie a consulta. Exploración orofaríngea: no se objetiva exudado pultáceo amigdalar, flemón dentario ni piezas dentales en mal estado. No se encuentran signos de abceso dentro de la cavidad bucal. Adenopatías submandibulares y cervicales de características reactivas: no pétreas ni adheridas a planos profundos de aproximadamente 0.5-1 cm de diámetro. Exploración facial: inflamación bilateral, simétrica, sin

eritema, localizada en el ángulo mandibular. A la palpación presenta consistencia gomosa, no pétreas, uniforme y dolorosa al tacto. Ante la sospecha de parotiditis vírica, se notifica el caso a Epidemiología de distrito, que indican realizar PCR en saliva, con la que se confirma el diagnóstico de presunción. El paciente fue aislado 10 días en su domicilio, fue contactado ocasionalmente por Epidemiología por vía telefónica y, posteriormente, se le citó para completar pauta de vacunación.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Parotiditis vírica

Diagnóstico diferencial

Parotiditis bacteriana Obstrucción bilateral de conducto de Stenon Infección de origen dentario o amigdalar

Comentario final

Aunque gracias a la vacunación de la población general enfermedades como la parotiditis estén prácticamente erradicadas en nuestro medio, hay que tener en cuenta factores como la inmigración desde países que no cuentan con una política de vacunación tan estricta, fallos en algunos lotes de vacunas y personas que se niegan a vacunarse, entre otros, como agentes que puedan hacer que estas enfermedades aparezcan ocasionalmente en nuestra consulta.

Bibliografía

- de Frutos, A. H., López-Perea, N., et al. (2023). Vigilancia epidemiológica y virológica de la parotiditis en España, 2005-2022. Boletín Epidemiológico Semanal, 31(3), 139-165.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. [Internet]. 2013

823/296. LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES RARAS

Autores:

Fernández García, E.¹, Quero Rodriguez, B.², Cruz Rodríguez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Motril.

Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 19 años, acude a consulta acompañada por su madre. Ha consultado en varias ocasiones por dolor osteomuscular, hallux valgus e hiperlaxitud de muñecas, demostrando su preocupación por las patologías diagnosticadas a su madre y la posibilidad de heredárlas y transmitirlas a su futura descendencia. Su madre de 48 años diagnosticada de: Espina bífida sacra, úvula bífida, artropatía degenerativa, fibromialgia, hiperlaxitud ligamentosa, osteopenia, espondiloartrosis, asma, insuficiencia venosa crónica, dismorfia mandibular con malposición de piezas dentarias, con fracaso terapéuticos por hemorragias durante procedimientos que han obligado a interrumpir tratamiento. Durante la entrevista se indaga sobre la posible agregación familiar, realizándose árbol genealógico. Ante sospecha de enfermedad rara con base genética, hacemos consulta a la Unidad de Genética, que realiza estudio genético a la madre. Previa información y consentimiento informado.

Exploración y pruebas complementarias

En exploración física destaca dismorfia facial, úvula bífida, insuficiencia venosa crónica, hiperlaxitud de muñecas bilateral. Pruebas de imagen: Rx se evidencia espina bífida. Árbol genealógico: patrón de herencia autosómico dominante. Estudio genético de caso índice: mutaciones en el gen COL3A1(2q32.2) que codifica las cadenas pro-alfa1 del procolágeno tipo III.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

sospecha Síndrome de Ehlers-Danlos vascular.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Ehlers-Danlos clásico, síndrome de Loeys-Dietz, la enfermedad renal poliquística y el síndrome de Marfan.

Comentario final

La atención a la familia en su conjunto, tan inherente al médico de familia a lo largo del tiempo, permite cuestionarse qué enfermedades que a priori pasarían desapercibidas, pueden tener una base genética, y ante el desarrollo de la genómica y genética clínica y su uso en nuestro campo, puede abrir puertas que hasta ahora no conocíamos, para llegar a diagnósticos precoces en enfermedades raras, que permiten instaurar tra-

tamientos específicos al paciente afecto y el consejo genético para futuras generaciones.

Bibliografía

- Ejarque Doménech I, Marín Reina P, García-Miñaur Rica S, Chirivella González I, Martínez Martínez MT, García Rodríguez AM, Álvarez de Andrés S, Tellería Orriols JJ. Criterios de derivación a genética clínica desde Atención Primaria. Documento de consenso. 2022;54:1-8.
- Ejarque Doménech i, García Ribes M. Habilidades y competencias en genética clínica para el médico de familia español. 2016;48(7):427-428.

823/298. DOCTOR, ME DUELE EL PECHO.

Autores:

Generoso Torres, C.¹, Delgado Romero, P.², Muñoz Beltrán, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Martos. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 27 años de edad, gestante de 10 semanas, sin antecedentes personales de interés. No reacciones alérgicas medicamentosas. Acude a consulta de urgencias de atención primaria por dolor punzante en hemicárdio derecho que se irradia a cuello y a espalda de 24 horas de evolución, que se ha ido incrementando progresivamente. Además, presenta disnea y tos sin expectoración. Afebril. Refiere varios episodios similares de menor intensidad que se resolvieron espontáneamente coincidiendo con la menstruación.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Eupneica en reposo. Saturación oxígeno 95% sin aporte externo. Tensión arterial: 110/89 mmHg. FC 88 lpm. Afebril. Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria: MVC en hemicárdio izquierdo, y silencio auscultatorio en hemicárdio derecho. Ecografía torácica: No se encontraron hallazgos. Radiografía posteroanterior de tórax en inspiración forzada (con mandil de protección y tras firmar consentimiento informado): Presencia de aire en espacio pleural derecho

con colapso completo de pulmón ipsilateral. Analítica: Hemograma, bioquímica, coagulación y PCR dentro de los límites de la normalidad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neumotórax espontáneo.

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural, tromboembolismo pulmonar, diseción aórtica, úlcera péptica perforada, cardiopatía isquémica, pericarditis, rotura esofágica.

Comentario final

Se procede a derivar a la paciente a urgencias de hospital, donde se realiza el ingreso en planta de cirugía torácica. Se realiza drenaje torácico. La paciente evoluciona favorablemente y a los 7 días de ingreso se procede al alta con las siguientes recomendaciones: paracetamol si dolor, reposo relativo, no actividad física intensa, y revisión en un mes. La radiografía simple de tórax en gestantes, con mandil protector, es una prueba de imagen segura en estas pacientes debido a que produce una carga de radiación baja. En este caso fue necesario realizarla para confirmar el diagnóstico, ya que con la ecografía no conseguimos detectar el neumotórax en esta paciente.

Bibliografía

- A. Retegui García, S. González Castro, P. Arrieta Narváez. 2022. Actualización sobre neumotórax. *Medicina–Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. Elsevier. Volumen 13, Número 68 ,Noviembre 2022, Páginas 4006-4014.
- L. Lorda Galiano, L. Hernández Echevarría, Al Beato Canfux et al. Neumotórax espontáneo. *Rev Cub Med Mil [online]*. 2021, vol.50, n.3 Epub 01-Sep-2021. ISSN 1561-3046.

823/299. LO QUE USTED TIENE QUE HACER ES DEJAR DE FUMAR

Autores:

Rael Sánchez, P.¹, Sampedro Padilla, A.², Jaime Luna, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er 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 Zaidín Sur. Granada, (3) Residente de 1er año de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Descripción del caso

Mujer de 62 años que acude a consulta refiriendo tos y expectoración el último año. Refiere también disnea al realizar ejercicio, siendo incapaz de mantener el paso de su marido cuando salen a caminar en llano. Al preguntarle por los catarros del último año, refiere haber tenido sólo un catarro que resolvió con inhaladores ambulatoriamente. -Antecedentes personales: HTA, dislipemia. -Hábitos tóxicos: Fumadora de 30 cigarrillos/día desde los 20 años. -Tratamiento habitual: Enalapril 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg, Atorvastatina 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias

A la auscultación, hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares y sibilantes dispersos. Rítmica, sin soplos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas, pulsos conservados. Solicitamos: -Analítica con eosinófilos y alfa 1 antitripsina. -Espirometría: FEV1 60%; FEV1 postbroncodilatador 63%. FVC 82% FEV1/FVC 60%; FEV1/FVC postbroncodilatador 62%. -Radiografía de tórax: Aplanamiento diafragmático.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

EPOC moderada. Grado II de la GOLD, mMRC 2. Grupo B de la ABE.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de EPOC parecía bastante probable ante la clínica y los antecedentes de la paciente, pero solicitamos espirometría y test postbroncodilatador para excluir la posibilidad de una obstrucción reversible al flujo aéreo.

Comentario final

Tras el diagnóstico de EPOC, es esencial realizar una intervención antitabáquica, transmitiendo al paciente la importancia de abandonar el tabaco en su patología. También es importante la vacunación frente a gripe, covid, neumococo, herpes zoster y VRS. Tras esto, debemos clasificar al paciente en función del grado de disnea y del número de exacerbaciones al año, para así decidir la terapia inhalada que se le prescribe. En este caso, al ser un paciente del grupo B, iniciamos doble broncodilatación con LABA + LAMA. Debemos asegurarnos de que la técnica inhalatoria se realiza correctamente. Es conveniente seguir a estos pacientes, con radiografía, analítica y espirometría anuales.

Bibliografía

- Dreyse J. Manejo de la EPOC en la era moderna. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2024; 35 (3-4):209-220.
- Miravitles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, et al. Spanish COPD guidelines (GesE-POC) 2021: Updated pharmacological treatment of stable COPD. *Arch Bronconeumol.* 2022; 58: 69-81.

823/300. DOCTOR, NO CEDE MI CEFALEA.

Autores:

Generoso Torres, C.¹, Delgado Romero, P.², Muñoz Beltrán, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Martos. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Descripción del caso

Paciente mujer de 45 años, sin antecedentes personales de interés. Refiere que presenta cefalea diariamente de tipo opresivo desde hace 2 meses que no cede con tratamiento analgésico. Previamente no había presentado cefalea de estas características y duración. Tras reiteradas consultas va presentando los siguientes síntomas, además de la cefalea: entumecimiento en región izquierda de la lengua, hipoaacusia en oído izquierdo, alteración del gusto, sensación de inestabilidad de la marcha y parestesias en hemicara izquierda.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración orolaríngea: Sin alteraciones. Otoscopia: Sin alteraciones. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Resto de pares craneales conservados. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservadas, salvo en hemicara izquierda. Marcha conservada, con leve inestabilidad y desviación a la izquierda. No dismetría ni diadococinesia. No claudicación de miembros. Romberg negativo. Auscultación cardio-respiratoria: Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Analítica: Parámetros en rango. RMN de cráneo: Masa heterogénea en ángulo ponto-cerebeloso izquierdo con componente intracanalicular,

ejerciendo efecto masa sobre el cuarto ventrículo y condicionando una hidrocefalia supratentorial. Estudio anatomopatológico post-cirugía: Lesión compatible con Neurinoma del acústico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neurinoma del acústico o schwannoma vestibular.

Diagnóstico diferencial

Trastorno facticio, meningioma, colesteatoma, quiste aracnoideo, metástasis, enfermedad de Ménière.

Comentario final

Se realiza intervención quirúrgica para la extracción de la lesión. Tras el procedimiento quirúrgico la paciente evoluciona favorablemente sin secuelas. Desaparición de sintomatología por la que consultó. En este caso clínico podemos analizar la importancia de realizar un diagnóstico precoz, que puede suponer un factor determinante a la hora de tratamiento y evolución de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Quiñónez Rivas MA, Céspedes Cabaña MF, Ucedo González OM. 2023. Neurinoma del acústico. *Discover Medicine.* Facultad de Ciencias Médicas, Filial Santa Rosa del Aguaray. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay: Vol. 3 Núm. 2. Sauvaget E, Kici S, Kania R, et al. Sudden sensorineural Hearing loss as a revealing symptom of vestibular Schwannoma. *Acta Otolaryngol* 2005; 125: 592-5.

823/302. ¿SOLO UN SÍNCOPE? EL INFARTO SILENCIOSO

Autores:

Ruiz Salcedo, S.¹, Contreras Aranda, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM) y cardiopatía isquémica revascularizada en 2002. Nos avisan al SUAP por pérdida de conciencia en vía pública tras vómito, relajación de esfínteres y posterior recuperación completa.

Exploración y pruebas complementarias

TA indetectable, por lo que se canaliza vía venosa periférica y se administran 500 mL de suero salino fisiológico (SSF), quedando en 123/83 mmHg. Paciente pálido y algo sudoroso. Consciente. Niega dolor torácico, abdominal o disnea. Refiere náuseas, por lo que se administra metoclopramida intravenosa. Se realiza EKG que muestra ritmo sinusal a 80 lpm y elevación del ST en V4, V5 y V6. Se activa código infarto y se traslada a hospital de referencia, donde se realiza ICP con extracción de trombo y colocación de stent en arteria descendente anterior y circunfleja, y coronaria derecha en un 2º tiempo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCA-CEST) anterolateral

Diagnóstico diferencial

Síncope no cardiógenico

Comentario final

La cardiopatía isquémica se caracteriza por un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y su demanda en el tejido miocárdico, debido habitualmente, a la acumulación de una placa aterosclerótica en las arterias epicárdicas, lo que origina una isquemia miocárdica. Tiene distintas presentaciones, entre las que se encuentra el síndrome coronario agudo. La clínica se caracteriza por dolor torácico de perfil coronario. Sin embargo, existe una presentación atípica en personas de mayor edad, mujeres, pacientes con diabetes o enfermedad renal crónica, como el caso de nuestro paciente. En estos pacientes es importante la valoración del cortejo vegetativo así como el diagnóstico diferencial del síncope, en el caso de presentarlo, ya que puede ser de origen cardiógenico o no. El médico de atención primaria tiene un papel fundamental en el control de los factores de riesgo cardiovascular y la detección de síntomas de inestabilización de la enfermedad coronaria. Además, realizará la evolución de los pacientes que presenten SCA al alta de su hospitalización.

Bibliografía

- Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 7º ed. Barcelona: Elsevier; 2023.

823/303. SIEMPRE TENGO LAS MANOS FRÍAS

Autores:

Megías Rodríguez, Y.¹, Del Razo Romero, M.², Hidalgo Salaverri, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (3) Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 58 años de edad con antecedentes de HTA controlada, en tratamiento con candesartán. Acude al servicio de urgencias por presentar sensación de adormecimiento acompañada de cianosis en el miembro superior derecho, síntomas que refiere haber iniciado en la mañana y que han progresado de forma gradual. Como antecedente relevante, se sometió hace un mes a una biopsia en el brazo derecho, sin incidencias durante el procedimiento. El resultado de la biopsia fue compatible con micobacteriosis atípica. Niega fiebre, disminución de fuerza del miembro, o cualquier otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

MSD: Pulsos distales conservados, relleno capilar lentecido en pulpejos en los dedos. Lesión en Brazo Derecho: Dermatitis granulomatosa con supuración, con aumento de temperatura Analítica: Hemograma: Leucocitosis, neutrófila. Coagulación anodinía, así como bioquímica anodinía. PCR: 16.50 y dímero D: 730 Se pauta Hibor 7500UI SC cada 24 horas x 10 días + Cloxacilina 500mg 1 vo cada 8 horas. Con curas en su Centro de Salud y mejoría tras el tratamiento.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Acrocanosis distal secundaria a micobacteriosis atípica

Diagnóstico diferencial

- Enfermedad ateroembólica
- Trombosis venosa del miembro superior
- Cianosis por exposición al frío

Comentario final

El pronóstico de la acrocanosis distal depende de varios factores, incluyendo la extensión de la infección,

el estado inmunológico del paciente y la rapidez con la que se inicie el tratamiento adecuado. Debido a la falta de sustitución de los médicos de atención primaria, los pacientes se ven directamente afectados. En este caso, la paciente no pudo iniciar su tratamiento a tiempo, ya que, al no disponer de una cita con su médico, se vio obligada a acudir al servicio de urgencias debido a las parestesias, a la extensión progresiva y a la preocupación por el resultado de una biopsia. Esta situación provocó un retraso en la atención médica oportuna, lo que a su vez impactó negativamente en la evolución clínica y la mejoría del paciente.

Bibliografía

- Nardell EA. *Infecciones por micobacterias no tuberculosas*. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/infecciones-por-micobacterias-no-tuberculosas>.

823/308. A TRAVÉS DE LA LESIÓN CUTÁNEA

Autores:

Morales Navarro, A.¹, Pereda Mateos, R.², Mariscal Ocaña, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando-Dr. Cayetano Roldan. San Fernando. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 75 años, con antecedentes personales de exfumador, que acude por tos seca de dos semanas de evolución. Se acompaña de síndrome constitucional (pérdida de 10kg de peso en los últimos 3 meses, astenia y pérdida de apetito), náuseas y molestias abdominales difusas de 6 meses de evolución. Afebril, sin otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, paciente con aceptable estado general y estable hemodinámicamente. Auscultación cardiopulmonar anodina con abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación de hemiabdomen superior sin signos de irritación peritoneal aunque hallazgo de lesión nodular umbilical con fondo necrótico.

Del mismo modo, se palpa adenopatía pétrea adherida a planos profundos de unos 3cm de diámetro a nivel inguinal derecho. Se solicita analítica (hemograma, bioquímica con perfil abdominal y coagulación), radiografía de tórax y sistemático de orina, con único hallazgo de imagen nodular a nivel de lóbulo superior derecho, no presente en radiografías previas, de unos 2cm de diámetro. Con estos datos, se realiza interconsulta con Dermatología ante lesión cutánea, quienes sugieren compatibilidad con nódulo de la hermana María José y realizan un seguimiento conjunto con Neumología y Oncología médica a día de hoy, ante sospecha de lesión secundaria a posible tumor pulmonar.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia pulmonar derecha a estudio.

Diagnóstico diferencial

Viriasis Debut EPOC

Comentario final

En ocasiones, en la exploración física nos focalizamos en la palpación y/o auscultación, olvidándonos de realizar una correcta inspección cutánea del paciente cuando esta nos puede dar datos decisivos a la hora de la sospecha clínica y de la toma de decisiones con nuestros pacientes. El nódulo de la hermana María José es considerado una metástasis cutánea asociada a determinadas neoplasias, entre las que se encuentra con mayor frecuencia el cáncer pulmonar.

Bibliografía

- Rodríguez JM, Sanz Peláez O, Santana L, Rey A, Suárez Ortega S, Betancor León P. Nódulo de la hermana María José como manifestación de cáncer de origen desconocido: presentación de un caso. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 285-287.

823/309. DOCTORA, VEO DOBLE

Autores:

Pantoja de la Rosa, L.¹, Valverde Morillas, C.², Morillas Jiménez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 81 años con los antecedentes personales de:-Fibrilación auricular. Dislipemia. Hipertensión Arterial. Acude a consulta acompañada por su hija quien nos cuenta clínica de varios meses de evolución consistente en perdida de memoria, alteración del comportamiento y algún fallo cognitivo. Además refieren que la notan más torpe, con frecuentes caídas y desde hace 1 semana se queja de visión doble y le notan el párpado derecho caído.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión Arterial: 136/88 mmHg Electrocardiograma: Fibrilación auricular con respuesta ventricular a 72lpm, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Auscultación cardio-respiratoria: Tones cardíacos arrítmicos. Sin otros hallazgos patológicos Neurológico: Leve claudicación de miembro superior izquierdo, ptosis palpebral derecha, no otra focalidad. Movimientos oculares extrínsecos: limitación leve a la aducción de ojo derecho (OD), y evidente a la supraversión. Agudeza visual: OD 1.0, Ojo Izquierdo (OI) 0.8 corrige a 1 con estenopeico. Movimientos oculares intrínsecos: Sin alteraciones. Campimetría por confrontación: normal en ambos ojos. Test gafa rojo-verde: diplopía cruzada. Ante los hallazgos, se decide derivar a la paciente a Urgencias Hospitalarias. Tras valoración por servicio de urgencias y oftalmólogo de guardia, se solicita tomografía craneal que informan como: Hallazgos son compatibles con hematoma subagudo. No obstante las áreas de engrosamiento hipercaptante y el realce de la corteza podrían indicar lesión tumoral subyacente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Lesión ocupante de espacio intracranegal

Diagnóstico diferencial

Tumor cerebral // Secuelas de traumatismo craneoencefálico // Hemorragia subaguda-crónica //

Comentario final

Nos encontramos ante una clínica sugerente de patología de manejo urgente. Pacienteañosa y anticoagulada con caídas frecuentes y síntomas de rápida evolución que nos indican que la paciente debe ser valorada de forma precoz. Las causas que justifican este cuadro son en su mayoría patologías graves como tumores intracraneales, hemorragias subagudas/crónicas que generan efecto compresivo o enfermedades como el

mieloma múltiple que pueden generar infiltración del sistema nervioso central. Es fundamental una correcta exploración, tras lo cual el paciente debe ser derivado para realización de pruebas complementarias que permitan filiar el caso.

Bibliografía

- Lee AG, Brazis PW. *Clinical pathways in Neuro-Ophthalmology. An evidence based approach* (2.^a ed.). New York, Thieme, 2003; 409-420.
- Mateos-Sánchez E. *Ptosis palpebral. Tipos, exploración y tratamiento quirúrgico*. Madrid: Ergón, 2008.

823/310. ALGO MÁS QUE UN SIMPLE RESFRIADO

Autores:

Santamarina Palop, P.¹, Pavon Lopez, F.², Rey Berenguer, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Mancha Real. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 31 años con antecedentes personales de cirugía de fimosis y fumador de 10-15 cigarros/día. Acude al Centro de Salud porque refiere sensación de dolor retroesternal fijo y de características punzantes que aumenta con la inspiración profunda, iniciado en el mismo día que mejora al incorporarse hacia delante. No cortejo vegetativo. Hace 5 días, presentó clínica catarral consistente en tos, odinofagia y fiebre de hasta 40°C con sensación de disnea asociada, tratándose como un cuadro de amigdalitis vírica. Se decide realizar un ECG donde se aprecia bloqueo de rama derecha ya conocido.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Estable hemodinámicamente. Constantes: Tensión arterial 130/69 mmHg, FC 70 lpm, SpO₂ 96% basal.

- Auscultación cardíaca: Tones ritmicos, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

- Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
- MMII: sin edemas ni signos de TVP.
- ECG: Ritmo sinusal a 50lpm, con Bloqueo de rama derecha(conocido) con ondas T de V1-V3.
- Analítica: Glucosa 86, Creatinina 0,85, urea 24, Bilirrubina total 0,5, GPT 23, amilasa 17, CPK 207, LDH 184, sodio 138, potasio 4,1, cloro 106. Troponinas: 700>950>1046 pg/mL. BNP 10,3, PCR 57,4.
- Hb 14,2 mg/dL, leucocitos 9680, plaquetas 330000.
- Coagulación normal.
- Ecocardio: normal
- Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico normal, sin redistribución vascular. Senos costofrénicos libres. No masas ni condensaciones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Miopericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial

Principales grupos de diferenciación: 1

1. Patología Coronaria: Síndrome coronario agudo y Angina de pecho.
2. Patología Cardíaca: Pericarditis aislada, Miocarditis aislada, Tako-Tsubo, Disección aórtica.
3. Patología Pulmonar: Tromboembolismo pulmonar, Neumotórax, Neumonía.

Comentario final

Importancia de identificar los elementos clave para la sospecha diagnóstica precoz:

1. Temporalidad y forma de presentación del dolor torácico.
2. Presencia de pródromos virales en días previos.
3. Características del dolor.
4. Cambios electrocardiográficos.
5. Biomarcadores cardíacos.
6. Hallazgos ecocardiográficos.

Al alta, recomendaciones de evitar esfuerzos físicos superiores a los propios de una persona sedentaria de su edad, durante al menos 3 a 6 meses. Pendiente de realización de Resonancia Magnética Cardiaca ambulatoria precoz.

Bibliografía

- Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 2015;36(42):2921-64.

823/312. DOCTOR, ME ESTÁ DANDO UN INFARTO

Autores:

Rey Berenguel, C.¹, Tiscar Martínez, J.², Santamarina Palop, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 41 años que demanda asistencia en domicilio por dolor centrotorácico intenso, de carácter opresivo irradiado a miembro superior izquierdo y espalda, de inicio súbito mientras cuidaba a su madre. Se acompaña de vómitos, sudoración y cefalea. Refiere, además, cuadro catarral los días previos con autotest de antígeno SARS-CoV2 negativo. Como antecedentes de interés es fumadora de 15 cigarrillos/día, ansiedad en tratamiento con alprazolam y presenta nódulo BIRADS 3.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, eupneica, nerviosa, consciente y orientada. Constantes: TA 180/100 mmHg, Sat. O2 100%. Exploración por aparatos normal. ECG: ritmo sinusal a 73 lpm, con ascenso de ST en cara inferior y anterolateral. Pruebas complementarias en hospital: radiografía de tórax sin hallazgos patológicos y analítica con elevación de troponinas en 3373 ng/ml. En estudio hemodinámico, coronarias normales con buen flujo distal. Se completa estudio mediante ventriculografía, que muestra VI no dilatado, FEVI normal y aquinesia apical con expansión sistólica (discinesia) e hiperquinesia compensadora de segmentos medios ventriculares y basales. En ecocardiograma TT se aprecia VI no hipertrófico, no dilatado con función sistólica global conservada sin alteraciones de la contractibilidad segmentaria. Llenado mitral normal con

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

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica, ansiedad.

Comentario final

Se administra en domicilio perfusión de nitroglicerina y fentanilo, doble antiagregación, Alprazolam 0.5 mg y Captopril 25 mg SL. No precisó tratamiento hemodinámico. Al alta: enalapril 20 mg/ hidroclorotiazida 12.5 mg y mononitrato de isosorbida 50 mg/24h. En caso de dolor torácico, nitroglicerina S.L. Este síndrome supone un 1% de los SCA. El 85% de los casos se describen en mujeres postmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovasculares. Se caracteriza por dolor torácico opresivo súbito, elevación de troponinas, estudio hemodinámico con coronarias normales y discinesia apical de ventrículo izquierdo. El principal desencadenante es el estrés. Es una patología reversible, con pronóstico benigno y resolución en pocos días presentando una baja mortalidad (menor del 5%).

Bibliografía

- Amin HZ, Amin LZ, Pradipta A. *Takotsubo Cardiomopathy: A Brief Review*. J Med Life. 2020 Jan-Mar;13(1):3-7.
- Dawson DK. *Acute stress-induced (takotsubo) cardiomyopathy*. Heart. 2018 Jan;104(2):96-102.

823/314. LA CLAVE DE LOS SIGNOS DE ALARMA

Autores:

Parrado Espinosa, M.¹, Merino Robledo, I.², Duarte Fernández, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 50 años, sin antecedentes personales, que consulta en Atención Primaria por dolor en fossa iliaca derecha, polaquiuria, disuria y coloración marronácea de semen de varias semanas de evolución, acompañado de hiporexia hace un año. Se realiza análisis de sangre, sin hallazgos, análisis de orina con microhematuria leve y ecografía abdominal, con lesión retrovesical. Ante los hallazgos, se realiza RM abdominal mostrando lesiones localizadas vesículas seminales. Se cita con urología para realizar biopsia. El paciente comienza con fiebre, solicitándose en urgencias TC abdominal, visualizando colecciones intraabdominales y rápido crecimiento de masa previamente visualizada, siendo ingresado en planta de urología, donde comunican el diagnóstico anatomo-patológico de sarcoma de partes blandas, requiriendo tratamiento quirúrgico durante el ingreso, con complicación en el ingreso con fistula enterocutánea. Tres meses después, tras comenzar con quimioterapia, ingresa en urgencias por hiperemesis, necesitando atención por parte de cuidados intensivos dada evolución a estado de shock hipovolémico, falleciendo en el servicio.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación normal. Abdomen no doloroso a la palpación. Exploración genital sin alteraciones. Tacto rectal con abombamiento de pared rectal anterior. Análisis de sangre con hemograma, bioquímica, perfil hepático y tiroideo sin alteraciones. PSA en rango. Análisis de orina con microhematuria. Urocultivo negativo. Ecografía abdominal con masa de ocho centímetros retrovesical. RM pélvica, masa sugerente de neoplasia localizada en vesículas seminales. Biopsia transrectal con resultado anatomo-patológico de sarcoma de partes blandas. Múltiples TC abdominales realizados en urgencias crecimiento agresivo de lesiones previamente descritas. TC de tórax mostrando metástasis pulmonares tras tres meses del diagnóstico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia abdominal (sarcoma de partes blandas).

Diagnóstico diferencial

Infección urinaria de partes bajas. Cólico renoureteral. Cáncer de próstata.

Comentario final

Es importante la promoción de la salud con los pacientes, pues en este caso el paciente tarda meses

en consultar desde el primer posible síntoma (la hipoxemia). Es fundamental una exploración exhaustiva, según la clínica del paciente. Además, el final puede desencadenarse por la demora en consultar, la agresividad de la enfermedad y la intervención y coordinación de otros servicios.

Bibliografía

- Christopher W Ryan, Janelle Meyer. (2024). *Clinical presentation, diagnostic evaluation, and staging of soft tissue sarcoma*. En Melinda Yushack (Ed.), *UpToDate*.

823/315. ¿ES COSA MÍA, O TENGO UNA ADENOPATÍA?

Autores:

Romero Carrillo, S.¹, Ljubic Bambil, K.², Del Razo Romero, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 39 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Ex-fumador. Antecedentes personales: apendicectomía, hernia discal, insuficiencia venosa. Consulta por nódulo axilar derecho único de tres meses de evolución, fluctuante en tamaño, no doloroso, sin inflamación, sin crecimiento progresivo. Sudoración nocturna en semanas previas. Afebril en la actualidad. Sin síndrome constitucional, con ganancia ponderal. No clínica infecciosa asociada, ni picadura de insectos ni ingesta de agua no potable. Sin viajes a zonas endémicas. Sin contacto estrecho con animales.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general y exploración física sin hallazgos exceptuando adenopatía axilar derecha palpable de unos 2-2.5 cm, profunda, no dolorosa. Ecografía en consulta: visualización de adenopatía axilar derecha de aspecto patológico. Radiografía de tórax sin imágenes de condensación ni derrame pleural. Mediastino normal. Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y serología para VIH, CMV, VEB, Hepatitis A, B y C negativas. Derivación a Medicina Interna para com-

pletar estudio. En analítica, anticuerpos antinucleares negativos, Toxoplasma gondii Ac IgM (+), IgG 547,3 (+). Avidez débil (un porcentaje de avidez bajo indica infeción reciente). Ecografía axilar bilateral confirma adenopatía de 4x1.5cm, ecografía de abdomen normal. PET-TAC: presencia de al menos tres adenopatías hipermetabólicas en axila derecha. Biopsia escisional de adenopatía: hallazgos compatibles con linfadenitis por toxoplasma. Plan: septrim y ácido fólico durante cuatro semanas, control analítico y ecográfico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Linfadenitis por toxoplasma

Diagnóstico diferencial

Mononucleosis infecciosa, VIH/SIDA, Rubéola, Sarampión, Hepatitis viral. Tuberculosis ganglionar, Sífilis secundaria, Brucellosis. Toxoplasmosis, Tripanosomiasis. Linfomas, Leucemias (linfocítica crónica), Metástasis de tumores, sólidos (mama, pulmón, cabeza y cuello, melanoma, próstata, estómago).

Comentario final

Poner de relieve la importancia de aumentar el tiempo de consulta en Atención Primaria para la rigurosa anamnesis, exploración física del paciente y gestión de los recursos disponibles al alcance del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; para poder así llevar a cabo un diagnóstico preciso o una derivación a consultas de atención especializada, sin temor a cometer errores derivados por la falta de tiempo. En este caso en concreto ha sido el de pedir en analítica los anticuerpos de toxoplasma.

Bibliografía

- Freeman AM, Matto P. *Lymphadenopathy*. 2023 Feb 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30020622.

823/316. ANEMIA EN MUJER JOVEN: ¿QUÉ ESCONDE?

Autores:

Narbona Molina, P.¹, Narbona Molina, G.², Fons Cañizares, S.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 Limonar.

Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 24 años, con antecedentes médicos de asma, rinoconjuntivitis alérgica e implante de prótesis mamarias, que consulta inicialmente en Atención Primaria por astenia progresiva de 8 meses de evolución, acompañada de metrorragias abundantes y prolongadas. La analítica muestra anemia normocítica normocrómica que no mejora con hierro. El médico de familia decide derivar a urgencias para una evaluación más profunda.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la exploración, se realiza una auscultación pulmonar, encontrando crepitantes en la base derecha, lo que motiva la solicitud de una radiografía de tórax, que muestra consolidación en el lóbulo inferior derecho y adenopatías mediastínicas. El internista inicialmente diagnostica neumonía y prescribe antibióticos, pero la paciente regresa a urgencias debido a la persistencia de los síntomas. Se realiza un PET-TAC que revela adenopatías mediastínicas múltiples, consolidación pulmonar y esplenomegalia. La biopsia de médula ósea (BAMO) confirma el diagnóstico de linfoma linfoplasmocítico. Se inicia tratamiento con bendamustina y rituximab, con evolución clínica favorable.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El diagnóstico inicial de anemia y trombocitopenia con adenopatías mediastínicas se evaluó como posible proceso infeccioso, autoinmune o neoplásico. Tras las pruebas complementarias, el diagnóstico definitivo fue linfoma linfoplasmocítico.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluyó procesos infecciosos subagudos (como tuberculosis o hongos), enfermedades autoinmunes (como sarcoidosis o granulomatosis eosinofílica), y otras patologías hematológicas (como linfoma de Hodgkin y leucemia). Sin embargo, la biopsia de médula ósea y los estudios de imagen confirmaron el linfoma linfoplasmocítico.

Comentario final

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico exhaustivo en pacientes jóvenes con anemia y adenopatías. Aunque las anemias de procesos crónicos son comunes en pacientes mayores, la auscultación

pulmonar realizada por una residente fue crucial para detectar un hallazgo importante, lo que permitió solicitar la radiografía de tórax que guió el diagnóstico final. La enseñanza clave es que una exploración física básica y sistemática puede ser decisiva en casos con síntomas inespecíficos.

Bibliografía

- Bibliografía Guía de Actuación en Atención Primaria, 5^a edición, Mayo 2023, capítulo 25.3, alteraciones del hemograma: la serie roja, ISBN 978-84-126903-3-
- Cabrera J, Sánchez E, García G. Linfomas en atención primaria. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en atención primaria. 3^a ed. Barcelona: Ediciones Médicas; 2019. p. 753-765. ISBN 978-84-288-3012-2.

823/320. DOCTORA, TENGO UN BULTO EN EL OMBLIGO

Autores:

Romero Carrillo, S.¹, Del Razo Romero, M.², Hidalgo Sáenz, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (2) Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 32 años de edad. Antecedentes personales de Obesidad. Sin hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares de interés. Acude a urgencias por presentar una masa en el lecho quirúrgico de hernioplastia umbilical previa, hace un mes. Se acompaña de dolor pulsátil (EVA 8) y fiebre de 38.4°C, sin mejoría tras la ingesta de antitérmicos. Último drenaje hace 3 días. Niega sintomatología añadida.

Exploración y pruebas complementarias

ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado en todos los campos, sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen blando y depresible, con ruidos peristálticos audibles, percusión mate, dolor a la palpación de herida quirúrgica, aumento de temperatura, eritema. Sin datos de obstrucción intestinal. Analítica: Hemograma: Leucocitosis, neutropenia. Coagulación: anodina. Bioquímica: sin alteraciones. PCR: 302mg/L. Procalcitonina: 0.47mcg/L. Debido al cuadro clínico del paciente y las

pruebas complementarias, se solicita TAC de abdomen. Se aprecia una gran colección con burbujas áreas en su interior, de 15 x 9 x 8 cm, con hallazgos sugestivos de absceso en pared abdominal anterior postquirúrgico. Se realiza interconsulta a Cirugía, quienes deciden ingreso a su cargo. Durante su estancia se realizó drenaje, desbridamiento y limpieza del absceso sin incidencias. Se encontró un hematoma abscesificado de herida quirúrgica. Se trató con antibioterapia y analgesia, con mejoría.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hematoma abscesificado de herida quirúrgica

Diagnóstico diferencial

- Obstrucción intestinal
- Hemorragia Digestiva
- Seroma postquirúrgico

Comentario final

Importancia de la prevención primaria y secundaria de la Obesidad en Atención Primaria, dadas las múltiples complicaciones que presenta; en nuestro caso, el seroma postquirúrgico y su infección tras la intervención. Incidir en la necesidad de enfoque de la Obesidad en nuestra consulta para disminuir su prevalencia y complicaciones asociadas.

Bibliografía

- Al-Mulhim AS, Memon AQ. Laparoscopic Umbilical Hernia repair in male patients with abdominal obesity. *Pak J Med Sci Q.* 2022;38(7):1776–9.

823/322. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS

Autores:

Merino Barriuso, P.¹, Peña Pérez, S.², Cobo López, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er 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 Palma-Palmilla. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 68 años. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Exfumador desde hace unos años. Consumo elevado de alcohol que ha reducido a

1-3 copas de alcohol de alta graduación al día. Sin antecedentes médicos de interés. Acudió a urgencias hace 2 días por caída hacia delante con traumatismo facial, un testigo refiere haberle visto comenzar a caminar a pasos cortos con inestabilidad y caída hacia delante con antecedente previo de consumo de alcohol. No convulsiones, no relajación de esfínteres, no mordedura de lengua. Desde la caída ha dejado de beber. Hoy acude a la consulta porque la familia lo encuentra más inestable al caminar, con claros problemas de memoria que no presentaba previamente y desorientación. No temblor. No alucinaciones.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado parcialmente. Colaborador. No agresividad. No afasia. No disgracia. Parálisis de la mirada horizontal. Resto de pares craneales normales. Fuerza y tono muscular normales. Reflejos osteotendinosos hipotónicos. Sensibilidad normal. Romberg negativo pero muy inestable. Marcha con ataxia y a pasos cortos. TC de cráneo con claro signos de atrofia cerebral y microangiopatía. En la analítica destaca una hiponatremia sin otras alteraciones. Tóxicos en orina negativos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Alzheimer. Tumor del tercer ventrículo

Comentario final

El síndrome de Wernick-Korsakoff está causado por el déficit de tiamina o vitamina B1. Se observa principalmente en personas con consumo abusivo crónico de alcohol. Se suele presentar con una triada clínica característica de estado mental alterado, ataxia, y nistagmo, sin embargo menos de un tercio de los paciente presentan la triada completa. El diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis y en los hallazgos clínicos. El tratamiento consiste en la administración de Tiamina que debe realizarse lo antes posible debido a la grave mortalidad y morbilidad de esta patología.

Bibliografía

- Akhouri S, Kuhn J, Newton EJ. Síndrome de Wernicke-Korsakoff. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2025 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430729/>

823/323. DOLOR ABDOMINAL COMO MOTIVO DE CONSULTA EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES

Autores:

Vega Sanchez, E.¹, Morales Navarro, A.², Vilches Aguilera, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 60 años, sin alergias conocidas; con antecedentes de hipertensión; mioma uterino y como antecedentes quirúrgicos de tiroidectomía. Acude a urgencias en unas 3 ocasiones por dolor localizado en FID de tipo constante y sensación de distensión abdominal de unos 20 días de evolución. La paciente no ha presentado sudoración; ni pérdida de peso, ni fiebre ni exteriorización de sangrado. no otra clínica acompañante al cuadro. En las 3 visitas a urgencias, se le realizaron analíticas que resultaron anodinas; y una exploración abdominal sin hallazgos de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, COC, NHyNP. AC: Rítmica y sin soplos. AP: mvc sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible, distendido, no doloroso a la palpación profunda; sin signos de irritación peritoneal. No oleada ascítica. MMII: No edemas ni signos de TVP. TA 120/70mmHg; FC 84lpm; sat basal a 98%. Se realiza analítica, donde no se evidencia ninguna alteración en hemograma, bioquímica o coagulación. Rx de tórax sin hallazgos. Dado el tiempo de evolución de la clínica de la paciente y ante la ausencia de alteraciones en las PPCC; se IC con Ginecología de guardia para valoración ecográfica. Ginecología realiza una eco-STV donde se evidencia una formación heterogénea quística, que abarca hasta 2-3 traveses de dedo por encima de la cicatriz umbilical de aspecto irregular que parece depender de anejo derecho y gran cantidad de líquido libre. Finalmente se solicitan marcadores tumorales y se cita de forma preferente en consultas de Ginecología oncológica.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante la normalidad de las analíticas así como una exploración anodina, se sospecha de posible patología gi-

necológica, por lo que se remitió para valoración eco-gráfica. Masa ovárica vs dolor abdominal inespecífica vs apendicitis

Diagnóstico diferencial

Apendicitis vs dolor abdominal inespecífico vs masa anexial

Comentario final

Ante cualquier paciente; debemos realizar siempre una exhaustiva historia clínica, donde reflejemos sus antecedentes así como el motivo de consulta. En este caso, que la paciente había acudido unas 3 veces por el mismo cuadro cobra una vital importancia reflejar el tipo de dolor, la evolución del mismo... La sospecha clínica y la valoración ecográfica podrán en muchos casos ayudarnos a diagnosticar o descartar posibles opciones diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

- https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass?search=MASA%20ANEXIAL&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

823/326. RADIOTERAPIA E ICTUS: POSIBLES COMPAÑEROS.

Autores:

Montealegre Caro, A.¹, Pérez Ponce, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 51 años. Con antecedentes personales de hipertensión y de glioblastoma intervenido hace un año y tratado también con quimioradioterapia coadyuvante. Con una recuperación completa tras dichos procesos. Acude frecuentemente a la consulta para hacerse controles además de acudir a las consultas de oncología. Un día su marido nos avisa al centro de salud porque su mujer no puede levantarse de la cama y habla "raro". Acudimos a su domicilio.

Exploración y pruebas complementarias

Nos encontramos a la paciente en la cama. Consciente y orientada en las tres esferas. Un 14 en la escala Glas-

gow. Anisocoria pupilar. Parálisis en mirada conjugada. Hemianopsia. Paresia facial derecha con alteración de exploración de resto de pares craneales con disartria y marcada desviación de la comisura. Fuerza, tono y sensibilidad en hemicuerpo derecho alterados. Claudicación de miembros superiores e inferiores derechos con ataxia. Escala NIHSS 13.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ictus

Diagnóstico diferencial

LOE cerebral Hipoglucemias

Comentario final

En el caso de nuestra paciente se activó el código ICTUS y se trasladó a la paciente a la unidad de Ictus del hospital. Tras la realización de pruebas complementarias se diagnosticó y trató. La paciente actualmente tiene una hemiplejia de miembros derechos como secuela. Con este caso queremos remarcar la importancia de la prevención y un exhaustivo control de este tipo de pacientes en atención primaria. Los pacientes que han recibido radioterapia a nivel cerebral tienen un riesgo aumentado de sufrir accidentes cerebrovasculares a la larga y también, ya de por sí el haber padecido cáncer, también aumenta el riesgo de ictus.

Bibliografía

- Fernando Ortega Valín, Julio Francisco Jiménez Bonilla, A. García Hernández, Ernesto Rodríguez Rodríguez, E. Sánchez Salmón. Revista de neurología, ISSN 0210-00102020; Vol 71 nº 12, págs. 455-459.
- Darío Lisei, Gabriel Persi, Gustavo da Prat de Magalhaes, Lucía Rattagan, Martín López Vicchi, Emilia Gatto. Ataque cerebrovascular isquémico en pacientes oncológicos. Revista de neurología, Vol. 8. Núm. 2. páginas 96-100 (abril-junio 2016).

823/327. POR EL ESTRÉS ME VEO DEL REVÉS.

Autores:

Rodríguez Atienza, J.¹, Ruiz Carrasco, P.², García Sánchez, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud

Belén. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Descripción del caso

Paciente mujer de 62 años que acude a consulta por cuadro clínico de 4-5 días de evolución consistente en dermatosis en región hipogástrico. La paciente describe lesiones dérmicas papulares, dolorosas y sin supuración, por lo cual acude a urgencias donde le prescriben Valaciclovir oral y Mupirocina tópica. Al no percibir mejoría, admite manipulación del área con aparición de ampollas y extensión de dermatosis. Presenta cuadro de estrés concomitante por accidente hija. Antecedente de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EI), Crohn ileo-rectal, desde 2013, negando brote activo actual. Afebril. Se pauta Prednisona oral y Mupirocina tópica. Curas locales por Enfermería. Se realiza interconsulta con Aparato Digestivo, realizando biopsia (infiltrado neutrofílico dérmico) que confirma diagnóstico y reajuste tratamiento de base sustituyendo Infliximab por Adalimumab. La paciente rechaza colonoscopia de control de EI. Resolución satisfactoria del cuadro clínico tras terapia. Pendiente estudio Medicina Interna para descartar repercusión hematológica y/o síndromes asociados.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones eritemato-violáceas papulares y ampollas dolorosas al tacto en región hipogástrica, que rompen con facilidad a la digitopresión dejando una erosión o úlcera superficial, y que presentan base inflamatoria con edema y eritema periférico. Se solicita analítica sanguínea sin alteraciones agudas significativas. Se solicita cultivo del lecho exoriado sin evidencia de infección activa.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pioderma gangrenoso variante ampollosa (PG).

Diagnóstico diferencial

Herpes zóster, Penfigoide ampolloso, Pénfigo.

Comentario final

El presente caso muestra la importancia de conocer las manifestaciones extraintestinales de la EI así como su abordaje. Destacar sobre la PG que la infección bacteriana como causa etiológica está descartada, el fenómeno de patergia, su diagnóstico eminentemente clínico, y la independencia de padecerlo con respecto al estado basal de la EI.

Bibliografía

- Maverakis E, Ma C, Shinkai K, Fiorentino D, Callen JP, Wollina U, Marzano AV, Wallach D, Kim K, Schadt C, Ormerod A, Fung MA, Steel A, Patel F, Qin R, Craig F, Williams HC, Powell F, Merleev A, Cheng MY. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. *JAMA Dermatol.* 2018 Apr 1;154(4):461-466. doi: 10.1001/jamadermatol.2017.5980.
- George C, Deroide F, Rustin M. Pyoderma gangrenosum-a guide to diagnosis and management. *Clin Med (Lond).* 2019 May;19(3):224-228. doi: 10.7861/clin-medicine.19-3-224.

823/328. DRA. MI MARIDO NO ME RESPONDE

Autores:

Palenzuela Blanco, C.¹, García Páez, E.², Maestre Moreno, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (2) Residente de 4º 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

Acude a consulta un paciente de 55 años, acompañado de su mujer. La mujer nos comenta que el paciente presenta episodios como de “desconexión del medio”, que ella le habla y él no le contesta y que eso le ha pasado en varias ocasiones y que los episodios suelen durar minutos. Sin embargo, el paciente no recuerda dichos episodios. El paciente nos comenta que desde hace unos 10-15 días presenta cefalea frontal, sin cuadro clínico infeccioso asociado. Se realiza exploración física exhaustiva y exploración neurológica, sin alteraciones aparentes. Ante la clínica de cefalea frontal y sospecha de crisis de ausencia, se decide derivación urgente a Neurología. A los dos días el paciente presentó una crisis tónico-clónica, con trismus y episodio postcrítico. Se derivó a urgencias y allí se realizó TAC cráneo con resultado: proceso expansivo de localización frontal, compatible con meningioma, sin poder descartar proceso intraaxial. Se ingresó al paciente en neurocirugía, quien realizó la escisión tumoral y determinó el juicio clínico de: Oligodendrogioma de alto grado. Posteriormente fue derivado a Oncología médica y continúa bajo su seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica dos series, con creatina quinasa, calcio y magnesio. TAC de cráneo sin contraste IV

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Oligodendrogioma de alto grado.

Diagnóstico diferencial

Primer episodio convulsivo. Meningioma VS proceso intraaxial.

Comentario final

Este caso resalta la importancia de la Medicina de Familia en la detección precoz de síntomas neurológicos sutiles. Episodios de desconexión y cefalea persistente pueden ser manifestaciones iniciales de tumores cerebrales. La sospecha clínica, junto con una rápida derivación, facilita el diagnóstico y mejora el pronóstico del paciente. La cirugía es fundamental en el manejo de los oligodendrogiomas, seguido de un abordaje oncológico multidisciplinario.

Bibliografía

- Weller, M., van den Bent, M., Preusser, M., et al. (2021). “EANO guidelines on the diagnosis and treatment of diffuse gliomas of adulthood.” *Nature Reviews Clinical Oncology*, 18(3), 170-186.
- Louis, D. N., Perry, A., Wesseling, P., et al. (2021). “The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary.” *Acta Neuropathologica*, 142(3), 287-309.

823/332. ORIENTACIÓN DE LA DISFAGIA DESDE PRIMARIA

Autores:

Gómez Gallardo, M.¹, Sancho Perpiñán, A.², Pérez Fustero, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Vilaseca (Can Mariner). Santa Coloma de Gramenet. Barcelona, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Vilaseca (Can Mariner). Santa Coloma de Gramenet. Barcelona, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Vilaseca (Can Mariner). Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

Descripción del caso

Mujer de 86 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes patológicos: Hipertensión ar-

terial, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, hernia de hiato y prótesis de rodilla bilateral. Tratamiento habitual: ramipril 5mg/24h, torasemida 2.5mg/24h, amlodíno 5mg/24h, bisoprolol 2.5mg/24h, atorvastatina 40mg/24h, clopidogrel 75mg/24h, pantoprazol 40mg/24h, tramadol 50mg/24h y lorazepam 1mg/24h. La paciente refiere dificultad para tragar sólidos y líquidos incipiente, con regurgitación intermitente desde hace 6 meses. No refiere disnea, tos ni pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física anodina. Analítica sin alteraciones. Fibrogastroscopia: divertículo de Zenker y gastritis crónica. Esófagograma: imagen de adición en tercio proximal posterior del esófago compatible con divertículo de Zenker. Pequeña hernia de hiato.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Los divertículos de Zenker (DZ) son protrusiones de la mucosa faríngea a través de una zona relativamente débil de la pared posterior de la faringe: el denominado triángulo de Killian, situado entre el músculo constrictor inferior, y el músculo cricofaríngeo. La falta de elasticidad del músculo cricofaríngeo puede provocar sensación de disfagia (disfagia intrínseca). Esta también puede aparecer por el aumento progresivo del volumen del divertículo (conforme se llena de residuos alimentarios) o debido a la compresión directa sobre el esófago (disfagia extrínseca). La regurgitación de alimentos, la halitosis, los ruidos al tragar y la presencia de una tumoración en el cuello son todos signos relacionados con la presencia del divertículo, y su intensidad depende del tamaño del mismo.

Diagnóstico diferencial

Cuerpos extraños, tumores de la cavidad oral, faríngea o laríngea, estenosis esofágicas, trastornos motores, trastornos neurológicos y trastornos musculares.

Comentario final

El DZ se trata de una causa de disfagia infrecuente, pero no excepcional. En España se estima que aproximadamente 2 de cada 100.000 habitantes padecen esta patología. Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres, y la mayoría de los casos se presenta en personas mayores de 60 años. Con este caso, destacamos la importancia de tener presente otras causas de disfagia no tan comunes. Tras una correcta orientación y diagnóstico desde atención primaria, la paciente

fue operada, quedando asintomática y mejorando así su calidad de vida.

Bibliografía

- Zenker's Diverticulum. Law, Ryan et al. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Volume 12, Issue 11, 1773–1782

823/334. DOLOR LUMBAR PERSISTENTE: LA SORPRESA DIAGNÓSTICA DE UNA ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA

Autores:

Espino García, M.¹, Díaz López, M.², Montes Redondo, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 58 años, que consulta por persistencia de dolor lumbar. Sin hábitos tóxicos, antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia, SAOS sin CPAP tras cirugía bariátrica en 2019, con pérdida de 10 kg/m² de IMC. Prótesis mecánica aórtica por doble lesión aórtica desde 2018, con función conservada en último ecocardiograma. Tratamiento habitual: Alopurinol, Bisoprolol, Espironolactona, Furosemida, Ramipril, Acenocumarol, Barimix/Multicentrum/Supradyn, Calcio/Colecalciferol, Omeprazol, Tizanidina, Paracetamol El 10/10/24, un paciente consulta telefónicamente por dolor lumbar persistente, sin mejora con tratamiento previo. A los 4 días, vuelve a consultar debido a la persistencia del dolor y escasa respuesta a la analgesia, sugiriéndose una evaluación presencial. El 15/10/24, acude a consulta con apofisalgia lumbar, dolor en paravertebral izquierdo, signo de Lasegue positivo y disminución de sensibilidad en muslo izquierdo. La radiografía muestra aplastamiento vertebral en D11 y se deriva a Medicina Física y Rehabilitación, optimizando el tratamiento. El 31/10/24, el paciente vuelve dada la persistencia, localizada en límite dorsolumbar. Se encuentra afebril y la analítica no muestra alteraciones. Se remite nuevamente a Medicina Física y Rehabilitación, donde el 02/12/24 se solicita una RMN lumbosacra que revela espondilodiscitis infecciosa, lo que lleva a su derivación a Urgencias para iniciar tratamiento y ampliar el estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Tonos rítmicos con click aórtico. Dolor en charnela dorsal baja-lumbar. Analítica Hemoglobina 13,4 g/dL, plaquetas 246000, leucocitos 7650, INR 4.32. PCR 26 mg/dL Procalcitonina: 0.04 Hemocultivos negativos. Exudado rectal, urocultivo, exudado nasal, negativos. Ecocardiograma transesofágico sin imágenes de endocarditis infecciosa. Válvula aórtica y tubo supracoronario normoposicionados. Aislamiento de S. epidermidis en biopsia ósea con aguja gruesa.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Espondilodiscitis infecciosa

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: Espondilodiscitis infecciosa, Lumbalgia mecánica, Lumbociática.

Comentario final

Se inició tras toma de biopsia ósea antibioterapia empírica con ceftriaxona y cloxacilina, pero tras éste se cambia cloxacilina por daptomicina (desde 02/01/25 hasta completar 6 semanas), con buena tolerancia. El paciente evolucionó favorablemente, tanto clínica como analíticamente, permaneciendo afebril en todo momento, pudiendo iniciar rehabilitación con corsé para bipedestación y deambulación.

Bibliografía

- Chenoweth CE, Bassin BS, Mack MR, et al. *Vertebral Osteomyelitis, Discitis, and Spinal Epidural Abscess in Adults [Internet]*. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2018 Dec. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547443/>

823/339. PEQUEÑOS DETALLES

Autores:

Asensio Martín, A.¹, Medina Cobos, 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 4º 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

Caso de seguimiento en Atención Primaria (AP). Mujer de 67 años que consulta por onicorrexis de aparición re-

ciente tras ingreso hospitalario. Factores de Riesgo Cardiovascular: Hipertensión Arterial no tratada, dislipemia, fumadora (7-10 cigarrillos/ día). Tratamiento habitual: Omeprazol 20 mg/24h, paracetamol 650 mg/12h, bromazepam 1,5 mg/24h, calcio 1,5 g/colecalciferol 1.000 UI/24h, atorvastatina 40 mg/ezetimiba 10 mg/24h. Cuatro meses antes de la consulta, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por gastroenteritis aguda (GEA) por Salmonella enterica, con fracaso renal agudo (FRA) AKIN III, probablemente de origen prerrenal, y acidosis metabólica no compensada. Durante su estancia en UCI desarrolló bacteriemia secundaria por Salmonella enteritidis, anemia macrocítica normocrómica sin déficit de vitamina B12 ni de ácido fólico, hipertransamínamia, hipocalcemia leve e hipomagnesemia.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales: TA 113/72 mmHg, FC: 88 lpm, Sat O₂ 98%, Afebril. Exploración ungueal: En el primer dedo de la mano derecha se observa un surco transversal que interrumpe la continuidad del crecimiento ungueal, lo que podría corresponder a un signo de Beau. Además, se aprecia adelgazamiento y fragilidad en el borde libre, que se extiende al resto de las uñas, con tendencia a la fractura. No presenta inflamación periungueal ni alteraciones en el lecho ungueal. Analíticamente destaca: Hb 11,5 g/dL, hematocrito 36,9%, volumen corpuscular medio 102,5 fL.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Onicorrexis

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la patología ungueal incluye infecciones (onicomicosis y paroniquia bacteriana), traumatismos (hematoma subungueal, uña encarnada y onicolisis), alteraciones genéticas (paquioniquia congénita y síndrome de las uñas amarillas), trastornos dermatológicos (psoriasis ungueal y liquen plano), enfermedades sistémicas (anemia, hipotiroidismo y melanoma subungueal), déficits nutricionales, ciertos medicamentos y el envejecimiento.

Comentario final

La patología ungueal puede reflejar trastornos sistémicos subyacentes. El signo de Beau, caracterizado por surcos transversales en las uñas, puede ser indicativo de estrés o enfermedades graves. Aunque las pruebas complementarias pueden ser útiles, no siempre son necesarias para un diagnóstico inicial. Una exploración clínica detallada y un seguimiento longi-

tudinal en atención primaria son fundamentales para identificar cambios tempranos en las uñas y, así, prevenir complicaciones y optimizar el tratamiento y el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- Cabeza Martínez, R., & Leis Dosil, V. (2006). *Uñas y enfermedades sistémicas*. (Barcelona. Internet), 21(9), 430-434. [https://doi.org/10.1016/s0213-9251\(06\)72531-x](https://doi.org/10.1016/s0213-9251(06)72531-x)

823/342. “NO PARO DE VOMITAR, DOCTOR”

Autores:

Marín Serralvo, I.¹, Galache Rebolloso, A.², Fontalba Navas, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 41 años con antecedentes personales de apendicetomía hace 25 años y síndrome de adherencias hace 4 años, fumadora de 20 cigarrillos diarios y antecedentes familiares maternos (madre, abuelo, abuela y tía) de neoplasias de páncreas y estómago que acude a servicio de urgencias por clínica de dolor abdominal, vómitos e intolerancia progresiva a la ingesta de sólidos de 2 semanas de evolución, con empeoramiento de síntomas con el paso del tiempo. Valorada por su médico de atención primaria, no mejora tras tratamiento sintomático con cinitaprida, clebopriida, escopolamina y paracetamol. Tras no mejoría de la paciente en nuestro servicio, y tras encontrar analítica de sangre y radiografía sin alteraciones, se realiza interconsulta con el cirujano general. Tras valorar el caso y explorar a la paciente, pide TC de abdomen.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor abdominal a la palpación de hemiabdomen inferior, siendo el mismo timpánico. Analítica de sangre y radiografía de abdomen sin alteraciones. Se realiza TC de abdomen, evidenciando posible neoplasia de colon en ángulo esplénico, disminuyendo calibre colónico provocando retención de heces.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia de colon

Diagnóstico diferencial

Síndrome adherencial, neoplasia obstructiva

Comentario final

La anamnesis, junto con la clínica, ayudaron al rápido diagnóstico de la paciente, mostrando la gran probabilidad de cuadro obstructivo, requiriendo prueba de imagen para realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Debemos estar atentos a otros posibles signos de alarma (sudor nocturno o pérdida de peso injustificada) para una mejor aproximación diagnóstica.

Bibliografía

- Yang Q, Qu R, Lu S, Zhang Y, Zhang Z, Fu W et al. Biological and Clinical Characteristics of Proximal Colon Cancer: Far from Its Anatomical Subsite. *Int J Med Sci*. 2024 Jul 9;21(10):1824-1839.

823/343. GASTROENTERITIS VÍRICA.. ¿O ALGO MÁS?

Autores:

Méndez Monje, N.¹, García Morales, M.², Cámera Sola, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

ANTECEDENTES PERSONALES. Sensibilización a ácaros domésticos. Asma persistente moderada. Tratamiento habitual. Salbutamol a demanda. **MOTIVO DE CONSULTA:** Paciente mujer de 47 años que consulta en repetidas ocasiones por distensión y dolor abdominal de 6 semanas de evolución. No náuseas ni vómitos. Cuenta deposiciones diarreicas al inicio de entre 5-6 episodios/día asociadas a epi-mesogastralgia sin productos patológicos. En visita actual, persiste dispepsia, distensión y dolor abdominal con tránsito habitual. Acudió en múltiples ocasiones a SUH destacando en analítica eosinofilia creciente. Afebril. Realizó dieta cetogénica y libre de gluten previo inicio del cuadro. No viajes, suplementación dietética ni inicio de nuevos fármacos reciente.

Exploración y pruebas complementarias

AEG. NHyP. ACP. Rítmica sin soplos. MVC. Abdomen: Distensión y timpanismo central, no masas ni megalias. Blumberg, Murphy negativos. Ecografía clínica: E-FAST negativo. Vesícula alitiasica. Útero polimiotomato. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS *AS: Ionograma en rango TSM en rango. Br Total 0.9. Ac anti-Transglutaminasa Negativo. IgE Anisakis Negativa. Hb 13.5mg/dl, Leucocitos 9.406 con FN. Plaquetas 432.000. Eosinófilos: 18% >> 42% (+7 días) *Microbiología Coprocultivo/Parasitología en heces: Negativa Helicobacter Pilory en heces (x2): Negativo

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Probable enteropatía eosinofílica

Diagnóstico diferencial

Síndrome hipereosinófilo, Enteritis parasitaria (Strongyloides, Anisakiasis), Neoplasia hematológica

Comentario final

Se ensaya con administración de Metilprednisolona 30 mg/día en dosis decreciente pauta lenta, con resolución de clínica de distensión y dolor abdominal. La eosinofilia disminuyó hasta 4%. Valorada por Aparato Digestivo, realizan EDA y EDB con biopsias concluyendo: Ausencia de esofagitis eosinofílica. Ausencia de H. Pylori. Inflamación crónica de lámina propia con edema y extravasación sanguínea. No datos de enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa ni colitis microscópica. Se concluyó como posible enteropatía eosinofílica, pendiente de continuar estudio por Digestivo/Alergología. La enteropatía eosinofílica es una enfermedad inflamatoria intestinal poco frecuente caracterizada por la infiltración eosinofílica de la mucosa gástrica y duodenal sin una causa secundaria evidente. Se asocia con asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica y alergia alimentaria. Factores desencadenantes como cambios dietéticos, introducción de fármacos o procesos infecciosos intercurrentes (gastroenteritis viricas, bacterianas o infecciones parasitarias) pueden desencadenar este cuadro en pacientes con genética compatible.

Bibliografía

- Gonsalves N. Eosinophilic Gastrointestinal Disorders. Clin Rev Allergy Immunol. 2019 ;57(2):272-285. Sunkara T, Rawla P, Yarlagadda KS,
- Gaduputi V. Eosinophilic gastroenteritis: diagnosis and clinical perspectives. Clin Exp Gastroenterol. 2019 Jun 5;12:239-253

823/349. DOCTORA CREO QUE ESTO Y EMBARAZADA Y ESTOY ECHANDO BOLAS ROJAS POR LA VAGINA

Autores:

Mendivelso Valbuena, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 44 años RACM: Penicilina AP: HTA, Hipotiroidismo, Hernia de Hiato, Obesidad Mórbida, Asma Tto Habitual: Levotiroxina 50 mcg/24h, Omeprazol 40 mg / 24h Enfermedad Actual: Mujer de 44 años con FUR en septiembre, acude por cuadro de un día de dolor abdominal intenso asociado a sangrado vaginal mayor al de una regla pero de características diferentes, afirmando que siente que echa bolas rojas por la vagina. Exploración Abdomen blando con dolor a la palpación, GGEE macroscópicamente sanos Especuloscopia: Cervix posterior aspecto sano se toma biopsia endometrial bajo CV de la paciente y se envía a AP

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: Evolución de Bhcg: 30/12/24 : 243 883.2 02/01/25: 219 198 03/01/25: 67 791 10/01/25: 1 877 17/01/25: 245.3 20/01/25: 74 Eco Abdominal: Útero Globuloso, endometrio de 78 mm cuyo contenido no parece invadir paredes miometriales. En fondo, grosor miometrial de 2 mm Eco TV: Útero muy voluminoso, en su interior, imagen heterogénea de 78 mm de diámetro mayor, anejos normales, no líquido libre TAC ABDPELVICO día 30/12/24: CONCLUSIÓN: La masa uterina puede estar en relación a mola, mola invasiva, coriocarcinoma o tumor trofoblástico epitelioide. Nódulo pulmonar que requiere seguimiento. Anatomía Patológica: Mola completa

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad Trofoblástica Gestacional Mola Completa

Diagnóstico diferencial

Hemorragias del primer trimestre de la gestación, en especial con las diferentes formas clínicas de aborto y con el embarazo ectópico. Procesos en los que existe una desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional, como el error en la fecha de la última regla, embarazo múltiple, mioma asociado a gestación, hidramnios, hematometra, etc. La clínica, la ecografía,

la β -HCG y, en último extremo, la anatomía patológica, van a permitir un diagnóstico de certeza.

Comentario final

Es importante realizar un adecuado abordaje de pacientes con sangrados del primer trimestre en los que se sospeche una enfermedad trofoblástica gestacional, para poder realizar una clasificación histológica adecuada principalmente en los casos de enfermedad trofoblástica invasiva.

Bibliografía

- Solís-Cartas U, Calvopiña-Bejarano SJ, Martínez-Larrarte JP, Menes Camejo I, et al. Mola hidatiforme como manifestación Rev Cub Med Milit 2018; 47 (4): 1-8.
- Mulisya O, Drucilla JR, Sengupta ES, Agaba E, et al. Prevalence and Factors Associated with Hydatidiform Mole

823/351. LA BARRERA LINGÜÍSTICA Y LA DEPENDENCIA FUNCIONAL COMO OBSTÁCULOS PARA UNA CORRECTA ANAMNESIS EN ANCIANOS

Autores:

García Obrero, J.¹, Urbano Ponferrada, M.², Royan Martín, E.³

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 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 88 años sin alergias medicamentosas, dependiente total para actividades básicas de la vida diaria por enfermedad de Alzheimer con demencia severa, osteoporosis, caquexia con incapacidad para deambular de larga evolución e insuficiencia venosa crónica (IVC). Vive en domicilio propio con su marido y cuidador principal de 79 años. Ambos son ingleses y, aunque llevan en España veinte años, no saben el idioma y raramente acuden a su médico de familia. Hace dos semanas el marido avisó a los servicios de urgencias que fueron al domicilio por hinchazón y eritema de pierna izquierda y, con la barrera del inglés, diagnosticaron de empeoramiento de su IVC. Desde hace una semana en

seguimiento con curas por su enfermera por úlcera venosa en tobillo izquierdo, quien recomienda valoración por nuestra parte. Durante nuestra visita, se realiza entrevista clínica con el marido en inglés por primera vez y refiere que la paciente está con astenia y con un bulto en la rodilla que nadie había mirado previamente en estas dos semanas. La paciente no ha tenido gesto de dolor en ningún momento. Sin antecedente traumático aparente, excepto golpes en rodillas de movilizarla del sillón a la cama.

Exploración y pruebas complementarias

Presentaba una tumefacción en extremo distal de muslo izquierdo con equimosis evolucionadas, importante deformidad cóncava y crepitación a la movilización, sin aparente dolor a la palpación. Se derivó al hospital para realización de radiografía, visualizándose una fractura con indicación quirúrgica y quedándose ingresada para intervención.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fractura supracondílea desplazada de fémur izquierdo en paciente con osteoporosis.

Diagnóstico diferencial

Síndrome femoropatelar.

Comentario final

Esta entrevista clínica presentaba gran dificultad por ser anciana, dependiente total, con demencia y con una importante barrera lingüística. Sin embargo, ante estos casos, es imprescindible realizar un abordaje integral de los pacientes tanto en la anamnesis como en la exploración, sistemáticamente, para no pasar por alto ninguna patología posible. Por último, quiero recalcar que todo médico debería hoy en día saber defenderse en inglés.

Bibliografía

- Flores-Meca A., Ortiz-Gallego A. Treatment of supracondylar femoral fractures by minimally invasive techniques vs. exposure of the fracture site: A retrospective cohort study. Rev Ortop Traumatol. 2024;68(5):470-81.
- Zamora-Sánchez M.V., Laguna-Rubio J. Síndrome femoropatelar. AMF. 2023;19(11):658-67.

823/352. SÍNCOPE EN ATLETAS: CUANDO LA REPOLARIZACIÓN PRECOZ IMITA LA ISQUEMIA.

Autores:

Maza Rodríguez, Á.¹, Generoso Torres, C.², Delgado Romero, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Martos. Jaén

Descripción del caso

Se trató de un paciente masculino de 34 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió al SUAP tras un episodio de síntoma asociado a mareo y sudoración después de la micción matutina.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la evaluación inicial, se realizó una exploración física completa, incluyendo medición de tensión arterial, frecuencia cardíaca y auscultación pulmonar, además de una exploración neurológica detallada. Se le practicó un electrocardiograma (ECG) que mostró ritmo sinusal a 45 lpm, con elevación del ST en V2-V3, QS en AVL y ondas T simétricas en la cara anterior. Posteriormente, el paciente fue derivado al hospital donde se realizaron análisis de sangre y estudios complementarios como telemetría, ecocardiograma transtorácico (ETT) y prueba de esfuerzo. Resultados: Las pruebas iniciales mostraron una repolarización precoz en el ECG, un hallazgo común en atletas. La telemetría y la prueba de esfuerzo confirmaron la normalización del ECG durante el ejercicio, lo que descartó una cardiopatía isquémica. El ecocardiograma reveló dilatación auricular e hipertrrofia ventricular izquierda sin alteraciones valvulares ni gradientes patológicos. La prueba de esfuerzo también mostró una adecuada respuesta cronotrópica, y las pruebas analíticas no presentaron hallazgos relevantes.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El diagnóstico final fue síntoma de origen neuromediado, probablemente asociado con una respuesta vasovagal, sin evidencia de arritmias malignas o cardiopatía estructural.

Diagnóstico diferencial

Isquemia Síntoma

Comentario final

La repolarización precoz, hallazgo común y benigno en deportistas, no requiere seguimiento adicional en este caso. El diagnóstico se fundamentó en la normalización del ECG con el ejercicio y la ausencia de alteraciones en otras pruebas.

Bibliografía

- Ramos-Casals, M., et al. Prevalence and implications of early repolarization patterns in athletes: A review of recent findings. *J Electrocardiol.* 2024;57:58-64.
- Moreno, J., et al. Early repolarization: A benign finding or a potential risk for athletes? *Am J Med Sci.* 2024;358(2):135-141.
- Callejón, A., et al. Early repolarization syndrome and its association with arrhythmias in athletes: An overview. *Front Cardiovasc Med.* 2024;11:102153.

823/354. ¿QUE HAGO CON LA ICTERICIA ASINTOMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores:

Giménez Ramón, M.¹, Bravo Arrebola, I.², Domingo Rubio, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Mujer de 63 años hipertensa en tratamiento con enalapril 20 mg que acude a consulta de Atención Primaria porque sus compañeros de trabajo refieren que está "amarilla", no sabe desde cuando. No dolor abdominal ni náuseas ni vómitos. No coluria ni acolia. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general. Consciente y orientada, sin signos de afectación general. Ictericia subconjuntival generalizada.-Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalías. No dolor a la palpación.-Analítica sanguínea:-Bilirrubina total: 4,2 mg/dL (bilirrubina directa: 3,8 mg/dL).-Leve elevación de transaminasas (AST: 60 U/L, ALT: 70 U/L).-Fosfatasa alcalina y GGT elevadas.-Hemograma y coagulación dentro de la norma-

lidad.—Ecografía clínica abdominal en consulta: parénquima hepático sin alteraciones. Dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Colédoco dilatado. Vesícula biliar sin signos de inflamación ni litiasis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ictericia asintomática con dilatación vía biliar

Diagnóstico diferencial

Coledocolitiasis, pancreatitis crónica, estenosis biliar, colangitis esclerosante primaria, colangiocarcinoma, cáncer páncreas, cáncer ampular.

Comentario final

La ictericia es un hallazgo clínico que puede deberse a múltiples etiologías, en este caso resalta la importancia del uso de la ecografía clínica en atención primaria para la detección temprana de patologías potencialmente graves. La ictericia asintomática con dilatación de la vía biliar debe hacer sospechar una obstrucción biliar con un posible origen tumoral, lo que nos ayuda al manejo con una orientación adecuada. En este caso, en el TC abdominal realizado en urgencias se aprecia una posible neoformación pancreática, e ingreso para completar estudio.

Bibliografía

- Sánchez Barrancos, I. M., Vegas Jiménez, T., Alonso Roca, R., Domínguez Tristáncho, D., Guerrero García, F. J., Rico López, M. D. C., & Fernández Rodríguez, V. (2018). Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica abdominal en medicina familiar (1): hígado, vías biliares y páncreas [Usefulness and reliability of abdominal clinical ultrasound in family medicine (1): Liver, biliary tract and pancreas]. Atención primaria, 50(5), 306–315. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.004>
- Segura Grau, A., Joleini, S., Díaz Rodríguez, N., & Segura Cabral, J. M. (2016). Ecografía de la vesícula y la vía biliar. SEMERGEN, 42(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.09.004>

823/356. DÍMERO D PERSISTENTEMENTE ELEVADO, ¿Y AHORA QUÉ?

Autores:

Guisasola Cárdenas, M.¹, Quintana Prego, R.¹, Martín Enguix, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada, (2)

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada

Descripción del caso

Varón de 49 años sin antecedentes personales de interés que, tras un cambio de cupo, acude a nuestra consulta para valoración del resultado de una analítica. Destaca un dímero-D persistentemente elevado desde 2022. Actualmente sólo refiere un dolor en el gemelo izquierdo, de tipo opresivo, alterante, que relaciona con el ejercicio físico habitual (corredor).

Exploración y pruebas complementarias

Revisamos la historia clínica: inicialmente, el dímero-D se solicitó en Atención Primaria en el contexto de un dolor en el gemelo izquierdo de tipo mecánico, sin otros signos asociados. A la exploración, presentaba dolor a la palpación de la zona interna de pierna derecha, sin edematización ni aumento de la temperatura. Dado que el resultado fue elevado (1,62 mg/dl) y el dolor persistía, el paciente fue derivado a Urgencias Hospitalarias. Allí, se repitió la determinación (1,12 mg/dl) y se realizó un Ecografía-Doppler de la pierna izquierda, sin hallazgos patológicos. En un control posterior, se solicitó nuevamente analítica general con dímero-D, obteniéndose un resultado igualmente elevado (1,71 mg/dl). Se llevó a cabo una teleconsulta con el servicio de Hematología, donde dada la elevación discreta, normalidad del resto de la analítica y su posible relación con el ejercicio no precisaba estudio por su parte.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Elevación persistente de Dímero-D.

Diagnóstico diferencial

En caso de un dímero-D elevado, se deben considerar las siguientes causas: iatrogenia, ejercicio físico intenso, enfermedades inflamatorias crónicas como artritis reumatoide, enfermedades inflamatorias intestinales u otras patologías autoinmunes, COVID persistente, cáncer subyacente oculto (especialmente de origen gastrointestinal, pulmonar o hematológico), insuficiencia hepática o cirrosis, y síndrome de coagulación intravascular leve o crónico.

Comentario final

En atención primaria, es crucial usar el dímero-D de forma selectiva, dado que su valor predictivo positivo es muy bajo, de ahí que se debe reservar para casos con alta sospecha clínica de tromboembolismo o como factor pronóstico una vez realizado el

diagnóstico. Para niveles persistentemente elevados sin causas claras, es importante descartar causas secundarias mediante un seguimiento clínico. Ante un aumento progresivo de los valores, se debe realizar un examen más exhaustivo.

Bibliografía

- Miguel Morales M, Agramonte Llanes OM, Tamayo Rodríguez Y. Utilidad diagnóstica del dímero D cuantitativo. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hémoster*. 2020;36(4).

823/358. PÉRDIDA DE CONCIENCIA EN PACIENTE CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

Autores:

Muñoz Beltrán, E.¹, Maza Rodríguez, Á.², Generoso Torres, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén

Descripción del caso

Acudimos a un aviso a domicilio de una mujer de 66 años con antecedentes personales de colangitis biliar primaria, hipertensión arterial y cirrosis hepática. Refiere su hija encontrarla con tendencia al sueño desde ayer, estuporosa y con estreñimiento de varios días de evolución. Paciente dependiente para actividades básicas de la vida diaria que acude diariamente a un centro de día aunque duerme sola en su domicilio. Actualmente en tratamiento con lactulosa, rifaxima, furosemida y espironolactona. La paciente es derivada al hospital con equipo médico entrando en coma durante trayecto que responde tras la administración de flumazenilo. Afebril, sin presentar sintomatología infecciosa aparente. En urgencias se procede a la estabilización clínica y hemodinámica de la paciente. Se realiza analítica y radiografía (Rx) de tórax y abdomen en la que se observa aumento de heces en marco cólico por lo que se procede a la administración de enemas de Duphalac. Tras esto la paciente presenta una rápida mejoría clínica con ligera desorientación sin presentar focalidad neurológica ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible, sin signos claros de ascitis, no edemas en miembros inferiores. Auscultación con murmullo vesicular conservado, rítmico, sin extra tonos. Rx de tórax: se evidencia ligera cardiomegalia. Rx de abdomen: se evidencia abundancia de heces en marco cólico, sin signos de obstrucción. Ecografía abdominal: Cirrosis hepática con signos de hipertensión portal sin ascitis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Según los antecedentes de la paciente, tras descartar toma de benzodiazepinas y comprobar el nulo efecto del flumazenilo, la primera sospecha diagnóstica fue un coma producido por una encefalopatía hepática. Es importante destacar que los 3 desencadenantes más frecuentes son la toma de benzodiacepinas, el estreñimiento y los diuréticos. La paciente presentaba 2 de los 3 desencadenantes (estreñimiento y toma de diuréticos)

Diagnóstico diferencial

hipoglucemia, ictus, ingesta medicamentosa de benzodiacepinas

Comentario final

Ante un coma en un paciente con enfermedad hepática, es importante pensar en las 3 causas más frecuentes comentadas anteriormente, ya que supone un tratamiento muy efectivo.

Bibliografía

- Rudler M, Weiss N, Bouzbib C, Thabut D. Diagnosis and Management of Hepatic Encephalopathy. *Clin Liver Dis*. 2021 May;25(2):393-417. doi: 10.1016/j.cld.2021.01.008. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33838857.

823/359. ASTENIA Y DISNEA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO

Autores:

Muñoz Beltrán, E.¹, Maza Rodríguez, Á.², Generoso Torres, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén

Descripción del caso

Acude a consulta una paciente de 79 años con antecedentes personales de artropatía psoriásica, hipertensión arterial (HTA) y osteoporosis. En tratamiento con calcio carbonato/colecalciferol, losartán, ácido fólico, omeprazol y metotrexato. Refiere desde hace meses astenia, pérdida de apetito, perdida de 3-4 kilos y disnea que se ha acentuado en los últimos días sin fiebre termometrada ni sudoración nocturna. La disnea ha progresado de medianos a mínimos esfuerzos en los últimos días. Niega mucosidad ni antecedentes de infecciones respiratorias aunque ha comenzado con leve tos seca en los últimos días. No refiere clínica abdominal, genitourinaria ni dolor torácico. No presenta semiología de insuficiencia cardiaca. Dada la sintomatología de la paciente es derivada al servicio de urgencias donde se realizan las siguientes pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 139/79, Saturación oxígeno (Sat O₂) 95% con oxigenoterapia, Frecuencia cardíaca 78 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservando con crepitantes bilaterales desde campos medios. Auscultación cardiaca: ruidos cardíacos ritmicos, sin soplos audibles. Abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación. Extremidades sin edemas ni datos de TVP. Valores Analíticos destacados: Hemograma sin alteraciones destacables Coagulación: Fibrinógeno 825. Bioquímica: Proteína C reactiva 84,4 Gasometría arterial sin oxígeno: pH: 7.47, SAT O₂ 85. Sistémico de orina: Proteínas ++, Leucocitos +++. Radiografía de tórax: hílicos pulmonares engrosados en ambas bases pulmonares con evidencia de infiltrados pulmonares con patrón reticulointersticial, senos costo-diafragmáticos libres.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se decide ingreso y realización de TACAR objetivándose una neumopatía intersticial con patrón fibrótico. Finalmente es diagnosticada de Neumopatía intersticial secundario a metotrexato con sobreinfección pulmonar y bacteriuria asintomática.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, infección respiratoria, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

En pacientes en tratamiento con metotrexato y clínica respiratoria es importante descartar efectos secundarios de la toma del mismo.

Bibliografía

- Lateef O, Shakoor N, Balk RA. Methotrexate pulmonary toxicity. *Expert Opin Drug Saf.* 2005 Jul;4(4):723-30. doi: 10.1517/14740338.4.4.723. PMID: 16011450.

823/361. OBESIDAD CENTRAL Y DEBILIDAD: ¿SÍNDROME DE CUSHING ENMASCARADO?

Autores:

Luna Zamora, R.¹, González Angulo, M.², Naranjo Carrasco, F.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel-Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 45 años, mujer, con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, que acude a consulta en dos ocasiones durante los últimos 3 meses. En la primera consulta, refiere aumento de peso progresivo, especialmente en la zona abdominal, y fatiga. Se diagnostica sobrepeso y se le recomienda control de dieta y ejercicio. A los dos meses, la paciente regresa con nuevos síntomas: aparición de moretones fáciles, debilidad muscular en piernas y alteración del ciclo menstrual (amenorrea).

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 150/95 mmHg, Frecuencia cardíaca: 80 lpm. Peso: 90 kg. Piel: equimosis en extremidades y abdomen, piel fina y frágil. Abdomen: obesidad centripeta, sin dolor abdominal, ni masas. Extremidades: sin edemas. Auscultación cardiopulmonar: anodina. En analítica sanguínea: Glucosa en ayunas elevada. Potasio: 3.3 mEq/L. Se realiza interconsulta a Endocrinología donde solicitan Cortisol libre en orina de 24 horas: 225 µg/24h. ACTH: elevada. Finalmente en prueba de RMN cerebral: adenoma hipofisario de 5 mm.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Cushing, probable etiología hipofisaria (enfermedad de Cushing).

Diagnóstico diferencial

Síndrome de ovario poliquístico (SOP). Hipotiroidismo. Tumor productor de cortisol extrahipofisario (carcino-ma pulmonar).

Comentario final

El síndrome de Cushing es un trastorno endocrino caracterizado por una exposición prolongada a niveles elevados de cortisol. Esta condición puede tener múltiples causas, siendo la enfermedad de Cushing (adenoma hipofisario) una de las más comunes en adultos. Los síntomas pueden ser sutiles y confundirse con otras condiciones más frecuentes, lo que representa un desafío diagnóstico en Atención Primaria. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para evitar complicaciones graves como hipertensión, diabetes y osteoporosis.

Bibliografía

- Fleseriu M, Petersenn S, Biller BM, et al. *The diagnosis and management of Cushing's syndrome: an endocrine society clinical practice guideline*. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(8):2807-2831.
- Nieman LK, Biller BM, Findling JW, et al. *The diagnosis of Cushing's syndrome: an endocrine society clinical practice guideline*. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(5):1526-1540.

823/362. HERPES ZOSTER CON AFECTACIÓN OFTÁLMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Madrid Martos, M.¹, González Vico, C.¹, Vicente Alcoba, P²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 91 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con AP: HTA, dislipemia, doble lesión aortica e ERC estadio 3A, que tras varias visitas al SUAP por lesiones en frente y en tratamiento antibiótico tópico, acude a las 48h a la consulta de nuestro Centro de Salud por lesiones vesiculosa en frente y región ciliar que le provocan mucho dolor, prurito y molestias oculares con legañeo intenso y disminución de la agudeza visual. Además, asocia edema y eritema palpebral. En un primer lugar se le diagnosticó en urgencias de infección de partes blandas, pero tuvo una evolución tórpida asociando vesículas y costras.

Exploración y pruebas complementarias

Zona frontal con aumento de la temperatura, lesiones vesiculosas y costrosas, pruriginosas y con signos de rascado e irradiación a zona ciliar y periorbicular con hiperemia circundante. Analíticamente destaca: Crea 1.823 y FG 35 con una PCR 15.3. Hemograma sin alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Herpes Zoster con afectación oftálmica.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis de contacto, impétigo, celulitis, picaduras o dermatitis herpetiforme.

Comentario final

En pacientes añosos, y con alto RCV hay que hacer una anamnesis detallada, valorando sobre todo las posibles opciones terapéuticas que se nos presentan en nuestra consulta del Centro de Salud. Además, la importancia de un diagnóstico precoz e instauración de tratamiento para evitar el posible riesgo de encefalitis que posee una infección por Herpes Zóster.

Bibliografía

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica*. 8^a ed. Madrid: Elsevier; 2019. Goroll, A. H. *Primary Care Medicine*.

823/364. ALGO MAS QUE AGUJETAS

Autores:

Sánchez Rodríguez, C.¹, Ruiz Fernández, M.², Ríos Pérez, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 60 años AP: FRCV: HTA, DLP, NO DM Otros: Hiperuricemia e hipotiroidismo Tratamiento habitual: Rosuvastatina/Ezetimiba 20/10mg/ 24 horas Enalapril 20 mg/ 24 horas Eutirox 25 mg /24 horas Eso-meprazol 20 mg /24 horas Acude en tres ocasiones durante 3 meses y medio, en la primera consulta re-

fiere dolor en zona dorsal y parrilla costal bilateral de un mes de evolución que en primer lugar relacionó con inicio de ejercicio físico, no cede con analgesia habitual. Tras exploración física anodina se aumenta tratamiento analgésico. 15 días más tarde, continúa con síntomas, se intuye pérdida de peso que la paciente niega, se solicita analítica, radiografías de columna dorsal, parrilla costal, se registra peso de la paciente y se intensifica tratamiento. A las 3 semanas acude a por resultados de pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias

En primera visita: BEG, normohidratada y perfundida, eupneica en reposo. Dolor a la palpación de musculatura dorsal paravertebral, sin apofisalgia. Dolor a la palpación de musculatura intercostal (8º-11º) bilateral. Resto sin hallazgos. En segunda visita: Continua presentando buen estado general, aunque es notable la pérdida de peso en 15 días de evolución, aun que la paciente lo niega. Continua con las mismas características de dolor y en la misma localización: Peso 58 kg En la tercera visita: Exploración física: Aumento de dolor de las mismas características a pesar de encontrarse con tramadol/ paracetamol, metamizol 575 mg y celecoxib. Radiografías de parrilla costal y columna dorsal: imagen compatible con fractura patológica en columna dorsal. Rx de parilla costal, sin hallazgos de interés. Analítica de control: Bioquímica: Cr 1.12; FG 47 (Previos normales). Hemograma: Hb 10.9, Hto 35.5; VSG 60 Con los datos clínicos y pruebas complementarias, se realiza Rx de cráneo urgente: Se observa cráneo en sal pimienta

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Possible mieloma multiple

Diagnóstico diferencial

Mialgias Osteoporosis Mieloma multiple

Comentario final

la importancia de anamnesis y exploración desde atención primaria que permite realizar diagnósticos de patologías potencialmente mortales con pocos recursos

Bibliografía

- Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Guía Mieloma 2023. Madrid: SEHH; 2023. Disponible en: <https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2023/03/31/guia-mieloma-2023.pdf>

- Mateos MV, San-Miguel JF. Mieloma múltiple. *Med Clin (Barc)*. 2017;149(11):502-11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-mieloma-multiple-13107365>

823/368. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: BROTE DE COLITIS ULCEROSA

Autores:

Ruiz Fernández, M.¹, Sánchez Rodríguez, C.², Fernández Navarro, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 50 años de edad con antecedentes de colitis ulcerosa diagnosticada en 2019 en forma de proctitis. Realiza tratamiento habitual con mesalazina suppositorio 2g/24h. Acude a consulta por dolor abdominal tipo epigastralgia, distensión y sensación "como si tuviera un bulto"; asociando un vómito aislado, sin restos hemáticos. En la última semana ha presentado aumento del número de deposiciones, alrededor de 5-6 al día, alguna con restos hemáticos. La paciente aporta colonoscopia realizada en los días previos en centro privado. Niega otros síntomas asociados. Se solicita: analítica completa, rx abdomen, coprocultivo y toxina de clostridium.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Hemodinámica estable con: TA 100/50 mmHg, FC 100lpm. Afebril. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos, con ventilación pulmonar bilateral anodina. Abdomen: RHA disminuidos. Normal a la inspección. Blando y depresible, sin masas ni megalías. Dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda, sin defensa abdominal. Murphy, blumberg, rovsing negativos. Analítica CS: Leucocitos 10200, hemoglobina 10.5g/dL, VCM 82, plaquetas 181.000. Bioquímica y coagulación normal. Rx tórax: normal. Rx abdomen: abundantes heces en marco cólico con dilatación de asas degado. Aire en ampolla rectal. Coprocultivo: positivo para Campylobacter Jejuni.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Brote de Colitis ulcerosa moderado, con afectación de recto y colon izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Colitis infecciosa, megacolón tóxico, eventración abdominal, suboclusión intestinal.

Comentario final

Tras recibir el informe de la colonoscopia, donde se observan datos de colitis ulcerosa izquierda en actividad, asociado a la analítica y la radiografía, donde se objetiva anemia y cuadro suboclusivo, podemos afirmar que se trata de un brote moderado de CU, no grave, según la escala de Truelove. Por lo que se decide derivar a hospital para ingreso e hidratación, analgesia y azitromicina vía oral, posteriormente siguiendo el protocolo GETTECU, se inicia mesazaline oral 2g y mesalazine tópica en forma de enema durante 4 semanas. A las 24h, se inicia dieta líquida con buena tolerancia y a los 4 días se procede a alta tras valoración por digestivo y mejoría clínica.

Bibliografía

- Adams SM, Close ED, Shreenath AP. Ulcerative Colitis: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2022 Apr 1;105(4):406-411.
- Adams SM, Bornemann PH. Ulcerative colitis. Am Fam Physician. 2013 May 15;87(10):699-705.

823/369. DOCTORA, NO SÉ QUÉ ME PASA, PERO NO ME ENCUENTRO BIEN

Autores:

Domingo Rubio, M.¹, Pérez Martínez, P², Giménez Ramón, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Mujer de 38 años, sin ningún antecedente médico, que acude por dolor en hipocondrio derecho de 3 días de evolución, irradiado hacia mesogastrio, hacia zona torácica y espalda, que es constante. Fiebre de hasta 39°C termometrada en domicilio. No náuseas ni vómi-

tos. Refiere tos seca esporádica. No otra sintomatología asociada. Niega ambiente epidémico.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, febril de 38.7°C. Constantes habituales dentro de la normalidad. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, con Murphy negativo. Resto de exploración dentro de la normalidad. La clínica es tórpida durante su estancia en urgencias, no bajando la fiebre e intensificándose el dolor intermitentemente. Pruebas complementarias destaca: PCR 27, procalcitonina 54, leucocitos 14.500, Hb 10.7; radiografía abdominal, sistemático de orina, y ecografía abdominal sin hallazgos. Destaca en radiografía de tórax una neumonía basal bilateral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dada a la clínica y los resultados de las pruebas complementarias se diagnostica a la paciente de neumonía bibasal. La neumonía es una enfermedad común, y puede estar causada por microorganismos como virus, hongos o bacterias, siendo la más frecuente ésta última (el más común el neumococo). Las mayoría de los pacientes mejoran rápidamente con la pauta antibiótica de tratamiento, sin graves consecuencias.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe incluir otras causas de dolor en hipocondrio e hipogastrio como reflujo gástricoesofágico, colangitis, coledocolitiasis, entre otros.

Comentario final

El tratamiento de la neumonía se basa en la pauta de un tratamiento antibiótico, la prescripción de mucolíticos e inhaladores, y oxigenoterapia si precisara. Es importante tranquilizar al paciente y familiares ya que se trata de una entidad común, y que con el tratamiento adecuado presenta buena evolución.

Bibliografía

- En conclusión, debemos de realizar una buena anamnesis detallada, una exploración física exhaustiva y unas pruebas complementarias dirigidas, sobre todo ante aquellos casos dónde la clínica y los resultados de pruebas complementarias no nos concuerden. Para ello es importante descartar otras entidades, de más frecuencia a menos, y de esa forma llegar al diagnóstico correcto y pautar un tratamiento guiado.

823/370. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON MAL CONTROL METABÓLICO

Autores:

Sánchez Rodríguez, C.¹, Ruiz Fernández, M.², Fernández Navarro, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 69 años con antecedentes de DMII de 5 años de evolución e HTA. Tras una hospitalización por ICC secundaria a FA paroxística, pierde el seguimiento en AP. Al momento del alta, en tratamiento con metformina 850 mg/día, losartán 100 mg/día, rosuvastatina 10 mg/día, edoxabán 60 mg/día y diltiazem 300 mg/día. Acude a consulta debido a una pérdida de peso, acompañada de polidipsia y poliuria de varios meses de evolución, síntomas que comenzaron tras su última hospitalización. En analítica realizada en un centro privado: GB de 512 mg/dL. Ante estos resultados, se realiza una GC, obteniendo valores superiores a 500 mg/dL, sin cetonuria. Se le administran 12 UI rápida y se programa una analítica urgente.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 71.5 kg, talla 1.65 m, IMC 26.3 kg/m². Bioquímica: glucosa 405 mg/dL, FG 52 mL/min, CT 142 mg/dL, LDL 61 mg/dL, HbA1c 17.5% (previa 6.4%). Glucosuria, albumina/creatinina 12 mg/g. Se inicia: metformina 850 mg/12h, empagliflozina 25 mg/24h, insulina glargina 18 UI/24h y vigilancia por enfermería y por su médico para ajuste de insulina y seguimiento de adherencia terapéutica. Se ajusta insulina hasta 24UI/24h por control de glucemias en ayunas. Analítica a los 3 meses: glucosa 116 mg/dL, FG 73, HbA1c 6.8%. Glucosuria, albúmina/creatinina 8.9 mg/g. Se continúa tratamiento y nuevo control en 6 meses

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Diabetes Mellitus mal controlado con antidiabéticos orales

Diagnóstico diferencial

Hiperglucemia no relacionada con DM Síndrome metabólico

Comentario final

Según las guías clínicas actuales, se recomienda iniciar insulina en pacientes que presenten glucemia basal superior a 300 mg/dL, HbA1c mayor al 10% o síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia) o catabolismo (pérdida de peso). En este caso, la paciente cumplía con estos tres criterios, por lo que se decidió iniciar la terapia con insulina. Si bien el tratamiento farmacológico es un pilar fundamental, un enfoque integral es clave para el control glucémico. La atención multidisciplinaria y el uso de una comunicación centrada en el paciente, permiten identificar posibles barreras en el autocuidado. Además, involucrar a los familiares en el proceso contribuye a mejorar los resultados en salud y la calidad de vida del paciente

Bibliografía

- Los standars of medical care in diabetes 2022 (Internet). Redgdp.org. (citado el 8 de marzo de 2022). Disponible en: <https://www.redgdp.org/los-standards-of-medical-care-in-diabetes-2022>

823/371. UN VÓMITO NO SIEMPRE ES SINÓNIMO DE GASTROENTERITIS.

Autores:

Moyano Jiménez, E.¹, Sánchez Cañete, E.², Torrubia Gato, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 15 años con antecedentes de autismo grado 2 que es traído por su madre a consulta con alteración del nivel de conciencia. Hacia una semana nos había consultado por clínica catarral de 10 días, realizándose radiografía de tórax normal y prescribiéndole tratamiento sintomático. Días después consultó en urgencias SUAP por un síndrome emético que fue tratado sintomáticamente como una gastroenteritis.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración el paciente se encuentra obnubilado con respuesta a estímulos verbales, moviliza miem-

bros espontáneamente. No rigidez nucal, Kernig y Brudzinski negativos. El resto de la exploración neurológica no es posible. Auscultación y exploración abdominal sin hallazgos. Constantes dentro de la normalidad salvo temperatura 39ºC.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se deriva a urgencias hospitalarias, dónde se realiza TAC craneal objetivándose un empiema cerebral. Precisando drenaje quirúrgico por neurocirugía.

Diagnóstico diferencial

Sepsis, encefalitis, meningitis, empiema cerebral.

Comentario final

Como conclusión no debemos banalizar síntomas comunes ya que a veces pueden esconder condiciones graves. Cuando alguien presenta vómitos, solemos pensar en una gastroenteritis, porque es una causa frecuente. Sin embargo, al reducir los síntomas a una sola posibilidad, podemos pasar por alto diagnósticos más serios, como en este caso un empiema cerebral, que es menos evidente pero potencialmente mucho más grave. Hay que observar con perspectiva cómo se presentan los síntomas en conjunto y cómo evolucionan, en este caso una sinusitis dio lugar a un empiema cerebral y como signo de alarma aparecieron múltiples vómitos sin deposiciones diarreicas asociadas. Otro reto en este caso fue la barrera en la comunicación. Las personas con autismo pueden no ser capaces de expresar sus síntomas de manera clara, por lo que el médico puede obviar o malinterpretar los signos de una enfermedad. Para poder orientar el diagnóstico es fundamental interpretar los signos a través de la observación minuciosa del comportamiento del paciente, la realización de una historia clínica detallada, el uso de herramientas de diagnóstico adaptadas y la colaboración estrecha con familiares o cuidadores, que entienden las rutinas y las respuestas del paciente.

Bibliografía

- Meza R, Muñoz R, Vargas V3, Luna S, Orellana P. Subdural empyema secondary to sinusitis. Case report. Rev. Chil. Neurocirugía, 2014; (40): 30-33.

823/373. LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CASO DE ABDOMEN AGUDO

Autores:

Pulido Criado, J.¹, Eraso Arribas, C.², García Morales, M.³

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 El Palo. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 17 años que acude al centro de salud por dolor en fosa ilíaca derecha de 3 días de evolución. Niega vómitos, aunque sí refiere náuseas. No presenta fiebre ni diarrea. Antecedentes personales: en tratamiento desde hace 2 meses con Tocilizumab, metotrexato y ácido fólico por uveítis inespecífica, en seguimiento y estudio por Reumatología. Refiere que su última regla fue 16 días antes de dicha consulta.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, paciente muy afectada por dolor. Se realiza exploración abdominal con importante dolor en fosa ilíaca derecha y signos de peritonismo. Ya que se dispone de ecógrafo en el centro de salud, se realiza ecografía clínica para descartar apendicitis aguda. En la ecografía clínica se observa una pequeña cantidad de líquido libre en espacio de Douglas con imagen redondeada de apariencia quística de unos 50mm en ovario derecho, exactamente donde la paciente localiza el dolor. La paciente fue derivada a Urgencias de Ginecología y Obstetricia para valoración, confirmando el diagnóstico de cuerpo lúteo hemorrágico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cuerpo lúteo hemorrágico.

Diagnóstico diferencial

Apendicitis aguda

Comentario final

La incorporación de la ecografía a la práctica clínica habitual en la consulta de atención primaria es importante a la hora de facilitar el diagnóstico diferencial de algunas patologías, sobre todo de aquellas que pueden requerir una asistencia urgente. Es importante reseñar que esta es una técnica que requiere conocimiento, ya que es operador dependiente, y tiempo en consulta, por lo que la formación de los profesionales y la adaptación del tiempo de atención son factores esenciales a la hora de mejorar de este modo la asistencia.

Bibliografía

- Ardaens Y, Guerin B, Coquel Ph. *Ecografía en la práctica ginecológica*, 116-117. Masson, 1996.
- Coleman B. *Transvaginal sonography of adnexal masses*. Rad Clin North Am 1992; 30: 678

823/374. IMPORTANCIA DE LA LONGITUDINALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

García Páez, E.¹, Palenzuela Blanco, C.², Millán López, J.³

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba,
- (2) Residente de 2º 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 La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 68 años de edad sin antecedentes personales de interés ni toma de medicación habitual en domicilio. No acude a consulta nunca. Último registro de cita en 2022 para control analítico con resultados en rango. Desde hace aproximadamente dos meses comienza con dolor a nivel de trapecio izquierdo de alta intensidad (EVA 8/10). Este dolor ha hecho que consulte en múltiples servicios de urgencias demandando medicación analgésica hasta en 7 ocasiones. Esta última el médico que le atiende en urgencias coincide que es su médico de cabecera el cual al enterarse de las múltiples consultas indaga sobre la situación de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, eupneica. CyC: no adenopatías. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. RHA conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP. Expl. NRL anodina, sin focalidad. Analítica de sangre: hemograma (8740 leucocitos, 600 linfocitos, resto de fórmula normal), bioquímica y coagulación en rango. TAC: masa espiculada en L5, en lingüa de 31 x 33 mm. Lesiones en cuerpos vertebrales T8, T9, T12, pedículo derecho de T10 y apófisis espinosa de T12. Lesiones nodulares en L1, L2, L4 y L5.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cáncer broncogénico estadio IV con diseminación vertebral.

Diagnóstico diferencial

Otros tumores metastásicos.

Comentario final

El objetivo perseguido con este caso clínico es poner en relieve la importancia de la longitudinalidad en atención primaria como factor protector de la salud. En la actualidad de nuestra práctica clínica vemos como cada día los pacientes prefieren la inmediatez y comodidad de la consulta de urgencias antes que acudir al centro de salud, previa cita. Esto conlleva un aumento de la presión asistencial y el colapso de los servicios de urgencias a la vez que se produce un retraso en el diagnóstico de procesos más complejos y un mal control de la situación basal y patologías crónicas de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Leleu H, Minvielle E. *Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data*. PLoS One. 2013;8(8): e71669. doi: 10.1371/journal.pone.0071669
- Palacio J. *Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente*. [Internet.] AMF. 2019;15(8):452-9. Disponible en: <http://bit.ly/2knFuh7>

823/379. EL DOLOR SE VISTE DE PÚRPURA

Autores:

Gándara González, E.¹, Garralón Gómez, I.¹, Ruiz Fernández, M.¹

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 51 años sin antecedentes personales que acude por dolor abdominal difuso de 3 días de evolución. Refiere un cuadro catarral la semana previa con resolución completa. Se inicia tratamiento sintomático, pero regresa 48 horas después con gonalgia bilateral y lesiones enrojecidas en miembros distales, no dolorosas.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente afebril con constantes normales. Destaca la presencia de lesiones pápulo-eritematosas palpables,

de aproximadamente 2-3 milímetros de diámetro en miembros inferiores y glúteos de forma bilateral, que no desaparecen a la digitopresión. Resto exploración anodina. Ante la sospecha de vasculitis se deriva al paciente a Urgencias hospitalarias. En analítica sanguínea realizada destaca una PCR en 37 mg/L, resto dentro de la normalidad, incluyendo pruebas de función renal y coagulación. El sistemático de orina resulta positivo para hematíes (1160/campo). Radiografía de tórax y abdomen normales. Se decide alta con tratamiento con prednisona a dosis de 60 mg/24h y se deriva al paciente a consulta no demorarable de Medicina Interna para estudio.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Desde Medicina Interna se amplía estudio, con serologías, FR, ANA, Anti-DNA y ANCA negativos. Se destaca IgA elevada (380 mg/dL). Ante sospecha de vasculitis tipo Púrpura de Schönlein-Henoch, se decide realizar biopsia cutánea confirmando el diagnóstico, con aparición a la inmunofluorescencia directa de depósitos de inmunocomplejos formados por IgA. El paciente evidencia mejoría completa tras el tratamiento con corticoides, con seguimiento periódico en consultas de Nefrología, sin aparición de recidivas ni complicaciones posteriores.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Berger

Comentario final

La Púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis de pequeños vasos caracterizada por depósitos de IgA en diversos órganos, como piel y mesénquima renal. Es menos frecuente en adultos, quienes presentan mayor riesgo de complicaciones como sangrado pulmonar o síndrome nefrótico, y mayor probabilidad de recidivas. El diagnóstico es clínico, destacando la púrpura palpable tras infecciones respiratorias, pudiendo asociar artralgias, dolor abdominal, y afectación renal/pulmonar. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia, con reacción leucocitoclástica y depósitos de IgA a nivel vascular. El curso es autolimitado, requiriendo corticoterapia a altas dosis solo en casos graves o con complicaciones.

Bibliografía

- Pazos Arias BM, Samprón Rodríguez M, Vello-Román A, et al. Púrpura de Schönlein-Henoch: afectación renal y pulmonar en un adulto. *Nefrologia*. 2012;3(4):69-72.

823/380. TOS CRÓNICA Y SUDORACIÓN NOCTURNA: ¿UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR OCULTA?

Autores:

Luna Zamora, R.¹, Moyano Sánchez, A.², Cobo Roldán, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel-Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 4º año de Endocrinología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Neurología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso

Paciente masculino de 50 años, sin antecedentes de interés, que acude en dos ocasiones a consulta en el último mes por tos persistente, fiebre nocturna y pérdida de peso no cuantificada. En la primera visita, el cuadro se atribuye a una posible infección respiratoria viral, recibiendo tratamiento sintomático. Sin embargo, al regresar tras dos semanas debido a la persistencia de los síntomas y la aparición de sudoración nocturna, se reevalúa el diagnóstico. El paciente no refiere antecedentes de viajes al extranjero ni factores de riesgo para otras enfermedades respiratorias.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado, eupneico en reposo, febril (38.2°C). Cabeza y cuello: orofaringe normal, no exudado amigdalar. Auscultación pulmonar: estertores finos en los campos pulmonares inferiores, sin ruidos adventicios. No se observan adenopatías ni hepatomegalia. El resto de la exploración es normal. Se solicita radiografía de tórax, que muestra infiltrados en ambos lóbulos inferiores, compatibles con tuberculosis pulmonar. Ante la sospecha clínica, se realiza baciloscopía de esputo, que resulta positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se solicita una interconsulta urgente con Neumología, con prueba de la tuberculina (PPD): reacción positiva de 20 mm. Además, se solicita una tomografía de tórax para evaluar la extensión de la enfermedad y programar el tratamiento adecuado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tuberculosis pulmonar activa.

Diagnóstico diferencial

Neumonía bacteriana. Cáncer de pulmón. Neumonitis por hipersensibilidad.

Comentario final

La tuberculosis pulmonar sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad respiratoria a nivel mundial, a pesar de los avances en su tratamiento. Aunque existen terapias eficaces, el diagnóstico temprano es crucial, especialmente en pacientes con síntomas respiratorios persistentes, como tos crónica, fiebre y pérdida de peso. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica, ya que un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado pueden evitar complicaciones graves, como daño pulmonar irreversible y propagación de la enfermedad. Además, el seguimiento y la educación del paciente sobre la adherencia al tratamiento son clave para prevenir la resistencia a los fármacos y garantizar una recuperación completa.

Bibliografía

- García de Viedma D, et al. *Tuberculosis: diagnóstico y tratamiento*. *Med Clin (Barc)*. 2020;154(5):203-210.
- López-Cervantes M, et al. *Manejo de la tuberculosis en atención primaria*. *Rev Clin Esp*. 2021;221(4):217-223.

823/382. ¿QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UNA HTA REFRACTARIA A TRATAMIENTO?

Autores:

Royan Martín, E.¹, García Obrero, J.², Urbano Ponferrada, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 3er 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. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Hombre de 59 años con antecedentes personales HTA, sin hábitos tóxicos referidos. Acude a su MAP por cifras de TA elevadas desde hace dos semanas y hemorragia en conjuntiva de ojo izquierdo ayer. Ha acudido a urgencias para la administración de medicación en 5 ocasiones. Se acompaña de cefalea opresiva y taquicardia. Refiere buen control de las cifras de TA con su medicación habitual (losartán + hidroclorotiazida) que se han disparado hasta cifras máximas de 220/110. Se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

- Paciente con buen estado general, consciente y orientado, no focalidad neurológica. Derrame hemorrágico en conjuntiva de ojo izquierdo. Asintomático.-TA en consulta 190/105.
- Analítica: Hemograma normal; Bioquímica con Catecolaminas elevadas.
- Orina de 24 horas: Catecolaminas y metanefrinas elevadas.
- TC cráneo: sin hallazgos.
- TC abdomen: se objetiva una masa de 6,5 cm de diámetro, dependiente de la glándula suprarrenal izda. Compatible con feocromocitoma.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Feocromocitoma

Diagnóstico diferencial

HTA refractaria, Hipertiroidismo, ACV.

Comentario final

Es ingresado en Medicina Interna y, posteriormente valorado por cirugía, quienes, tras corregir la hipertensión del paciente, le intervienen realizándole una adrenalectomía izquierda. Un feocromocitoma es un tumor de células cromafines secretor de catecolaminas que se localiza típicamente en las glándulas suprarrenales. Causa hipertensión arterial persistente o paroxística. El diagnóstico se realiza a través de la medición de los productos de las catecolaminas en sangre u orina. Las pruebas de diagnóstico por imagen, TC o RM, ayudan a localizar los tumores. El tratamiento requiere la extirpación del tumor. El alfa-bloqueo, combinado con beta-bloqueo, se utiliza para controlar la tensión arterial.

Bibliografía

- I. Mateo-Gavira; G. Banea-Nieto; L. García García-Doncel et al. *Actualización sobre el manejo diagnóstico y terapéutico del feocromocitoma y el paraganglioma*. Elsevier Octubre 2020 13; 19:1083-1093.
- SEEN. *Manual de Endocrinología y Nutrición*. 2024

823/384. JUGANDO AL RUGBY

Autores:

Ruiz Carrasco, P.¹, García Sánchez, I.², Rodríguez Atienza, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 28 años, sin alergias ni antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por hematuria e intenso dolor en flanco izquierdo tras haber recibido un placaje posterior mientras jugaba al rugby hace 4 horas. No náuseas ni vómitos. Afebril. Estando en consulta, se hipotensa y sincopa, recuperándose parcialmente con sueroterapia y paracetamol. Se decide traslado a urgencias hospitalarias, una vez estabilizado hemodinámicamente, con más sueroterapia y fentanilo 75mcg iv. En ambulancia, se realiza Eco-Fast, visualizando imagen anecoica en polo superior del riñón izquierdo. A la llegada al hospital, realizan nueva ecografía a pie de cama, observando misma imagen, deciden pasarlo a observación.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen en tabla, muy doloroso a la palpación en flanco izquierdo. Analítica: leucocitosis 14.250 con neutrofilia 11.129, Hb 16, Cr 1.15, PCR 0.6 y GSV normal. TAC abdomen: Grandes laceraciones mayores de 1cm en su tercio superior/medio a nivel tanto anterior como posterior del riñón izquierdo que comprometen la corteza y la médula renal, asociado a extenso hematoma perirrenal circunferencial, sin evidente afectación del pedículo renal, lo que indica al menos un grado III según la clasificación AAST. Pequeños defectos de repleción en tercio distal del uréter izquierdo que plantean la posibilidad de componente hemático. Se interconsulta con urología que pauta antibiótico, sondaje vesical y reposo absoluto. En caso de desestabilización, indicación de cirugía urgente con probable nefrectomía. A su vez, contactan con la UCI, donde ingresa las primeras 24h.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Traumatismo renal izquierdo grado III

Diagnóstico diferencial

Laceración, hematoma, urinoma, abdomen agudo, pielonefritis aguda, cólico renal,...

Comentario final

El paciente es trasladado a un hospital de otra provincia con radiología intervencionista para embolización

de 2 pseudoaneurismas post-traumáticos. Desde el punto de vista de AP, es importante reconocer los signos y síntomas de alarma ante un traumatismo renal y actuar precozmente, evitando hipotensión, shock o falta de control del dolor. Otro punto interesante, es la implementación de la E-Fast ante traumatismos abdominales en urgencias, ya sean en guardias extrahospitalarias u hospitalarias. Esto nos ayudará a tener una orientación diagnóstica y a actuar en consecuencia de una manera más efectiva.

Bibliografía

- Radiopaedia.org.[citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en:<https://radiopaedia.org/articles/renal-trauma-1>

823/386. Doctor, vengo a recoger los resultados de mi analítica

Autores:

Delgado Romero, P.¹, Muñoz Beltrán, E.², Maza Rodríguez, Á.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Martos. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 79 años con AP (antecedentes personales) de FA (fibrilación auricular), HTA (hipertensión), que acude a consulta para resultados de analítica de control que se realizó a raíz de cuadro sincopal con pérdida de conocimiento y traumatismo cráneoencefálico. No pródromos. No episodios previos similares. No dolor torácico antes, durante ni tras el episodio. Además, en dicha consulta, refiere dolor e inflamación en articulaciones de manos y pies, gran debilidad muscular en cintura escapular y pélvica y con dolor generalizado a las pocas semanas del cuadro. Ante los parámetros RFA elevados y considerando estudio no demorable, se inicia tratamiento corticoidal por sugerente polimialgia reumática (PR).

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado. Afebril. Exploración neurológica dentro de la normalidad. Auscultación: arrítmica sin soplos ni extratonos. Abdomen anodino. Extremidades: no edemas en ambos MMII. ? Inflamación de dorso de mano izquierda con eritema edema y mucho dolor. ? Inflamación de tobillo derecho. -Pruebas

complementarias (PPCC): ? TAC craneal sin contraste: pequeño hematoma subdural laminar de unos 4 mm. ? Angio TAC de tórax: no tromboembolismo pulmonar. ? ANALÍTICA: -Hemograma: VCM 104.1, hbCM 33.6, leucocitos 11790, N 8700, VSG 74. -Bioquímica : glu 111, FA 249 (previa 98), AST 48, GGT 279, resto sin interés. -Marcadores tumorales: normales -PCR 216 (previa 115.4). -Perfil tiroideo normal. -Proteíograma: alb 2.9, alfa-1 globulinas 0.6, alfa-2 1.2, alb/glob 0.73, ? Cardiología: Síncope de perfil no cardíaco. Ausencia de cardiopatía estructural.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Possible Polimialgia Reumática

Diagnóstico diferencial

Polimialgia Reumática vs Artritis Reumatoide

Comentario final

En este caso clínica observamos la importancia de las PPCC así como de la clínica para realizar un diagnóstico tratamiento precoz puesto que se trata de una enfermedad que condiciona bastante la calidad de vida de una persona que anteriormente era IABVD.

Bibliografía

Sáez Barcelona JA, Carmona Martín M, Navarro López V, Blanch Sancho JJ, Puras Tellaeche A. El tratamiento con glucocorticoides mejora la tolerancia a la glucosa en pacientes con arteritis de la temporal o polimialgia reumática [Glucocorticoid treatment improves glucose tolerance in patients with temporal arteritis or polymyalgia rheumatica]. Rev Clin Esp. 1999 May;199(5):270-4. Spanish. PMID: 10396146.

823/387. DOCTORA, ÚLTIMAMENTE ME MAREO MUCHO

Autores:

Escámez Parra, A.¹, de Ochoa Morán, M.¹, Castillo Fuentes, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Descripción del caso

Paciente de 63 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Infarto infero-posterior en 2014, Trom-

boembolismo pulmonar en 2021 y ex-fumador desde 2015. Acude a la consulta refiriendo mareo, sobre todo al incorporarse, asociado a náuseas desde hace 3 semanas. Niega pérdida de conocimiento, dolor torácico o semiología de Insuficiencia Cardiaca. En anamnesis dirigida comenta sensación disnea y tos sin fiebre asociada. Además, refiere pérdida de peso de 6kg en el último mes y aumento del tamaño del cuello. Solicitamos analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG) en consulta y citamos a la semana con resultados de pruebas complementarias. En la radiografía de tórax encontramos atelectasia en Lóbulo superior derecho (LSD), por lo que derivamos a urgencias. Allí realizan TC tórax con hallazgos de neoplasia pulmonar en el LSD con invasión hilar y mediastínica y posible diseminación metastásica adrenal derecha, ósea y peritoneal. Ingresa en Neumología para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica normal. Exploración física: se palpan dos adenopatías móviles no dolorosas en región latero-cervical derecha. Leve aumento del espacio supraclavicular derecho. ACP Tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Hipofonesis en hemicárdia derecha. ECG y analítica normales. Rx de Tórax: Atelectasia LSD con pérdida de volumen en hemicárdia derecha. Aumento hilar, no compromiso pleural.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Masa Pulmonar en LSD/Carcinoma pulmonar con probable síndrome paraneoplásico

Diagnóstico diferencial

Masa pulmonar, neumonía, TEP

Comentario final

En este caso vemos la importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración física, así como de identificar síntomas de alarma (edad >60 años, pérdida de peso no explicada, adenopatías cervicales, síntomas respiratorios persistentes, mareo de reciente aparición). Un mareo en principio de características benignas puede estar enmascarando una patología subyacente, por lo que es importante tener un enfoque holístico y buscar otros síntomas asociados. Como conclusión: "No todos los mareos son benignos o de origen vestibular". La presencia de síntomas constitucionales y hallazgos extra-neurológicos debe hacernos ampliar el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- Cacho-Díaz B, Salmerón-Moreno K, Mendoza-Olivas LG, Reynoso-Noverón N, Gómez-Amador JL. Vertigo in patients with cancer: Red flag symptoms. *J Clin Neurosci.* 2019 Nov;69:175-178.
- Ramírez Parrondo R. Mareo: importancia del diagnóstico diferencial. *Med Fam Semer.* 2020 Jan 1;46.

823/391. CRISIS HIPERTENSIVA, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

García Polonio, M.¹, Ruza Sarrasin, T.², Martínez Guillén, M.³

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente varón 36 años sin antecedentes. Acude a consulta en Octubre 2024 por astenia y cefalea occipital que le despierta de madrugada y no cede con analgesia habitual hace 5 días. Refiere molestias abdominales generalizadas y dificultad respiratoria. Cifras tensión arterial (TA) en consulta: 210/110 mmHg que no disminuyen tras administración captopril, diazepam y ampolla furosemida; 210/140 mmHg, se deriva urgencias para control analítico.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: Hemoglobina 8,6 g/dL, hematocrito 26,5%, creatinina 16,42 mg/dL, Troponina I 763,2 ng/mL y pro-péptido natriurético cerebral 20426 pg/mL. Electrocardiograma y TAC craneal sin alteraciones. Segunda Troponina I: 497 ng/mL. Administramos captopril 25 mg y metamizol; TA: 211/146 mmHg. Tras no disminución damos nifedipino oral; TA: 180/110 mmHg y pasa a críticos donde se administra 1/2 ampolla urapidilo; TA: 150/90 mmHg. Se realiza ecocardiografía con resultado normal. TAC abdomen y pelvis: hematoma subcapsular renal izquierdo sin signos de sangrado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fracaso renal agudo (FRA) secundario a Síndrome hemofílico urémico atípico (SHUa)/HTA maligna/Microangiopatía trombótica (MAT)

Diagnóstico diferencial

Con cifras elevadas TA deben descartarse causas cerebro y cardiovasculares. Si estas no remiten tras administración de medicación se deben realizar pruebas complementarias: analítica sanguínea y electrocardiograma. En este caso, debido a cifras elevadas de creatinina y anemia se debe realizar frotis sanguíneo y estudio ADAMTS 13 para realizar diagnóstico diferencial entre SHUa y Púrpura trombótica trombocitopénica.

Comentario final

Tras FRA y crisis hipertensiva, ingresa en nefrología para biopsia renal, estudio genético SHUa, control diuresis y valoración inicio tratamiento con Eculizumab y hemodiálisis. Se realiza interconsulta Enfermedades infecciosas para vacunación previa a inicio con anticuerpo monoclonal. Al ingreso se realiza frotis sanguíneo con esquistocitos >3% y LDH elevada. Ante sospecha de MAT secundaria a SHUa se realiza primera sesión plasmaférésis y hemodiálisis.

Bibliografía

- Fakhouri, F., Schwotzer, N., & Frémeaux-Bacchi, V. (2023). How I diagnose and treat atypical hemolytic uremic syndrome. *Blood*, 141(9), 984–995. <https://doi.org/10.1182/blood.2022017860>
- Zheng, X. L., Vesely, S. K., Cataland, S. R., Coppo, P., Geldziler, B., Iorio, A., Matsumoto, M., Mustafa, R. A., Pai, M., Rock, G., Russell, L., Tarawneh, R., Valdes, J., & Peyvandi, F. (2020). ISTH guidelines for the diagnosis of thrombotic thrombocytopenic purpura. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*, 18(10), 2486–2495. <https://doi.org/10.1111/jth.15006>

823/394. DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Autores:

Delgado Romero, P.¹, Muñoz Beltrán, E.², Maza Rodríguez, Á.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Martos. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 62 años con AP (antecedentes personales) de vitílico, fibromialgia, osteoporosis, migraña. Acude, desde hace 2 años, cada 2 meses aproximada-

mente, por disuria, polaquiuria, dolor pélvico que no se erradica pese a tratamiento antibiótico. Ha estado con ejercicios de suelo pélvico, notando leve mejoría. Refiere dolor en hipogastrio, refiere continuar con el escozor. No incontinencia de esfuerzo ni urinaria. Se realizan urocultivos cuyos resultados son negativos. En seguimiento por Ginecología y Urología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: ? Consciente y orientada. Afebril. ? ACR: rítmica, sin soplos ni extratonos. ? Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa. ? Extremidades: no edemas. ? Genital: Zona vaginal atrófica y reseca, levemente eritematosa. No se objetivan prolapsos de estructuras. No salida de orina con Vasalva. -Pruebas complementarias (PPCC): ? Analíticas: dentro de los parámetros de normalidad. ? Combur test: normales en repetidas ocasiones. ? Urocultivos: cribados negativos en todas las solicitudes. ? En 2022: ecografía, cistoscopia y citología normales.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio clínico: Síndrome miccional.

Diagnóstico diferencial

Síndrome miccional vs Síndrome de dolor pélvico crónico vs Síndrome de vejiga dolorosa.

Comentario final

A raíz de este caso clínico podemos apreciar la importancia y la repercusión que presenta este tipo de sintomatología en una paciente que condiciona su calidad de vida, así como la necesidad de obtener una solución lo antes posible.

Bibliografía

Calderón Jaimes E, Arredondo García JL, Olvera Salinas J, Echániz Aviles G, Conde Gonzales C, Hernández Nevarez P. Cistouretritis aguda durante la gestación [Acute cystourethritis during pregnancy]. Ginecol Obstet Mex. 1989 Mar;57:57-63. Spanish. PMID: 2487304.

823/396. LA DESTEMPLANZA NO ES NORMAL

Autores:

Guevara García, M.¹, Tejero Cobos, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Baños de la Encina. Baños de la Encina. Jaén, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 64 años que acude en varias ocasiones por "destemplanza", febrícula termometrada de 37,2°C vespertina a diario. Pasa por proceso catarral hace dos semanas que resuelve satisfactoriamente pero continúa con décimas por las tardes. En las últimas 48h se encuentra especialmente cansada, refiere debilidad e hiporexia. Su hija comenta pérdida de peso que la paciente no ha confirmado.

Exploración y pruebas complementarias

En la consulta de AP, se le realiza analítica con resultados dentro de la normalidad y rx tórax sin datos de derrame pleural ni neumonía u otros hallazgos significativos. Ante la persistencia de síntomas, la paciente acude a Urgencias donde se amplían estudios analíticos y se deriva por Síndrome constitucional y febrícula vespertina a Circuito Rápido de MI donde se le realiza TC tórax que informa de masa d eprobable origen tumoral en pulmón. Tras realización de fibrobroncospia y toma d ebiopsia, se aisla M.tuberculosis y se confirma diagnóstico de Tumor Pulmón.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tuberculosis y Ca Pulmón

Diagnóstico diferencial

En un principio se plantea diagnóstico tumoral de origen abdominal. La paciente no es fumadora, niega disnea ni clínica respiratoria. Tras hallazgo de imagen TC tórax, tuberculoma vs masa pulmonar

Comentario final

En varias ocasiones la paciente había consultado por Urgencias Extrahospitalarias sin que se tuviera en cuenta el hecho de que la paciente contaba más de dos semanas con febrícula vespertina. Al llegar a Urgencias y ampliarse estudios, se llega a diagnóstico tumoral e infeccioso. La fiebre es un signo que muestra nuestro cuerpo como forma de alarma. Asimismo, las Urgencias Extrahospitalarias pueden resultar clave para el diagnóstico y no solo para descongestionar el desbordamiento de las consultas de AP. Debemos atender cada síntoma y paciente empezando desde cero. La febrícula mantenida en el tiempo no puede ser obviada.

Bibliografía

- Jiménez Murillo Up to date

823/398. ¿UNA DEMENCIA ATÍPICA?**Autores:**

Contreras Aranda, R.¹, Ruiz Salcedo, S.², Bordallo Cantos, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Paciente mujer de 73 años con HTA como único antecedente personal. Acude a consulta por cuadro de deterioro cognitivo de 3 meses de evolución con gran progreso. Asocia alteración conductual con agresividad. Niegan episodios de fiebre, traumatismos u otros factores causantes.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física la paciente presenta buenas constantes, con auscultación cardiorrespiratoria normal. En la exploración neurológica se presenta agitada, inatenta, obedece órdenes sencillas, con fondo de ojo normal, sin alteraciones de pares craneales y sin déficit sensitivo. Asocia temblor en mano izquierda, ataxia de la marcha. Se realizó analítica sanguínea y TC de cráneo sin hallazgos y, ante la sospecha de demencia rápidamente progresiva se deriva a urgencias para ingreso en Neurología, que durante el mismo realiza estudio con Body-TC sin hallazgos compatibles con cuadro y, posteriormente RMN con leve atrofia frontotemporal. En difusión hiperintensidad cortical supratentorial con restricción parietotemporal derecha, siendo compatible con enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Tras el diagnóstico de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob se realiza tratamiento conjunto entre Atención Primaria y Cuidados Paliativos, realizando seguimiento estrecho de evolución y procesos intercurrentes, sobretodo infecciones respiratorias broncoaspirativas por alteraciones en la deglución, así como úlceras por presión por alteraciones en la movilidad de la paciente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Diagnóstico diferencial

Demencia vascular, Tumor craneal, Enfermedad paraneoplásica.

Comentario final

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una prionopatía, cuyo único componente conocido es una proteína endógena incorrectamente plegada (PrPSc). Su cuadro clínico se caracteriza por demencia rápidamente progresiva, síntomas neurológicos focales, conductuales, ataxia, síntomas y/o signos piramidales y extrapiramidales y alteraciones visuales con curso clínico de meses de evolución hasta la muerte. Una vez realizado el diagnóstico, es importante el seguimiento conjunto por parte de Atención Primaria y Cuidados Paliativos, pues son frecuentes las patologías intercurrentes con motivo del deterioro de funciones superiores producido por la enfermedad. Además, el seguimiento a la familia y aporte de recursos dada la situación de angustia que puede llegar a producirse, actuando como fuente de ayuda, ya que nuestra labor de atención comunitaria sobre la familia es un aspecto fundamental.

Bibliografía

- Saura González MA, Noriega Ortiz A, Saura Mellado A. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: a propósito de un caso. Medicina Paliativa. 2016;23(4):199-201.

823/400. MÁS QUE AFTAS EN EL SÍNDROME DE BEHÇET.**Autores:**

Guerrero Solana, E.¹, Márquez Gómez, M.², Romero Cruz, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 44 años acude a nuestra consulta por presentar una lesión en el borde lateral de la lengua de unos tres meses de evolución. Cómo antecedente personal de interés la paciente padece la enfermedad de

Behçet, y está en seguimiento por reumatología con buen control sintomático. Describe la lesión distinta a sus aftas habituales, no dolorosa. No ha tenido contusión ni mordedura previa.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta en la mucosa lingual una lesión blanquecina que a la palpación es de consistencia fibrosa. Con el dermatoscopio observamos una lesión blanquecina filiforme de 1mm queratósica no infiltrada. Realizamos una consulta telemática al servicio de Dermatología de nuestro área hospitalaria, quienes decidieron citar de manera presencial a la paciente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fibroma lingual

Diagnóstico diferencial

Verruga Vulgar Vs Carcinoma espinocelular

Comentario final

La Enfermedad de Behçet es una afección multisistémica que aparece en brotes, siendo el fenómeno patológico subyacente una vasculitis de vasos de cualquier tipo o calibre. Desde el punto de vista clínico, las aftas orales, las úlceras genitales y la uveítis son los síntomas más característicos de esta enfermedad. Con este caso clínico queremos remarcar que ante lesiones en la boca que no mejoran a pesar de tratamientos correctos y una adecuada higiene bucal, debemos valorar otras patologías distintas a las aftas, a pesar de ser las más comunes. La lesión de la paciente fue benigna y tratada con crioterapia en consultas externas del servicio de dermatología.

Bibliografía

- Fernández-Chico N, Artigas B, Monteagudo M. Enfermedad de Behçet. Behçet's syndrome. La Piel en el Contexto de la Medicina y sus Especialidades. 2008;23(8):421-7. doi: 10.1016/S0213-9251(08)74937-2.

823/402. DOCTOR MI MARIDO YA NO ES EL MISMO

Autores:

Lorenzo Santamaría, B.¹, Pérez Sánchez, J.², Lopez Diaz, A.²

Centro de Trabajo:

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

ta en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga

Descripción del caso

Varón de 73 años fumador de un par de cigarrillos al día, hipertenso, diabético y dislipémico con antecedentes personales de hipoacusia, hiperuricemia, platibasia y compresión basilar sobre troncoencéfalo. Su tratamiento habitual consiste en: simvastatina 10mg 1/24h, metformina 850mg 0.5/24h, lorazepam 1mg 1/24h, irbesartán 150mg 1/12h, hidroclorotiazida 25mg 1/24h, bisoprolol 2.50mg 1/12h, Alopurinol 100mg 1/24h, AAS 100mg 1/24h. Acude a consulta su mujer muy angustiada porque le nota desde hace un año muy desorientado por la noche, con alucinaciones visuales, fallos de memoria, errores en reconocimiento de familiares, más apático y retraído y sobre todo, preocupada porque últimamente ha comenzado a orinar en lugares inapropiados. El paciente en cambio, sólo se queja de dolor a nivel cervical y mareos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica: consciente, poca expresividad facial, MOES conservados, pupilas isocóricas normorreactivas, fluidez en el lenguaje. Pares craneales simétricos. Fuerza 5/5 y sensibilidad conservada. No alteración de la marcha en tandem. No diadococinesias. Desde atención primaria, solicitamos analítica general con hemograma, ferritina, vitamina B12, tirotropina, treponema pallidum y una analítica de orina. Ambas pruebas complementarias sin alteraciones significativas. Además, se solicita un TC cráneo sin contraste en el que se describen infartos lacunares en ganglios de la base bilaterales y microangiopatía. A continuación, se deriva a Neurología. En consultas de neurología: Rígidez generalizada y bradicinesia global, marcha con poca amplitud de pasos y mínimo braceo sin aumento de la base de sustentación. Finalmente, es remitido a unidad de memoria para seguimiento y se le ha pautado Rivastigmina 4,6mg en parches durante un mes y si buena tolerancia continuar con dosis de 9,5mg hasta revisión.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Deterioro cognitivo y parkinsonismo

Diagnóstico diferencial

- Síndromes parkinsonianos con demencia inicial: parálisis supranuclear progresiva, enfermedad por cuerpos de Lewy

- Parkinsonismo farmacológico -Enfermedad de Alzheimer

Comentario final

El seguimiento regular de pacientes desde atención primaria es un componente esencial para garantizar una atención integral y de calidad pues facilita la identificación precoz de cambios en el estado de salud del paciente.

Bibliografía

- (2020). Enfermedad de parkinson. Jameson J, & Fauci A.S., & Kasper D.L., & Hauser S.L., & Longo D.L., & Loscalzo J(Eds.), Harrison. Manual de Medicina, 20e. McGraw-HillEducation. <https://accessmedicina-mh-medical-com.bvsspa.idm.oclc.org/content.aspx?bookid=2943&ionid=252889573>

823/403. ¿LUMBALGIA, AINE Y PARA CASA?

Autores:

Galache Rebolloso, A.¹, Marín Serralvo, I.², Fontalba Navas, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º 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 Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 46 años que presenta lumbalgia de mes y medio de evolución sin mejoría a pesar de tratamiento sintomático. Posteriormente se irradia a nivel inguinal y se acompaña de sensación de no poder orinar intermitente. Es remitida a urgencias hospitalaria donde diagnostican ITU y tratan como tal. A pesar de ello, la paciente continua con revisiones desde AP, donde se objetiva disminución de fuerza progresiva en hemicuerpo derecho con dificultad para deambulación, así como limitación para algunas actividades básicas de la vida diaria. Además, se complica con parestesias en mano derecha y estreñimiento ocasional. Se decide derivación urgente desde AP a hospital tercer nivel e ingreso en Neurología para estudio. Durante el ingreso la paciente presenta empeoramiento clínico con acusada pérdida de fuerza, que se deriva en cirugía urgente tras resultados de pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias

Hemiparesia derecha de predominio proximal 3/5. ROT vivos en las cuatro extremidades. RCP extensor bilateral. Hipoalgesia en brazo derecho principalmente cuarto y quinto dedos. Rx cervical y TC craneal y cervical sin alteraciones. RMN cervical destaca: Gran proliferación discartrosisca en el espacio C5-C6 que ocasiona estenosis severa del canal central. El cordón medular está comprimido, deformado y con aumento de señal en T2, por mielopatía compresiva.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Patología neurológica de perfil medular

Diagnóstico diferencial

Mielopatía cervical subaguda de etiología compresiva o inflamatoria. Disfunción neurogena de vejiga.

Comentario final

Inicialmente el caso supone uno de los motivos más frecuentes en nuestras consultas como puede ser una lumbalgia con la limitación del desarrollo normalizado que conlleva. Pero posteriormente cobra especial relevancia por la importancia de aquellos síntomas guía que nos debe hacer sospechar otras posibilidades diagnósticas, no infravalorándolos dada las complicaciones graves que suceden en algunos casos como éste. El aprendizaje continuado y la mejora de conocimientos en nuestra práctica es primordial, resaltando el trabajo multidisciplinar y coordinado entre las especialidades involucradas.

Bibliografía

- Jiménez, L. Montero, FJ. Síndrome de compresión medular. Medicina de urgencias y emergencias. 7º ed. Barcelona, 2023 Yurac R, Matamala JM, Zamorano JJ. Mielopatía cervical degenerativa: una patología cada vez más frecuente que requiere diagnóstico y manejo precoz. Rev méd. Chile Vol.150 no.3 Santiago mar.2022

823/404. UNA ARRITMIA... ¿POR ANTIARRÍTMICO?

Autores:

Ruiz Salcedo, S.¹, Contreras Aranda, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Resi-

dente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 65 años con antecedentes de hipercolesterolemia e hiperplasia benigna de próstata. Antecedentes cardiológicos: Fibrilación auricular (FA) paroxística con ablación de venas pulmonares en agosto 2024, prótesis metálica por válvula aórtica bicúspide y aneurisma de aorta, IT moderada-severa con dilatación de cavidades derechas, FEVI preservada, aurícula izquierda dilatada. Tratamiento con tamsulosina, acenocumuarol y flecainida 50 mg/12h. Acude a Urgencias por palpitaciones de 2h de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Estable hemodinámicamente. Auscultación con tonos arrítmicos con click valvular. En electrocardiograma (EKG) se visualiza FA a unos 120 lpm. Analítica con INR 3'5. Tras administrar 300 mg de flecainida en total por vía oral e intravenosa, continúa arrítmico. En área de Observación presenta episodio de taquicardia a unos 160 lpm de QRS ancho, monomorfa y bien tolerada. Ante la duda de una posible TV, se decide cardioversión eléctrica (CVE), previo consentimiento informado del paciente, revirtiendo a ritmo sinusal a unos 70 lpm.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Flutter auricular IC

Diagnóstico diferencial

Fibrilación auricular. Taquicardia ventricular (TV).

Comentario final

Hoy día es frecuente la presencia de fármacos antiarrítmicos en los tratamientos habituales de los pacientes de Atención Primaria, fundamentalmente en aquellos con FA y flutter, que generalmente precisan medicación por largo tiempo o de una forma indefinida. La flecainida es un fármaco antiarrítmico del grupo IC, utilizado para el tratamiento de arritmias supraventriculares sin cardiopatía estructural. Su uso principal es la cardioversión y prevención de recurrencias en pacientes con FA. Sus principales complicaciones se derivan de su efecto proarrítmico, siendo más acusado en pacientes con cardiopatía estructural y en pacientes con disfunción sinusal o problemas de conducción aurículo-ventricular o post-infarto. Su manifestación en estos casos puede ser variable, desde flutter auricular con conducción 1:1 con QRS ancho, que asemeja una taquicardia ventricular (como ocurrió en nuestro

paciente), hasta episodios de hipotensión arterial, insuficiencia cardiaca o incluso una taquicardia ventricular incesante, entre otros.

Bibliografía

- Franquelo Morales P, Canales Hortelano C, et al. Flúter IC. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012 [Consultado 2 Feb 2025]; 5(1): 59-63. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100011

823/406. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN NAC Y PAPEL DEL MFYC EN EL SEGUIMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autores:

Clavijo López, B.¹, Hussein Alonso, D.², Gándara González, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón 50 años, sin AP de interés ni tratamiento crónico activo. Fumador 1 paquete/ día, ICAT 15 paquetes / año. Acude a mi consulta de AP por cuadro catarral 1 mes de evolución, sin mejoría tras tratamiento sintomático. Ayer fiebre en domicilio. Pérdida ponderal a pesar de apetito conservado. Realizo: exploración física, radiografía de tórax, test Covid y Gripe A-B (negativos). Diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad basal derecha. Reviso ausencia de criterios de derivación, reviso guía antimicrobiana de área. Pauto Amoxicilina 1g/5d Revisión en consulta tras fin de ATB, sin mejoría clínica. Solicito nueva radiografía, con persistencia de condensación basal derecha, se añade derrame pleural no presente previamente. Solicito analítica con reactantes de fase aguda. Pauto Levofloxacino ante sospecha de gérmenes atípicos. Sospecho neumonía necrotizante vs. neumonía atípica vs. Neoplasia de pulmón. IC con Radiología y derivo consulta rápida de Neumología. TC torácico: neoplasia de pulmón derecho T4N2Mx. Broncoscopia con toma de muestra: carcinoma de células pequeñas. Realizo seguimiento ante posibles complicaciones de neoplasia recién diagnosticada.

Exploración y pruebas complementarias

Crepitantes finos base derecha. MVC. Saturación 97% sin tiraje. Eupneico en reposo. 1^a Radiografía: condensación neumónica en base pulmonar derecha. 2^a Radiografía: persistencia de neumonía basal derecha con derrame pleural derecho no presente previamente. Analítica: leucocitosis 18660, neutrófilia 14570, PCR 194, Hiponatremia 129

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia de pulmón derecho T4N2Mx (carcinoma de células pequeñas) en paciente joven con factor de riesgo

Diagnóstico diferencial

NAC / neumonía germen atípico / neumonía necrotizante / neoplasia pulmón

Comentario final

Importancia de las banderas rojas en infecciones respiratorias. Valoración de signos de sospecha etiológica. Revisión de guías terapéuticas antimicrobianas actualizadas en función de resistencias a antibióticos de la zona. Revisión de criterios de derivación. Importancia del MFyC en diagnóstico, seguimiento clínico-social de pacientes con patologías complejas.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [última actualización 09/03/2024]. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/guia-terapeutica-antimicrobiana-del-sns-salud-humana>
- Fernández Urrusuno R, Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. 3^a ed. Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe; 2018. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>

823/412. NO TODO ES UN ICTUS: UN CASO DE ENFERMEDAD DE CADASIL Y LA NECESIDAD DE AMPLIAR EL ESPECTRO DIAGNÓSTICO EN NEUROLOGÍA.

Autores:

Ruza Sarrasin, T.¹, García Polonio, M.², Prieto Sánchez De Puerta, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Paciente mujer de 40 años, que acude a urgencias derivada de hospital comarcal con motivo de consulta de hemiparesia derecha que apareció de forma brusca en brazo y pierna derecha; así como hipoestesia de la hemicara de mismo lado. El cuadro tardó 1 hora y media / 2 en remitir y cuando acude a consulta la paciente se encuentra parcialmente asintomática. En el momento de la exploración física, se encuentra en recuperación de la fuerza muscular de M.S.D. Y M.I.D. Persiste la hipoestesia en hemicuerpo derecho.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: Paciente alerta. Orientada. Alerta. No déficits campimétricos. No limitación de MOEs. No afasia. No disartria. No asimetría facial. No debilidad. No alteración sensitiva, salvo hipoestesia de pómulo derecho. No dismetrías ni alteraciones de la marcha NIHSS 1.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica sin alteraciones.
- Tac cráneo sin contraste i.v: Normal. *Se procede al ingreso en el servicio de Neurología.
- Estudio Eco-doppler TC: Test Microburbujas para estudio de comunicación derecha-izquierda: negativo en basal y negativo tras maniobra de Valsalva.
- Angio-RM de cráneo y troncos supraaórticos: LESIONES EN SUSTANCIA BLANCA A ESTUDIO (ETIOLOGÍA VASCULAR TIPO CADASIL / DESMIELINIZANTE)
- BOC en LCR NEGATIVAS (se descarta enfermedad desmielinizante tipo EM).
- TEST MICROBURBUJAS NEGATIVO (se descarta FORAMEN OVAL PERMEABLE).
- PENDIENTE DE GENÉTICA (CADASIL).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

CADASIL (Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy)

Diagnóstico diferencial

AIT (ABCD2) Score 4./EM. //MIGRAÑA CON AURA.

Comentario final

Este caso destaca la necesidad y la importancia de ampliar el espectro diagnóstico en neurología. Algunos síntomas como las parestesias en alguno de los cuatro miembros o la hipoestesia junto con las pruebas complementarias pertinentes para el diagnóstico de la enfermedad pueden hacer pensar en una enfermedad de Cadasil, aunque su diagnóstico definitivo se realiza detectando la mutación genética característica (gen NOTCH3 del cromosoma 19). La sospecha clínica, junto con una rápida derivación, facilita el diagnóstico y mejora el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- Joutel A, Dichgans M, Tournier-Lasserve E. CADASIL: a monogenic model of cerebral small vessel disease. *Lancet Neurol.* 2004 Nov;3(11):657-66.
- Opherk C, Bäumer P, Peters N, et al. Prevalence and clinical spectrum of CADASIL syndrome: a study of 100 families. *Brain.* 2004 Dec;127(Pt 12):2757-67.

823/413. DOCTORA, ME ENCUENTRO MUY MAREADA

Autores:

Santamarina Palop, P.¹, Pavon Lopez, F.², Rey Berenguel, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Mancha Real. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente de 76 años con AP destacables de: FA permanente anticoagulada con sintrom, bisoprolol y digoxina; Prótesis mitral mecánica. Acude al centro de salud por cuadro sincopal, precedido de náuseas y visión borrosa. Refiere pérdida de conocimiento de 7 min de duración. No perdida de control de esfínteres. Refiere dolor torácico de tipo opresivo no irradiado la noche anterior de media hora de duración de forma intermitente. No palpitaciones ni disnea. No fiebre. No clínica respiratoria ni abdominal. Se realiza ECG urgente durante otro episodio sincopal presenciado en consulta, donde se aprecia FA lenta a 70lpm con pausas de hasta 6 seg de asistolia, sin escape ventricular. Se decide traslado Hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Hemodinámica estable. ACR: arrítmica a 70lpm, no soplos. Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos ni extratonos. Abdomen: normal. MMII: No edemas ni signos de TVP. * ANALÍTICA SANGUÍNEA:-BQ: Glu 125, urea 36, creatinina 0.6, GOT 38 GPT 38 GGT 16 amilasa 40, iones normales.-PCR 7.1 troponina 3.1-GsV: pH 7.4, pCO₂ 40 HCO₃ 26 lático 1.6-HG: Hb 13.1 VCM 88, Leucocitos 7760, plaquetas 165000- Coagulación básica: INR 28. *Ecocardiograma: Prótesis mecánica en posición mitral sin datos de disfunción. Ventrículo izquierdo no dilatado. Ventrículo derecho no dilatado con función sistólica global conservada. Insuficiencia tricúspidea ligera. Aurículas dilatadas. No derrame pericárdico. * Telemetría: FA en torno a 100-110 lpm, sin nuevos episodios de bradicardia ni pausas prolongadas desde inicio de perfusión de aleudrina. * Implante marcapasos monocameral. *Monitorización de Digoxina: Se descarta toxicidad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

FA permanente con paroxismos de FA lenta y pausas de hasta 6 segundos de duración sin escape ventricular. Implante de marcapasos monocameral.

Diagnóstico diferencial

Causas yatrógenas: Sobredosificación de fármacos bradicardizantes (betabloqueantes, digoxina, calcioantagonistas) Causas cardíacas: Enfermedad del nodo sinusal, Cardiopatía isquémica, Miocarditis

Comentario final

RECORDAR que pausas >6 segundos son indicación de marcapasos. Importancia de descartar causas reversibles (fármacos, alteraciones hidroelectrolíticas, hipotiroidismo) y que la presencia de síntomas aumenta la urgencia de intervención.

Bibliografía

- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2021;42(5):373-498.

823/415. SINDROME DE MORSIER, UNA ENFERMEDAD A SOSPECHAR

Autores:

Díaz Arévalo, M.¹, Cordero Ollero, C.², Moyano Jiménez, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Adamuz. Adamuz. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba

Descripción del caso

Lactante de 8 semanas que consulta en Atención Primaria por ausencia de fijación de la mirada y movimientos oculares anómalos. Madre con migraña e hipertensión intracranal idiopática. Padre sano. Embarazo natural controlado. Nacido a término. Peso adecuado a edad gestacional. Parto eutóxico. Pruebas de screening metabólico normales. Otoemisiones normales. No convulsiones, alergias medicamentosas o intervenciones quirúrgicas. Calendario vacunal actualizado.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 6.100 kg, talla 59.5 cm. Buena coloración. Consciente, sonrisa espontánea, colaborador, no contacto ocular, movimiento oculares erráticos. Sostén cefálico estable. Pupilas isocóricas. No leucocoria. No paresias. Buen tono muscular. Rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Se deriva de forma preferente a oftalmología y neuropediatría para estudio y pruebas complementarias. Fondo de ojo: atrofia papilar. Resonancia magnética craneal (RMN): Neurohipófisis ectópica. Nervios ópticos prequiasmáticos, de pequeño calibre, en su porción orbitaria mantienen calibre normal. Ausencia de tallo hipofisario, adenohipófisis pequeña. Aumento del espacio extra-axial. No otras alteraciones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

El síndrome de interrupción del tallo hipofisario (SIP) es un defecto del desarrollo hipofisario que se caracteriza por un tallo hipofisario ausente, hipoplasia de adenohipófisis e hipófisis posterior ectópica. La hipoplasia del nervio óptico (HNO) vista en RMN, obliga a descartar el síndrome de Morsier o displasia septo-óptica (DSO), patología congénita que cursa con malformaciones de la línea media cerebral. Para su diagnóstico deben de estar presentes dos de estos tres hallazgos: HNO, anomalías de la línea media cerebral (agensis septum pellucidum y/o cuerpo calloso) e hipoplasia del eje hipotálamo-hipofisario con hipopituitarismo. En este caso, sin datos clínicos ni analíticos actuales de disfunción hipofisaria, precisamos de pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de DSO.

Diagnóstico diferencial

Hipopituitarismo, holoprosencefalía.

Comentario final

Con este caso, se pretende dar a conocer una patología que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico y tratamiento precoz, realzando la importancia del trabajo multidisciplinar en su abordaje que condiciona un mejor pronóstico y calidad de vida de los individuos afectados y su familia.

Bibliografía

- Antonis Voutetakis, Chapter 2–Pituitary stalk interruption syndrome, Editor(s): Dick F. Swaab, Ruud M. Buijs, Paul J. Lucassen, Ahmad Salehi, Felix Kreier, *Handbook of Clinical Neurology*, Elsevier, Volume 181, 2021, Pages 9–27.

823/416. DOCTORA, ESTE DOLOR ME DESESPERA**Autores:**

Ruiz Salcedo, S.¹, Contreras Aranda, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 68 años fumadora con HTA, hipotiroidismo e hipercolesterolemia. Intervenida de fibroelastoma dorsi derecho en 2018 que le causaba dolor escapular punzante de intensidad 4-5/10. Tras la intervención el dolor ha ido en aumento, presentando un dolor costal a la altura de T8, de características mixtas (le despierta por la noche). Desde Cirugía Torácica solicitan TC torácico y dan de alta, descartando que la intervención sea la causa del dolor. Desde Atención Primaria derivamos a Aparato Locomotor, quienes realizan una RMN dorsal para descartar lesión radicular.

Exploración y pruebas complementarias

El TC torácico muestra cambios postquirúrgicos en región subescapular derecha con aumento de partes blandas que podría estar en relación con resto tumoral. La RMN dorsal muestra protrusiones discales dorsales sin afectación foraminal ni radicular. Reevaluamos periódicamente a la paciente, quien ha probado numerosos tratamientos, incluyendo opiáceos. Recien-

temente, además de su dolor habitual, refiere crisis de dolor que se irradian a la región centrotorácica. En la auscultación cardíaca se detecta un soplo sistólico, por lo que se deriva a Cardiología, además de solicitar EKG. En Cardiología realizan Angio-TC de arterias coronarias: DA proximal difusamente enferma, Circunfleja (Cx) proximal con lesiones leves e intermedias por placas cálidas y mixtas, Cx media con estenosis intermedia por placa blanda. Pautan nebivolol.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dolor torácico/costal

Diagnóstico diferencial

Fibroelastoma dorsi. Protrusión discal. Cardiopatía isquémica.

Comentario final

El dolor es una de las causas principales de consulta en Atención Primaria. En el dolor torácico es primordial descartar la cardiopatía isquémica debido al riesgo vital y al tratamiento específico que implica. El dolor genera además preocupación y ansiedad en nuestros pacientes y en la mayoría de las ocasiones es el médico de Atención Primaria quien va orientando el diagnóstico mediante la anamnesis, exploración física, pruebas complementarias y reevaluación de los síntomas según la evolución, como el caso de nuestra paciente. Actualmente, hemos modificado el tratamiento neuromodulador, incluyendo duloxetina, para abordar también la repercusión anímica que este síntoma está ocasionando a nuestra paciente.

Bibliografía

- Cid J, de Andrés J, et al. Dolor torácico crónico. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2005 [Consultado 2 Feb 2025]; 12(7): 436-54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700007

823/417. ¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA?

Autores:

Ruz Luque, C.¹, Lozano Cáceres, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 24 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por odinofagia, aftas orofaríngeas y además un exantema en tronco, genitales, palmas y plantas de 2 semanas de evolución. Fiebre de 40°C. El paciente refiere que ha tenido en el último año infecciones respiratorias leves de repetición.

Exploración y pruebas complementarias

Tras la visualización de las lesiones (imágenes), se solicita analítica de control con serología de ETS y los resultados fueron + para lúes, VIH, C. pneumoniae y citomegalovirus. Se deriva de forma preferente a medicina interna para seguimiento por enfermedades infecciosas y a dermatología para estudio de lesiones cutáneas. La biopsia realizada, confirmó la existencia de sífilis secundaria latente fenómeno prozona.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad de transmisión sexual, sífilis

Diagnóstico diferencial

Primoinfección VIH, Sífilis, reacción a fármacos, psoriasis palmo-plantar, micosis

Comentario final

La sífilis secundaria es una fase clínica de la infección por *Treponema pallidum* caracterizada por una amplia variedad de manifestaciones cutáneas, entre las cuales los clavos sifilíticos son un hallazgo distintivo. El diagnóstico temprano es crucial, ya que, aunque esta etapa es autolimitada, la infección puede progresar a sífilis terciaria si no se trata adecuadamente. La identificación de las lesiones cutáneas, complementada con pruebas serológicas, permite confirmar el diagnóstico. El tratamiento con penicilina es eficaz y, cuando se administra a tiempo, previene complicaciones graves y la transmisión de la enfermedad. El enfoque multidisciplinario y la educación en salud sexual son esenciales para el manejo adecuado y la prevención de nuevas infecciones, siendo la atención primaria un nivel fundamental en la prevención de estas infecciones.

Bibliografía

- Alberny Iglesias M, Bonet Monné S (coordinadores), Alzamora Domingo C, del Carlo GF, García Batanero M, Munrós Feliu J, Muñoz Rubio A, Nieto Márquez L, et al. Guia Terapéutica Electrònica. Problemes de salut d'adults: infeccions de transmissió sexual. 2021.

823/421. ENTRE EL OÍDO Y EL CEREBRO: DILEMAS DIAGNÓSTICOS EN EL VÉRTIGO AGUDO

Autores:

Balibrea Ruiz, A.¹, Borrachero Guijarro, J.², Ortín López, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia

Descripción del caso

Mujer de 71 años con DM tipo II mal controlada en tratamiento con ADOs, dislipémica, hipertensa y fumadora que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por episodio súbito de visión borrosa binocular, inestabilidad, ligero desvío hacia la derecha y náuseas sin vómitos, con mejoría en sedestación. Niega pérdida de conciencia, desviación de comisura bucal y déficit sensitivo-motor durante el episodio. No cuadro viral reciente ni episodios previos similares. La exploración clínica sugiere mayoritariamente un cuadro periférico, pero la presencia de signos compatibles con patología central y sus factores de riesgo cardiovascular justifican su ingreso para realizar una RMN y continuar el estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientada, afebril y con constantes vitales normales. A la exploración leve bradilalia, sin disartria. La exploración neurológica muestra nistagmus horizontal rotatorio a la izquierda, ligera dismetría, disdiadiocinesia en el lado derecho y marcha inestable con desviación a la derecha. Los test vestibulares (HIT, Unterberguer, Barany y Romberg) son positivos a la derecha, sugiriendo afectación vestibular. No presenta déficits sensitivo-motores ni alteraciones de pares craneales. Analítica anodina. La TC de cráneo urgente no muestra patologías intracraneales agudas. La RM cerebral FAST realizada durante el ingreso no revela signos de isquemia aguda, pero sí una lesión ósea focal en la calota frontal derecha, de probable origen benigno (hemangioma).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neuritis vestibular derecha, Hemangioma frontal derecho incidental

Diagnóstico diferencial

Neuritis vestibular derecha VS Infarto vértebrobasilar

Comentario final

Este caso destaca la importancia de considerar un diagnóstico central a pesar de la sospecha inicial de un trastorno periférico. Signos clínicos de patología central, sumados a factores de riesgo cardiovascular, sugieren la necesidad de una evaluación más profunda. Aunque en esta paciente finalmente se descartó, la posibilidad de haber presentado un infarto transitorio o un accidente cerebrovascular, justifican completar el estudio. De esta forma se quiere subrayar la relevancia de una alta sospecha clínica y del control estricto de los factores de riesgo cardiovascular, para prevenir la enfermedad y en su defecto mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Bont A, Früh J. Akuter schwindel [Acute vertigo]. Ther Umsch. 1995 Mar;52(3):174-8.
- Macleod D, McAuley D. Vertigo: clinical assessment and diagnosis. Br J Hosp Med (Lond). 2008 Jun;69(6):330-4

823/423. CUANDO NO ES LO QUE PARECE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Masegosa Sáez, L.¹, Fernández González, C.², Parra Acero, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pechina. Pechina. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruz de Caravaca. Almería

Descripción del caso

Varón de 46 años, sin AP de interés, que acude por síndrome catarral de una semana de evolución en tratamiento con mucolíticos y antipiréticos. Refiere aumento de la disnea, llegando a hacerse de mínimos esfuerzos, de la expectoración y aparición de dolor centro-torácico de 12 horas de evolución. No fiebre termometrada. Niega otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración destaca: TA: 117/75; FR: 30 rpm; FC: 130 lpm. Sat O2 basal 88%. Sat O2 GN 1,5L 95%. No

signos de carbonarcosis. No focalidad neurologica. ACP: tonos cardiacos rítmicos rápidos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado con crepitantes en ambos campos pulmonares. No otros ruidos patológicos. MMII: No edemas en miembros inferiores, signos de TVP ni isquemia agua. ECG: Sin alteraciones. RX TÓRAX: Infiltrado algodonoso bilateral, senos costofrénicos libres. ICT <50%. No masas ni nódulos visibles. No líneas sugerentes de neumotórax. AS: Hemograma normal. Bioquímica: Troponina I 130, dímero D 1800, resto normal. Antigenuria para Legionella + y Neumococo -. En estancia de observación, comienza con deterioro del estado general, trabajo respiratorio y sudoración profusa; se coloca ventimask 50% y se solicita AngioTC que no puede realizarse por intolerancia al decúbito. Se decide ingreso en UCI.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Insuficiencia respiratoria aguda.

Diagnóstico diferencial

- Neumonía atípica multilobar.
- TEP-IC. Edema agudo de pulmón.

Comentario final

Al ingreso en área de Urgencias, el caso se orientó como infección respiratoria de vías bajas con mala evolución. Debido al deterioro del estado general se ingreso en UCI donde tras realización de pruebas complementarias (ecocardiograma) se concluyó que se trataba de un IAM evolucionado con insuficiencia cardiaca con FE disminuida que derivó en edema agudo de pulmón.

Bibliografía

- Cristobo Sainz P et al. En: *Manual Clínico de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío*. Sevilla. 2020. p. 11-12.
- Viana Tejedor A. *Insuficiencia cardiaca aguda: formas clínicas, diagnóstico y tratamiento*. En: Núñez Gil JJ, Viana Tejedor A. *Cardio Agudos. Volumen I*. Madrid: Sociedad Española de Cardiología-CTO Editorial; 2015.
- *2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes* (<https://doi.org/10.1093/euroheartj/ehad191>) la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).
- *Medicina de Urgencias y Emergencias*. Luis Jimenez Murillo.

823/426. LO QUE PARECÍA UN DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO A RAÍZ DE UN CASO

Autores:

Gonzalez Castrillo, L.¹, García Rodríguez, J.², Valverde Entrena, V.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Descripción del caso

Motivo de consulta dolor abdominal. Mujer de 25 años procedente de Marruecos, no alérgica a medicamento, como único antecedente personal parto eutóxico hace 3 meses, en lactancia. Sin viajes recientes. Acudió previamente al centro de salud por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho no irradiado que mejora parcialmente con analgesico por lo que deciden dar recomendaciones. Acude nuevamente al servicio de urgencias hospitalaria por persistencia del dolor abdominal asociándose náuseas sin vómito ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

TA:156/80 mmHg FC 80 lpm Tº 35.9°C Buen estado general, bien hidratada eupneica. Consciente y orientada. Abdomen: Ruidos conservados blando deprimible doloroso a la palpación generalizada con defensa voluntaria blumberg dudoso. Resto de exploración anodina. Analítica: sin hallazgos Rx de abdomen sin obstrucción intestinal. Se deja en vigilancia del dolor que mejoraba parcialmente tras administración con Fentanilo, sin embargo persistía defensa voluntaria por lo que se decide realizar ecografía abdominal donde se evidencia dilatación de vesícula con patrón sugestivo de colecistitis aguda por lo que se interconsulta con Cirugía y deciden cirugía urgente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Abdomen agudo quirúrgico Colecistitis aguda

Diagnóstico diferencial

Colico biliar complicado Litiasis biliar

Comentario final

Importancia de descartar los distintos diagnósticos diferenciales a pesar de obtener resultado analíticos

normales, la importancia de la exploración física y la sintomatología del paciente.

Bibliografía

- Murillo J. *Urgencias y emergencias médicas*. 7^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023. Citado 07 de febrero de 2025. Capítulo abdomen agudo.

823/428. ESPASMOS ABDOMINALES DIFUSOS A RAÍZ DE UN CASO

Autores:

Gonzalez Castrillo, L.¹, Qiu, W.², Bravo Arrebola, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería

Descripción del caso

Hombre de 53 años no alergia a medicamentos. Antecedente de interés intervenido de hernia paraduodenal izquierda en 2017 actualmente en lista de espera por Eventración de linea media no complicada. Acude por episodio de dolor abdominal continuo generalizado de 2 días de evolución acompañado de evacuaciones líquidas sin moco ni sangre, y náuseas sin vómito ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

TA 138/80 mmHg FC 77lpm Tº36 ºC buen estado general bien hidratado eupneico, consciente y orientado Abdomen: Ruidos presente no aumentados, blando deprimible doloroso a la palpación generalizada con blumberg dudoso. resto anodino Analítica Normal Rx de abdomen: aumento de trama aerea en colon ascendente sin signos de obstrucción Se administra analgesia con mejoría parcial Se decide realizar ecografía abdominal descartando patología aguda. Radiólogo de guardia decide pasa a Tomografía con contraste donde se observa cuadro pseudoobstructivo intestinal por lo que se coloca sonda nasogástrica y vigilancia del cuadro. Dando de alta con mejoría sintomática.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cuadro pseudoobstructivo intestinal

Diagnóstico diferencial

Dolor abdominal inespecífico Gastroenteritis intestinal

Comentario final

La importancia de la historia clínica y sus posibles complicaciones. Al tener cirugías previas como factor desencadenante de un cuadro obstructivo nos da entender que podríamos estar ante este hallazgo sin embargo no se correlacionaba por la evacuaciones líquidas que tenía el paciente.

Bibliografía

- Murillo J. *Urgencias y emergencias médicas*. 7ma ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023 Panganamula KV, Parkman HP. Chronic intestinal pseudo-obstruction. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2005; 8: 3-11.

823/429. NO PUEDO TOMAR ANTIDIÁBETICOS

Autores:

Muñoz Gallardo, Y.¹, Muñoz Muriel, M.², Luque Barberán, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de 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 Algeciras-Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer 52 años acude a consulta por fatiga progresiva de varios meses de evolución, acompañada de pérdida de peso no cuantificada. Niega fiebre, dolor abdominal o cambios en el hábito intestinal. No antecedentes relevantes de enfermedades crónicas ni uso habitual de medicamentos. No consumo de alcohol ni tabaco. Se realiza una analítica en atención primaria: Glucosa ayunas:230 mg/dL HbA1c: 6,4% Se diagnostica de diabetes mellitus tipo 2 y se inicia tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y metformina 850 mg/12 horas. Evolución clínica:días después, consulta por náuseas, vómitos y diarrea. Se retira la metformina por sospecha de intolerancia y se cambia a un inhibidores DPP-4. La paciente presenta persistencia de los síntomas, con episodios recurrentes de vómitos. Finalmente, acude a urgencias por empeoramiento: Asma, deshidratación severa y confusión leve

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, confusa, deshidratación piel y mucosa moderada. ACR taquicardica sin soplos. Mur-

mullo conservado GA: pH 6,9, HCO₃? 8 mEq/L, pCO₂ 20 mmHg, Agap 16 mEq/L Bioquímica: Sodio 135 mEq/L, Potasio 3,8 mEq/L, Cloro 114 mEq/L, Glucosa 203 mg/dL, Creatinina 1,2 mg/dL, Urea 45 mg/dL

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Acidosis túbulo renal tipo I

Diagnóstico diferencial

Cetoacidosis diabética, Estado hiperglucemias hiperosmolar

Comentario final

La acidosis tubular renal distal trastorno caracterizado por la incapacidad de los túbulos distales del riñón secretar iones de hidrógeno, lo que resulta en una orina con pH elevado (>5,5) y acidosis metabólica sistémica. En el contexto de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 que presenta síntomas como astenia, pérdida de peso y vómitos persistentes, importante considerar diagnósticos diferenciales que expliquen una acidosis metabólica con anión gap elevado. Por lo tanto, en pacientes diabéticos con acidosis metabólica, es fundamental evaluar tanto el anión gap como el pH urinario para identificar posibles trastornos subyacentes. En atención primaria, es esencial reconocer los signos y síntomas de acidosis metabólica y realizar una evaluación adecuada para derivar al paciente oportunamente a un especialista o urgencias garantizando así un manejo integral y evitando complicaciones mayores.

Bibliografía

- Informe de casos de acidosis tubular renal y errores de diagnóstico Revista Nefrología. 2015;35(2):218-220
- Acidosis tubular renal distal. Serie de casos y revisión narrativa Revista Colombiana de Nefrología. 2020;7(1):97-106
- MedicineOnline. Protocolo diagnóstico y despistaje de las acidosis tubulares. Medicine [Internet]. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-despistaje-acidosis-tubulares-articulo-50304541219301891>

823/430. NO TERMINO DE RECUERDARME DE ESTA GRIPE

Autores:

Luna Barrones, I.¹, Marín Pedrero, M.², Ulloa Jerez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º 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 43 años sin antecedentes personales de interés que acude por astenia, sudoración nocturna, disnea de esfuerzo y mialgias de 3 semanas. Refiere cuadro autolimitado de fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la exploración se ausculta soplo sistólico mitral y crepitantes en base de hemitórax derecho. Ante los síntomas referidos y hallazgos en la exploración, se solicita ECG en el que se observa una taquicardia sinusal con signos indirectos de hipertrofia ventricular izquierda. En el análisis sanguíneo, se objetiva leucocitosis con desviación izquierda y elevación de los reactantes de fase aguda. Para complementar el estudio, se solicita un Mantoux (negativo), hemocultivos y una radiografía de tórax donde se objetiva un pinzamiento del ángulo costofrénico derecho. Se inicia tratamiento con furosemida y cefuroxima y se realiza ecocardiografía en consulta, donde se aprecian signos de insuficiencia mitral. Se solicita interconsulta con medicina interna para valoración preferente y se programa realización de ecocardiografía transesofágica y TAC tórax, tras las cuales se confirma un derrame pleural bilateral y una endocarditis mitral con regurgitación mitral severa. Hemocultivos positivos para Streptococcus gordonii. Se programa cirugía para recambio valvular.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Endocarditis infecciosa.

Diagnóstico diferencial

Mixoma auricular, endocarditis trombótica no bacteriana, fiebre reumática, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombótica trombocitopénica, enfermedad de Lyme.

Comentario final

La endocarditis es una infección poco frecuente, y el principal error es no considerar su diagnóstico. Su importancia radica en que aproximadamente uno de cada dos enfermos precisará recambio o reparación valvular, y uno

de cada cuatro fallecerá durante la hospitalización. Un síndrome febril en presencia de factores de riesgo o con datos que hacen pensar en embolismo, o tras un procedimiento potencialmente productor de bacteriemia, obligan a considerarla. Otro error es no extraer hemocultivos, o no hacerlo antes de iniciar un curso de antibioterapia en un paciente sin foco obvio. Con frecuencia estos fármacos atenuarán la enfermedad, que seguirá progresando de manera más silenciosa, y negativizarán los hemocultivos, dificultando el diagnóstico y obligando a terapias empíricas combinadas potencialmente más tóxicas.

Bibliografía

- Pablo Manuel Varela García, Lucía Gómez Suárez. Guía clínica de Endocarditis infecciosa-Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/endocarditis-infecciosa/>

823/436. RECORDEMOS A LA INFANCIA TRAS LA MAYORÍA DE EDAD.

Autores:

Serrano Moreno, M.¹, Moreno Velasco, M.², González Corrales, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real

Descripción del caso

Varón de 24 años que acude a consulta de Atención Primaria tras aparición de lesiones pruriginosas en cuero cabelludo, tronco y región proximal de extremidades superiores de 3 días de evolución. Previamente había presentado fiebre de 38°C y cefalea intensa. En su residencia, donde convive con múltiples compañeros, no hay casos similares. El paciente desconocía si padeció varicela en su infancia. No ha tomado medicamentos recientemente, excepto ibuprofeno. No ha tenido contacto con niños ni embarazadas. Posteriormente, fue valorado por Dermatología, donde le solicitaron PCR tomada de una de las lesiones tipo vesicular.

Exploración y pruebas complementarias

Exantema polimorfo en cabeza, tronco y miembros superiores tipo máculo-papular, algunas centradas con

pequeñas vesículas, otras tipo costrosas o pustulosas. El exantema respeta la distribución palmoplantar y los miembros inferiores. Analítica: 5.3 miles de leucocitos/ μl (73% neutrófilos), fibrinógeno 560 mg/dl, proteína C reactiva 4.28 mg/dl. Exudado de lesión cutánea: PCR Virus Herpes Simplex-1 Negativo, PCR Virus Herpes Simplex-2 Negativo, PCR Virus Varicela-Zoster Positivo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Varicela en edad adulta.

Diagnóstico diferencial

Exantema viral VS varicela.

Comentario final

En adultos la varicela puede ser más grave que en niños, con una tasa de complicaciones del 63%, entre las que se encuentran infecciones de la piel, neumonía, convulsiones febriles y encefalitis(1). Iniciar tratamiento con aciclovir puede prevenir estas complicaciones, especialmente en las primeras 24 horas tras las lesiones cutáneas. El tratamiento de elección es aciclovir 800mg 5 veces al día, una semana (2). Reduce la severidad de los síntomas y la aparición de complicaciones, por lo que convendría pautarlo al conocer el diagnóstico. Por otra parte, el manejo de la varicela en adultos incluye la profilaxis en individuos de alto riesgo y el manejo estrecho de los casos para vigilar la aparición de complicaciones.

Bibliografía

- Widgren K, Persson Berg L, Mörner A, et al. Severe Chickenpox Disease and Seroprevalence in Sweden-Implications for General Vaccination. International Journal of Infectious Diseases : IJID : Official Publication of the International Society for Infectious Diseases. 2021;111:92-98. doi:10.1016/j.ijid.2021.08.012.
- Wallace MR, Bowler WA, Murray NB, Brodine SK, Oldfield EC. Treatment of Adult Varicella With Oral Acyclovir. A Randomized, Placebo-Controlled Trial. Annals of Internal Medicine. 1992;117(5):358-63. doi:10.7326/0003-4819-117-5-358.

823/437. EL ROL DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Blanco Delgado, R.¹, Santos Collado, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva

Descripción del caso

Varón de 72 años, HTA, DLP y fumador activo con 40 paquetes/año, diagnosticado de EPOC (mMRC 2), que acude a consulta por disnea progresiva en las últimas dos semanas deteniéndose a descansar al caminar aproximadamente 100 metros, con empeoramiento significativo en los últimos 3 días. Presenta fiebre (38,3°C) desde hace 48 horas y tos con expectoración amarillenta. No refiere náuseas, vómitos ni recorte de la diuresis. En los antecedentes no hay comorbilidades adicionales significativas ni exacerbaciones previas graves. La exploración física muestra disminución del murmullo vesicular en el hemicárdax derecho, lo que hace sospechar un posible derrame pleural.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, BBHYP. Eupneico en reposo y al hablar. A la auscultación pulmonar se objetivan estertores finos en las bases y disminución del murmullo vesicular en el hemicárdax derecho. En la auscultación cardíaca, frecuencia cardíaca de 98 lpm y ritmo regular. Saturación de oxígeno 94%, frecuencia respiratoria 22 rpm, presión arterial 135/85 mmHg. Ante la sospecha de un derrame pleural, se realiza una ecografía clínica pulmonar, que muestra un derrame pleural derecho de 2 cm, anecoico, con signo de "línea de menisco". La radiografía de tórax en urgencias confirma el derrame pleural. Los análisis muestran leucocitosis (14.200/mm³) con predominio de neutrófilos (84%) y PCR elevada (16,2 mg/dl), lo que sugiere un proceso infeccioso.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se diagnostica una exacerbación de EPOC asociada a neumonía con derrame pleural derecho. La ecografía clínica fue crucial para diferenciarlo de un SAE y orientar la derivación a urgencias para tratamiento antibiótico y manejo especializado.

Diagnóstico diferencial

- Neumonía adquirida en la comunidad con derrame pleural.
- Insuficiencia cardíaca congestiva con derrame pleural.
- Neoplasia pulmonar con derrame pleural.
- Embolia pulmonar.

Comentario final

Este caso destaca la importancia de la ecografía clínica en Atención Primaria, permitiendo un diagnóstico rápido y preciso en pacientes con EPOC exacerbado. El diagnóstico diferencial adecuado evita tratamientos incorrectos y permite un manejo adecuado de complicaciones respiratorias.

Bibliografía

- Cucciolini G, Corradi F, Marrucci E, Ovesen SH. Basic lung ultrasound and clinical applications in general medicine. *Med Clin North Am [Internet]*. 2024;109(1):11-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2024.07.006>

823/438. LAS PATOLOGÍAS “COTIDIANAS” TAMBIÉN SE COMPLICAN.**Autores:**

Serrano Moreno, M.¹, Moreno Velasco, M.², González Corrales, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real

Descripción del caso

Mujer de 75 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor en fosa renal izquierda de 2-3 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos. Tras explorarla (puñoperCUSIÓN renal izquierda positiva, tira de orina con hematíes), se le administró pantoprazol, diclofenaco y butilescopolamina intravenosos, pautando para domicilio estos medicamentos junto con tamsulosina. Al día siguiente, comenzó con fiebre y deterioro del estado general, por lo que acudió a Urgencias. Tras las pruebas efectuadas, se diagnosticó de fracaso renal agudo obstructivo y pasó a manejo por parte de Urología, que colocaron un doble J urgente.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias:–Analítica sanguínea: 16.400 leucocitos/ μL (89% neutrófilos), Hb 10.9 g/dL, 68.000 plaquetas/ μL , creatinina 3.31 mg/dL, urea 117 mg/dL, CKD-EPI 13 ml/min/1.73m², sodio 124.3 mmol/L.–Análisis orina: Hematíes +++, leucocitos +++.–Ecografía apa-

to urinario urgente: Hidronefrosis izquierda grado II/IV secundaria a litiasis obstructiva de 10 mm en tercio proximal ureteral.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Cólico renoureteral izquierdo, complicado con fracaso renal agudo.

Diagnóstico diferencial

Cólico renal VS pielonefritis VS litiasis renal obstructiva.

Comentario final

En España, la prevalencia del cólico renal en pacientes de edades entre 40-65 años es del 14.6% con una incidencia anual del 2.9% (1). Su principal causa es la obstrucción, siendo, por orden de frecuencia, más común, en cálices renales, la unión pieloureteral, el cruce del uréter por las arterias ilíacas y el uréter pelviano. A veces, los cólicos pueden complicarse con fiebre, deterioro de función renal, hidronefrosis III-IV, bilateralidad y mal control del dolor, precisando manejo por parte de Urología (2). Si bien es una patología que se resuelve con bastante frecuencia desde el ámbito de la Atención Primaria, resulta importante recordar que debemos llevar un seguimiento más o menos estrecho de este tipo de pacientes, ya que pueden aparecer estas complicaciones y es posible que requieran un manejo hospitalario.

Bibliografía

- Anzizu FJ, Díez-Caballero F. Guía de actualización en Urgencias: cólico renal. Internet [citado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <http://file:///C:/users/rrgc05.upm.temp/Downloads/guia-actuacion-colico-renal.pdf>

823/439. CUANTO MÁS CALOR, MÁS BICHOS

Autores:

González González, A.¹, Ruano Mayo, A.¹, Mendieta Salazar, C.²

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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Niña lactante de 9 meses, embarazo domiciliario 39+2; niña sana, no vacunada, realiza tratamientos con homeopatía. Conviven en el campo con perro, gatos salvajes y gallinero. Acude por fiebre de 15 días de hasta 40°C acompañado de síndrome catarral y heces blandas, ha empezado a rechazar las tomas. Se realiza analítica y radiografía de tórax detectándose pancitopenia y acidosis metabólica, por lo que se cursa ingreso para estudio de enfermedad hematológica vs zoonosis. Se constata presencia de Leishmaniasis en médula ósea y se inicia tratamiento con corticoterapia y Anfotericina B liposomal con buena evolución y posterior alta tras 8 días de ingreso.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: TEP estable. Palidez cutánea, auscultación con ritmo de galope intermitente, abdomen defendido con esplenomegalia 3 traveses, resto anodino con constantes dentro de la normalidad. Analítica: LDH 689, PCT 0.43, PCR 82, Ferritina 1497, pancitopenia Hb 6.4, linfocitos 3800, plaquetas 40000, acidosis metabólica. Dímero D 12576. Rx torax, EKG y ecocardiograma anodinos. Ecografía abdomen: Hígado tamaño límite y esplenomegalia leve de 10 cm. Exudado faríngeo positivo para adenovirus. PAMO bajo sedación obteniendo hemofagocitosis, PCR sanguínea y de médula ósea positivas para Leishmania donovani.

Orientación diaganóstica/Juicio clínico

Leishmaniasis visceral, síndrome hemofagocítico secundario.

Diagnóstico diferencial

Linfoma, Esquistosomiasis, Malaria.

Comentario final

La leishmaniasis es una enfermedad causada por protozoos y se transmite por vectores flebótomas. El protozoo invade y se replica dentro de los macrófagos del huésped. Las manifestaciones clínicas varían desde úlceras cutáneas hasta enfermedad multiorgánica conocida como Leishmaniosis visceral o Kala-azar. Los parásitos se replican en el sistema reticuloendotelial acumulándose en bazo, hígado y médula ósea, provocando hemólisis, disfunción de la médula ósea, caquexia y edemas por hipalbuminemia entre otros síntomas. El tratamiento indicado de primera línea es la Anfotericina B liposomal. La globalización y el aumento de las temperaturas a nivel mundial incrementan el tiempo de actividad de los flebótomas, provocando un mayor nú-

mero de casos en España en los últimos años siendo Andalucía una zona de riesgo alto. Como prevención se recomienda la vacunación canina.

Bibliografía

- Aronson N, Herwaldt BL, et al. *Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA)*. Clin Infect Dis 2016; 63:e202.

823/440. MI BRAZO

Autores:

Dugo Román, M.¹, Zamora Gálvez, P²

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con Losartan 50mg. Diabetes mellitus tipo dos en tratamiento con metformina 1g cada 12 hora. No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Motivo de consulta: mujer de 88 años que acude por dolor e impotencia funcional de miembro superior izquierdo de una hora de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Se retira la ropa y se aprecia frialdad del miembro superior izquierdo, cambio en la coloración y dolor intenso. Asocia también impotencia funcional y ausencia de pulso radial. Brazo contralateral sin alteraciones. Exploración neurológica sin alteraciones. Glasgow 15. Escala NIHSS 4 puntos. Electrocardiograma: fibrilación auricular de nueva aparición. Gasometría venosa: pH 7.5, pCO₂ 33, HCO₃ 26, Na 137, K 3.6, láctico 2.7, Hb 12.3 Se administra analgesia y se contacta con cirugía cardiovascular

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Isquemia arterial aguda

Diagnóstico diferencial

Isquemia arterial aguda VS ictus

Comentario final

La isquemia arterial aguda se trata de una patología tiempo dependiente y es importante reconocer

los signos clínicos para orientar el diagnóstico en cuestión de minutos. Una vez orientado el diagnóstico habría que realizar el diagnóstico etiológico. Para ello realizar un electrocardiograma para descartar una arritmia como principal causa de formación de trombos.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L. *Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación*, 6^a ed. Elsevier.

823/443. ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNOS VÓMITOS?

Autores:

Crespo Jimenez, C.¹, Ruiz Válchez, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Paciente de 80 años, nueva en el cupo, con AP de HTA y DLP que acude por vómitos de dos años de evolución asociados a pérdida significativa de peso. En ocasiones refiere heces de color arcilla y orina oscura que se han resuelto de forma espontánea. Refiere varias visitas al médico por este motivo, en tratamiento durante estos dos años con metoclopramida sin resolución de la clínica. No se le han realizado pruebas complementarias salvo analítica básica sin alteraciones destacables. Realizamos nueva analítica sanguínea al día siguiente con perfil hepático, marcadores inflamatorios y citamos a la paciente para nueva valoración. Cinco días después de nuestra primera visita, acude refiriendo aumento del número de vómitos, orina oscura, heces de color blanco, tinte icterico y fiebre de 38 grados.

Exploración y pruebas complementarias

El primer dia que acude, a la exploración, la paciente se encuentra consciente y orientada con buen estado general. Normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Abdomen blando y depresible sin masas ni visceromegalías. No signos de irritación peritoneal. No doloroso a la palpación. Murphy, blumberg y rovings negativo. Cinco dias después la paciente presenta tinte icterico y empeoramiento del estado general. El abdomen es blando y de-

presible, sin masas ni megalias pero doloroso de forma generalizada a la palpación. Murphy positivo. En la analítica observamos GGT 1700, GPT 1350, ALP 800, Bilirrubina total 2.8 a expensas de bilirrubina directa. LDH 2000.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tumor cabeza de páncreas

Diagnóstico diferencial

Colecistitis aguda Coledocolitiasis Tumor pancreático
Pancreatitis aguda

Comentario final

Es muy importante realizar una correcta anamnesis y exploración a todos nuestros paciente, ya que de esta forma podemos llegar a un correcto diagnóstico. En ocasiones, ignorar algunos de sus síntomas puede llevarnos a un diagnóstico erróneo o a tratar a pacientes con ciertos fármacos sin saber el origen de sus problemas.

Bibliografía

- *Principios de Medicina Interna. Harrison. 20º edición. 2018 Manual de Medicina de Familia SEMERGEN. 2017*

823/445. ASESINOS SILENCIOSOS. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Ruano Mayo, A.¹, Mendieta Salazar, C.², González González, A.¹

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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 56 años de edad sin RAMC, sin FRCV conocidos, fumadora de 12 cigarrillos/día que de forma súbita comienza con disnea mientras orinaba junto con tos y expectoración rosácea, llegan al CS. Continua disnea intensa progresiva con cianosis periférica hasta acabar en parada cardiorrespiratoria. En anamnesis familiares niegan dolor torácico previo u otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

En CS: MEG, Sudorosa, Palidez. Taquipnea intensa con tiraje, Cianosis acra. Activamos 061. Tonos Rítmicos

taquicardicos a 130lpm, crepitantes generalizados con Saturación 40%. SAFI 190. TAS 260 TAD 150 Glucemia 396. ECG RS 140lpm BRI no conocido. Se inicia tratamiento con nebulización VentiMask 50% hasta colocar CPAP con mala tolerancia. Dos VVPP con Furosemida 40 mg + Perfusion NTG. Morfina SC. 061. Disminución progresiva nivel de conciencia y bradipnea por lo que se procede a Intubación Orotraqueal. PCR AESP 2 adrenalinas TVSP y recupera ritmos sinusal con pulso tras una CVE (tPCR 8min). Ecografía Trans-Torácica VI Hipertrofia Severa. Se traslada al Hospital. Radiografía infiltrado bilateral extenso que impresiona de EAP. Cateterismo Normal. Ecografía Trans-Esófágica Hipertrofia VI. Marcadores Daño miocárdico 37ng/L>124ng/L>491ng/L P-BNP 1040. Dímero D 1106ng/mL. TAC Craneal normal. Ecografía Trans-Torácica Reglada Miocardiopatía hipertensiva. TAC Tórax. Se descarta TEP. Ergometría de esfuerzo crisis HTA tras mínimo esfuerzo. Cardio RMN y Holter cardiaco normal. Durante su estancia en UCI ha precisado tratamiento antihipertensivo intenso y todas las PPCC apuntan a una emergencia hipertensiva como causante del proceso. Perfusion de furosemida, Nitroglicerina, Nitroprussiato, labetalol. Ramipril, Clonidina, amlodipino, Hidroclorotiazida, Doxazosina. Analítica FRCV: FG109, HbA1c 5,9% LDL168, HDL39, TG141, Lp(a)3,5. apoA1 122 apoB 124. Poligrafía respiratoria: AOS Leve, Desaturación nocturna grave. TTO CPAP 8cm H2O.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria recuperada causa hipoxémica. EAP FLASH. HTA. Dislipemia.

Diagnóstico diferencial

TEP. Arritmia cardiaca. IAM.

Comentario final

Aunque la mayoría de los FRCV están bien establecidos y es innegable que son causa directa de muerte súbita, se subestiman en ocasiones, como en esta paciente que por una crisis HTA acabó en PCR, recuperada probablemente por asistencia inmediata por sanitarios. Destaca entonces la importancia del cribado oportunista y activo de los FRCV en consulta por nuestra parte como toma de TA en este caso a esta paciente que hasta el debut sintomático tan abrupto probablemente ha padecido HTA silente durante años así como la dislipemia.

Bibliografía

- *UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>*

com/contents/pathophysiology-of-cardiogenic-pulmonary-edema?search=Edema%20agudo%20de%20pulmon%20flash&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

823/448. CRISIS CONVULSIVAS Y CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DELIRANTE EN UN PACIENTE JOVEN: UN RETO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Peralta Egea, I.¹, Martínez De Paz, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinos Puente. Pinos Puente. Granada

Descripción del caso

Varón de 34 años que acude a consulta de Atención Primaria por cefalea intensa, vómitos, fiebre y alteraciones conductuales con alucinaciones visuales y temblores generalizados.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración neurológica inicial no revela alteraciones focales ni signos meníngeos. Ante la gravedad de los síntomas y la posibilidad de un cuadro neurológico complejo, se deriva a Urgencias para realizar pruebas complementarias. Analítica sanguínea sin alteraciones reseñables. Toxicología en orina negativo. COVID-19 positivo. Punción lumbar con hiperproteinorraquia leve, sin otros hallazgos significativos; el análisis PCR para virus es negativo. Se realiza un electroencefalograma (EEG), que muestra trazados dentro de los límites de la normalidad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Encefalitis inmunomediada.

Diagnóstico diferencial

Meningitis bacteriana/viral/fúngica, encefalitis inmunomediada, crisis convulsivas secundarias a tóxicos o causas orgánicas.

Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de un enfoque multidisciplinario en Atención Primaria ante una presentación clínica compleja como la de este paciente. La primera aproximación diagnóstica y las pruebas

iniciales permitieron descartar numerosas causas. Sin embargo, la persistencia de los síntomas y la necesidad de exclusión de encefalitis y otras patologías del sistema nervioso central nos recuerda la importancia de una derivación oportuna a Urgencias y de un seguimiento continuo en casos que no responden a un diagnóstico claro. La encefalitis inmunomediada es un trastorno neurológico causado por una respuesta autoinmune contra el sistema nervioso central. Una de las más comunes es la mediada por anticuerpos contra el receptor de N-metil-D-aspartato, que afecta a jóvenes y se caracteriza por un inicio subagudo de síntomas psiquiátricos. El tratamiento incluye inmunoterapias e inmunosupresoras que deben iniciarse lo antes posible para mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de complicaciones graves.

Bibliografía

- Porras-Hernández J, Fernández-Guerrero M, Díaz-Rubio M, et al. Clinical management of autoimmune encephalitis. *J Neurol Sci.* 2021;432:119-126.
- Sánchez-Cano L, Muñoz-Álvarez F, Martín-Ruiz C, et al. Diagnostic approach to encephalitis: A comprehensive review. *Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2020;91(3):122-130.

823/449. URGENCIA HIPERTENSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Barriónuevo Artero, I.¹, Pérez Martínez, P.², López García, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojónera. La Mojónera. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Mujer de 90 años institucionalizada en una residencia de ancianos. Dependiente para algunas ABVD. Presenta AP de ERC grave G4A2 con un FG de 17.2 ml/min, hiperparatiroidismo secundario, depresión, glaucoma, DM tipo 2, HTA e insuficiencia cardíaca. Actualmente se encuentra en tratamiento con Manidipino 10mg, Furosemida 40mg, Amlodipino/Olmesartán Medoximilo/Hidroclorotiazida 40/5/25mg, Doxazosina 4mg, Insulina

Glargina 100UI/ml (toma 20 UI/24h), Paricalcitol 1 mg, Desvenlafaxina 100mg, Zolpidem 10mg, Bromazepam 1,5mg. El enfermero a su cargo consulta con el Servicio de Urgencias de AP por cifras tensionales elevadas. La primera toma se realiza a las 20:30h en el centro, obteniendo una TA de 280/120 mmHg. Le administran Captopril 25mg. A las 22:30h es de 230/110 mmHg por lo que se administra Furosemida 40mg. Tras 1h, es de 185/118 mmHg y la paciente refiere cefalea, por lo que consultan. A las 00:00h se administra Alprazolam 0,25mg y Metamizol 2g. A los 30 minutos TA de 150/65 mmHg.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada y eupneica en reposo. A la auscultación cardiopulmonar presenta tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Edemas en MMII. Niega dolor torácico ni otra sintomatología. Pulsos periféricos presentes y simétricos. ECG: ritmo sinusal a 70lpm, sin signos de isquemia aguda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Urgencia hipertensiva grave en una paciente con HTA de difícil control y ERC G4A2.

Diagnóstico diferencial

El principal se realizará con una emergencia hipertensiva. Por lo tanto, se buscan signos de afectación aguda de órganos diana como el cerebro, el corazón, o afectación de vasos sanguíneos.

Comentario final

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial mediante una anamnesis y exploración física detallada y tener en cuenta la situación clínica de base del paciente para decidir el tratamiento. Solo se debe disminuir la TAM un 20-30% de la inicial. Al comienzo, era de 173 mmHg y se alcanzó una TAM de 122 mmHg. Una reducción rápida mayor no ha demostrado beneficios. El personal a cargo administró Captopril 25mg vo, lo que se encuentra contraindicado en esta paciente debido a su ERC grave.

Bibliografía

- Montero Pérez F, Jiménez Murillo L. *Medicina de Urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 7a Ed. Elsevier; 2023.

823/450. DEBILIDAD GENERALIZADA Y FASCICULACIONES: HIPOCALCEMIA

Autores:

Mendieta Salazar, C.¹, González González, A.², Ruano Mayo, A.²

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 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 91 años. Sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales: Hipertenso, Diabetes tipo 2, Leucemia Linfática Crónica, Ceguera y Síndrome Coronario Agudo con 3 Stent. Tratamiento: Atorvastatina, Apixaban, Ramipril, Insulina, Omeprazol, Prolia, Furosemida y Ranolazina. Acude al servicio de urgencias por décaimiento, fasciculaciones faciales y generalizadas de un día de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración consciente, orientado y colaborador, normocoloreado, normohidratado, eupneico, afebril. A la auscultación rítmico, murmullo vesicular conservado, sin ruidos. Abdomen blando, no doloroso, sin megalías. Edemas en miembros inferiores sin signos de trombosis. Neurológicamente pares craneales conservados, habla conservada. Fuerza disminuida de manera generalizada conocida, sensibilidad y movilidad conservados. Pruebas complementarias: ECG en ritmo sinusal a 56 latidos, BAV 1º grado, QT alargado 500 milisegundos, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de Tórax sin alteraciones. Gasometría sin alteración del equilibrio ácido-base. Analítica con linfocitosis, ión Ca corregido 5,1 mg/dl (8,8-10), Mg 1,53 mg/dl y Proteínas totales 5,6 mg/dl (6,4-8,3). Pasa a Observación para tratar con perfusión de 1 ampolla de MgSO₄ (1500 mg) en 100 cc de SG 5% en 15 minutos, y 3 ampollas de Gluconato Cálcico al 10% en 100 cc de SG 5% en 15 minutos, seguido de 6 ampollas de Gluconato Cálcico al 10% en 500 cc de SG 5% a 144 ml/hora y controles. Tras 24 horas se normalizan los valores de Ca y Mg. Se suspende furosemida y ramipril por la posible causa del cuadro. Se indica tratamiento oral con resincalcio y alta con controles en su centro de salud

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

HIPOCALCEMIA AGUDA SINTOMÁTICA

Diagnóstico diferencial

Hipocalcemia Primaria vs Secundaria a Denosumab vs Desnutrición crónica vs Pancreatitis Grave vs Transfusión masiva de sangre vs sepsis vs metástasis vs hipalbuminemia vs otros fármacos

Comentario final

Se muestra la importancia de valorar las alteraciones iónicas, la clínica y sobre todo las probables causas, donde puede jugar un papel importante el médico de Atención Primaria con el seguimiento de pacientes crónicos y tratamiento amplio

Bibliografía

- F. B. Quero Espinosa, A. M. Jiménez Aguilar, L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez. Hipocalcemia. En: F. Javier Montero Pérez, Luis Jiménez Murillo. Medicina de Urgencias y Emergencias. 7º ed. España 2023. p. 586-88

823/451. DESEMPOLVANDO EL MONITOR. HISTORIA DE UNA PARADA EN PRIMARIA.

Autores:

Sánchez Pareja, V.¹, Venegas Rubiales, E.¹, Nieto Ordóñez, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 48 años fumador de 2 paquete/día, acude a consulta de urgencias de atención primaria por dolor torácico irradiando a hombro izquierdo de 5 días de evolución que aumenta en las últimas 12H. A su llegada presenta tensión arterial (TA) de 186/91, decideendose tratar con 2 comprimidos de captopril 25mg sublingual y oral. Se realiza un primer electrocardiograma (EKG) donde se observa taquicardia sinusal con un ascenso del ST menor de 1mm de V2 a V4 con descenso espeacular en II, III y aVF. Dado el aumento del dolor, se decide monitorización cardiaca y realizar nuevo EKG, donde se observa esta vez progresión del ascenso del ST en V2-V4, iniciándose tratamiento con ácido acetilsalicílico 300mg vía oral y clopidogrel 75mg vía oral y se activa Código Infarto, coordinando

al equipo de emergencias sanitarias. Durante contacto telefónico con centro coordinador, el paciente sufre parada cardiorrespiratoria (PCR) objetivándose en monitor fibrilación ventricular (FV) que precisó de tres descargas a 200 J, interrumpidas por masaje cardíaco al registrarse rachas de asistolia y actividad eléctrica sin pulso (AESP) intercaladas con rachas de FV, después de cada descarga.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación: taquicárdico sin soplos. TA 186/91. SatO2 98%. Glucemia capilar 96mg/dl

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

SCACEST anterolateral. Enfermedad severa monovaso.

Diagnóstico diferencial

Angor hipertensivo. Dolor torácico secundario a proceso respiratorio.

Comentario final

Tras la tercera descarga, recupera ritmo sinusal y latido cardíaco, con Glasgow 15/15 y estabilidad hemodinámica. Se traslada a hospital de referencia para angioplastia coronaria emergente, presentando en arteria coronaria descendente anterior una oclusión en segmento medio. Según recoge la última actualización de European Resuscitation Council Guidelines 2021, ante una PCR con ritmo desfibrilable monitorizada y presenciada, se inicia administrando tres descargas consecutivas junto amioradona 300mg iv. En nuestro caso, decidimos evaluar ritmo tras cada descarga, precisando de masaje cardíaco. No obstante, nuestro paciente sobrevivió gracias a la rápida actuación de un equipo poco experimentado.

Bibliografía

- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

823/452. NO ES ANSIEDAD TODO LO QUE RELUCE

Autores:

Sánchez Pareja, V.¹, Galindo González, L.², Rodríguez Juliá, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea-Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 42 años acude servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) por dolor centrotorácico no irradiado en contexto de discusión con un familiar. Es tratado como crisis ansiosa, administrándose alprazolam 1mg vía oral y dado de alta. Una semana después, es recibido en servicio de urgencias hospitalarias (SUH) en parada cardiorrespiratoria (PCR). Según refiere su familia, el paciente se quejaba de molestias centro-torácicas desde visita a SUAP que relacionaba con crisis de ansiedad. Se inicia soporte vital avanzado registrándose en monitor rachas de taquicardia ventricular (TV), fibrilación ventricular (FV) y asistolia, precisando de 3 descargas, 5 ampollas de adrenalina y 300mg de amioradona, saliendo de la parada a los 42 min. En electrocardiograma (EKG) post-parada se ve ritmo irregular de QRS ancho con descenso del ST de V2 a V6, bloqueo de rama derecha en II, III y aVF. Se activa código infarto y se traslada de forma emergente a unidad de hemodinámica, sufriendo en el traslado nueva parada, con registro de TV que revierte con 2 descargas y 150mg de amioradona.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración en SUAP: ACR rítmica sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. TA 160/90. Exploración en SUH: Paciente en parada cardiorrespiratoria a su llegada. Pupilas medianas reactivas, isométricas. Coronariografía: oclusión arteria circunfleja a nivel proximal tratada con stent farmacoactivo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

PCR con tormenta arritmogénica. SCACEST inferior Killip IV

Diagnóstico diferencial

Crisis de ansiedad

Comentario final

Finalmente, el paciente fallece en UCI 2 días después de su ingreso, por shock cardiogénico y fallo multiorgánico. La parada cardíaca sigue siendo una complicación temible y potencialmente fatal en el IAMCEST. Su

causa más frecuente son ritmos desfibrilables, destacando FV, que es la principal causa de muerte. Uno de los síntomas más habituales en las crisis de ansiedad es el dolor centrotorácico, pero no por ello debemos banalizar este síntoma, más aún en paciente con factores de riesgo cardiovascular; por lo que es de vital importancia realizar un EKG en pacientes con clínica sugerente de crisis ansiosa.

Bibliografía

- Rodero Elices J. Parada cardíaca en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST: Análisis comparativo del perfil clínico-epidemiológico y pronóstico intrahospitalario en dos cohortes históricas. Universidad de Salamanca; 2024.

823/454. UN GOLPE EN EL HOMBRO ENMASCARÓ MI ENFERMEDAD

Autores:

Cejudo Casas, M.¹, García Rodríguez, J.², Montoya Fernández, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Descripción del caso

Varón de 54 años que acude a consulta por dolor en el brazo derecho tras contusión mientras trabajaba en la construcción. Antecedentes Personales: Diabetes Mellitus II (Hb1Ac 14%, retinopatía, polineuropatía y ERC G3aA2) Hipertensión, Dislipemia. TRATAMIENTO: insulina lantus 42U, rápida 50U. Pregabalina 300, bisoprolol 2,5, sitagliptina 50/metformina 1, rosuvastatina 20, enalapril 10, dapagliflozina 10, fenofibrato 145.

Exploración y pruebas complementarias

MS Derecho: No deformidades. Fuerza y sensibilidad conservada. Movilidad codo derecho conservada. Impotencia funcional activa. Pasiva dolorosa pero conservada. Se deriva a Mutua laboral. Acude al día por empeoramiento de la clínica: Ya presenta imposibilidad para flexionar codo (Fuerza 2/5). Hipostesias en territorio cubital e imposibilidad para ABD/ADD 4º y 5º dedos. Se realizan las siguientes pruebas: · Rx hombro: No lesiones óseas agu-

das. · Ecografía clínica: Mínimo líquido en bolsa subacromio-odeltoidea. Los tendones del bíceps humeral, supraespínoso, infraespínoso y subescapular sin alteraciones. Se deriva a Urgencias Hospitalarias siendo valorado por Traumatología, dándole de alta con sospecha de Parsonage Turner vs desfiladero torácico, tratamiento con pauta descendente de corticoides. A los varios días, consulta nuevamente por dolor y movimientos involuntarios en MSD repetitivos, además pérdida de conciencia y caída en domicilio. Se deriva a urgencias hospitalarias. Allí, objetivan movimientos repetitivos, desviación ocular, rigidez mandibular y movimientos tónico-clónicos generalizados de 1-2 minutos de duración. ·ECG: Ritmo sinusal 90 lpm, eje normal, PR 180 ms, QTc 387 ms, no alteraciones agudas de la repolarización. ·AS: Glucemia 105 Cr 1.51 COL 290 LDL 199 TG 401 GGT 160 PCR 0.6 Hb14 Leucos 8.800 Plaquetas 214.000 ·TC craneal sin lesiones isquémicas. ·RMN Cerebral: Hallazgos en probable relación con áreas de isquemia aguda-subaguda en territorio de ACM izquierda con pequeña transformación hemorrágica asociada.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

ACV

Diagnóstico diferencial

Crisis tónico clónicas, síndrome parsonage turner,

Comentario final

El médico de familia desempeña un papel fundamental en el control de los FRCV; una visión global, una identificación y un tratamiento temprano FRCV previene la aparición de enfermedades.

Bibliografía

- Oikonomou, E. K., & Khera, R. (2023). Machine learning in precision diabetes care and cardiovascular risk prediction. *Cardiovascular diabetology*, 22(1), 259. Zamarano, J. L., Cequier, A. (2023). Nuevos enfoques en el riesgo cardiovascular residual. *Introducción, Revista Española de Cardiología Suplementos, ISSN 11313587*,

823/455. LA DISNEA TIENE MUCHAS CAUSAS

Autores:

Domínguez Castellano, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dº. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 75 años que acudió por disnea a mínimos esfuerzos, sensación de mareo y cansancio de 3 días de evolución. No había presentado dolor torácico ni síncope. Tampoco manifestó haber presentado ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, Hipertensión, Dislipemia y Diabetes.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, alerta, colaboradora, buen estado general, buena coloración mucocutánea, eupneica en reposo, bien perfundida, afebril, hidratada y nutrita. Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin alteraciones. Miembros inferiores: pulsos periféricos conservados y simétricos. No edemas ni signos de TVP. En consulta se realizó toma de tensión arterial con 140/85 mmHg y pulsioximetría con saturación de 98% y una frecuencia cardíaca de 53 lpm. Se complementó con EKG, observándose ritmo compatible con bloqueo de segundo grado tipo 2. Glucemia: 105 mg/dl.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Bradicardia sintomática por bloqueo de segundo grado tipo 2 a estudio

Diagnóstico diferencial

Intoxicación o interacción farmacológica, cardiopatía isquémica, desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia cardíaca, anemia, extrasístoles auriculares bloqueadas

Comentario final

Se procedió a implantar marcapasos transcutáneo como medida transitoria ante riesgo de asistolia, con derivación urgente a Urgencias hospitalarias en UCI móvil. La paciente ingresó en Cardiología, donde se confirmó el diagnóstico, y se procedió a la implantación de marcapasos definitivo tipo DDDR. Se debe realizar un abordaje sindrómico de la disnea analizando causas más frecuentes. Ante una paciente con bradicardia sintomática es preciso valorar la situación de estabilidad hemodinámica y la existencia de signos de riesgo vital, como insuficiencia cardíaca severa, shock, síncope o isquemia miocárdica, ya que determinan si requiere tratamiento farmacológico. En este caso no existe inestabilidad hemodinámica ni riesgo vital, pero al tratarse de una entidad con riesgo de asistolia, deben implantarse medidas terapéuticas transitorias farmacológicas y/o marcapasos transcutáneo.

Bibliografía

- Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias Y Emergencias: Guía Diagnóstica Y Protocolos de Actuación. 7a ed. Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, editores. Elsevier; 2023. p.202-207
- Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradicardias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol (Engl Ed) [Internet]. 2012;65(7):656-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.01.025>

823/457. ANGINA CORONARIA

Autores:

Jiménez Arteaga, C.¹, González Mata, A.¹, Rodríguez Narváez, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. Camas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. Camas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 54 años con los siguientes antecedentes personales:-FRCV (HTA, DM tipo II, DLP y obesidad) y alergia a frutos secos.-Valorado en unidad de dolor torácico por dolor centroráctico, habitualmente de corta duración y no irradiado. Sin cortejo vegetativo acompañante. Niega disnea. Se realizó ergometría con resultado positivo y se solicitó coronariografía ambulatoria, pendiente de realizar. Es atendido por los servicios de urgencias extrahospitalarias, tras síntome en vía pública en contexto de urticaria tras ingesta de frutos secos. Administran oxigenoterapia, corticoesteroides, dexclorfeniramina, ½ ampolla de adrenalina; y se realiza traslado a hospital de referencia. Es ingresado en observación hospitalaria, donde tras valoración por ORL se descarta patología se descartar edema de úvula y se decide tratamiento con corticoesteroides, y ver evolución. Durante su estancia en observación el paciente presenta dolor torácico de inicio súbito en reposo. Se realiza ECG, donde se objetiva supradesnivelación del ST en cara inferior. Por ello, se somete a angioplastia primaria, donde se revasculariza lesión trombótica en ADA media.

Exploración y pruebas complementarias

ACP: corazón rítmico a buena frecuencia sin soplos. Buen MV sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalías, no doloroso. Blumberg y murphy negativos. RHA presentes. En

analítica, hemograma, bioquímica y gasometría normales, a excepción de elevación de troponina I alta sensibilidad.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

SCA con elevación del ST anterior en posible contexto de Síndrome de Kounis tipo II

Diagnóstico diferencial

Shock anafiláctico Síndrome coronario agudo con elevación del ST Angina inestable

Comentario final

SÍNDROME KOUNIS TIPO II Es la asociación del SCA secundario a una reacción de anafilaxia, la cual es producida por mediadores inflamatorios y vasoactivos liberados principalmente por activación y degranulación de mastocitos que actúan en el sistema cardiovascular. Hay 3 tipos, en concreto el tipo II es aquel en el existe enfermedad ateroesclerótica previa.

Bibliografía

- Coronary hypersensitivity disorder: the Kounis syndrome. Clin Ther., 35 (2013), pp. 563-571 <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.02.022>
- N.G. Kounis, G. Hahalis, A. Manola, K. Taxiarchis, T.C. Theoharides.
- Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction).
- Angina Pectoris: Etiology, Pathogenesis and Treatment, chapter III, pp. 77-150

823/462. DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN POBLACIÓN DE RAZA NEGRA

Autores:

Barco Núñez, P.¹, Altamirano Carrillo, A.², Naranjo Martín-Prieto, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla

Descripción del caso

Paciente mujer de 23 años, procedente de Somalia, sin alergias a ningún medicamento y con antecedente personal de migraña. Acude hasta en cinco ocasiones

para valoración médica por un cuadro que se inicia como cefalea (diagnosticada de migraña) con fiebre y odinofagia posteriormente (diagnosticada de síndrome vírico y siendo dada de alta con Amoxicilina 1 gramo cada 8 horas durante una semana). Tras ello comienza con evidente deterioro del estado general y lesiones ampollosas en la cara y plantas de manos y pies.

Exploración y pruebas complementarias

En un inicio la paciente presenta buen estado general, pero evoluciona con empeoramiento, hipotensión arterial y sialorrea. A nivel facial, mácula hiperpigmentada, lesiones ampollosas en región infraorbitaria bilateral, descamación de la mucosa labial y eritema conjuntival bilateral. Además, se aprecia mácula hiperpigmentada en planta de pie derecho de un centímetro dolorosa y lesión ulcerada a nivel de labio vaginal menor izquierdo. Por ello es derivada hasta en tres ocasiones a urgencias hospitalarias, siendo dada de alta en dos de ellas como síndrome vírico e ingresando en la última visita para estudio. En analítica sanguínea se apreciaba únicamente linfopenia y elevación de transaminasas. Se solicitó serología de virus endémicos, hemocultivo, sistemático de orina y radiografías de tórax, sin hallazgos relevantes.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

RIME (Erupción mucocutánea infecciosa reactiva)

Diagnóstico diferencial

Eritema multiforme mayor Síndrome de Steven-Johnson RIME

Comentario final

El diagnóstico diferencial en este caso es complicado, pero considero más importante destacar la inequidad en salud que sufrió la paciente. Tanto la barrera idiomática y el estereotipo, como la dificultad en identificar patología dermatológica en raza negra, contribuyeron a un retraso en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento a pesar de haber acudido hasta en cinco ocasiones a consulta. Por otro lado, llama la atención la prescripción de antibioterapia en una paciente sin criterios para ello (produciendo una reacción adversa a medicamentos y/o aumentando la resistencia bacteriana).

Bibliografía

- Guzmán Tena P, Rodríguez Ramos M, Lloret Ruiz C, Vázquez Álvarez ML. Erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME): expandiendo el espectro de los exantemas mucocutáneos. Actas Dermosifiliogr [Internet].

2024;115(10):1097–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731023009377>

823/466. UNA CEFALEA QUE DEBE PREOCUPARNOS...

Autores:

Millán López, A.¹, Grande Ruiz, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequito. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana-Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 51 años que como Antecedentes Personales es fumadora de 2-3 cigarrillos diarios y presenta cefalea tipo tensional, que acude a Urgencias de Centro de Salud porque mientras caminaba en la calle comienza con cuadro de cefalea intensa bifrontal y punzante junto con sudoración y mareo con posterior pérdida de conocimiento de segundos de duración con recuperación posterior espontánea. La paciente fue valorada en el Centro de Salud donde presenta un vómito en consulta, realizándose ECG sin alteraciones y pautándose analgesia sin mejoría del dolor, posteriormente fue derivada a Urgencias Hospitalarias ante cefalea con datos de alarma.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA: AEG, EVA 9/10, COC, bien hidratada y perfundida, afebril, normocoloreada, eupneica en reposo SatO2:97 TA:116/83 mmHg Fc:75 ACP normal. **NEUROLÓGICA:** COC, PINLA, MOEC. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en miembros superiores e inferiores. Romberg negativo. Marcha normal sin aumento de la base de sustentación. No dismetría ni disdiadococinesias. No signos meníngeos. Campimetría por confrontación normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En Centro de Salud: Electrocardiograma sin alteraciones. En Hospital: Analítica sin alteraciones.

TAC/ANGIO-TC DE CRANEO:

Conclusión:

- Hallagos radiológicos compatibles con HSA grado IV de la escala de Fisher.

- Dilatación sacular dependiente de la arteria comunicante anterior.
- Posible dilatación aneurismática en la bifurcación/subdivisión inferior de la ACM derecha. Resto según se describe.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cefalea en contexto de Hemorragia subaracnoidea grado IV

Diagnóstico diferencial

- Síndrome meníngeo: Meningitis
- Síndrome de Hipertensión craneal: Hematoma subdural, Hemorragia interventricular, Tumores, Abscessos cerebrales.
- Emergencia hipertensiva–Hipotensión espontánea de LCR

Comentario final

Ante la valoración de un paciente con cefalea es muy importante valorar posibles signos de alarma, en este caso el hecho de que la paciente presenta un episodio de pérdida de conciencia en contexto de cefalea debe orientarnos hacia descartar posibles causas secundarias de cefalea para lo que será necesario derivación hospitalaria y realización de prueba de imagen.

Bibliografía

- Molins Rojas, C., & Vicente Pascual, M. (2020). *Cefalea en trueno. Una entidad que debe ser rápidamente reconocida y estudiada*. SEMERGEN, 46(5), e34–e36. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.10.011>
- Montero Pérez, F. J., & Jiménez Murillo, L. (2023). *Medicina de Urgencias Y Emergencias: Guía Diagnóstica Y Protocolos de Actuación* (F. J. Montero Pérez & L. Jiménez Murillo, Eds.; 7a ed.). Elsevier.

823/468. VASCULITIS POR FÁRMACOS: EFECTOS SECUNDARIOS QUE CIRCULAN MÁS ALLÁ DE LO ESPERADO

Autores:

Roig Uribe, M.¹, Salyuk Kulinich, K.², Castro Romero, C.³

Centro de Trabajo:

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

de Salud Góngora. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Descripción del caso

Paciente varón de 63 años sin alérgicas medicamentosas conocidas que como antecedentes patológicos destaca hipertensión arterial, hiperplasia benigna prostática, hipertiroidismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica por lo que su tratamiento habitual incluye Losartan, Tamsulosina, Tiamazol y Trelegy ellipta. Acude a su centro de salud por aparición de lesiones punteadas no pruriginosas ni dolorosas en ambas piernas de 5-6 días de evolución. Nos comenta que hace 7 días acudió al servicio de urgencias hospitalarias por síntomas catarrales de larga duración y fue diagnosticado de bronconeumonía por lo que se le pautó Levofloxacino 500 mg 1 comprimido cada 12 horas y actualmente refiere mejoría de la clínica respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra exploración destaca la presencia de erupción petequial no palpable, violácea, que no desaparece con la vitropresión y simétrica en tercio distal de extremidades inferiores (EEII). Se acompaña de leve edema sin fóvea a dicho nivel. No signos de trombosis venosa profunda. El resto de la exploración física por órganos y sistemas es normal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dada la estabilidad clínica del paciente y la aparición de dichas lesiones 24-48 horas tras el inicio de un nuevo fármaco, la sospecha inicial es de vasculitis leucocito-clástica (VL) secundaria a quinolonas.

Diagnóstico diferencial

Ante este caso es necesario realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: VL de pequeño vaso: Vasculitis de Schonlein Henoch, crioglobulinémica, urticariforme. Toxicodermia secundaria a quinolonas. Púrpura trombótica trombocitopénica. Síndrome nefrítico secundario a quinolonas. Vasculitis secundaria a infección sistémica.

Comentario final

Finalmente, ante la sospecha principal se decide suspender el Levofloxacino y se cita para revisión en una semana. En la siguiente visita se observa una desaparición completa de las lesiones. En general, la VL es una enfermedad benigna y autolimitada y hasta un 24% son inducidas por fármacos por lo que es muy importante

hacer una buena orientación diagnóstica desde Atención Primaria para evitar derivaciones hospitalarias innecesarias. En situaciones excepcionales, pueden presentarse síntomas sistémicos graves que requieren tratamiento más intenso, utilizando corticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

- Jovaní V, Fernández C, Ibero I. *Vasculitis leucocitoclásicas*. En: Belmonte MA, Castellano JA, Román JA, Rosas JC. *Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR. 2º edición*. Valencia: Sociedad Valenciana de Reumatología; 2013. p. 367-381

823/469. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ADENOPATÍA CERVICAL

Autores:

Vega Mendoza, M.¹, Vázquez Benítez, 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 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

AP: Fumador, cardiopatía isquémica, SAHOS, DM2. Varón de 62 años que acude a consulta por tumoración laterocervical de 2-3 meses de evolución con rápido crecimiento que atribuyó las primeras semanas a reacción tras vacunación antigripal. No refiere síndrome constitucional ni otra sintomatología. Tras realizar PPCC en AP se deriva al paciente a urgencias, donde es valorado por ORL de guardia.

Exploración y pruebas complementarias

EF: Masa laterocervical pétrea y adherida de unos 3x4 cm. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalías. ACR: Mvc, no ruidos sobreañadidos. Se realiza eco-grafía cervical en AP con sonda lineal en la que se visualiza masa heterogénea, no dependiente de tiroides que sugiere conglomerado adenopático. Se realiza estudio con sonda cóncava en abdomen donde no sevisualizan LOEs hepáticas, ni en otro órgano sólido. No megalías. En radiografía PA y lateral en AP destaca ensanchamiento mediastínico ya visualizado en radiografías previas. En AS presenta hemograma y coagulación normal. PCR 5, glucosa 126 sin otros hallazgos a destacar. Ya en ámbito hospitalario realizan fibroscopia describiendo en cavum masa de bordes irregulares en línea media con lateralidad derecha con colapso fosita de Rosermuller de unos 2-3 cm aproximadamente. Mesofaringe, hipo-

faringe, laringe y cuerdas vocales sin lesiones. TC de extensión de abdomen y pelvis sin alteraciones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cáncer de cavum estadio II.

Diagnóstico diferencial

Linfoma, metástasis, adenopatía infecciosa, tuberculosis, sarcoidosis, tumor benigno, tumor ORL, quiste y leucemia.

Comentario final

El carcinoma de cavum se trata de un tumor infrecuente que representa un 5% de todos los tumores. Es un tumor predominantemente masculino (10:1). La edad media de aparición es por encima de los 50 años. Sus principales factores de riesgo son el consumo de alcohol y el tabaco, multiplicando el riesgo x5 respecto a la población general. Existe etiología infecciosa, causada por el virus de Epstein-Barr y por el virus del papiloma humano, especialmente serotipos 16 y 18.

Bibliografía

- Ballesteros, A. *Tumores cabeza y cuello-O.R.L. SEOM. 2023. Murillo Nassar, P. Cáncer de Nasofaringe: una revisión de literatura. Revista Electrónica de Portales Médicos.com. ISSN 1886-8924. Vol. XVIII; nº 11; 493. 2023*

823/474. EL HOMBRE ROJO

Autores:

Cejudo Casas, M.¹, Giménez Ramón, M.², Domingo Rubio, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Varón 46 años acude a consulta por presentar rash cutáneo pruriginoso por todo el cuerpo desde hace 11 días. Afebril, no otra clínica destacable, excepto toma de varios antibióticos tras sufrir herida en pierna derecha mientras trabajaba como albañil. Acudió a mutua laboral donde pautaron Cefditoren + Prednisona. Posteriormente, por no mejoría de herida en la pierna, se realizó cambio a varios antibióticos como augmentine, clindami-

cina y Ciprofloxacino y Cefuroxima, apareciendo cuadro urticariforme pruriginoso, se inició en zona pretibial y se expandió por el resto de piel. Fumador de 1 paquete/día No mascotas Trabaja en albañilería. No fármacos

Exploración y pruebas complementarias

Herida en zona pretibial derecha, sin signos de sobreinfección. Placas eritematosas que cubren casi todo el tegumento, con algunos islotes de piel sana respetada. Descamativas sobre todo en manos y pies, en grandes láminas en estas zonas. En otras zonas, hay placas más eritematodescamativas. Vitropresión negativa . Hipoperqueratosis en palmas y plantas. Lesiones en cuero cabelludo. No lesiones en mucosa oral. No lesiones en mucosa genital. Se deriva a Hospital donde realizan analíticas y cursan ingreso a cargo de medicina interna /dermatología. Glucosa: 370, TSH 0,592 PCR: 1.18 Procalcitonina: 0.04 Inmunoglobulina E: 38.4 U Leucocitos 10.700 (PMN 77%) Eosinófilos 2.29% Serología VEB, VIH, Lúes, VHC,VHB: negativa Pruebas de alergia (amoxicilina, ampicilina, cefuroxima) negativas Biopsia:dermatitis perivasicular superficial y espongiosa, leves, en consonancia con reacción de hipersensibilidad dérmica

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Toxicodermia

Diagnóstico diferencial

Pitiriasis rubra pilaris, sífilis secundaria,fiebre botónica mediterránea, Síndrome del shock tóxico estafilocócico, Psoriasis Acroqueratosis de Bazex

Comentario final

El médico de familia atiende muy frecuentemente alteraciones de la piel; en la mayoría de las enfermedades exantemáticas, no es preciso realizar exploraciones complementarias, para el correcto diagnóstico es fundamental una anamnesis muy detallada indagando en antecedentes epidemiológicos y una exploración física minuciosa, siguiendo una sistemática diagnóstica se resolverán la mayoría de los casos clínicos.

Bibliografía

- Moret, A., Parramon Font, D., Fitó, R.(2023). *Dermatología en atención primaria* (2^a ed.). Editorial Médica Panamericana. ISBN: 9788491109488
- Muñoz Hidalgo, M. E., Plaza Almeida, J., & Ares Álvarez, J. (2022). *Diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas*. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 29(6), 296-315. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.06.011>

- Dermopixel. (consultado Febrero 2025). Blog de dermatología cotidiana. <https://www.dermopixel.com/2018/11/el-hombre-rojo.html>

823/475. PÉRDIDA AGUDA DE MOVILIDAD, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Autores:

Cordero Ollero, C.¹, Díaz Arévalo, M.², Palma Marín, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Adamuz. Adamuz. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Acudimos a un domicilio para valorar a un varón de 20 años que avisa por pérdida de movilidad de 6 horas de evolución en miembros inferiores y afectando de forma progresiva también a los superiores. No tiene antecedentes personales de interés. No ha presentado síntomas infecciosos en días previos. Solo refiere que ayer tras jugar un partido de fútbol, estaba muy cansado. Menciona episodios previos similares en la infancia, así como en su familia paterna, aunque de menor intensidad y de carácter autolimitado. Comenta que un tío falleció por un cuadro similar.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 120/70 mmHg, FC 75 lpm, Sat 95%. Afebril. Exploración abdominal, cardiaca y respiratoria sin alteraciones. Exploración neurológica: Consciente, orientado. No signos meníngeos. Pares craneales normales. Tono muscular conservado, hiporreflexia. Miembros inferiores con debilidad bilateral sin movilizar contra gravedad (2/5). En miembros superiores no moviliza contra resistencia (3/5). Sensibilidad conservada. ECG: ritmo sinusal a 58 lpm. QRS estrecho, aplanamiento de la onda T. Canalizamos vía venosa y monitorizamos al paciente. Trasladamos a urgencias hospitalarias donde realizan analítica y gasometría que detecta un potasio en 1.1 mEq/L. Resto en valores normales. Se inicia tratamiento intravenoso para corregir la hipopotasemia grave e ingresa en UCI.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Parálisis periódica hipopotasémica (PPH)

Diagnóstico diferencial

Guillain-Barré, miastenia gravis, miopatías, polineuropatías

Comentario final

El estudio genético que detectó una variante patogénica heterocigosis asociada a la parálisis periódica hipopotasémica (PPH). Se trata de un trastorno neuromuscular por defecto en los canales iónicos del músculo, caracterizado por episodios de debilidad muscular indolora. Puede tener herencia autosómica dominante, expresándose clínicamente más en varones. Los ataques comienzan en la adolescencia y se pueden desencadenar por ejercicio intenso, ayuno, estrés o comidas con carbohidratos, dado que esto se asocia a una liberación insulina que contribuye a bajar el potasio en sangre.

Bibliografía

- R. Llamas Fuentes, L. Jiménez Murillo, A. Berlanga Jiménez y F.J. Montero Pérez. Hipopotasemia. En: L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6º ed. España: Elsevier, 2015. p. 518-20.
- Gutmann L, Conwit R. Hypokalemic periodic paralysis [Internet]. En: UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 13]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hypokalemic-periodic-paralysis?search=paralisis%20periodica%20hipocalemica&source=search_result&selectedTitle=1%7E18&usage_type=default&display_rank=1#

823/479. DOCTORA, HACER SENDE-RISMO CASI ME MATA

Autores:

Domingo Rubio, M.¹, Martos Luque, S.², Cejudo Casas, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Descripción del caso

Varón de 25 años, sin antecedentes de interés, que acude porque tras un viaje en el Teide, refiere malestar general, náuseas con episodios de vómitos, sin tolerar sólidos ni líquidos, y tos con expectoración mucopurulenta.

Exploración y pruebas complementarias

MEG, somnoliento, desorientado, taquipneico. TA: 79/55 mmHg, FC 120 lpm, SatO₂ 73% basal, afebril.

Analítica: Creatinina 2.12, Troponinas de 50, leucocitos con neutrofilia, Procalcitonina 34. Gasometría arterial: pH 7.39, pO₂: 34, pCO₂: 22, HCO₃: 15. Radiografía tórax: congestión pulmonar hilar y opacidades bilaterales. Electrocardiograma sin hallazgos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Diagnosticamos al paciente de Edema Agudo de Pulmón; síndrome producido por acumulación de líquido en intersticio y/o alveolos. Se instaura rápidamente, y si no actuamos, lleva a la muerte. Por ello, requiere un tratamiento urgente. La etiología es múltiple; la más frecuente "Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda", ó en este caso, por Altitud.

Diagnóstico diferencial

Neumotórax, neumonía, sobredosis de tóxicos, sepsis.

Comentario final

Es importante detectar la gravedad de estos cuadros clínicos, realizando una anamnesis detallada, una exploración física completa y unas pruebas complementarias guiadas para confirmar nuestro diagnóstico de sospecha. De esta forma, podremos actuar rápidamente y salvar la vida de nuestro paciente.

Bibliografía

- Domingo Teixidor, M., Collado Lledó, E. Abordaje inicial del edema agudo de pulmón. FMC, Junio 2024. Vol. 31. Núm. 6. pp 314-319 doi: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.10.007>
- Casturera Gil, A.I. [1] ; Macías Bou, B. [1] ; Cano Balsteros, J.C. [2] ; Andueza Lillo, J.A. [1] Asistencia ventilatoria de la insuficiencia respiratoria aguda en urgencias. Ventilación mecánica no invasiva y alto flujo nasal. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, ISSN 0304-5412, Serie 13, Nº. 88, 2023 (Ejemplar dedicado a: Urgencias (II): Urgencias respiratorias torácicas), págs. 5231-5238
- Manual 12º edición MIR Cardiología. CTO
- Proceso VMNI-VMVI 061
- Domínguez-Rodríguez A, Suero-Méndez C, Burillo-Putze G, Gil V, Calvo-Rodríguez R, Piñera-Salmerón P, et al. Midazolam versus morphine in patients with EAP. Son necesarios más estudios de acute cardiogenic pulmonary oedema: results of a multicentre, open-label, randomized controlled trial. Eur J Heart Fail. 2022;24:1953-62.

A

- Abad Anguiano, A. 64, 70, 202
 Abularach Hernández, P. 191
 Aguilar Barceló, J. 79, 86, 108, 112
 Aguilar Jiménez, A. 38
 Aguilera Martos, N. 137-138, 143
 Aguilera Vargas, M. 224
 Aguirre Rodríguez, J. 26, 29, 34
 Agulló Foces, A. 125, 144, 149, 159, 223
 Albarracín Ferrer, M. 127
 Alcalde Molina, M. 163
 Algorri Ferrero, S. 152, 162, 178
 Alguacil Cubero, P. 155
 Alonso Guijarro, M. 85, 239
 Altamirano Carrillo, A. 116, 121, 298
 Álvarez Álvarez, S. 201
 Andrades Fernández, L. 217
 Añez Martínez, B. 64, 74
 Anguita Mata, J. 211, 219, 222
 Aparicio Alemany, P. 17, 80, 88-89, 206
 Aparicio Castaño, E. 115, 117
 Aparicio Castaño, M. 115, 117
 Aragónés Jiménez, A. 45
 Argüello Suárez, C. 125, 134, 145, 154, 161
 Arias García, A. 196
 Arjona Cabello, G. 73
 Arjona Carpio, B. 117, 122
 Arjona González, P. 30
 Armas Villa, R. 38
 Arquillos López, C. 69, 204
 Arriaza Gestoso, M. 59, 66
 Artigues Agramunt, A. 64, 70, 202
 Arzua Moya, J. 40-41, 128, 167
 Asensio Martín, A. 256
 Asensio Sánchez, C. 37
 Atienza Martín, F. 37
 Ávila Rivera, J. 114

B

- Balibrea Ruiz, A. 284
 Barco Núñez, P. 116, 121, 298
 Barrera Fernández, V. 113
 Barrionuevo Artero, I. 293
 Becerra Almazán, M. 214
 Beltrán Martín, L. 73
 Benítez Reguera, M. 96
 Benítez Rivero, J. 27

- Bermejo Vélez, M. 43
 Bertos Pérez, I. 62
 Betancor Alonso, N. 61
 Blanco Delgado, R. 288
 Blasco Martínez, M. 12, 14, 33
 Bocaneca, L. 132
 Bonifacio Pérez, Y. 167
 Bordallo Cantos, J. 276
 Borrachero Guijarro, J. 284
 Borrell Thió, E. 186
 Borrueco Serrano, C. 140, 197, 200-201, 205
 Brasó Cabrera, M. 186, 201
 Bravo Arrebola, I. 154, 157, 260, 286
 Bueno Fernandez Burgos, J. 39
 Bueno Navarrete, P. 103, 186, 188, 195, 208

C

- Caballero Morgado, J. 43
 Cabello Pérez, G. 221
 Cabrera, M. 186, 201
 Cámara Sola, E. 227, 257
 Camargo Bello, L. 169
 Campillo Tomaino, F. 106
 Cañaveras Leon, E. 107
 Cánovas Ruíz, S. 203
 Cardona Herrera, A. 231
 Carmona Navas, Y. 196
 Carmona Ruiz, M. 173
 Carrasco Romero, E. 93
 Carrascosa Muelas, B. 194, 234
 Castaño González, A. 146, 151-152
 Castilla Moreno, M. 157
 Castillo Fuentes, M. 212, 273
 Castro Gómez, A. 67-68, 119, 189
 Castro Jiménez, R. 30
 Castro Reyes, P. 57
 Castro Romero, C. 49, 134, 136, 300
 Castro Sosa, V. 188
 Cejudo Casas, M. 187, 296, 301, 303
 Celis Romero, M. 211, 222
 Centeno Hita, I. 80
 Cerezo Sánchez, P. 109
 Cinza Sanjurjo, S. 28
 Claro Fabrellas, R. 146
 Clavijo López, B. 101, 215, 279
 Cobo López, E. 190, 218, 251
 Cobo Moreno, D. 181
 Cobo Roldán, L. 270

- Colino Ramos, P.....64, 74
CONDE ROS, M.....85, 239
Contreras Aranda, R.....243, 276, 278, 282
Contreras Escámez, B.27
Cordero Ollero, C.....281, 302
Correa Gómez, V.....57, 84, 89
Cózar García, I.....204
Crespo Díaz, T.....92-93
Crespo Jimenez, C.225, 291
Cruz De Castro, V.28
Cruz Pérez, A.....56
Cruz Rodríguez, M.....240
-

D

- Damián García, R.....36, 61, 77, 126, 140
de Dios Rodríguez, M.65
De la Cruz Castellano, A.....66
De La Higuera Espigares, H.136
De Las Cuevas Lopez, A.39
Delgado Bayona, L.149, 154, 156, 159, 201
Delgado Romero, B.124
Delgado Romero, P.....94, 241, 243, 260, 272, 274
Del Razo Romero, M.244, 249-250
de Ochoa Morán, M.13, 193, 273
de Ocho Morán, M.212
De Oliveira Seruca, V.120
Díaz Arévalo, M.281, 302
Díaz Ceballos, E.114
Díaz López, M.148-149, 255
Díaz Rodríguez, P.235, 237
Díaz Romero, J.88, 206
Díez Monge, A.233
Dionisio Flores, M.63, 76, 89, 152
Domingo Rubio, M.260, 266, 301, 303
Domínguez Castellano, A.297
Dominguez de Dios, A.28
Domínguez Rodríguez, Y.140, 145, 156, 161, 205, 223
Duarte Fernández, J.138, 228, 248
Dugo Román, M.181, 291
-

E

- Eraso Arribas, C.125, 144, 149, 159, 223, 268
Erena Ortega, L.49, 134, 136
Escámez Parra, A.273
Escribano Serrano, J.31
Espino García, M.35, 148-149, 191, 255
Estrada Ayala, P.63, 76
-

F

- Felices Lázaro, P.141
Fernández Gárate, M.220
Fernández García, E.240
Fernández González, C.164, 171-172, 284
Fernández Granell, I.56
Fernandez Madueño, M.96
Fernández Martín, E.12, 154, 157
Fernández Navarro, N.186, 188, 265, 267
Fernández Orta, E.212
Ferrer Frías, M.199
Ferrer Sánchez, M.55
Fiol Beltrán, M.77, 206, 216
Flores Soler, O.75, 221
Fons Cañizares, S.83, 115, 249
Fons Díaz, A.83, 115
Fontalba Navas, M.257, 278
-

G

- Galache Rebolloso, A.39, 257, 278
Galán Rodríguez, G.111, 186, 188, 195, 208
Galindo González, L.295
Gálvez García, I.77
Gálvez Guerrero, F.53
Gamero de Luna, E.45, 78
Gándara González, E.215, 236, 269, 279
García Alonso, T.143
García Arjona, Á.95
García Balboteo, J.79, 86, 108, 112
García Cruz, E.123
García Cuéllar, C.169
García García, A.59-60
Garcia Garcia, J.39
García Gerrero, M.166
Garcia Gonzalez, M.30
García Guil, L.58, 69
García Martínez, A.188
García Morales, M.227, 231, 240, 257, 268
García Morales, V.163, 165
García Obrero, J.176, 259, 271
García Páez, E.254, 269
García Paulete, P.236
García Polonio, M.274, 280
García Puga, T.232
García Ramos, R.39
García Rodríguez, J.185, 187, 285, 296
García Sánchez, I.230, 253, 271

- García Santos, G. 131, 175, 179
Garralón Gómez, I. 215, 269
Garzón Aguilar, J. 49-50, 52, 73
Gasset Giráldez, J. 90, 92, 97
Geara Joyed, P. 51, 96
Geerman Cruz, L. 213-214
Generoso Torres, C. 94, 241, 243, 260, 262
Generoso Torres, M. 26, 29, 34
Gil Adell, M. 77
Giménez Ramón, M. 154, 260, 266, 301
Girón Prieto, M. 256
Gomez Caminero-Sousa, C. 76
Gómez Gallardo, M. 254
Gómez Rodríguez, S. 57, 84, 89
González Angulo, M. 263
González Begines, V. 54, 66, 108
González Bravo, A. 29, 34
González Castrillo, L. 285-286
González Corrales, R. 288-289
González Cwierz, L. 157-158, 169, 182-183
González Gómez, E. 33
González González, A. 290, 292, 294
González Juanatey, J. 28
González Mata, A. 298
González Rodríguez, M. 99
González Rodríguez, S. 107
González Romero, R. 117, 122
González Vico, C. 99, 264
Grande Ruiz, A. 146, 151, 299
Gregorio Fernández, H. 33
Guerrero Martínez, C. 77, 142, 150, 218
Guerrero Solana, E. 105, 276
Guevara García, M. 275
Guillén Mena, S. 62
Guisasola Cárdenas, M. 26, 29, 34, 183, 261
Gutiérrez Aguilar, E. 232
Gutiérrez Guerrero, P. 163, 165
Gutiérrez Rodríguez, A. 54, 66, 108
Gutiérrez Soto, B. 58, 69
Gutiérrez Yins, Y. 27
-
- H
Hamadi Mahdjou, A. 26
Hamad Mohamed Fadel, S. 26
Hernández Ocaña, M. 139, 224
Hernández Paris, M. 164
Herrero Reyes, J. 76, 121
Hidalgo Cuadrado, D. 38
Hidalgo López, R. 113
Hidalgo Salaverri, J. 244, 250
Huamán Munive, E. 128
Hurtado Leiva, E. 194, 234
Hussein Alonso, D. 279
-
- J
Jaime Luna, B. 242
Japon Cabello, M. 51, 96
Jiménez Arteaga, C. 298
Jiménez Jiménez, S. 52, 167
Jiménez Muñoz, N. 90, 92, 97
Jiménez Navajo, B. 113
Jiménez Varo, E. 31
Jordan Carrillo, A. 124
-
- L
Lagares Franco, C. 27
Lara Carvajal, A. 20, 109
Lara de la Torre, M. 118
Leiva Pino, J. 177, 207, 209
Lemos Pena, A. 75, 221
Lerena Flores, J. 114
Leyva Conde, M. 193
Limón Garrido, N. 38, 148, 153
Linares Canalejo, A. 43, 47
Ljubic Bambil, K. 249
Llamas Damián, M. 107
Llorens Minguell, A. 166, 203
López Áviles, E. 110, 233
López Chaves, D. 49-50, 73, 140
Lopez Diaz, A. 277
López Domínguez, A. 139, 224
López García, M. 293
López Gómez, J. 54, 172, 198
López Martínez, J. 167, 208
López-Unzu López, Á. 178
Lorenzo Nieto, P. 33
Lorenzo Santamaría, B. 118, 277
Lozano Cáceres, L. 283
Lozano García, M. 192
Lozano Rodríguez, V. 123
Lucas Perez, P. 121
Lucena López, R. 134, 161
Luna Barrones, I. 31, 287
Luna Zamora, F. 235-237
Luna Zamora, R. 235-237, 263, 270
Luque Barberán, T. 111, 286

Luque Ruano, A. 96

M

Maatala Moulud, B. 71, 133
 Machín Hernández, M. 30, 134
 Macías Grondona, M. 87, 170, 226-228, 233
 Madrid Martos, M. 99, 104, 264
 Maestre Moreno, M. 45, 135, 254
 Malainin Chibih, U. 26
 Manzanares Olivares, L. 208
 Marín Jiménez, F. 33
 Marín Jiménez, M. 33
 Marín López, C. 51
 Marín Pedrero, M. 287
 Marín Serralvo, I. 257, 278
 Mariscal Ocaña, M. 245
 Márquez Castilla, M. 142
 Márquez Gómez, M. 105, 276
 Márquez Sánchez, I. 69
 Martín Acevedo, A. 60, 131, 175, 179-180
 Martín Almazán, A. 157, 168-169, 174, 182-183
 Martín Enguix, D. 29, 34, 51, 155, 183, 261
 Martínez de la Torre, T. 30
 Martinez De Paz, S. 198, 213, 221, 293
 Martínez Guillén, M. 274
 Martínez Lara, Á. 73
 Martínez Moreno, I. 82
 Martínez Rodríguez, N. 186, 219
 Martínez Ruiz, M. 38, 148, 153
 Martín López, S. 172, 191, 198
 Martín Mañero, C. 13, 61, 77
 Martín Pérez, J. 185
 Martín Riobóo, E. 13, 36, 126
 Martos Luque, S. 303
 Masegosa Sáez, L. 284
 Mateos Gómez, A. 54, 191, 198
 Mateos Ortega, R. 81
 Maza Rodríguez, Á. 94, 260, 262, 272, 274
 Maza Sánchez, A. 158, 182
 Mazón Castro, L. 28
 Medina Cobos, A. 49, 52, 73, 110, 140, 256
 Medina Gámez, J. 13, 24, 50
 Medina Zuheros, T. 192, 216
 Medrano Calero, Z. 177, 207, 209
 Megías Rodríguez, Y. 191, 244
 Méndez Monje, N. 227, 231, 257
 Mendieta Salazar, C. 290, 292, 294
 Mendivelso Valbuena, N. 258

Merino Barriuso, P. 190, 251

Merino Robledo, I. 48, 248
 Milego Gil, E. 201, 219
 Millán López, A. 299
 Millán López, J. 135, 269
 Moguer Galan, M. 54, 172, 191
 Molina Corredor, I. 160
 Montaño Azor, L. 72, 203
 Montealegre Caro, A. 252
 Montero Alba, M. 37, 125, 229
 Montero Lopez, R. 46
 Montes Redondo, G. 35, 148-149, 255
 Montoro, C. 140, 154, 197, 200-201, 205
 Montoro Ortiz, M. 101-102
 Montoya Fernández, M. 296
 MORALES JIMENEZ, M. 107, 119-120
 Morales López, L. 196
 Morales Navarro, A. 238, 245, 252
 Morales Rodríguez, I. 27
 Moral Merchán, M. 65
 Moreno Del Salto, A. 210
 Moreno Díaz, M. 129, 132
 Moreno Jiménez, M. 193, 240
 Moreno Leiva, R. 118
 Moreno Moreno, R. 150
 Moreno Ruiz, I. 87, 226-228
 Moreno Velasco, M. 288-289
 Morente Rodríguez, P. 193
 Morillas Jiménez, M. 245
 Moya Berruga, G. 163, 204
 Moyano Jiménez, E. 91, 267, 281
 Moyano Sánchez, A. 270
 Muñoz Beltrán, E. 241, 243, 262, 272, 274
 Muñoz Gallardo, Y. 195, 208, 286
 Muñoz Gámez, A. 113
 Muñoz Mata, E. 219
 Muñoz Muriel, M. 19, 188, 286

N

Naranjo Carrasco, F. 263
 Naranjo Martín-Prieto, M. 116, 121, 298
 Naranjo Ratia, M. 101-102
 Narbona Molina, G. 249
 Narbona Molina, P. 83, 249
 Narváez Gómez, L. 111
 Narváez Piña, M. 184
 Navarrete Espinosa, C. 213
 Navarro Gallardo, P. 107, 120

- Navarro González, B. 129
Navas Avellaneda, M. 234
Nieto Ordóñez, C. 295
Nievas López, S. 46
-

O

- Ochoa Gómez, J. 69, 163
Ollero Rodríguez, T. 17, 63, 136, 151-152, 162
Orihuela Martín, J. 55
Ortega Bautista, L. 192, 216
Ortega Marlasca, M. 26
Ortíz López, F. 127, 166, 203, 284
Ortiz Bailón, D. 147
Osuna Martínez, M. 137-138, 143
-

P

- Pacheco García, M. 117, 177
Padrón Martín, M. 45
Paja Cutipa, A. 132
Palenzuela Blanco, C. 135, 254, 269
Palma Marín, M. 115, 302
Pantoja de la Rosa, L. 84, 89, 193, 245
Parra Acero, C. 171-172
Parra Acero, E. 164, 171-172, 284
Parrado Espinosa, M. 48, 228, 248
Pavón Lopez, F. 246, 281
Pegalajar Moral, B. 211, 219, 222
Peña Pérez, S. 190, 206, 216, 218, 251
Peralta Egea, I. 198, 213, 221, 293
Pereda Mateos, R. 245
Perejón Díaz, M. 27
Pérez Duarte, A. 85, 145, 161
Perez Fagundo, M. 129
Perez Fuster, A. 254
Pérez Gómez, F. 82
Pérez González, A. 130
Pérez López, R. 62
Pérez Martínez, P. 187, 266, 293
Pérez Ponce, C. 252
Pérez Puertas, G. 76, 121
Pérez Sánchez, J. 277
Pérez Tamarit, C. 75
Piñana Conesa, M. 124, 127
Portela Romero, M. 28
Povedano Buitrago, J. 30
Povedano Guerrero, J. 30
Prieto Sánchez De Puerta, C. 280
Pulido Criado, J. 231, 240, 268

Q

- Qiu, W. 286
Quero Rodriguez, B. 240
Quintana Prego, R. 29, 34, 51, 183, 261
-

R

- Rael Sánchez, P. 167, 208, 238, 242
Ramírez Carrera, F. 206, 216
Ramos Herrera, C. 194
Ramos Luna, P. 136, 152, 162, 178
Ramos Ontiveros, B. 109
Ramos Simancas, P. 177, 207, 209
Redondo Salvador, M. 107, 119-120
Relaño Mesa, A. 36, 126
Rey Aldana, D. 28
Rey Berenguel, C. 231, 246-247, 281
RIOS PEREZ, J. 103
Ríos Pérez, L. 101, 103-104, 264
Rocha de Lossada, M. 82
Rodríguez Armesto, A. 28
Rodríguez Atienza, J. 230, 253, 271
Rodríguez Espejo, M. 185
Rodríguez González, D. 59-60, 175, 180
Rodríguez Juliá, M. 31, 44, 295
Rodriguez Moreno, S. 68, 184
Rodríguez Narváez, A. 298
Rodriguez Otero, E. 28
Rodríguez Pérez, M. 120
Rodríguez Quesada, M. 80, 88-89
Rodríguez Valdes, A. 110, 170, 233
Rodriguez Vega, T. 157-158, 168-169, 174, 183
Roig Uribe, M. 155, 300
Rojas Parra, A. 98, 100
Rojas Parra, E. 98, 100
Rojas Sañudo, A. 231
Roldán Reguera, B. 59
Román De Sola, B. 170
Romero Cañadillas, A. 53
Romero Carrillo, S. 249-250
Romero Cruz, M. 105, 276
Romero Lerma, Á. 147
Romero Padilla, M. 94
Roncero Vidal, M. 101-102
Roser Pérez, M. 168, 174
Royan Martín, E. 176, 259, 271
Ruano Bieito, G. 33
Ruano García, J. 85, 239

- Ruano Mayo, A. 290, 292, 294
Ruiz Carrasco, P. 230, 253, 271
Ruiz Espinosa, L. 83
Ruiz Fernández, M. 236, 264-265, 267, 269
Ruiz Granado, D. 37, 125
Ruiz Guil, C. 66
Ruiz Hinojosa, R. 59, 66
Ruiz Mariscal, E. 33
Ruiz Medina, A. 99
Ruiz Salcedo, S. 243, 276, 278, 282
Ruiz Victoria, M. 123
Ruiz Vilchez, E. 224-225, 291
Ruza Sarrasin, T. 274, 280
Ruz Luque, C. 283
-
- S**
- Salas Burgos, J. 45
Salyuk Kulinich, K. 300
Sampedro Padilla, A. 238, 242
Sánchez Cañete, E. 91, 267
Sánchez Casas, V. 136
Sánchez Martínez, I. 113
Sánchez Molina, L. 232
Sánchez Pareja, V. 31, 295
Sánchez Rodríguez, C. 101, 236, 264-265, 267
Sánchez Rodríguez, J. 59, 131, 175, 179-180
Sancho Perpiñán, A. 254
Santamarina Palop, P. 246-247, 281
Santiago Carranza, E. 64, 74, 224
Santos Collado, A. 288
Santos Estudillo, M. 43, 47
Secilla Cabezuelo, M. 145
Segura Fragoso, A. 28
Sellamito Morales, M. 92, 138, 228
Serna Moreno, J. 213-214
Serrano Buitrago, L. 180
Serrano Cárdenas, E. 161
Serrano Flores, C. 35, 126
Serrano González, C. 92-93
Serrano Moreno, M. 288-289
Silva Fernández, J. 126
Simón Giménez, T. 143
Simón Pérez, A. 173
Simón Soto, A. 143, 173
Solano Jiménez, L. 85, 145, 161
-

T

- Tallón Aguayo, M. 47

- Tejero Carmona, M. 37, 125, 229
Tejero Cobos, J. 275
Tena Santana, G. 43, 47
Thomas Carazo, E. 49, 134
Tiscar Martínez, J. 247
Toledano Fernández, D. 87, 226-228
Torralbo Díaz, M. 38, 148, 153
Torrubia Gato, S. 91, 267
Trujillo Franco, P. 95
-
- U**
- Ugarte Abollado, E. 110
Ulloa Jerez, C. 31, 287
Urbano Ponferrada, M. 176, 259, 271
Urgel Ayuso, A. 99, 104
-

V

- Valero Solera, C. 137-138, 143, 199
Vallejo Vera, E. 64, 70, 202
Valverde Entrena, V. 285
Valverde Montoro, C. 140, 154, 197, 200-201, 205
Valverde Morillas, C. 245
Vaquero Baena, P. 110
Varela Sanda, T. 28
Varo Moriana, J. 69
Vázquez Benítez, A. 193, 233, 301
Vega Mendoza, M. 233, 301
Vega Sanchez, E. 238, 252
Velasco Varo, N. 47
Venegas Rubiales, E. 295
Vicente Alcoba, P. 95, 99, 104, 264
Vicente Hernández, R. 39
Vilches Aguilera, M. 238, 252
Villalba Alcalá, F. 53
Villegas López, C. 132
-

Y

- Yélamos Lorente, M. 216
Yuste Briosi, A. 61
-

Z

- Zambrano Quevedo, F. 46
Zamora Gálvez, P. 291
Zuazo Aycart, M. 144-145, 156, 197, 200
Zurita Luque, M. 96