

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 12 · Vol. 12 · Noviembre 2023

ISSN: 2254 - 4410

18^o Congreso
Andaluz de
Médicos de
Atención Primaria
2023

SEMERGEN
Andalucía

SEMERGEN
Sociedad
Espanola
de Médicos
de Atención
Primaria
CNC 2022 00257

SEMERGEN
AP
Andalucía

SEMERGEN
50
AÑOS
1973 - 2023

#SEMERGENANDALUZ23

Fuengirola
(Málaga)
Hotel IPV Palace
18, 19 y 20 de mayo de 2023

ap congress
C/ de Ronda 42 bis
18004 - Granada
Tel: 902 430 960
Fax: 902 430 959
info@congresos

www.congresosemergenandalucia.com
info@congresosemergenandalucia.com

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 Jardín. Málaga.
Presidenta de SEMERGEN Andalucía.

Consejo asesor

Dr. Francisco Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud M^a Fuensanta 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

Presidente

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

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

Vocales

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los GT de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN. Vicepresidenta de SEMERGEN Andalucía.

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 Enfermedad Cardiovascular y Dolor y Cuidados Paliativos 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. Responsable del Desarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Congresos. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Comité Científico

Presidenta

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

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

Vocales

Dra. Raquel Alfaro Greciano

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

Dr. Pablo Arjona González

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del GT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dra. María José Cruz Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Motril. Granada.

Dra. Luz Inmaculada Galera de Ulierte

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas del Sur. Almería.

Dr. Enrique José Gamero de Luna

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

Dr. Lisardo García Matarín

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

Dr. Antonio Hidalgo Requena

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

Dr. Alfredo Ortiz Arjona

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. Miembro del GT de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

Dr. José Carlos Pérez Sánchez

Medicina Familiar y Comunitaria. Director de UGC Carlinda. Málaga.

Dra. M^a José Tijeras Úbeda

Medicina Familiar y Comunitaria. Sexóloga. Centro de Salud Carranque. Málaga. Miembro de los GGTT de Sexología y de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Dra. Julia Rosario Vargas Díez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Comunicación de SEMERGEN.

Junta Directiva SEMERGEN Andalucía

Presidenta

Dra. M^a 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

Vocales del Área de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia

Dra. María José Cruz Rodríguez

Dr. Pablo Arjona González

Dra. Dolores Ruíz Granada

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



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

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 – 4410 Año 12 Vol. 12 Mayo 2023

©Copyright 2023 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

Un año más publicamos la revista electrónica de Semergen Andalucía dedicada a nuestro congreso autonómico. El 18º Congreso de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN Andalucía se celebró en Fuengirola (Málaga) del 18 al 20 de mayo de 2023. En este número se publican los resúmenes de las actividades científicas y las comunicaciones presentadas y admitidas por el Comité Científico.

Nuestro congreso se ha consolidado como el lugar de encuentro anual donde los Médicos de Familia y Residentes andaluces mejoran su formación y capacitación a través de actividades en diferentes formatos y con contenidos innovadores y de excelencia. De nuevo este año ha sido un éxito de asistencia con cerca de 700 inscritos.

Se han realizado 32 talleres de los que 24 han sido de Uso Racional del Medicamento y han estado basados en las guías de la Consejería de Salud y Consumo, 3 mesas, 2 aulas de competencias y 3 simposios. Se han recibido 348 trabajos científicos, de los cuales 320 se presentaron en formato poster y 28 comunicaciones orales. Nos sentimos muy satisfechos con la gran asistencia que han tenido todas las actividades y que son el reflejo del buen trabajo realizado.

Dentro del amplio contenido científico han destacado dos actividades con formatos innovadores como son el aula de competencias en Salud Mental y en Cuidados Paliativos, continuamos con el curso de excelencia para residentes y las siempre demandadas aulas de habilidades prácticas de ecografía, urgencias y cirugía menor. Esta gran oferta de actividades ha permitido actualizar el abordaje de las patologías más prevalentes que atendemos en las consultas de Atención Primaria y tratar en profundidad otros aspectos de futuro como la Salud Digital.

Este año el Premio a la Atención Primaria se entregó a uno de nuestros socios más antiguos y que ha trabajado desde sus responsabilidades institucionales para mejorar la Atención Primaria, el Dr. Jesús Aguirre Muñoz actual Presidente del Parlamento Andaluz.

Con motivo de la celebración del 50 aniversario de Semergen se entregaron los premios Atención Primaria a los siguientes socios destacados : José Antonio Quintano Jiménez, José Luis Martincano Gómez y Francisco Javier Fonseca del Pozo.

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

M^a Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Jueves 18 de Mayo

16:30-18:00h. Taller URM. Nuevas evidencias en terapia de ASMA y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Sesión 1.

▮ Sala Granada

Ponentes:

- > **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.
- > **Dr. Antonio Hidalgo Requena**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller URM. Afrontamiento activo del dolor.

▮ Sala Huelva

Ponentes:

- > **Sr. Carlos del Río Manzano**
Fisioterapeuta. Miembro del Equipo Multidisciplinar de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de Valladolid.
- > **Dr. Sergio Capilla Díaz**
Medicina Familiar y Comunitaria. Fisioterapeuta. Centro de Salud Villanueva de Mesía. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller URM. Anticoagulación y Antiagregación: a quién, cómo y hasta cuándo.

▮ Sala Cádiz

Ponentes:

- > **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.

16:30-18:00h. Taller URM. Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI): un mismo nombre para múltiples causas. Elección del tratamiento adecuado. Sesión 1.

▮ Sala Almería

Ponentes:

- > **Dr. Pedro Fernández López**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Huétor Vega. Granada. Miembro del GT de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.
- > **Dr. Álvaro Romero Lerma**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller URM. Start-stop en la anticoncepción: de la adolescencia a la menopausia. Sesión 1.

▮ Sala Sevilla

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. Indalecia Medina Moruno**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

16:30-18:00h. Defensa de Comunicaciones Póster

▮ Aula Virtual e-Póster

18:00-19:30h. Taller URM. Puesta al día en los tratamientos de la patología digestiva.

▮ Sala Granada

Ponentes:

- > **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y Ecografía de SEMERGEN.
- > **Dr. Jaime Garzón Aguilar**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

18:00-19:30h. Taller URM. Claves en el manejo terapéutico del paciente con cefalea. Tips and Ticks en su tratamiento. Sesión 1.

▮ Sala Sevilla

Ponentes:

- > **Dra. Carolina Osorio Martos**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Valle de Lecrín. Padul. Granada.
- > **Dr. Jose Antonio Medina Gámez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.

18:00-19:30h. Taller URM. Tips en patologías prevalentes: Abordajes brillantes para pacientes agudos.

▮ Sala Huelva

Ponentes:

- > **Dr. Pablo Arjona González**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenar. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Vocal del Área de médicos jóvenes y residentes.
- > **Sr. Casimiro Romero Varo**
Fisioterapeuta. Área Sanitaria Sevilla Este.

18:00-19:30h. Taller URM. Gestión del medicamento, eficiencia y seguridad.

| Sala Almería

Ponentes:

- > **Sra. María José Piña Vera**
Farmacia Hospitalaria. Jefa del Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.
- > **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del GT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.
- > **Sra. Regina Sandra Benavente Cantalejo**
Farmacia Familiar y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

18:00-19:30h. Taller. Hipotiroidismo.

| Sala Cádiz

Ponente:

- > **Dra. Tania Ortiz Puertas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

18:00-19:30h. Defensa de Comunicaciones Póster

| Aula Virtual e-Póster

19:45-20:45h. Conferencia Inaugural: Ni con ella ni sin ella. Historia de un médico atolondrado

| Sala Córdoba + Jaén

Ponentes:

- > **Dra. Verónica Olmo Dorado**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Terapeuta en Mindfulness y Gestión Emocional. Coordinadora del GT de Salud Mental de SEMERGEN.
- > **Dr. Luis Gutiérrez Rojas**
Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

20:45-21:15h. Acto Inaugural

| Sala Córdoba + Jaén

21:15h. Cóctel de Bienvenida

Viernes 19 de Mayo

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Orales

09:00-10:30h. Taller URM. Intervención en polimedicados.

| Sala Sevilla

Ponentes:

- > **Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Área de Tutores de SEMERGEN. Presidenta de SEMERGEN Andalucía.
- > **Sra. M^a Carmen Montero Balosa**
Farmacia Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe y Sevilla Norte. Sevilla.

09:00-10:30h. Taller URM. Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI): un mismo nombre para múltiples causas. Elección del tratamiento adecuado. Sesión 2.

| Sala Huelva

Ponentes:

- > **Dr. Pedro Fernández López**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Huétor Vega. Granada. Miembro del GT de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.
- > **Dr. Alvaro Romero Lerma**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

09:00-10:30h. Taller URM. Tips en patología prevalente: el trampantojo de la cronicidad.

| Sala Granada

Ponentes:

- > **Sra. Ana del Rocío Mora Jiménez**
Fisioterapeuta. Centro de Salud Limonar. Distrito Sanitario Málaga.
- > **Dr. José Carlos Pérez Sánchez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Director de UGC Carlinda. Málaga.

09:00-10:30h. Taller URM. Start-stop en la anticoncepción: de la adolescencia a la menopausia. Sesión 2.

| Sala Córdoba + Jaén

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. Indalecia Medina Moruno**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

09:00-10:30h. Aula de Competencia Cuidados Paliativos. Taller URM. Urgencias paliativas. Sesión 1.

| Sala Cádiz

Ponentes:

- > **Dra. Beatriz Morillo Paramio**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Paliativos. Granada.
- > **Dra. María Nieves Generoso Torres**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

09:00-10:30h. Aula de Competencia Cuidados Paliativos. Taller URM. Vía Subcutánea. Sesión 1.

| Sala Almería

Ponentes:

- > **Dr. Manuel José Mejías Estévez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Director del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Sevilla.
- > **Dra. Francisca Hidalgo Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Colmenar-Málaga Axarquía. Málaga. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

09:00-10:30h. Defensa de Comunicaciones Póster

| Aula Virtual e-Póster

10:45-12:15h. Simposio. Preguntas y respuestas sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en 2023.

| Sala Granada

Ponentes:

- > **Dr. Antonio Hidalgo Requena**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.
- > **Dr. Francisco Javier Ruiz Moruno**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aeropuerto. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Taller. Actualización del Calendario de Vacunación de Andalucía 2023.

| Sala Huelva

Ponentes:

- > **Dra. Raquel Alfaro Greciano**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz. Secretaria del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.
- > **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Mesa. ¿Cuánta tristeza es normal en nuestros mayores? Abordaje de la depresión en el anciano.

| Sala Córdoba + Jaén

Moderadora:

- > **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los GT de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN. Vicepresidenta de SEMERGEN Andalucía.

Ponentes:

- > **Dra. María Gracia Pedrosa Arias**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Zubia. Granada.
- > **Dr. Santiago Posik Rosati**
Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Granada.

10:45-12:15h. Mesa. Nuevas perspectivas para el paciente con Diabetes Mellitus 2 en Andalucía. Lectura e interpretación de Retinografías.

| Sala Sevilla

Moderador:

- > **Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

Ponentes:

- > **Dr. José Escribano Serrano**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los GGTT de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.
- > **Dr. Antonio Hormigo Pozo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Aula de Competencia Cuidados Paliativos. Taller URM. Urgencias paliativas. Sesión 2.

| Sala Cádiz

Ponentes:

- > **Dra. Beatriz Morillo Paramio**
Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Paliativos. Granada.
- > **Dra. María Nieves Generoso Torres**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

10:45-12:15h. Aula de Competencia Cuidados Paliativos. Taller URM. Vía Subcutánea. Sesión 2.

| Sala Almería

Ponentes:

- > **Dr. Manuel José Mejías Estévez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Director del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Sevilla.
- > **Dra. Francisca Hidalgo Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Colmenar-Málaga Axarquía. Málaga. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Defensa de Comunicaciones Póster

| Aula Virtual e-Póster

12:30-14:00h. Simposio. Riesgo Cardiovascular.

| Sala Sevilla

Moderador:

- > **Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

Ponentes:

- > **Dr. Ovidio Muñiz Grijalvo**
Medicina Interna. Unidad de Lípidos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- > **Dr. Pedro Antonio Chinchurreta Capote**
Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

12:30-14:00h. Taller. Desafío en Dermatología: aprende y triunfa.

▮ **Sala Cádiz**

Ponentes:

- > **Dra. Alma María Ruiz Vela**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Torre del Mar. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Miembro de los GGTT de Dermatología y de Diabetes de SEMERGEN.
- > **Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro del GT Dermatología de SEMERGEN.

12:30-14:00h. Taller. Enfermedad Renal Crónica en 6 pasos.

▮ **Sala Almería**

Ponentes:

- > **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Colaboradora del GT Diabetes SEMERGEN.
- > **Dra. María del Pilar Segura Torres**
Nefrología. Hospital Universitario de Jaén.

12:30-14:00h. Simposio. Algo nuevo se mueve en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): ¿lo conoces?. Participa y ponte al día.

▮ **Sala Granada**

Moderadores:

- > **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.
- > **Dr. José Antonio Quintano Jiménez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponente:

- > **Dr. Lisardo García Matarín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.
- > **Dra. Virginia González Blanco**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

12:30-12:50h. Introducción.

Moderadores:

- > **Dr. José Antonio Quintano Jiménez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.
- > **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

12:50-13:00h. Seguimiento del paciente tras una agudización de EPOC.

Ponente:

- > **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

12:30-14:00h. Defensa de Comunicaciones Póster

▮ **Aula Virtual e-Póster**

14:00-16:00h. Almuerzo de Trabajo

16:00-17:30h. Taller URM. Claves en el manejo terapéutico del paciente con cefalea. Tips and Ticks en su tratamiento. Sesión 2.

▮ **Sala Córdoba + Jaén**

Ponentes:

- > **Dra. Carolina Osorio Martos**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Valle de Lecrín. Padul. Granada.
- > **Dr. Jose Antonio Medina Gámez**
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.

16:00-17:00h. Curso de Excelencia Residentes. Vendajes. Sesión 1.

▮ **Sala Granada**

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Vicente Martínez García**
Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villasabiego. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Aparato Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.
- > **Dra. Tania García Ferreiro**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. Miembro del GT de Aparato Locomotor de SEMERGEN.

16:00-17:00h. Curso de Excelencia Residentes. Infiltraciones. Sesión 1.

▮ **Sala Huelva**

Ponentes:

- > **Dr. Pablo Arjona González**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenar. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Vocal del Área de médicos jóvenes y residentes.
- > **Dr. Ignacio Araujo Ramos**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jaraíz de la Vera. Cáceres. Miembro de los GGTT de Aparato Locomotor, Hematología y Cirugía Menor de SEMERGEN.

16:00-17:30h. Taller URM. Intervenciones no farmacológicas en el manejo de la cardiopatía isquémica crónica.

| Sala Sevilla

Ponentes:

- > **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Colaboradora del GT Diabetes SEMERGEN.
- > **Sr. José María Zuazagoitia de la Lama-Noriega**
Fisioterapeuta Cardio-respiratorio. Profesor. Universidad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz.

16:00-17:30h. Aula de Competencia Salud Mental. Taller URM. Abordaje de la ansiedad, insomnio y depresión. Sesión 1.

| Sala Cádiz

Ponentes:

- > **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Comunicación de SEMERGEN.
- > **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

16:00-17:30h. Aula de Competencia Salud Mental. Taller URM. Psicoterapia 10 minutos en ansiedad y depresión. Sesión 1.

| Sala Almería

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del GT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.
- > **Dra. Verónica Olmo Dorado**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Terapeuta en Mindfulness y Gestión Emocional. Coordinadora del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

16:00-17:30h. Defensa de Comunicaciones Póster

| Aula Virtual e-Póster

17:00-18:00h. Curso de Excelencia Residentes. Vendajes. Sesión 2.

| Sala Granada

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Vicente Martínez García**
Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villasabrieigo. Centro de Salud Mansilla de las Mulas. León. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN. Coordinador del GT de Aparato Locomotor de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Castilla y León.
- > **Dra. Tania García Ferreiro**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. Miembro del GT de Aparato Locomotor de SEMERGEN.

17:00-18:00h. Curso de Excelencia Residentes. Infiltraciones. Sesión 2.

| Sala Huelva

Ponentes:

- > **Dr. Pablo Arjona González**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenar. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Vocal del Área de médicos jóvenes y residentes.
- > **Dr. Ignacio Araujo Ramos**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jaraíz de la Vera. Cáceres. Miembro de los GGTT de Aparato Locomotor, Hematología y Cirugía Menor de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Taller para la mejora del cribado de patologías oftalmológicas.

Ponentes:

- > **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y Ecografía de SEMERGEN.
- > **Dra. Cristina Gómez Sánchez**
Residente de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

17:30-19:00h. Taller URM. Nuevas evidencias en terapia de ASMA y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Sesión 2.

| Sala Córdoba + Jaén

Ponentes:

- > **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio, Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.
- > **Dr. Antonio Hidalgo Requena**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Aula de Competencia Salud Mental. Taller URM. Abordaje de la ansiedad, insomnio y depresión. Sesión 2.

| Sala Cádiz

Ponentes:

- > **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Comunicación de SEMERGEN.
- > **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Aula de Competencia Salud Mental. Taller URM. Psicoterapia 10 minutos en ansiedad y depresión. Sesión 2.

| Sala Almería

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Javier Atienza Martin**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del GT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.
- > **Dra. Verónica Olmo Dorado**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Terapeuta en Mindfulness y Gestión Emocional. Coordinadora del GT de Salud Mental de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Defensa de Comunicaciones Póster

| Aula Virtual e-Póster

18:00-19:00h. Taller. ¿Por qué y cómo se previenen las complicaciones graves de la gripe?

| Sala Granada

Ponente:

- > **Dra. Raquel Alfaro Greciano**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz. Secretaria del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

18:00-19:00h. Taller. Prevención Secundaria y Dislipemia con P de Primaria y S de Seguimiento.

| Sala Huelva

Ponentes:

- > **Dra. María José Castillo Moraga**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Colaboradora del GT Diabetes SEMERGEN.
- > **Dra. Tania Ortiz Puertas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

19:00-20:30h. Entrega Premio Atención Primaria

| Sala Córdoba + Jaén

Sábado 20 de Mayo

09:00-12:30h. Aula. Cirugía Menor.

| Sala Granada

Ponentes:

- > **Dr. Antonio José Baca Osorio**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Cirugía Menor de SEMERGEN.
- > **Dr. Carlos Jesús Sánchez Aranda**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Illora. Granada. Miembro del GT de Cirugía Menor de SEMERGEN.
- > **Dr. José Manuel Pavón Mata**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Leganitos. Marbella. Miembro del GT de Cirugía Menor de SEMERGEN.

09:00-12:30h. Aula. Ecografía.

| Sala Sevilla

Ponentes:

- > **Dra. María Briones Barreiro**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.
- > **Dra. Macarena Valenzuela de Damas**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Valenzuela. Granada.
- > **Dr. David Martín Enguix**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología y Ecografía de SEMERGEN.

09:00-12:30h. Aula. Urgencias.

- **Estación 1. Trauma e inmovilización.**

| Sala Huelva

Ponentes:

- > **Dr. Francisco Manuel Giraldo Abadín**
Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Jerez Costa Noroeste. Cádiz.
- > **Dr. Pablo Morocho Malho**
Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

- **Estación 2. Manejo de la vía aérea.**

| Sala Cádiz

Ponentes:

- > **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.
- > **Dr. Luis Muñoz Olmo**
Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Residente de Radiodiagnóstico en el Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. Miembro de los GGTT de Urgencias y de Ecografía de SEMERGEN.

● **Estación 3. Atención a la parada cardiorespiratoria en equipo.**

▮ Sala Almería

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, Urgencias y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dr. Alejo Gallego Montiel**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urgencias Atención Primaria Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.

10:00-11:30h. Taller. Corazones en equilibrio: integrando la perspectiva de género en la salud cardiovascular.

▮ Sala Córdoba + Jaén

Ponentes:

> **Dra. Erika María López Moreno**

Cardiología. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Granada.

> **Dra. Amalia Lara Carvajal**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Gabias. Granada.

11:30-12:30h. Mesa. Innovación digital en salud: Recursos y aplicaciones para la consulta.

▮ Sala Córdoba + Jaén

Ponentes:

> **Dr. Alfredo Ortiz Arjona**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. Miembro del GT de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

> **Dr. Juan Alexander Ávila Rivera**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Málaga. Miembro del GT de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

12:30-13:30h. Proyección Documental SEMERGEN “Cerca de ti”

13:30-14:00h. Acto de Clausura

14:00h. Almuerzo de Clausura

(*) El almuerzo comenzará a la finalización del acto de clausura.

(**) Para asistir al Almuerzo DEBE obligatoriamente canjear la pre-invitación que encontrará en su tarjeta de acreditación en los mostradores dispuestos para ello, situados en Secretaría Técnica, antes de las 12:00horas del viernes 19 de mayo, en el acto de formalizar su reserva de mesa. Si dicho canje no es realizado no podremos garantizarle plaza en el almuerzo.

(***) La pre-invitación no será aceptada en los accesos del almuerzo.

TALLERES

Taller URM Nuevas evidencias en terapia de ASMA y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

> Dr. Ginel Mendoza, L.

> Dr. Hidalgo Requena, A.

El asma es una enfermedad variable, a periodos de buen control le siguen periodos con exacerbaciones, crisis de incrementos de los síntomas que limitan la calidad de vida, requieren de asistencia urgente o incluso pueden causar la muerte.

Los síntomas característicos del asma son la disnea, la tos y la opresión torácica; suelen ser síntomas de predominio nocturno y pueden empeorar o aparecer a causa de los desencadenantes comentados anteriormente.

El asma supone un importante problema de salud, y se prevé que el impacto del asma irá progresivamente en aumento a consecuencia de la mayor esperanza de vida, el incremento de la prevalencia y la aparición de nuevos fármacos y modalidades terapéuticas.

En este taller nos proponemos los objetivos, de diagnosticar asma con una base objetiva de la evidencia. Además es fundamental lograr que los asistentes consigan dar un enfoque de uso adecuado del medicamento, a la hora de tratar a estos pacientes. Para ello usamos de base el documento GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL DÍA en ASMA, de la Consejería de Salud y Consumo del Servicio Andaluz de Salud.

Taller URM Afrontamiento activo del dolor.

> Sr. Del Río Manzano, C.

> Dr. Capilla Díaz, S.

Introducción:

El dolor crónico musculoesquelético (DCME) es un trastorno que afecta aproximadamente al 20% de la población en los países occidentales. El DCME es el principal motivo de consulta médica en el mundo. Se estima que aproximadamente el 50% de las consultas que se atienden diariamente en Atención Primaria son por dolor, y aproximadamente más del 37% de ellas son por DCME. En los últimos años se está produciendo

en nuestro país un aumento en la prevalencia de DCME (1,2).

Las personas con dolor suelen padecer sufrimiento, discapacidad y una importante pérdida de calidad de vida (5). Además éstas suelen realizar un peregrinaje por distintos especialistas sin que se dé una respuesta adecuada a su situación, implicando un elevado gasto sanitario.

Objetivos de la ponencia:

- Desmitificar los tabúes que hay referentes al dolor
- Aportar información actualizada sobre los avances en neurociencias y la neurobiología del dolor
- Explicar nuevas estrategias de tratamiento del dolor crónico según las guías clínicas
- Exponer una nueva experiencia de trabajo en el dolor crónico: La unidad de afrontamiento activo de Atención Primaria de Sacyl"

Metodología docente:

Ponencia oral, con el apoyo de una presentación PowerPoint y videos de divulgación.

Contenido de la ponencia:

Proponemos un cambio de paradigma, centrado en el paciente, bajo el amparo del modelo biopsicosocial y neurobiológico, basado en la evidencia científica y llevado a cabo por equipos interdisciplinares.

Compartiremos nuestra experiencia en asistencia, gestión e investigación en pacientes con DCME en nuestra unidad de referencia regional y pionera en nuestro país.

La neurociencia ha demostrado que todos los cambios que ocurren en el SNC, como consecuencia de la cronicación del dolor, se pueden revertir, gracias a la neuroplasticidad cerebral, a través de la cognición, el trabajo somatosensorial y el movimiento. Pero para que estos cambios se puedan revertir y mantener se necesita la información y los estímulos adecuados, y esto es lo que hemos desarrollado en nuestro programa.

En esta ponencia exponemos las primeras líneas de tratamiento que definen las guías clínicas basadas en ejercicio físico y la Educación en Neurociencia del Dolor convirtiéndose en técnicas de tratamiento efectivas que fomentan el empoderamiento del paciente y carece de efectos secundarios. Además estas estrategias dirigidas y con la dosificación adecuada, son una excelente herramienta terapéutica que ayuda a activar los mecanismos endógenos de control del dolor. La mayoría de los ensayos clínicos realizados hasta la fecha han confir-

mado que la combinación de ambas intervenciones son eficaces en pacientes con dolor persistente (8,9,11,12), consiguiendo mejorar los niveles de Kinesiofobia, catastrofismo y dolor. Nuestro estudio presenta una disminución de estas variables mayor de la esperada.

La intervención que hemos realizado, es sencilla y reproducible en las unidades de fisioterapia de AP. Se precisa de pocos recursos (es costo-beneficiosa) y ha demostrado mejorar, de una forma clínicamente relevante la calidad de vida, el catastrofismo, la funcionalidad y la intensidad de dolor. Hay que destacar que a los 6 meses y al año, se mantiene la mejoría lograda en la valoración post-intervención.

Además este tipo de tratamiento está enfocado al empoderamiento del paciente y a estrategias de afrontamiento activo del DCME, lo cual es fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Agradecimiento: al Doctor en Fisioterapia Don Miguel Ángel Galán Martín que siempre creyó en “un sistema sanitario mejor” y mis compañeros de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico: Isabel Muñoz, Juan Carlos Larren, Susana Zarzuelo, Abel Hernández, Laura Barrero, Irene Muñoz, Bea y a todos los compañeros que hacen posible el proyecto en sus Centros de Salud y Comunitaria.

Bibliografía

- Langlely PC. *The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union*. *Curr Med Res Opin*. 2011 Feb;27(2):463–80.
- Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. *The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care*. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1229.
- Langlely P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varrassi G. *The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization*. 2010 Sep;13(3):571–81.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*. *Eur J Pain*. Blackwell Publishing Ltd; 2006 May;10(4):287–287.
- Bevan S, Quadrello T, McGee R, Mahdon M, Vavrovsky A, Barham L. *Fit for work*. *Musculoskelet Disord Eur Work London Work Found*. 2009; 5. Langlely P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A. *The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization*. *J Med*. 2010;
- Gaskin DJ, Richard P. *The Economic Costs of Pain in the United States*. Vol. 13, *The Journal of Pain*. 2012.
- Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. *Treatment of central sensitization in patients with “unexplained” chronic pain: an update*. *Expert Opin Pharmacother [Internet]*. 2014 Aug 15 [cited 2016 Nov 2];15(12):1671–83. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.2014.925446>
- Pelletier R, Higgins J, Bourbonnais D. *Is neuroplasticity in the central nervous system the missing link to our understanding of chronic musculoskeletal disorders?* *BMC Musculoskelet Disord*. *BioMed Central*; 2015 Dec;16(1):25.
- Woolf CJ. *Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain*. *Pain [Internet]*. NIH Public Access; 2011 Mar [cited 2016 Nov 2];152(3 Suppl):S2–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961685>
- Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Lluch Girbés E, Struyf F, Roussel N, et al. *Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain*. *Pain Physician*. 2014;17(5):447–57.
- Woolf CJ. *Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain*. *Pain [Internet]*. 2011 Mar [cited 2016 Jun 7];152(Supplement):S2–15. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-201103001-00002>
- Lluch Girbes E, Torres Cueco R, Torres Cueco R, David Butler, Lorimer Moseley. *Explicando el dolor*. Noigroup publications. *Rev la Soc Española del Dolor [Internet]*. Elsevier; 2010 Jun [cited 2016 Nov 1];17(5):253–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134804610000182>
- Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. *The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature*. *Physiother Theory Pract*. 2016;3985(September):1–24.
- Malfliet A, Kregel J, Coppieters I, Pauw R De, Meeus M, Roussel N, et al. *Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Neurol*. 2018;
- Clark S, Horton R. *Low back pain: a major global challenge*. *Lancet [Internet]*. Elsevier; 2018 Mar [cited 2018 Mar 23];0(0). Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618307256>
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. *Series Low back pain 1 What*

low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;

- Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J.* 2018;27(1):60–75.
- Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. Fleckenstein J, editor. *PLoS One.* 2017 Jun;12(6):e0178621.
- Galán-Martín MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayolscar A, Cuesta-Vargas A. Educación en neurociencia del dolor y ejercicio físico para pacientes con dolor espinal crónico en atención primaria de salud: un protocolo de ensayo aleatorizado. *Trastorno musculoesquelético BMC.* 3 de noviembre de 2019; 20 (1): 505. doi: 10.1186/s12891-019-2889-1. PMID: 31679512; PMCID: PMC6825712.
- Montero-Cuadrado F, Barrero-Santiago L, Llamas-Ramos R, Llamas-Ramos I. Dolor musculoesquelético en cuidadores familiares: ¿funciona un programa de fisioterapia en atención primaria? Un ensayo controlado aleatorio. *Int J Environ Res Salud Pública.* 2022 23 de diciembre; 20 (1): 185. doi: 10.3390/ijerph20010185. PMID: 36612507; PMCID: PMC9819112.

Taller URM Anticoagulación y Antiagregación: a quién, cómo y hasta cuándo.

> Dr. Carvajal Jaén, J.

Introducción:

La terapia antiagregante y anticoagulante constituye un aspecto destacado en la terapéutica que debe manejar el médico de Atención Primaria. Es fundamental conocer las indicaciones de su uso, su duración y las circunstancias que pueden modificar su utilización, e influir en la elección de un determinado fármaco. A este respecto, resulta muy importante considerar las características (metabolización, dosis, posibles efectos secundarios y contraindicaciones) de los diferentes fármacos.

Objetivos:

El objetivo del taller es actualizar los conocimientos sobre el manejo de la antiagregación y anticoagulación en Atención Primaria. Con esta finalidad, se presentará y comentará el capítulo correspondiente de la “Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria al Día” (GFA-

PD) del SAS, recientemente elaborada por miembros de Semergen, Samfyc y SEMG.

Metodología docente:

El taller se plantea con una metodología dinámica, favoreciendo la participación de los asistentes. Se plantean preguntas sobre situaciones de la práctica diaria y se comentan las respuestas de acuerdo a los contenidos de la guía. Se reserva un tiempo para responder a las dudas de los asistentes.

Contenidos de la actividad:

1) ANTIAGREGACIÓN:

- a) Introducción.
- b) Medidas preventivas y/o no farmacológicas.
- c) Prevención primaria.
- d) Prevención secundaria:

- Ictus.
- Cardiopatía isquémica.
- Prótesis valvulares cardíacas.
- Fibrilación auricular no valvular.
- Insuficiencia cardíaca en ritmo sinusal.
- Enfermedad arterial periférica.

e) Situaciones especiales: Personas frágiles y/o de edad avanzada, insuficiencia renal y hepática.

f) Consideraciones relevantes a la farmacoterapia.

2) ANTICOAGULACIÓN:

- a) Introducción.
- b) Medidas generales.
- c) Medidas farmacológicas. Indicaciones, anticoagulante de elección, posología y duración del tratamiento anticoagulante:

- Fibrilación auricular no valvular.
- Fibrilación auricular valvular.
- Profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa.
- Tratamiento de la trombosis venosa profunda y superficial.

d) Actuación en diversas situaciones:

- Interacciones y contraindicaciones de los fármacos anticoagulantes.

- Manejo de la anticoagulación en el paciente ic-tus isquémico, hemorrágico o AIT.
- Manejo del tratamiento anticoagulante en el paciente mayor de 70 años.
- Recomendaciones de uso de anticoagulación en pacientes con alteraciones de la función renal y hepática.
- Transiciones entre fármacos anticoagulantes.
- Manejo de la anticoagulación en infiltraciones, cirugía menor y procedimientos odontológicos.

Bibliografía:

- *Recomendaciones del manejo antiagregante en Cardiología. Documento de revisión de la Sociedad Andaluza de Cardiología. Cardiocore (el.servier.es)*. <https://doi.org/10.1016/j.carcor.2018.07.001>
- *Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico del ictus isquémico: prevención secundaria*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/Ictus_Definitivo_25-03-2022.pdf
- *Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos*. *Revista Española de Cardiología*. <https://doi.org/10.1157/13109651>
- *Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*. *Revista Española de Cardiología*. 2021;74(5):437.e1-437.e116. <https://www.revcardiol.org/es-guia-esc-2020-sobre-el-articulo-50300893220306953>
- *Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico del riesgo cardiovascular y enfermedades cardíacas: Anticoagulantes Orales Directos*. *Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento, Subdirección de Farmacia y Prestaciones, Servicio Andaluz de Salud*. (España). 2022. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/ACOD_Definitivo_11-07-2022.pdf
- *Respuestas en trombosis venosa superficial*. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias-Capítulo Español de Flebología y Linfología-SEMERGEN-SEMI*. ISBN: 978-84-18351-11-2. SANED.2020 <http://www.capitulodeflebologia.org/wp-content/>

[uploads/2020/11/2020-RESPUESTAS-EN-TROMBOSIS-VENOSA-SUPERFICIAL.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/11/2020-RESPUESTAS-EN-TROMBOSIS-VENOSA-SUPERFICIAL.pdf)

- *Second consensus document on diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: updated document elaborated by the ESC Working Group on aorta and peripheral vascular diseases and the ESC Working Group on pulmonary circulation and right ventricular function*. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2022;29(8):1248-63. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab088>

Taller URM Start-stop en la anticoncepción: de la adolescencia a la menopausia.

- > Dra. Blasco Martínez, M.
- > Dra. Medina Moruno, I.

Introducción

La anticoncepción presenta muchos mitos que debemos ir desmontando. Cada etapa de la vida fértil de la mujer tiene unas características especiales, que debemos tener en cuenta para elegir el método anticonceptivo más adecuado en cada situación. Es necesario formar a nuestros profesionales de Atención Primaria para que puedan abordar estos temas en consulta.

Objetivos

El objetivo principal de este taller es analizar los diferentes métodos anticonceptivos, sus criterios de elegibilidad, buscando de forma individual para cada mujer el equilibrio riesgo / beneficio que le aporta el método anticonceptivo. Conocer estos conceptos nos permitirá aconsejar y manejar las principales incidencias y dudas sobre los métodos anticonceptivos más habituales con el fin de mejorar la seguridad de la paciente.

Hablaremos del periodo de la adolescencia, en el que las relaciones sexuales sin protección conllevan un elevado riesgo de embarazo no deseado o propagación de ITS. Hablaremos también del periodo postparto, en el que las mujeres que lactan ven limitadas sus posibilidades de utilizar algunos métodos anticonceptivos, y de la etapa perimenopáusica, en la que la reducción natural de la fertilidad es interpretada por muchas mujeres como una ausencia del riesgo de embarazo, abandonando el uso de anticoncepción eficaz.

Metodología docente

El taller se expondrá a través de una presentación power-point, con diversos casos clínicos que fomen-

tarán la participación de los asistentes y a través de los cuales se desarrollará el contenido de la actividad.

Contenido de la actividad

En el taller abordaremos los siguientes temas:

- Recordatorio de los métodos anticonceptivos
- La anticoncepción en la adolescencia
- La anticoncepción después del parto
- La anticoncepción en la edad adulta
- Adecuación del gestágeno a las necesidades de la mujer
- Usos terapéuticos de la anticoncepción hormonal
- Anticoncepción de urgencia
- LARC
- La anticoncepción en la perimenopausia
- ¿Cuándo finalizamos la anticoncepción hormonal?

Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. *Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2019. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*
- OMS. *Criterios médicos de elegibilidad de un método anticonceptivo*. 2015. 45 Ed. www.who.int.
- AEEM. *MenoGuía: Anticoncepción en mujeres mayores de 40 años*. 2016. www.AEEM.es
- Protocolos SEGO/SEC. *Anticoncepción en la perimenopausia*. 2019
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. "Medicamentos que contienen acetato de ciproterona en combinación con etinilestradiol. Actualización de sus condiciones de autorización". *Nota informativa del 20 de mayo 2013*. www.aemps.gob.es.
- Protocolos SEGO/SEC. *Anticoncepción hormonal combinada. Oral, transdérmica y vaginal*. 2019
- Protocolos SEGO/SEC. *Píldora solo gestágenos*. 2020
- Protocolos SEGO/SEC. *Anticoncepción hormonal y riesgo cardiovascular*. 2019
- Protocolos SEGO/SEC. *Beneficios no contraceptivos en anticoncepción*. 2019

- J.A.N Martín, C.T Fernández, M^o A.L Barea et al. 2014. *SAMFyC y S.A.C: Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria*. MSD.

Taller Hipotiroidismo.

> Dra. Ortiz Puertas, T.

En el taller de hipotiroidismo subclínico queremos dar visibilidad a una patología muy prevalente en nuestras consultas, y de la que en ocasiones la dejamos pasar, hasta ir viendo la evolución.

Mediante el taller realizaremos un recorrido por la etiología, diagnóstico y enfoque clínico de esta enfermedad, viendo las actualizaciones respecto a dicha entidad.

Trataremos los distintos tipos de perfil de pacientes, dándole relevancia al paciente anciano frágil y a las mujeres embarazadas; así como las comorbilidades con las que puede convivir.

Pretendemos dar una visión actualizada del Hipotiroidismo Subclínico y mediante una manera práctica dar algunas claves para enfrentarse a la patología en consulta, así como dar herramientas para facilitar tanto al profesional como al paciente entender la enfermedad.

Taller URM Puesta al día en los tratamientos de la patología digestiva.

> Dr. Martín Enguix, D.

> Dr. Garzón Aguilar, J.

Este taller tiene como objetivo proporcionar una actualización sobre los avances y enfoques en el tratamiento de la patología digestiva más frecuente en atención primaria. Los temas que se abordarán incluyen: (1) actualización en el manejo y tratamiento de la dispepsia, (2) avances en el diagnóstico y enfoques terapéuticos de la infección por *Helicobacter Pylori*, y (3) últimas evidencias en la utilización de inhibidores de la bomba de protones y estrategias de gastroprotección. Este taller brindará una oportunidad única para adquirir conocimientos basados en la evidencia científica y discutir los tratamientos de las enfermedades digestivas más relevantes en nuestra práctica clínica habitual.

Taller URM Claves en el manejo terapéutico del paciente con cefalea. Tips and Tricks en su tratamiento.

> Dra. Osorio Martos, C.

> Dr. Medina Gámez, J.

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.

Objetivos: identificar y diferenciar cefalea tensional de migraña, así como tener idea de otros diagnósticos diferenciales posibles y de los criterios de derivación. Conocer el tratamiento.

Metodología docente:

taller presencial con dos partes: exposición de conceptos clave en forma de ponencia inicial seguido de casos clínicos interactivos.

Contenido de la actividad:

- 1) Conceptos 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.
- 2) Identificación y diferenciación de la cefalea tensional y migraña.
- 3) Cefalea por abuso de analgésicos. Prevención, identificación y manejo desde primaria.
- 4) Datos clave para detección desde primaria las cefaleas trigeminoautónomas más frecuentes.
- 5) Tratamiento sintomático y preventivo desde primaria. Importancia de la higiene de sueño y control del estrés.
- 6) Cuándo solicitar estudio de neuroimagen.
- 7) Criterios de alarma.
- 8) Cuándo derivar a Neurología.
- 9) Conceptos clave para poblaciones especiales (ancianos, embarazadas,...).
- 10) Casos clínicos interactivos sobre cefaleas en atención primaria.

Taller URM Tips en patologías prevalentes: Abordajes brillantes para pacientes agudos.

- > Dr. Arjona González, P.
- > Sr. Romero Varo, C.

Introducción

La patología osteoarticular es, en atención primaria, uno de los principales motivos de consulta, suponiendo un consumo de recursos sanitarios importante, tanto a nivel farmacológico como de pruebas complementarias. Además, muchos de estos pacientes solicitarán una incapacidad temporal, que en ocasiones puede alargarse, con el gasto económico que ello supone. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de que este problema agudo (lumbalgia, dolor de hombro, cervicalgia) acaben recurriendo y se conviertan en una afectación crónica con múltiples episodios de recaída, generando mayor complejidad en su abordaje, así como repercusión en la vida y funcionalidad del paciente.

Vivimos en una sociedad que se encuentra “medicalizada” y que demanda tratamiento farmacológico para resolver la mayoría de sus dolencias y/o afecciones sin asumir ni un seguimiento ni tratamiento activo, asumiendo su responsabilidad en el afrontamiento de estas afecciones; ya que desde hace mucho tiempo se viene recomendando el reposo cuando se presenta algún tipo de dolencia, siendo esta una creencia desfasada e incluso contraindicada en muchas ocasiones.

Por ello, es fundamental cuando estos pacientes acudan a nuestra consulta, el ser capaces de no solo usar medidas farmacológicas; si no, dotar a los pacientes de herramientas y recursos que le permitan tomar las riendas de la evolución de su afectación para asegurar una correcta recuperación y evitar las recurrencias. Siendo imprescindible la recomendación de actividad física y abordaje conjunto a fisioterapeutas, que nos ayuden a transmitir esta información a nuestros pacientes.

Objetivos

- Cambiar la mentalidad en el abordaje de pacientes con patologías osteoarticulares agudas.
- Introducir el papel fundamental de la fisioterapia en el abordaje de este tipo de patologías.
- Mostrar las diferentes técnicas fisioterapéuticas que se pueden aplicar en este tipo de lesiones, dando visibilidad al trabajo realizado por estos profesionales.
- Dotar de herramientas no farmacológicas para abordaje de patología osteoarticular en atención primaria

Metodología docente

Presentación power-point con exposición de casos clínicos y ejemplos prácticos durante el taller.

Se expondrán casos clínicos sobre patología osteoarticular aguda, viendo el abordaje “tradicional” y acla-

rando las diferentes cuestiones que surjan durante la resolución del mismo; durante parte del taller se realizarán ejemplos prácticos por parte de los asistentes al mismo, para reflejar técnicas y ejercicios recomendados para nuestros pacientes.

Contenido de la Actividad

Recomendaciones generales en el abordaje de patología osteoarticular aguda, identificación de "red flags" para cribar patología aguda susceptible de actividad físico y fisioterapia precoz.

Taller URM Gestión del medicamento, eficiencia y seguridad.

> Dr. Atienza Martín, F.

> Sra. Piña Vera, M.

Introducción

La receta electrónica es el sistema informático utilizado para la prescripción de medicamentos en el Servicio Andaluz de Salud. Actualizar los conocimientos en el uso de la misma es fundamental para garantizar el uso racional de los medicamentos.

Objetivos

Actualizar conocimientos y adquirir habilidades en aspectos relacionados con la eficiencia y seguridad en el uso de medicamentos, con el uso adecuado de la receta electrónica.

Metodología docente

Taller con contenidos teóricos y casos prácticos.

Contenido

Funcionalidades nuevas de receta electrónica:

Periodicidad predefinida en medicamentos que se prescriben una vez a la semana, al mes, al trimestre o a los seis meses. Esto evita errores de posología.

- Los prescriptores con perfil de urgencias solo pueden prescribir 1 envase, salvo en los antibióticos.
- Prolongación en 30 días de la vigencia del informe de visado tras alcanzar la fecha fin de tratamiento. Esto permite que el informe de visado siga vigente aunque el paciente acuda a su médico una vez que se le ha finalizado el tratamiento previo.
- Hoja resumen de la medicación para información del paciente. Esta contiene tratamientos que continúan activos, nuevos tratamientos, tratamientos que se

anulan y tratamientos en los que cambia la dosis y/o la posología.

- Posología detallada (según pauta horaria o de tomas de comida).
- Campo "crónico".
- Informes de valoración farmacológica (completo y abreviado) del fármaco al prescriptor que se pueden consultar en el navegador y con un aviso en el buzón del prescriptor.

Uso adecuado de receta electrónica:

- Histórico de fármacos activos. Orden por ATC.
- Posología. Posología variable. Duración de tratamiento.
- Adherencia al tratamiento.
- Seguridad.
- Información al paciente. Hoja de tratamiento. Tipos.
- Anulación cautelar de las prescripciones con mensaje en el buzón del profesional.
- Ayudas a la prescripción: interacciones, redundancias, duplicidades terapéuticas e iconos de ayuda.

Bibliografía y/o recursos

- *Uso Racional del Medicamento. Web del Servicio Andaluz de Salud (apartado documentos y protocolos-receta electrónica).*
- <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento>
- *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.*
- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-1013>
- *Receta electrónica del Sistema Nacional de Salud. Web del Ministerio de Sanidad.*
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/receta-electronicaSNS/sns/home.htm>
- *Receta electrónica europea. Web del Ministerio de Sanidad.*
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/receta-electronicaSNS/miSaludUE/home.htm>
- *Receta electrónica europea. Web del Servicio Andaluz de Salud.*
- <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/receta-electronica-europea>

- *Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedidos mayores de 65 años. Tesis doctoral. 2014.*
- <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/8125>
- *Manual de receta electrónica de Andalucía.*
- https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-mediafile_sasdocumento/2022/Manual_receta_electr_receta_XXI_enero_2022.pdf

Taller URM. Gestión del medicamento, eficiencia y seguridad.

> Sra. Benavente Cantalejo, R. S.

Introducción

Para poder utilizar un medicamento en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) es necesario que, en primer lugar, el medicamento haya sido autorizado para su comercialización y, en segundo lugar, que sea incluido en la prestación farmacéutica del SNS, para su financiación con cargo a fondos públicos. Ambos son necesarios en un contexto de utilización ordinaria del medicamento en nuestro sistema sanitario público, en el que las Comunidades y Ciudades Autónomas y las Mutualidades de funcionarios, mediante sus entidades gestoras, financian los medicamentos.

Objetivos

Actualizar conocimientos relativos a la financiación de los medicamentos y adquirir habilidades en aspectos relacionados con el acceso a las fuentes de información de financiación de los mismos.

Metodología docente

Taller con contenidos teóricos y casos prácticos.

Contenido

Evaluación y autorización de comercialización de los medicamentos: tipos de autorización de comercialización de los medicamentos.

Financiación y precios de los medicamentos.

- Procedimiento de financiación pública y de fijación de precios de los medicamentos.
- Criterios para la financiación de medicamentos.
- Evaluación de medicamentos para la toma de decisión de financiación y fijación de precio de los medicamentos.

Fuentes de información de financiación y precios de los medicamentos:

- BIFIMED: Buscador de información sobre la situación de financiación de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.
- NOMENCLATOR: Información sobre los productos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS (dispensables a través de oficinas de farmacia).

Bibliografía y/o recursos

- *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*
- https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8343
- *Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.*
- <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-9692-consolidado.pdf>
- *Uso Racional del Medicamento. Web del Servicio Andaluz de Salud (apartado Gestión de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos).*
- <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/gestion-de-medicamentos-y-productos-sanitarios>
- *Documento informativo sobre la financiación y fijación de precio de los medicamentos en España.*
- https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20220526_Doc_Infor_Financiacion_Med_Esp.pdf
- *Manual de usuario buscador de información sobre la situación de financiación de los medicamentos en el SNS (BIFIMED)*
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/manualBuscadorMedicamentos.pdf>
- *BIFIMED: Buscador de la Información sobre la situación de financiación de los medicamentos*
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>
- *Nomenclator de medicamentos. Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario.*
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/nomenclator.do>

Taller URM Intervención en polimedidados.

> Dra. Sánchez Pérez, M.

> Sra. Montero Balosa, M.

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

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

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

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

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

Cuando detectemos que hay que realizar la deprescripción de uno o varios fármacos, las decisiones deben ser compartidas con el paciente. Debe existir una relación de confianza del paciente con el médico y hay que plantear las opciones que pueden ser objeto de deprescripción. Hay que explicar los riesgos y beneficios de cada opción, utilizando siempre un lenguaje sencillo, asegurándonos que el paciente lo comprende y teniendo en cuenta sus preferencias para priorizar-

las. Siempre se debe realizar un seguimiento para valorar la aparición de problemas tras la retirada y monitorizar los cambios.

Taller URM Tips en patología prevalente: el trampantojo de la cronicidad.

> Dr. Pérez Sánchez, J.

> Sra. Mora Jiménez, A.

En los últimos veinte años la Fisioterapia ha evolucionado de forma vertiginosa para estar asentada en las bases de una medicina basada en la evidencia, el conocimiento científico y la experiencia clínica. Desde del estudio y la aplicación de los medios y agentes mecánicos y físicos dentro de nuestra competencia clínica (microondas, ultrasonidos, magnetoterapia, infrarrojos, corrientes TENS, cinesiterapia y otros métodos de tratamiento) hacia la investigación y la mejora de nuestras herramientas de trabajo en un enfoque biopsicosocial que en la actualidad da lugar a dos vertientes bien definidas. Por un lado, la intervención del Fisioterapeuta con técnicas más actuales (terapia invasiva y uso de técnicas de terapia manual) y por el otro, el empoderamiento del paciente en manejo de su salud (educación sanitaria, ejercicio terapéutico y enfoque biopsicosocial). Ambas vertientes no son excluyentes y el uso de las mismas, en mayor o menor medida, dependerá de las características de nuestros pacientes con el objetivo de mejorar la calidad de vida en la realización de las actividades de la vida diaria.

El “paciente crónico no nace, el paciente crónico se hace” dependiente de su patología sin saber cómo enfrentarse o qué hábitos de vida son los que tiene que adoptar para mejorar su condición de salud bajo el arroyo de creencias socioculturales erróneas e implantadas en la sociedad y que escuchamos diariamente en consulta en la boca de nuestros pacientes “bastante tengo yo con lo que hago en casa o en el trabajo”.

Cambiar el modelo de vida de una persona no se puede hacer de forma unilateral debe existir un pacto socio-sanitario-familiar que promueva esas condiciones y ese ambiente necesario para que el cambio se produzca. En este aspecto, el equipo multidisciplinar cobra una mayor importancia, encaminando nuestras actuaciones sanitarias hacia una misma línea de trabajo.

Y cuáles son tres de las patologías más prevalentes en el trampantojo de la cronicidad: las enfermedades cardiovasculares y renales y el síndrome metabólico. Además, son todas ellas factores de riesgo importan-

tes para padecer a su vez otras patologías y se conocen como comorbilidades porque, aunque la medicina ha conseguido que una persona no fallece por ellas, por lo menos a corto plazo, generan un alto coste sanitario y repercusiones negativas en la calidad de vida del paciente que las padece.

Un ejemplo de esto es aquel paciente obeso con aumento del tejido adiposo, hiperplasia de ese tejido graso, que poco a poco va cambiando la fisiología de la persona, aumentando la reducción de adipoquinas e interleuquinas, la resistencia a la insulina, favoreciendo así la aparición de diabetes. La insulina que regula la hormonalidad en sangre, la glucosa y otras proteínas y grasas, al verse alterada aparece también una dislipemia. Todo este cuadro mórbido, genera secundariamente arteriosclerosis, aumentando la rigidez vascular y la viscosidad de la sangre con hipertensión. Este cuadro sostenido en el tiempo va a ser difícil de combatir. El paciente llega con estas patologías de base a su Médico de Atención Primaria y ¿qué herramientas tiene? Estatinas, antihipertensivos, dosis de insulina, etc. Cuando quiere darse cuenta ya ha empezado en su trampantojo de cronicidad.

La Fisioterapia da respuesta a este problema de salud pública a través de:

- Programas de Rehabilitación Cardíaca.
- Consultas de asesoramiento terapéutico para personas con comorbilidades.
- Talleres dirigidos a personas con dolor crónico, diabetes, enfermedad renal, EPOC, etc.
- Talleres organizados por Ayuntamientos, Asociaciones en los que se conectan administraciones y se cuenta con personal Sanitario.

Nuestro Sistema Sanitario tiene 6 compromisos bien delimitados y recogidos en el IV Plan de Salud de Andalucía: Aumentar la esperanza de vida en buena salud; proteger y promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario; generar y desarrollar los Activos de Salud de nuestra Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza; Reducir las Desigualdades Sociales en Salud; situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales y fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.

Por lo tanto, es indispensable la formación de los profesionales de Atención Primaria y en primera línea de derivación la del Médico junto con Fisioterapia, Enfermería, Podología, Terapia Ocupacional, etc. Se trata de que en nuestra primera línea de batalla prescribamos el ejercicio terapéutico en una dosis adecuada individualizada para cada tipo de paciente atendiendo a una evaluación (mediante test validados de uso comunitario como la escala de Borg o el Sit To Stand) para detectar la condición física de nuestros pacientes y poder mejorarla. El Fisioterapeuta es el personal sanitario cualificado para realizar esta actividad ya que disponemos de habilidades específicas en esta área de trabajo. Una labor conjunta de todos los profesionales a disposición de los enfermos crónicos complejos. Deriva a Fisioterapia porque la Fisioterapia es vida.

Taller Actualización del Calendario de Vacunación de Andalucía 2023.

> Dra. Alfaro Greciano, R.

> Dr. Ginel Mendoza, L.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud pública, anualmente, el Calendario de Vacunación recomendado para todas las Comunidades Autónomas. Desde 2018, este calendario incluye la vacunación en la embarazada o prenatal y en el adulto a partir de 65 años, por lo que pasó a denominarse Calendario Común de Vacunación a lo largo de toda la vida.

Cada Comunidad Autónoma tiene un calendario propio, teniendo en cuenta el propuesto por el Consejo Interterritorial.

El objetivo de la actividad es dar a conocer a los médicos de familia las nuevas recomendaciones de vacunación en Andalucía.

Las vacunas son la estrategia preventiva más beneficiosa y coste-efectiva para el individuo y la comunidad. Gracias a las vacunas disponibles existen muchas enfermedades que son inmunoprevenibles, lo que permite disminuir las enfermedades infecciosas, la mortalidad y mejorar nuestra calidad de vida.

Los médicos de familia deben conocer las vacunas y sus beneficios para poder recomendarlas a sus pacientes.

En este taller hablaremos de las novedades en el Calendario del 2023, novedades que afectan a vacunas que se administran en edad pediátrica, como la vacuna frente al virus del papiloma humano y la gripe en niños hasta los 59 meses entre otras y, en relación al adulto hablaremos de la vacuna frente al herpes zóster y ha-

remos especial hincapié en las vacunas para prevenir las enfermedades respiratorias, patologías muy prevalentes en nuestras consultas diarias.

Actualizaremos las recomendaciones de la vacunación frente a la covid con la vacuna bivalente adaptada a las nuevas variantes y de la vacunación antineumocócica, ya que disponemos de nuevas vacunas que aumentan la protección para nuestros pacientes y ha habido cambios en los grupos de riesgo para la vacunación.

Taller Desafío en Dermatología: aprende y triunfa.

> Dra. Sánchez Martínez, I.

> Dra. Ruíz Vela, A.

Las patologías de la piel se han convertido en uno de los motivos de consulta más frecuentes en el día a día del médico de familia. Muchas de estas patologías pueden ser fácilmente identificadas y tratadas en nuestras consultas, sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas complejas o incruentas.

El objetivo del taller “Desafío en Dermatología. Aprende y Triunfa” es aportar al médico de familia conocimientos básicos sobre dermatología que le sean de utilidad en la consulta. Para ello, realizamos un resumen, a modo de concurso, de las patologías de la piel más prevalentes y su abordaje desde Atención Primaria.

Taller Enfermedad Renal Crónica en 6 pasos.

> Dra. Castillo Moraga, M.

> Dra. Segura Torre, M.

Introducción:

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública con una elevada prevalencia e incidencia que está en aumento y que conlleva una importante morbi-mortalidad cardiovascular. En España la prevalencia de ERC se situaba en 2010 en 9,16% según datos del estudio EPIRCE y en 2018 asciende a 15,1 % según los datos del estudio ENRICA. Según el Registro Español de Enfermos Renales en 2021 se produjo un incremento de la incidencia, en todos los grupos de edad, de un 6,8% tras la ruptura de la tendencia que se produjo en el año 2020 debido a la pandemia de Covid19. La principal causa de ERC es la Diabetes Mellitus que supone un 25% de los casos incidentes (36,6 pmp). Se estima que el número de personas que reciben Terapia Renal Sustitutiva (TRS)

aumentará en los próximos años debido en gran medida al envejecimiento de la población y a la elevada prevalencia de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. El coste de los pacientes en TRS supone de entre 2,5-3% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y un 4% de la atención especializada. Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo suponen una pequeña muestra de los pacientes con ERC debido a que la inmensa mayoría de los pacientes fallecen antes de llegar a diálisis o al trasplante renal. Aunque la ERC tiene una elevada prevalencia, sin embargo es una enfermedad que está infradiagnosticada por diferentes motivos. Según los datos del estudio NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) un 40 % de los pacientes atendidos en Atención Primaria no saben que padecen ERC, lo que impide una intervención precoz desde los diferentes ámbitos asistenciales. La detección precoz de estos pacientes permite mejorar la morbilidad a largo plazo y disminuir los costes sanitarios. Por eso es importante la detección precoz de estos pacientes y la coordinación eficiente con la atención especializada de Nefrología para lograr un manejo óptimo de esta patología.

Objetivos:

- Conocer la epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica: incidencia, prevalencia.
- Conocer los métodos para evaluar la función renal y el daño renal
- Clasificación de la Enfermedad Renal Crónica
- Identificar a los pacientes en riesgo de Enfermedad Renal Crónica
- Conocer los criterios de derivación a Nefrología
- Conocer las medidas higiénico-dietéticas y estrategias terapéuticas en Enfermedad Renal Crónica

Taller URM Intervenciones no farmacológicas en el manejo de la cardiopatía isquémica crónica.

> Dra. Castillo Moraga, M.

> Sr. Zuazagoitia de la Lama-Noriega, J.

Las modificaciones de los estilos de vida en pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) constituyen un papel fundamental del tratamiento para prevenir la aparición de nuevos eventos cardiovasculares y de ingresos hospitalarios.

Un adecuado plan de intervención en pacientes con SCC debe contener los siguientes puntos:

- Abstención del hábito tabáquico: terapia cognitivoconductual y tratamiento farmacológico si es necesario.
- Dieta cardiosaludable con alto contenido en vegetales, fruta y cereales integrales, limitando el consumo de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total y el consumo de alcohol a menos de 100 g/semana o 15 g/día.
- Ejercicio físico.
- Consejo sexual personalizado
- Prevención de trastornos de la esfera psicoafectiva
- Seguimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

Los equipos de Atención Primaria juegan un papel fundamental en el seguimiento de estas intervenciones, que deben estructurarse y planificarse de forma multidisciplinaria y adaptarse a las circunstancias individuales de cada paciente, consensuando con él las intervenciones a realizar.

Dentro de estos equipos, el Fisioterapeuta es el profesional sanitario indicado para la supervisión de un programa de ejercicio y actividad física.

Este programa debe incluir:

- Entrenamiento Cardiovascular: el ejercicio aeróbico se recomienda para pacientes estables (clase funcional de la New York Heart Association [NYHA] III) por sus demostradas eficacia y seguridad. Puede realizarse en modo continuo o interválico.
- Entrenamiento de Fuerza: es prioritario en pacientes con atrofia muscular y alteraciones de la función del músculo esquelético. Debe centrarse inicialmente en el aumento de la masa muscular. Es muy importante adiestrar al paciente en su correcta realización.
- Entrenamiento de la Musculatura Inspiratoria: existe evidencia de que el entrenamiento de los músculos inspiratorios aumenta el VO₂pico, disminuye la disnea y mejora la fuerza de la musculatura inspiratoria. Debe recomendarse a los pacientes con peor forma física como primera alternativa para una posterior transición al entrenamiento de ejercicio convencional y la participación deportiva para mejorar los beneficios cardiopulmonares.
- Educación sanitaria y consejo en cuanto a actividad física diaria: el entrenamiento estructurado es im-

portante pero también hay evidencia de los beneficios del incremento de la actividad física diaria de estos pacientes. Instruirlos en su intensidad, duración y estimación es fundamental.

El programa puede realizarse de una forma presencial o semipresencial estructurándolo en 8-10 semanas con 2 ó 3 sesiones semanales.

Lo más importante será la adherencia del paciente al ejercicio y a la modificación de sus hábitos de vida a largo plazo. Para ello sería interesante realizar al final del programa una entrevista motivacional donde establecer las posibilidades reales del paciente y obtener un compromiso por su parte.

Bibliografía:

- Pelliccia A, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J.* 2021 Jan 1;42(1):17-96.

Taller para la mejora del cribado de patologías oftalmológicas.

> Dr. Martín Enguix, D.

> Dra. Gómez Sánchez, C.

El taller consiste en una parte teórica y otra práctica. Los temas a tratar son la retinopatía diabética, la degeneración macular asociada a la edad, trastornos de superficie ocular como el ojo seco, ojo rojo doloroso y ojo rojo no doloroso.

Las patologías retinianas, crónicas y progresivas, son importantes debido a su alta prevalencia en la población y por ser causa principal de ceguera en los países desarrollados. Un diagnóstico precoz a través de la identificación de los signos clínicos en el fondo de ojo mediante retinografía puede enlentecer su progresión o evitar cambios irreversibles.

En la parte teórica se abordará la fisiopatología de cada enfermedad, los diferentes estadios y clasificaciones, y el manejo de la misma. En la parte práctica se proyectarán diferentes imágenes de fondo de ojo que ayudarán a diferenciarlas entre ellas y clasificarlas en diferentes estadios y según su gravedad y pronóstico.

El objetivo del taller es el aprendizaje de una correcta y sistemática exploración del fondo de ojo mediante distintas imágenes y esquemas muy representativos y docentes, y saber cuáles son las principales indicaciones para remitir a un Oftalmólogo especialista.

Otro tema importante que se expondrá, es la patología de superficie ocular, muy frecuente en población de edad media, con o sin medicamentos que la pueden provocar y agravar. Recordaremos cómo identificarla y cómo manejarla aunque se trate de una entidad crónica e incurable.

Por último, recordaremos de forma breve y esquemática el plan de actuación, anamnesis y exploración del ojo rojo doloroso y no doloroso en Atención Primaria.

Taller ¿Por qué y cómo se previenen las complicaciones graves de la gripe?

> Dra. Alfaro Greciano, R.

Introducción

La gripe es una enfermedad aguda que afecta a las vías respiratorias. Es una enfermedad muy transmisible entre contactos cercanos a través de las gotitas grandes y pequeñas que se emiten al hablar y toser propios de la enfermedad. Afecta a un importante número de personas, provocando múltiples consultas, ingresos hospitalarios e incluso la muerte en las epidemias que ocurren anualmente.

Existen pacientes con alto riesgo de presentar complicaciones de la gripe, como sobreinfecciones bacterianas y otras complicaciones, cardiovasculares, endocrinas o neurológicas. Algunos grupos de riesgo de tener complicaciones de la gripe son:

- Edades extremas de la vida (Adultos \geq 65 años y niños $<$ 5 años)
- Enfermedades cardiovasculares crónicas, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca.
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades neurológicas crónicas.
- Enfermedades pulmonares crónicas como EPOC o asma.
- Enfermedad renal crónica
- Obesidad
- Inmunodeprimidos por tratamientos farmacológicos o enfermedades graves
- Embarazadas

OBJETIVO

Dar a conocer a los médicos de familia las recomendaciones de vacunación antigripal dependiendo del grupo de riesgo y concienciar de que la gripe es algo más que una enfermedad respiratoria banal y puede tener complicaciones, sobre todo en pacientes de riesgo.

Metodología docente

La actividad será en formato taller con preguntas para los asistentes que contestarán con tarjetas durante la exposición.

Contenido

Se explicarán, mediante distintos escenarios clínicos, las diferentes vacunas disponibles y sus indicaciones y se hablará de la carga de la enfermedad y complicaciones de la misma.

• Bibliografía

- *Informe _ Vigilancia _ GRIPE_2019-2020_03092020(1).pdf*
- *www.andavac.es/wpcontent/uploads/2022/12/Adenda_INSTRUCCION_CAMPANA_GRIPE_COVID_2022_2023_ANDALUCIA-_20.12.2022.pdf*
- *Macias et al. Vaccine; 2020 Oct 9;50264-410X(20)31209-3*
- *Ortiz de Lejarazu R, et al. Vacunación antigripal. Efectividad de las vacunas actuales y retos de futuro. Enferm Infecc Microbiol Clin 2015;33:480-90. Van Bellinghghen L-A, et al. The potential cost-effectiveness of quadrivalent versus trivalent influenza vaccine in elderly people and clinical risk groups in the UK: a lifetime multi-cohort model. PloS One 2014;9(6):e98437. García A, et al. Cost-effectiveness análisis of quadrivalent influenza vaccine in Spain. Hum Vaccines Immunother 2016;12(9): 2269-77*
- *Simon AK, Hollander GA, McMichael A. Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. Review Proc Biol Sci. 2015;282(1821):20143085.*
- *Jason K.H. Lee et al. Efficacy and Effectiveness of High Dose Influenza Vaccine in Older Adults by Age and Seasonal Characteristics: An Updated Systematic Review and Meta Analysis. OPTIONS XI, Belfast. P-336. <https://www.sanofipasteurscientificevents.com/posterbook/optionsxi/influenza/abstracts/1/>*

Taller Prevención Secundaria y Dislipemia con P de Primaria y S de Seguimiento.

> Dra. Castillo Moraga, M.

> Dra. Ortiz Puertas, T.

La dislipemia supone uno de los principales Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) junto a la Hipertensión y Diabetes, siendo en ocasiones, inseparables. La principal consecuencia del exceso de colesterol en la sangre es el desarrollo de las enfermedades cardio-

vasculares. Numerosos estudios han demostrado una relación entre los niveles de colesterol en la sangre y la incidencia de enfermedades cardiovasculares, ya que éstas son más frecuentes en sujetos con hipercolesterolemia que en los sujetos con niveles bajos de colesterol-LDL. El cLDL se ha transformado en un objetivo prioritario para la prevención cardiovascular. Sin embargo, cada vez existen más evidencias de que las lipoproteínas ricas en triglicéridos, especialmente las de muy baja densidad (VLDL) son capaces de promover y desarrollar arteriosclerosis, transformando así el colesterol unido a VLDL (cVLDL) y sus remanentes en otro potencial objetivo terapéutico.

Es importante controlar los niveles de cLDL y CT con la finalidad de disminuir la probabilidad de una Enfermedad Cardiovascular (ECV), y una vez ésta está establecida, coge mayor importancia realizar un buen control y seguimiento para evitar un segundo evento o la muerte.

Mediante el siguiente taller, pretendemos reforzar los conocimientos de los FRCV y la clasificación y objetivos de cLDL según perfil de paciente, y ver la importancia de individualizar e intensificar el tratamiento llegado el momento.

Romper mitos sobre el uso de las estatinas y los efectos secundarios que pueden provocar, también acabar con los mitos sobre abandono de tratamiento o la adherencia a éste.

Queremos compartir con los compañeros los últimos estudios que manifiestan la importancia de bajar el cLDL todo lo que se pueda, y que se pierda el miedo a cuanto más bajo, mejor. Hablar de los nuevos tratamientos y su uso en Atención Primaria.

Para ello, realizaremos una dinámica de intervención grupal con la actividad MITO o REALIDAD.

Taller Corazones en equilibrio: integrando la perspectiva de género en la salud cardiovascular.

> Dra. López Moreno, E.

> Dra. Lara Carvajal, A.

- Introducción: Las mujeres y los hombres somos fisiológicamente distintos, pero no siempre se tiene esto en cuenta en la investigación científica ni en la práctica clínica, por eso es cada vez más importante considerar el sexo en la Medicina, y más concretamente en la Cardiología
- Objetivos: Analizar las diferencias por sexo en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, y

problemas de salud relacionados, las diferencias en factores de riesgo cardiovascular, y en la evolución y pronóstico, además del abordaje farmacológico.

- Metodología docente: taller que pretende ser participativo y dinámico.
- Contenido de la actividad: Existen muchas diferencias en sexo con respecto a las enfermedades cardiovasculares, en su epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento; que se pone de manifiesto en la enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias, valvulopatías y factores de riesgo cardiovascular, temas que abordaremos. Además, los estudios se basan sobre todo en población masculina, por lo que hay un infradiagnóstico de las enfermedades cardiovasculares en mujeres. Y no tenemos en cuenta en el tratamiento las diferencias para ajustar dosis y reducir los efectos adversos. Por lo tanto, analizaremos las peculiaridades del sexo femenino en las enfermedades cardiovasculares.

Bibliografía o recursos:

- Roig E, Anguita M et al. Agencia de investigación y secciones científicas de la Sociedad Española de Cardiología. *Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España.*
- *Análisis con perspectiva de género de los registros sobre la enfermedad cardiovascular contenidos en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria*

MESAS

Mesa Corazones en equilibrio: integrando la perspectiva de género en la salud cardiovascular.

- > Dra. Cabrerizo Carvajal, A.
- > Dra. Pedrosa Arias, M.
- > Dr. Posik Rosati, S.

Introducción:

- Dadas las características sociodemográficas actuales, que nos muestran un envejecimiento de la población general, resulta de imprescindible interés para el clínico conocer las características diferenciales del trastorno psiquiátrico más prevalente en esta etapa de la vida: el trastorno depresivo mayor.

Objetivos:

- Que el participante sepa reconocer las características clínicas diferenciales del trastorno depresivo mayor en el anciano, realizar un correcto diagnóstico y establecer sus diagnósticos diferenciales, así como su abordaje terapéutico integral para alcanzar una remisión completa y mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Metodología docente:

- Ponencias orales con presentación de casos clínicos breves a partir de los cuales se irá desarrollando el tema, mediante un coloquio dinámico entre los ponentes y con la participación activa de los participantes.

Contenido de la actividad:

- Epidemiología, situación demográfica actual, clínica del trastorno depresivo mayor en el anciano, diagnóstico sindrómico, pruebas complementarias y escalas indicadas para su evaluación, diagnósticos diferenciales, tratamientos no farmacológicos y farmacológicos (características de los distintos antidepresivos utilizados en esta población especial).

Bibliografía o recursos:

- *Sociedad Española de Psicogeriatría (sepg.es): Consenso español de depresión en el anciano: Resultados.*

SIMPOSIO

Simposio Riesgo Cardiovascular.

- > Dr. Aguirre Rodríguez, J.
- > Dra. Muñiz Grijalvo, O.
- > Dr. Chinchurreta Capote, P.

La deficiente consecución de objetivos lipídicos es debida, entre otros factores, a una insuficiente reducción del cLDL, a la inercia terapéutica y a la falta de adherencia de los pacientes en parte debida a efectos adversos de la estatinas, casi siempre musculares.

Además del arsenal terapéutico actual, las próximas opciones para pacientes fuera de objetivos o que no toleran estatinas son los nuevos inhibidores de PCSK9 de uso semestral y combinaciones de tratamiento oral no estatínico, entre los cuales se posiciona con particular interés el ácido bempedoico.

El Ácido bempedoico es un profármaco inhibidor de la síntesis endógena de colesterol que se expresa exclusivamente a nivel hepático y se ha mostrado seguro y eficaz en distintas poblaciones. Adicionalmente acabamos de conocer en Marzo pasado que en el subgrupo de pacientes intolerantes a las estatinas disminuye los eventos cardiovasculares de forma significativa, convirtiéndose en una opción de particular interés en este relativamente frecuente escenario clínico.

Simposio Algo nuevo se mueve en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): ¿lo conoces? Participa y ponte al día.

- > Dr. Ginel Mendoza, L.
- > Dr. Quintano Jiménez, J.
- > Dr. García Matarín, L.

Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o ictus) son las principales causas de fallecimiento tanto en España como a nivel global. Son también, junto a las neoplasias, las comorbilidades que generan mayor mortalidad en los pacientes con EPOC. En trabajos realizados en población adulta ambulatoria se estima que los pacientes con EPOC tienen un riesgo ajustado entre 2 y 5 veces superior de presentar cardiopatía isquémica que los pacientes sin EPOC, independientemente de otros factores de riesgo vascular, incluyendo el Tabaquismo. En general, el tratamiento de la EPOC y la

cardiopatía isquémica no varía en los pacientes con ambas enfermedades. Cabe destacar la seguridad de los bloqueadores beta cardioselectivos (en especial del bisoprolol) tanto en la cardiopatía isquémica como en la insuficiencia cardiaca. En un metaanálisis reciente se ha sugerido que la administración de antiagregantes puede disminuir la mortalidad en la EPOC, aunque se requieren ensayos clínicos prospectivos para establecer su verdadera utilidad. Entre las comorbilidades más frecuentemente asociadas a la EPOC destacan la patología cardiovascular (cardiopatía isquémica), la hipertensión, la diabetes mellitus, la insuficiencia renal, la osteoporosis, enfermedades psiquiátricas (ansiedad y depresión), el deterioro cognitivo, la anemia o neoplasias: en especial el cáncer de pulmón.

El médico de familia tiene que pensar en la presencia de estas comorbilidades en la persona con EPOC, cuando lo trate, tanto en fase estable o cuando tenga un proceso de inestabilidad clínica con exacerbación concomitante, ya que la ECV son la primera causa de muerte en estos pacientes.

Conclusión Las personas con EPOC tienen más probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares (ictus, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca) y las exacerbaciones incrementan sustancialmente la mortalidad por estas comorbilidades CV.

Clini EM, Beghe B, Fabbri LM. Chronic obstructive pulmonary disease is just one component of the complex multimorbidities in patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013; 187:66871.

- Garin N, Koyanagi A, Chatterji S, Tyrovolas S, Olaya B, Leonardi M4, et al. Global Multimorbidity Patterns: A CrossSectional, PopulationBased, MultiCountry Study *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016; 71:20514.
- Pinto LM, Alghamdi M, Benedetti A, et al. Derivation and validation of clinical phenotypes for COPD: a systematic review. *Respir Res.* 2015; 16:50.
- GarciaAymerich J, Gomez FP, Benet M, Farrero E, Basagana X, Gayete A, et al; PACCOPD Study Group. Identification and prospective validation of clinically relevant (COPD) subtypes. *Thorax.* 2011; 66:4307.
- Grosdidier S, Ferrer A, Faner R, Pinero J, Roca J, Cosío B, et al. Network medicine analysis of COPD multimorbidities. *Respir Res.* 2014; 15:111.
- Almagro P, Cabrera FJ, Díez J, Boixeda R, Alonso Ortiz MB, Murio C, et al; Working Group on COPD, Spa-

nish Society of Internal Medicine. Comorbidities and shortterm prognosis in patients hospitalized for acute exacerbation of COPD: the EPO en Servicios de medicina interna (ESMI) study. *Chest.* 2012; 142:112633.

La importancia de la prevención en EPOC.

> **Dra. González Blanco, V.**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad con alta prevalencia y representa una de las principales causas de muerte y discapacidad, ya que un elevado porcentaje de pacientes con EPOC no tienen un adecuado control de la misma.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de la EPOC, cuya eliminación o control podrían evitar el desarrollo de dicha enfermedad, como es el caso del tabaquismo. Por ello, una medida preventiva importante sería la cesación del hábito tabáquico, así como la eliminación de otros posibles factores de riesgo.

Los objetivos del tratamiento en la EPOC incluyen el control de la enfermedad y la mejoría en la calidad de vida del paciente; así como evitar un rápido deterioro de la función pulmonar, disminuir el uso de recursos sanitarios y disminuir la mortalidad.

Es importante tratar a cada paciente de forma individualizada y evitar retrasos en el inicio del tratamiento de mantenimiento de la EPOC para disminuir el riesgo de presentar exacerbaciones futuras. Esto es importante porque el hecho de presentar exacerbaciones moderadas o graves, aumenta la probabilidad de presentar eventos futuros y aumenta la mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

- *Roithnie KJ et al. Am J Respir Crit Care Med. Natural History of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations in a General Practice-based Population with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2018;198:464-471*
- *Tkacz J et al. PRIMUS Prompt Initiation of Maintenance Therapy in the US: A Real-World Analysis of Clinical and Economic Outcomes Among Patients Initiating Triple Therapy Following a COPD Exacerbation. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17:329-342.*
- *Evans K, Pollack M, Tkacz J, et al. Promptly initiating triple therapy following second moderate exacerbation among patients with COPD in the United States:*

analysis of the PRIMUS study. Chest. 2022;162, 4, Supplement, A1901-A1902.

- Alcázar-Navarrete B, Jamart L, Sánchez-Covisa J, Juárez M, Graefenhain R, Sicras-Mainar A. *Clinical Characteristics, Treatment Persistence, and Outcomes Among Patients With COPD Treated With Singleor Multiple-Inhaler Triple Therapy: A Retrospective Analysis in Spain. Chest. 2022;500123692(22)01212-0.*
- *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023.*

AULA

Aula Urgencias.

- > Dr. Morocho Malho, P.
- > Dr. Pérez Pérez, F.
- > Dr. Muñoz Olmo, L.
- > Dra. Sánchez González, M.
- > Dr. Gallego Montiel, A.

Actividad que consta de tres talleres simultáneos, con temática de urgencias, por los que todos los alumnos van rotando.

En el primer de ellos se aborda el manejo de la vía aérea, desde el aislamiento definitivo de la misma hasta las técnicas alternativas, así como el abordaje de la vía aérea difícil.

En el segundo taller se practicarán habilidades técnicas y no técnicas (liderazgo y trabajo en equipo) en soporte vital básico (SVB) y avanzado (SVA).

En el tercero se usarán técnicas de restricción de movimiento espinal, de uso común en urgencias de Atención Primaria, sobre todo en el medio extrahospitalario.

Introducción

En los servicios de Atención Primaria y Emergencias hospitalarias es de vital importancia la atención a los pacientes politraumatizados en el lugar del suceso. Desde la existencia de estos servicios la morbimortalidad ha disminuido de forma notable.

El manejo de estas situaciones, por parte de los servicios de emergencias, bien sea atención primaria o emergencias extrahospitalarias, debe de ser altamente especializado, con el fin de poder realizar una primera asistencia adecuada, tanto en los tiempos de actuación y desplazamiento a centro hospitalarios indicados como en la valoración inicial y la inmovilización, esta última de una importancia especial, dado que su buena ejecución permitirá evitar repercusiones futuras nefastas para el paciente.

Objetivos

- Conocer el diferente material disponible sobre la movilización e inmovilización
- Conocer y saber que uso se da a cada material y las diferentes técnicas tanto de movilización como de inmovilización.
- El taller es 100% práctico, por lo que se aprenderán in situ todas las técnicas descritas en el material

adicional que se les facilitará a los alumnos, con la ayuda de los instructores.

Metodología docente

El taller es 100% práctico, con aporte adicional de bibliografía y material docente.

Contenido de la actividad

Se realizara de forma practica el conocimiento de los diferentes tipos de material para movilización e inmovilización con casos prácticos donde los participantes no solo podrán conocer el material sino que lo emplearán entre ellos.

Bibliografía

- <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B727B2FE-E3C1-4E82-8932-CD28B610E8E4/454539/tecnicas-demovilizacion.pdf>
- <http://ciberabril2020.enfermeriadeurgencias.com/images/13.pdf>
- <https://youtu.be/Jcw5C5cUbGQ><https://youtu.be/DoBsVk7Ce-c>
- <https://youtu.be/ZrAgpFvWlcm>
- <https://youtu.be/EiF5n6kTJUY>
- <https://youtu.be/98pZDyTIEZ8>

Aula Cirugía Menor.

- > Dr. Baca Osorio, A.
- > Dr. Sánchez Aranda, C.
- > Dr. Pavón Mata, J.

Introducción

La Cirugía Menor es una competencia necesaria para el especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, incluye procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, pueden precisar anestesia local, teniendo bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Los programas de cirugía menor que se realizan en Atención Primaria es una de las competencias más coste-efectivas y se justifica por la existencia de patologías muy frecuentes susceptibles de ser resueltas mediante técnicas quirúrgicas en Atención Primaria.

Objetivo general

Conocimiento de las indicaciones y técnicas de Cirugía Menor e iniciación en la práctica de dichas técnicas. Desarrollando desde un punto de vista práctico, la va-

loración preoperatoria, usos de anestésicos locales, técnicas quirúrgicas y criocirugía.

Metodología docente y Contenido de la Actividad

Las premisas fundamentales son: no intervenir si dudamos o desconocemos el diagnóstico o la técnica a realizar, supeditar la técnica quirúrgica al tipo de lesión que vamos a tratar, informar al paciente obteniendo el consentimiento informado y evitar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos el diagnóstico previo.

Para su realización es necesaria una infraestructura: Infraestructura y mobiliario de la sala de Cirugía Menor (camilla, fuente de luz dirigible, superficie auxiliar para colocación de material estéril, asiento, lavabo y agua corriente y contenedor para la eliminación de productos contaminados biológicamente), un Instrumental quirúrgico (Mango de bisturí del número 3, con hojas desechables del número 10,11 y 15, Porta-agujas estándar, Pinzas hemostáticas curvas sin dientes (Mosquitos), Pinzas de disección de Adson con dientes, Tijeras) y un Material fungible (Anestésicos locales, Suero fisiológico, Anti-sépticos tópicos, Jeringas y agujas, Punch de biopsias, Curetas y rasuradoras, Mascarillas, Gafas protectoras, Guantes estériles, Electrobisturí, Criosprays, Set de suturas, Gasas y compresas estériles, Vendas,...)

Es necesario un sistema de registro en Historia clínica de DIRAYA con diagnóstico clínico, Libro de registro, Hoja de valoración quirúrgica, Consentimiento informado, Hojas de anatomía patológica y microbiología, Hojas informativas para el paciente (prequirúrgica y postquirúrgica).

Así mismo, existen unos procedimientos básicos: preparación del cirujano (vestuario, lavados de manos, colocación de guantes) y preparación del campo quirúrgico (rasurado, limpieza y desinfección de la zona, pañeado del campo).

Podemos clasificar las lesiones a tratar en: Lesiones epidérmicas (Abscesos, Heridas y laceraciones, Verrugas, Mollusco contagioso Queratosis Seborreica, Actínica, Fibromas, Lentigo) Lesiones dérmicas (Lesiones pigmentadas benignas, Dermatofibromas) Lesiones subdérmicas (Quistes Triquilemicos, Sebáceos, Epidermoides, Dermoides, Lipomas), otras lesiones (Lesiones vasculares Angioma senil, punto rubí, Nevus araneus o spider, Granuloma piogénico, cuerpos extraños y subcutáneos), así como la Cirugía ungueal.

El empleo de anestésicos locales en cirugía menor tiene por objeto conseguir el control del dolor que implica la intervención, lo que requerirá, según el caso, de la

elección de una de las tres técnicas empleadas: la aplicación tópica, la infiltración local y el bloqueo nervioso.

Durante el taller practicaremos los procedimientos quirúrgicos de Criocirugía y Escisión (tangencial, cilíndrica o fusiforme), con algunas técnicas de anudado dependiendo de la lesión y localización de la misma.

BIBLIOGRAFIA:

- Menon, NK. Minor surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:91720
- Cirugía Menor. Desarrollo de nuevas competencias enfermeras. Consejería de Salud, 2010. Junta de Andalucía.
- Arribas Blanco José María. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid; Jarpyp Editores S.A (2a edición). 2000.
- Caballero F, Gómez O. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (I). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona. Editorial Doyma. 1997.
- Caballero F, Gómez O. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (II). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona. Editorial Doyma. 1997.

Aula Ecografía.

- > **Dra. Briones Barreiro, M.**
- > **Dra. Valenzuela de Damas, M.**
- > **Dr. Martín Enguix, D.**

Esta actividad, dirigida a médicos de atención primaria, abordará los fundamentos esenciales de la ecografía abdominal. Comenzaremos con una sesión teórica que cubrirá las bases de la técnica y la sistemática de la exploración en la ecografía abdominal. A continuación, los participantes tendrán la oportunidad de realizar prácticas guiadas con modelos para mejorar sus habilidades y confianza en la realización de ecografías abdominales en el ámbito clínico. Esta formación busca iniciar en la ecografía abdominal y fortalecer las competencias en el uso de esta herramienta diagnóstica; facilitando así la toma de decisiones en la práctica diaria.

RESULTADOS DE TRABAJOS ORIGINALES

MÉDICO DE FAMILIA

682/64. REVISIÓN USO DE FARMACOS EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Autores

Montoro Sánchez, E.¹, Caba Martín, A.², Martos Fábrega, V.², González-Venegas Caba, C.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Calicasas. Calicasas. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Atarfe. Atarfe. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Martí - Verneda Sud. Barcelona

Objetivos

1. Revisar las prescripciones de fármacos en pacientes en Cuidados paliativos según criterios STOPP-Pal. 2. Adecuar las prescripciones a sus necesidades.

Metodología

Se revisaron las prescripciones en historia de salud de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial de Paliativos, durante el año 2022 y el primer trimestre del año 2023 en un centro de salud.

Resultados

Se estudiaron 15 pacientes con criterios de inclusión en el Proceso de Cuidados Paliativos: >65 años, en fase final de enfermedad irreversible (80 % cáncer con metástasis), mal pronóstico de supervivencia a un año (90 %), deterioro funcional grave (10%), prioridad del tratamiento control de los síntomas. Siguiendo los criterios de prescripción potencialmente inapropiada STOPP-Pal, con resultados: - sección A. General: el 40% tenían 15 o más medicamentos, - sección B: Sistema cardiovascular: hipolipemiantes en el 46,66% , - sección C. Sistema de coagulación: el 26,66 % AAS para prevención primaria, - sección D. Sistema Nervioso Central: el 46,66% antipsicóticos tipo neurolépticos, - sección E Gastrointestinal: el 80% indicados Inhibidores de la Bomba de Protones de mantenimiento, Antiespasmódicos gastrointestinales un 13,33% , - en la sección F. Respiratorio: no había prescripción de teofilina ni antagonistas de leucotrienos, - en la sección G Músculo esquelético: un 26,66% suplementos de Calcio,

- en la sección H Sistema Urogenital: un 20% prescritos Inhibidores de la 5 reductasa o alfabloqueantes estando sondados de forma permanente, - en la sección I Sistema Endocrino: un paciente tenía prescrito Metformina como antidiabético oral , el resto de diabéticos: Insulinas. En la sección de Varios: 26,66% complejos vitamínicos, 13,33 % suplementos nutricionales a pesar de mantener la vía oral, y 13, 33% antibióticos como profilaxis.

Conclusiones

Las prescripciones de pacientes incluidos en Cuidados paliativos constituyen un grave problema sanitario, tanto por el incremento de efectos adversos prevenibles como por los costes sanitarios asociados a ellos. Los criterios STOPP-Pal ayudan al médico prescriptor a la toma de decisiones en la desprescripción de determinados fármacos en pacientes de edad avanzada y con enfermedad en fase terminal.

682/172. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHALADORES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN RURAL.

Autores

Salazar Bruque, I.¹, Justicia Gómez, L.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Algarrobo. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga

Objetivos

Valorar la adecuación de terapia inhalada en pacientes incluidos en el proceso asistencial Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en un centro de salud de ámbito rural, según la última guía GOLD 2023.

Metodología

Se recogió un listado de los pacientes incluidos en el proceso EPOC de un centro de salud de ámbito rural. Se definieron las variables: sexo, edad, tabaquismo, grado de disnea mMRC, número de exacerbaciones e ingresos en el último año, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), número de eosinófilos y terapia inhaladora basal. Posteriormente se analizaron los datos

y se evaluó la adecuación de la terapia inhaladora en función de la clasificación ABE de la guía GOLD 2023.

Resultados

De 125 pacientes que se encontraban dentro del proceso EPOC, sólo 94 estaban bien incluidos, el resto tenían otros diagnósticos como asma, hiperreactividad bronquial, fibrosis pulmonar o insuficiencia cardíaca. La edad media fue de 68,6 años. Un 15,90% eran mujeres y un 84,04% eran hombres. Un 46,80% eran exfumadores y un 53,19% continuaban fumando. Un 11,70% habían tenido dos o más exacerbaciones moderadas en el último año y un 5,31% habían tenido al menos un ingreso hospitalario. Según el grado de obstrucción, un 44,6% se clasificaron como GOLD 1 (FEV1 \geq 80%), un 44,68% como GOLD 2 (FEV1 50-79%), un 9,57% como GOLD 3 (FEV1 30-49%) y un 1,06% como GOLD 4 (FEV1 $<$ 30%). Un 63,83% tenían un grado de disnea mMRC 0-1 y un 36,17% \geq 2. Fueron clasificados como GOLD A un 59,57% de los pacientes, de los cuales sólo un 18,96% tenían terapia adecuada; un 25,53% estaban clasificados como GOLD B, de los cuales, sólo un 45,83% estaban bien tratados; y un 12,76% estaban clasificados como GOLD E, de los cuales un 58,33% tenían adecuado tratamiento.

Conclusiones

Se observa un porcentaje mayor de terapia inadecuada en los estadios más iniciales (GOLD A y B). Por ello creemos necesaria una mejora en la evaluación, tratamiento y seguimiento de nuestros pacientes con EPOC, incidiendo especialmente en los estadios iniciales para evitar un progreso de la enfermedad, con todo lo que conlleva.

682/210. DIABETES TIPO 2 EN ANDALUCÍA: USO DE RECURSOS Y COSTE ECONÓMICO.

Autores

Aguirre Rodríguez, J.¹, Sánchez Cambroner, M.², Guisasaola Cardenas, M.³, Generoso Torres, M.⁴, Hidalgo Rodríguez, A.⁵, Martín Enguix, D.⁶

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,* (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,* (3) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,* (4) *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 Casería de Montijo. Granada, (6) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada*

Objetivos

Definir el perfil del paciente con diabetes tipo 2 (DM2) en Andalucía, analizar el uso de recursos sanitarios tanto en Atención Primaria (AP) como a nivel hospitalario. y, traducir esos recursos en coste económico por año.

Metodología

Estudio multicéntrico, transversal y descriptivo. Seleccionamos de forma aleatoria 385 pacientes con DM2 de las 8 provincias de Andalucía (nivel de confianza 95% y error 5%). Revisamos las historias informatizadas para extraer los datos de estudio referentes a 2022: edad, sexo, asistencia a consultas de AP, de enfermería, urgencias y especialidades hospitalarias; consumo de fármacos en general y antidiabéticos en particular, tiras de glucemia, análisis, pruebas de imagen (Rx) y días de ingreso hospitalario.

El coste de los fármacos se calculó en base al precio que aparece en la aplicación Diraya a las dosis prescritas. El coste de los servicios sanitarios se extrajo de la Orden de 14 de octubre de 2005 donde se fijaron los precios públicos de los servicios sanitarios prestados en el Servicio Andaluz de Salud.

Resultados

Edad media: 70,7 \pm 12,44 años; 53,6% hombres. Contactos asistenciales en 2022: con el médico de AP: 8,36 \pm 4,69; con enfermería: 7,17 \pm 12; 1,71 \pm 2,89 asistencias a urgencias. Consultas hospitalarias: 2,30 \pm 2,38. Días de ingreso hospitalario: 1,26 \pm 6,46. Analíticas: 3,79 \pm 5,45 y 2,17 \pm 3,47 Rx realizadas. Fármacos consumidos: 9,20 \pm 3,94 de los cuales 1,76 \pm 0,90 eran antidiabéticos. Tiras glucemia: 184 \pm 488.

Esto supone un gasto anual de 5.171,05 €/paciente con DM2 y año (2.228,36 € por ingresos hospitalarios, 1.702,87 € por fármacos y 1.239,82 € por asistencias y pruebas complementarias).

Conclusiones

El andaluz con DM2 tiene 71 años de edad, consume casi 10 fármacos diferentes y tiene doble terapia para su DM2.

En un año tiene 20 asistencias (75% en AP), se realiza 4 análisis, 2 Rx y está ingresado 1 día.

Los costes sanitarios directos del paciente con DM2 en Andalucía superan los 5.000 €/año. Lo que supone el

41,66% del presupuesto de la Consejería de Salud y triplica el gasto medio por habitante.

Los ingresos hospitalarios y los productos farmacéuticos suponen la mayor parte de este coste, seguidos por la asistencia sanitaria (principalmente la del médico de AP) y por las pruebas complementarias realizadas.

682/327. USO OPIACEOS MAYORES Y CRONICIDAD.

Autores

Martínez Ruíz, M.¹, Villalón Mir, M.², Cabello Morales, V.³, Márquez Serrano, F.¹, Alcalde Agredano, R.⁴, Márquez Mayor, M.⁵

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba, (2) Farmacéutica. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba, (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Peñarroya. Córdoba, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba, (5) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Pozoblanco. Córdoba

Objetivos

Conocer las características de la población que consumen opiáceos mayores y su relación con enfermedad crónica compleja.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población: Área de salud con 80.150 habitantes, rural, tasa de envejecimiento duplica la media andaluza.

Criterios de inclusión: 956 pacientes que consumieron OM en receta electrónica durante el año 2018.

Criterios de exclusión: prescripción en receta manual.

Muestra: 274 sujetos mediante muestreo sistemático.

VARIABLES A ANALIZAR: edad, sexo, polimedicación, criterios de pluripatología, criterios de paciente crónico complejo (PCC), tipo de dolor, tipo de opiáceo, incremento dosis, duración y continuidad a finales 2019, efectos secundarios, comorbilidad psiquiátrica.

Resultados

Edad media fue de 74 años (80 en PCC y 68 en no PCC), mujeres el 74.5%. El 18,6% no estaban polimedificados, siendo esta más frecuente en los PCC (97%) El 31.8%

cumplía criterios de pluripatología y el 49.3% de crónico complejo (el 64.4% por pluripatológicos).

En los pluripatológicos la categoría H es la más frecuente (56.32%), seguida de la categoría A (42.5%).

En los PCC no pluripatológicos la categoría G es la más frecuente (35.4%) y el criterio b2 el más frecuente (95.8%).

En el 76.7 % por dolor crónico no oncológico y 15.7% por dolor oncológico, siendo este más frecuente en los PCC (24.4% frente al 7.2%).

El OM más usado fue tapentadol (46%), el porcentaje medio de incremento de dosis ha sido del 85.37 %, y un 44.6 % seguían con OM al final de 2019. El 50.7% estaban más de un año con OM, el 12% más de 5 años.

El estreñimiento es el efecto adverso más frecuente (43.2%), siendo más frecuente los efectos secundarios en PCC (42.2% frente al 27.3%). El 59.5% presenta comorbilidad psiquiátrica, siendo la ansiedad el más frecuente (72.4%) seguida de la depresión (69.3%). La comorbilidad psiquiátrica es más frecuente en el grupo con PCC (65.9%).

Conclusiones

Casi la mitad de la población que consumió OM presentaba criterios de enfermedad crónica compleja, en relación con problemas óseos y cardiacos.

Le condición de crónico complejo se asocia a edad avanzada, polimedicación, dolor oncológico, mayor comorbilidad psiquiátrica y efectos secundarios.

682/336. USO DE BENZODIACEPINAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

Autores

Carmona Rivas, A.¹

Centro de Trabajo

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

Objetivos

Las sociedades americanas y europeas de geriatría avalan la retirada de benzodiazepinas en pacientes ancianos tratados de forma prolongada, ya que su uso se asocia a trastornos del equilibrio, caídas, sedación y confusión. En pacientes ancianos es recomendable valorar la necesidad de iniciar una benzodiazepina y evaluar la posibilidad de retirada una vez instaurado el

tratamiento. En este contexto han surgido estrategias de deprescripción de benzodicepinas.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue describir el uso de benzodicepinas en pacientes mayores de 65 años.

Metodología

Estudio descriptivo observacional.

Centro de salud de población del distrito metropolitano de Granada. Se identificaron todos los pacientes mayores de 65 años tratados con benzodicepinas a partir de listados de historia de salud digital. Se recogieron los datos durante el periodo enero a septiembre de 2022. Se seleccionaron variables demográficas (sexo, edad), principio activo del grupo de benzodicepinas, número de principios activos por paciente en el último mes, principios activos prescritos. Se definió como tratamiento prolongado aquellos con una duración superior a seis meses.

Resultados

De los 19.399 pacientes atendidos en este centro, 6.766 tenían una edad mayor de 65 años. Se seleccionaron en función del rango de edad establecidos a 1.370 pacientes (20.25%) que se encontraban tratados con una o más benzodicepinas. El 73.7% eran mujeres, promedio de 78.01 (65-103) años de edad. Estratificando el uso de benzodicepinas por rango de edad se obtuvo la siguiente distribución: entre 65 y 74 años 470 (34.31%); entre 75 y 84 años 434 pacientes (31.67%); entre 85 y 94 años 290 (21.17%); mayor de 95 años 176 (12.85%). El 11.31% se encontraban en tratamiento con dos o más benzodicepinas diferentes. Siete benzodicepinas agrupan al 92.8% de los pacientes. La distribución en porcentaje de pacientes tratados con benzodicepinas fue el siguiente: lormetazepam (30.77%), lorazepam (22.77%), alprazolam (13.21%), bromazepam (6.7%), diazepam (4.81%), clorazepato potásico (3.64%), loprazolam (2.1%), ketazolam (1.3%), flurazepam (1.2%). El resto de principios activos con menos del 1%. En el momento del estudio, 1263 pacientes realizaban un uso prolongado de tratamiento con benzodicepinas, correspondiente al 92.18% del total.

Conclusiones

Los datos sugieren que existe una práctica habitual de uso prolongado superior a seis meses en la mayoría de los pacientes tratados con benzodicepinas. Estos datos no están en concordancia con las recomendaciones actuales de uso en pacientes de edad avanzada: tratamientos agudos y periodos cortos de duración. Parece

que en nuestra muestra existe una sobreutilización de estos psicofármacos. Podemos extrapolar que su uso se debe, como ocurre en la mayoría de los casos descritos a la indicación de insomnio o ansiolítico. No obstante, no se recogió como una de las variables del estudio la indicación para la que se prescribió en cada paciente.

682/340. MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2), COMPARATIVA ENTRE MEDIO RURAL (MR) Y ZONA URBANA (ZU).

Autores

Abril Rubio, A.¹, Arjona González, P.², Ruíz Vela, A.³, Hidalgo Martín, F.⁴, Sanz Ortega, T.⁵, Mancera Romero, J.⁶

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alfarnate. Alfarnate. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casabermeja. Casabermeja. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Benajárf. Vélez-Málaga. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Comparar tratamiento antidiabético en pacientes con DM2 de una cohorte de pacientes de MR frente a una zona urbana ZU.

Metodología

Estudio descriptivo, trasversal, observacional. Criterios de inclusión: Pacientes con DM2 > 14 años. Datos recogidos, entre junio 2021-2022, de historia clínica digital. Población 2663 pacientes en ZU y 478 en MR. Cálculo de tamaño muestral (nivel de confianza 95%, precisión 3% proporción 0,5, pérdidas de 15%) de 216 para ZU y 114 pacientes en MR. Muestreo aleatorio sistemático. Variables demográficas y clínicas. Se obtuvieron medidas de frecuencia, comparación de medias y asociación. Se consideró un nivel de significación $\alpha \leq 0,05$. Análisis multivariante, ejecutado con SSPB-20. Estudio aprobado por CEI Provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 120 pacientes en MR y 225 pacientes en ZU. Varones 65 (54,4% IC 95% 45-63) en MR y 113 (52%, IC95%: 45-58) en ZU. Media de edad de 71±12,58 años sin diferencias significativas en MR y de 68±13 años en ZU (más en mujeres 71 vs 66 p= 0,014). Duración media de 12,6±6,8 años en MR y 12±7 años en ZU.

En MR presentaban HTA 98 (81,7%, IC95%:75-84), enfermedad renal diabética 32 (26,7%, IC95%: 19-35), dislipemia 69 (57,5%, IC95%:49-66) e insuficiencia cardiaca 14 (11,7%, IC 95%:6-17) y en ZU presentaban HTA 149 (69%, IC95%:62-74), enfermedad renal diabética 70 (32%, IC95%: 20-38), dislipemia 108 (50%, IC95%:43-56) e insuficiencia cardiaca 20 (9%, IC 95%:6-13), diferencias significativas en prevalencia de HTA (p=0,023). En MR metformina fue el fármaco más utilizado 86 (72% IC95%:64-80), seguido por IDPP4 59 (49,2%, IC95%:40-58), insulinas 37 (30,8%, IC95%:22-39), i-SGLT2 32(26,2% IC95%:19-35), y sulfonilureas 29 (24,2% IC95%:17-32). En ZU metformina 143 (62%, IC95%:59-72), iDPP4 80 (37%, IC 95%:30-34), insulinas 53 (24,5%, IC95%:19-30) e iSGLT2 40 (18,5% IC95%:13-24), con diferencias significativas en sulfonilureas (p=0,001). En MR consumían estatinas 83 (69,2% IC95%:61-77) y estaban antiagregados 57 (47,5% IC95%:39-56), mientras que en ZU consumían estatinas 141 (66%, IC95%:58-71) y estaban antiagregados 77 (IC 36%, IC95%:29-42), con diferencias estadísticamente significativas en la antiagregación (p=0,026).

Conclusiones

Metformina fue el fármaco más utilizado. Elevado uso de Sulfonilurea en MR respecto ZU. Poco uso de fármacos con beneficio cardiovascular demostrado.

682/341. COMPARATIVA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS EN MEDIO RURAL VS URBANO.

Autores

Ruiz Vela, A.¹, Arjona González, P.², Abril Rubio, A.³, Hidalgo Martín, F.⁴, Sanz Ortega, T.⁵, Mancera Romero, J.⁶

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Benajazafe. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casabermeja. Casabermeja. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Consultorio Local Alfarnate. Alfarnate. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Comparar las características clínico-epidemiológicas de una cohorte de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (DM2) en medio rural (MR) vs zona urbana (ZU).

Metodología

Estudio descriptivo, trasversal, observacional. Criterios de inclusión: Pacientes con DM2> 14 años. Datos recogidos, entre junio 2021-2022, de historia clínica digital. Población 2663 pacientes en ZU y 478 en MR. Cálculo de tamaño muestral (nivel de confianza 95%, precisión 3% proporción 0,5, pérdidas de 15%) de 216 para ZU y 114 pacientes en MR. Muestreo aleatorio sistemático. Variables demográficas y clínicas. Se obtuvieron medidas de frecuencia, comparación de medias y asociación. Se consideró un nivel de significación $\alpha \leq 0,05$. Análisis multivariante, ejecutado con SSPB-20. Estudio aprobado por CEI Provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 120 pacientes en MR y 225 pacientes en ZU. Varones 65 (54,4% IC 95%:45-63) en MR y 113 (52%, IC95%:45-58) en ZU. Media edad 71±12,58 años sin diferencias significativas en MR y de 68±13 años en ZU (más en mujeres 71 vs 66 p= 0,014). Duración media de 12,6±6,8 años en MR y 12±7 años en ZU. Presentaban complicaciones macrovasculares 30 personas (25%) en MR: cardiopatía isquémica 22 (18,3%, IC 95%:11-25), ictus 15 (12,5 % IC 95%:7-18) y enfermedad arterial periférica (EAP) 7 (5,8%, IC 95%:2-12) y 44 personas (20%) en ZU: cardiopatía isquémica 27 (12,5%, IC95%:8-17), ictus 23 (10,6% IC95%:7-15), EAP 16 (7%, IC 95%:4-11). En MR tenían enfermedad renal diabética 32 (26,7% IC 95%:19-35), retinopatía diabética 12 (10%, IC 95%:5-15) y neuropatía 6 (5% IC 95%:1-9), y en ZU tenían enfermedad renal crónica 70 (32, IC 95%:20-38), retinopatía diabética 31 (14%, IC 95%:10-19) y neuropatía 24 (11% IC 95%:7-16), con diferencias significativas en neuropatía (p=0,048). MR presentaban HTA 98 (81,7%, IC95%:75-84), dislipemia 69 (57,5%, IC95%:49-66) e insuficiencia cardiaca 14 (11,7%, IC 95%:6-17)

y en ZU presentaban HTA 149 (69%, IC95%:62-74), dislipemia 108 (50%, IC95%:43-56) e insuficiencia cardiaca 20 (9%, IC 95%:6-13), diferencias significativas en prevalencia de HTA ($p=0,023$).

Conclusiones

Presentaban enfermedad cardiovascular establecida 1 de cada 4-5 pacientes en ambos medios. Predominancia de HTA y de neuropatía en medio rural.

682/363. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA MATERNA DURANTE LA GESTACIÓN.

Autores

Medero Canela, R.¹, García Medero, S.², López González, J.³

Centro de Trabajo

(1) Distrito sanitario Huelva Costa Condado Campiña. Unidad docente Huelva., (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva

Objetivos

Determinar la prevalencia de patología materna relacionada con el embarazo en gestantes andaluzas.

Analizar posibles relaciones entre presentar patología y factores sociodemográficos, así como tipo de parto y complicaciones.

Describir el perfil de las gestantes y desarrollo de la gestación.

Metodología

Se realizó estudio observacional descriptivo en atención primaria. Se seleccionó muestra aleatoria de 381 gestantes. Criterios inclusión: registro de embarazo en SSPA antes de las 12 semanas. Variables: edad, patología durante el embarazo, tipo de parto, complicaciones, aborto y hábitos tóxicos. Recogida de datos a través de historia digital de salud. Análisis de datos mediante SPSS, estudio descriptivo y análisis bivalente usando t student y chi cuadrado. Intervalos construidos al 95%, se comprobaron condiciones de aplicación. Se han respetado preceptos éticos de investigación y se obtuvo aprobación por comité de ética.

Resultados

Edad 32.1 años, DT 5.71, IC 95% (32.05-32.15). 90.8% de embarazos registrados llegaron a término, produciéndose 9.2% de abortos. De ellos, 8.3% fueron indu-

cidos por patología fetal, el resto naturales. El 81% de las gestantes no presentaron ningún tipo de patología durante el embarazo; las patologías más frecuentes fueron diabetes gestacional (5.6%) seguida de hipertensión gestacional (3.1%) e hipotiroidismo (2.5%). 17% mantuvieron tabaquismo activo durante la gestación. 52.8% fueron partos vaginales eutócicos, acabando en cesárea 29% de los embarazos. 54.6% no presentaron complicaciones durante el parto, siendo las más frecuentes desgarros y episiotomía (23.7% y 16.1% respectivamente). Presentar o no patología estuvo relacionado con la edad ($p 0.02$) y tipo de parto ($p 0.04$). No existió relación con la presencia de complicaciones ($p 0.74$).

Conclusiones

Presenta patología materna durante el embarazo el 19% de las gestantes, de ellas las más frecuentes son la diabetes y la hipertensión gestacional.

La presencia de patología durante el embarazo está relacionada con la edad y el tipo de parto (mayor edad en las gestantes que desarrollan patología y mayor porcentaje de cesáreas). No existe relación con la presencia de complicaciones.

La edad media de la gestante ronda los 32 años, casi una décima parte de los embarazos no llegan a término. Durante la gestación el 17% de las mujeres mantienen su hábito tabáquico.

682/372. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD PARA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS AÑOS DE PANDEMIA COVID-19.

Autores

Colchero Calderón, M.¹, Martínez Lopez, R.¹, Arrabal Sánchez, A.¹

Centro de Trabajo

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

Objetivos

Cuantificar la actividad relacionada con los procesos de IT para la SS antes y durante los primeros años de Pandemia Covid-19.

Metodología

Se realizó estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo de la población general a través de los registros de IT. Se analizaron los años desde 2017 a 2022, ob-

teniéndose datos de total de IT divididos en mujeres y hombres. A partir de 2020 se añade subgrupo de la IT de COVID: COVID-19, contacto o riesgo de exposición.

Resultados

El número total de IT creció un 10% anualmente -15% entre 2021 y 2022- duplicándose en 2022 con respecto a 2017(714 sobre 322). La tendencia general en 2017, 2018 y 2019 es mayor porcentaje de IT en mujeres (60%) disminuyendo en los años 2020, 2021 y 2022. La IT por COVID sobre el total fueron: 2020 (57%), 2021 (47%) y 2022 (55%). IT por Covid-19 crecieron: 2020 (21%), 2021 (29%) y 2023 (43%). IT por contacto decrecieron: 2020 (32%), 2021 (17%) y 2023 (11%).

Conclusiones

El impacto en la actividad asistencial de las IT por COVID ha sido relevante. Ha saturado el sistema de AP con actividades para la SS. El acceso a los test-COVID y la relajación en las medidas epidemiológicas explican la evolución de los datos. El porcentaje de mujeres en IT (60%) contrastan con los datos de la incapacidad permanente en hombres (60%) El real-decreto 6/2020 de 10 de marzo inició la actividad de los médicos de familia (MF) en la prestación de incapacidad laboral temporal (IT) por Sars-Cov-2. Esta actividad ha consumido recursos hasta tensionar el sistema de Atención Primaria (AP). El tratamiento por la Seguridad Social (SS) del Sars-Cov-2 ha sido distinto al de otras enfermedades infecciosas con muchos cambios normativos que afectaban a los pacientes. Tener reconocida la enfermedad COVID persistente con derecho a prestación, exigía tener antes IT por Covid-19. Los sanos también tuvieron que estar en IT por contacto o riesgo de exposición. La participación de los MF en las IT debería evaluarse tras estos años con el objeto de mejorar las competencias y minimizar aquello que reste calidad a su trabajo.

MÉDICO RESIDENTE

682/51. CRIBADO OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE TOMA DE PULSO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

González Becerra, L.¹, Heredia Aladro, J.¹, García Vicente, S.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga

Objetivos

Analizar una estrategia piloto de cribado oportunista de fibrilación auricular (FA) en mayores de 65 años mediante la toma de pulso en nuestro Centro de Salud.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes de 65 años o más, que acudieron por iniciativa propia a nuestro centro de salud durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2022, a consulta médica o de enfermería, por cualquier motivo, y a los que se realizó una toma de pulso radial dentro de su práctica asistencial habitual, y se registró en su historia.

Resultados

Durante los tres meses de estudio, se tomó el pulso a 506 pacientes, con una media de edad de 73 años (65-96 años). El 53,95% fueron mujeres. El ámbito en el que más pulsos se tomaron fue en la consulta de vacunación (56,32%), y durante el mes de octubre. El 29,24% de los pacientes fueron hipertensos, la misma proporción encontramos de diabéticos, y el 53,55% tenían dislipemia. El 19,56% de los pacientes presentaban simultáneamente tres o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La media de fármacos en tratamiento crónico fue 6 (0-20). El 32,8% de los pacientes estaban antiagregados, y el 9,48% anticoagulados. Se detectaron 41 pulsos arrítmicos (8,1%) confirmándose la presencia de arritmias mediante electrocardiograma (EKG) en el 75,60% de ellos. Se diagnosticaron 16 FA, 4 de ellas no conocidas previamente.

Conclusiones

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en la práctica clínica, frecuentemente asintomática, y con grave riesgo de provocar eventos tromboembólicos cerebrales. La palpación de pulso arterial periférico, y realización de un electrocardiograma (EKG) en el caso de pulso irregular, se plantea como un sencillo y útil método de cribado oportunista de FA en Atención Primaria, para diagnosticar y anticoagular a tiempo a los pacientes susceptibles. Aprovechar el periodo de vacunación antigripal se presenta como una estrategia eficiente en nuestros Centros de Salud.

682/236. NIVEL DE GRAVEDAD DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Rodríguez Onieva, A.¹, Piedra Ruiz, F.², Romero Soto, L.³, Hidalgo Requena, A.⁴

Centro de Trabajo

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

Objetivos

General: Describir la concordancia entre el tratamiento pautado y el aconsejado por Gema según nivel de gravedad.

Específico: Describir la relación de la gravedad según la edad, el sexo y el tipo de diagnóstico.

Metodología

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, mediante recogida de datos de la historia clínica electrónica. La población diana son pacientes del Área Sanitaria, diagnosticados de asma, mayores de 18 años. Se recogieron datos de edad, sexo, antigüedad del diagnóstico, registro de agudizaciones en el último año, seguimiento y rinitis asociada. Los datos se analizaron siguiendo el análisis típico de distribución de frecuencias y asociación de variables, teniendo en cuenta los distintos factores de confusión.

Resultados

Se reclutaron 151 pacientes, edad media 37.60 años (I.C. 95%: 34.56-40.64), 50.33% mujeres (IC 95% 42.09-58.56). 43.71% diagnosticados como asma intermitente; 49.67% asma persistente leve; 5.30% asma persistente moderada; 1.32% asma persistente grave. Tratados predominantemente con glucocorticoides inhalados (GI) asociados a agonistas beta2 adrenérgicos de acción larga (LABA), y sin tratamiento un 21% de ellos. Los pacientes eran seguidos en su mayoría (86%) por atención primaria (AP). El 47% precisó atención urgente por agudización de su asma, la mayoría en AP (26%), 17% Servicio Urgencias Atención Primaria (SUAP) y 4% urgencias hospitalarias. El 52.32% (IC 95%: 44.04-60.50) presentan asociado diagnóstico de rinitis. 31.79% (IC 95%: 24.46-39.85) presentaban correspondencia entre el nivel de la gravedad del asma y el escalón terapéutico aconsejado por GEMA. En el análisis bivalente encontramos significación estadística entre la correspondencia y los distintos diagnósticos ($p < 0.0001$), siendo menor en el grupo asma persistente leve. También con los distintos tratamientos ($p = 0.0015$); 32 individuos (21%) no seguían ningún tipo de tratamiento a pesar de su diagnóstico. Lo mismo podemos decir del seguimiento donde la menor tasa de correspondencia se da en AP ($p = 0.0474$).

Conclusiones

Un tercio de la muestra presentaban correspondencia entre el nivel de la gravedad de su asma y el escalón terapéutico aconsejado por GEMA. Se observó menor correspondencia entre el tratamiento y los diagnósticos en el asma persistente leve. En el 21% de la muestra, se observó una tendencia a no seguir ningún tratamiento a pesar de su diagnóstico.

682/291. HABLEMOS DE LA MENOPAUSIA. UN ACERCAMIENTO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Rodríguez Pola, T.¹, García Rincón, L.¹, López de Priego García, V.²

Centro de Trabajo

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

Objetivos

Dicho trabajo tiene el objetivo principal de realizar un grupo focal de trabajo con mujeres en edad de climaterio residentes en el barrio de La Chana, Granada.

Como objetivos secundarios se plantea conocer la vivencia de las mujeres en esta etapa de la vida, indagar sobre sus necesidades, identificar ideas preconcebidas y realizar un acompañamiento de las mujeres en este proceso vital a través de un grupo de apoyo.

Metodología

La metodología utilizada quedaría enmarcada dentro de la investigación cualitativa con las características metodológicas de un grupo focal.

La captación se realizó en el centro de salud a través de cartelería, buzón de sugerencias además de utilizar técnica de bola de nieve y uso de redes sociales.

Como criterios de inclusión fueron residir en el barrio de la chana y encontrarse en edad de climaterio.

Resultados

El número total de participantes fueron quince mujeres. Como resultados se observó que los temas que más demandaban eran los relacionados con sofocos, sequedad y molestias en las relaciones sexuales. En la dinámica inicial al taller se observó que las mujeres relacionaban la menopausia con conceptos peyorativos invirtiendo esta relación tras la finalización del taller. Todas reconocieron la importancia de visibilizar y normalizar dicha etapa vital.

Conclusiones

Como conclusiones se observa que la menopausia es una gran desconocida dentro de los profesionales de la salud a la vez que se presenta como un reto para lograr una correcta detección y manejo de las necesidades que logre un acompañamiento eficaz.

682/324. NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA POR LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS ADSCRITA A UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Ruiz Victoria, M.¹, Escudero Martínez, P.¹, Pérez Romero, F.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería, (2) Mé-

dico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Almería

Objetivos

General:

- Determinar el nivel de actividad física realizada por los mayores de 65 años adscritos a un cupo de Atención Primaria y la edad media de los mismos.

Específicos:

- Conocer el grado de adherencia a la actividad física según sexo.
- Conocer el grado de adherencia a la actividad física dependiendo de si viven solos.

Metodología

Diseño:

Estudio descriptivo.

- Población:
- Localidad rural de 1632 habitantes.

Instrumentos:

Base de datos del usuario, historia clínica digital y Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

- Participantes:

Total de mayores de 65 años adscritos al consultorio, atendidos durante septiembre, octubre y noviembre de 2022.

- Procedimiento:

Variables a estudio: puntuación en el cuestionario IPAQ (alto, moderado o bajo) según sexo (hombre/mujer) y si viven solos.

Resultados

El 32% de la población adscrita era mayor de 65 años, siendo la edad media de 73 años y su distribución por sexo de 43% hombres y 57 % mujeres. El 36% vivían solos.

Se atendieron a 215 pacientes, de los cuales vivían solos 79.

56% del total presentó un nivel de actividad moderado, un 36% nivel bajo y un 8% alto.

Según sexo, el 53% de las mujeres presentó un nivel de actividad moderado, el 43% bajo y un 4% alto. Mientras que, en hombres, se observó un nivel moderado en el 63%, alto en el 15% y bajo en el 22%.

De los que vivían solos, el nivel de actividad fue moderado en el 45%, alto en el 22% y bajo en el 33%.

Conclusiones

- El beneficio de la actividad física en la salud y la calidad de vida de la población mayor es bien conocido, jugando un papel fundamental el personal sanitario de Atención Primaria fundamentalmente el médico de familia, fomentando dicho hábito en este grupo poblacional.
- Más de la mitad de los mayores de 65 años tienen un nivel de actividad física moderado-alto.
- Por sexo, los hombres tienen un mayor nivel de actividad.
- Los que viven solos presentan menor nivel de actividad.
- Es interesante investigar el porqué de esta situación y desarrollar áreas de mejora para fomentar una correcta actividad física.

682/344. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-FARMACOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PERSONAS CON DIABETES EN MEDIO RURAL.

Autores

Valenzuela Mancebo, P.¹, Moreno Sánchez, Á.², Arjona González, P.¹, Castillo Romero, V.³, Gonzalo Gutiérrez, C.⁴, Ramos Alonso, S.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º 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 Colmenar. Colmenar. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga

Objetivos

Describir la patología concomitante y el tratamiento en una cohorte de personas con diabetes pertenecientes a una zona rural.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión:

pacientes con diabetes tipo 2 durante junio 2021 a junio 2022. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 478. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, propor-

ción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 163 pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Zona básica de salud rural. Variables: demográficas, patologías (complicaciones macro y microvasculares, hipertensión arterial, dislipemia e insuficiencia cardiaca) y tratamiento con fármacos hipoglucemiantes. 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

datos de 163 pacientes. Varones 85 (52,1%; IC 95%: 44-60). Media de edad de 71,7±11,54 años, no diferencias significativas entre sexos. Duración media de 12,6±6,8 años, presentando las mujeres mayor tiempo de evolución 13,84 vs 11,77 ($p = 0,028$). Presentaban complicaciones macrovasculares un total de 45 personas: cardiopatía isquémica 26 (15,95%, IC95%: 10-22), ictus 19 (11,6%, IC95%: 7-16) y enfermedad arterial periférica (EAP) 9 (5,52%, IC95%: 2-19). Presentaban complicaciones microvasculares 55 pacientes: retinopatía diabética 14 (8,59%, IC95%: 4-13), neuropatía 8 (4,9%, IC95%: 2-8) y enfermedad renal diabética 46 (28,22%, IC95%: 21-35). HTA 131 (80,4%, IC95%: 74-86), dislipemia 98 (60,2%, IC95%: 52-67) e insuficiencia cardiaca 22 (13,5%, IC95%: 8-19). No diferencias significativas entre sexos en dichas variables. Metformina fue el fármaco más utilizado 119 (73%, IC95% 66-80), seguido por los iDPP4 77 (47,2%, IC95%: 39-55), insulinas 53 (32,5%, IC95%: 25-40), iSGLT2 48 (29,4%, IC95%: 22-36), y sulfonilureas 37 (22,7%; IC95%: 16-29). Consumían estatinas 109 (66,9%, IC95%: 60-74) y estaban antiagregados 69 (42,3%, IC95%: 34-50).

Conclusiones

Presentan enfermedad cardiovascular establecida 1 de cada 3 pacientes. Elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular. Elevado uso de sulfonilureas y prevalencia de uso de insulinas.

682/351. PROYECTO DE MICROELIMINACIÓN DE HEPATITIS C EN UN DISTRITO SANITARIO.

Autores

Tejero Carmona, E.¹, Asensio Sánchez, C.¹, Ruíz Granado, D.², Castro Torres, M.³, García González, L.⁴, Atienza Martín, F.⁵

Centro de Trabajo

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

Objetivos

Objetivo principal: determinar la efectividad en la eliminación de hepatitis C mediante tratamiento antiviral directo de una estrategia de identificación en bases de datos y captación activa de pacientes en Atención Primaria. Objetivos secundarios: - Identificar los pacientes con hepatitis C no tratada mediante “big data” - Realizar educación para la salud para la prevención de la enfermedad y la reinfección.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de una intervención clínica en consultas de atención primaria. Se revisó el listado de pacientes con serología positiva de hepatitis C y se cruzó con el listado de pacientes en los que constaba tratamiento de la hepatitis C. Así se identificó un grupo de pacientes susceptibles de ser tratados. Se revisó la historia clínica de estos pacientes excluyendo los que habían fallecido, habían sido tratados, tenían carga viral negativa o se habían trasladado a otro Distrito Sanitario.

Desde la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario se envió el listado de pacientes a cada centro de salud para proceder a la captación activa de los pacientes y la oferta de derivación al hospital para tratamiento ambulatorio.

Resultados

Se encuentran 870 pacientes susceptibles de tratamiento. Tras la primera revisión se excluyeron 793 (91,15%). Las causas de exclusión fueron: - IgG/PCR negativas: 324 (40,86%) - Éxitus: 182 (22,95%) - No localizables/otros Distritos: 161 (20,30%) - Otras causas: 126 (15,89%) Se identifican 77 pacientes susceptibles de tratamiento. En este momento la situación de estos pacientes es la siguiente: - Tratados: 34 (44,16%) - Pendientes de captación: 22 (28,57%) - Derivados a digestivo: 10 (12,99%) - Éxitus: 7 (9,09%) - No localizables: 4 (5,19%)

Conclusiones

- Existe un número no despreciable de pacientes con hepatitis C potencialmente curables “perdidos en el sistema”.
- Estrategias de identificación mediante “big data” y captación activa desde Atención Primaria son efectivas para mejorar las tasas de tratamiento de estos pacientes.

682/356. CONTROL GLUCÉMICO Y CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS DE UNA COHORTE DE PERSONAS CON DIABETES EN MEDIO RURAL.

Autores

Valenzuela Mancebo, P.¹, Moreno Sánchez, Á.², Arjona González, P.³, Castillo Romero, V.⁴, Salado Gerena, M.⁵, Gómez Valdés, P.⁶

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º 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 Colmenar. Colmenar. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casabermeja. Casabermeja. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almayate Alto. Vélez-Málaga. Málaga, (6) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Morche. Torrox. Málaga

Objetivos

analizar el control glucémico, así como describir el número de visitas realizadas a diferentes profesionales sanitarios en una cohorte de personas con diabetes pertenecientes a una zona rural.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes con diabetes tipo 2 durante junio 2021 a junio 2022. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 478. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 163 pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Zona básica de salud rural. Variables: demográficas, analíticas y número de visitas. 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 163 pacientes. Varones 85 (52,1%; IC 95%: 44-60). Media de edad de $71,7 \pm 11,54$ años, no diferencias significativas entre sexos. Duración media de $12,6 \pm 6,8$ años, presentando las mujeres mayor tiempo de evolución $13,84$ vs $11,77$ ($p = 0,028$). A nivel analítico los pacientes presentaban una glucemia basal media de $142 \pm 57,5$ mg/dL (IC95%: 134-151) con una hemoglobina glicosilada (A1c%) de 8 ± 7 % (IC95%: 6,9- 9). En el resto de los parámetros encontramos: hemoglobina $13,44 \pm 1,88$ g/dL, colesterol LDL $98,2 \pm 34,1$ mg/dL (IC95%: 93-103), filtrado glomerular $67,8 \pm 22$ ml/min (IC95%: 64-71), presentando 107 pacientes un filtrado inferior a 90 ml/min; y vitamina B12 340 ± 185 (IC95%: 311-368). No diferencias significativas entre sexos. Los pacientes incluidos en el estudio presentan enfermedad renal crónica diagnosticada en 46 casos (28,22%, IC95%: 21-35) y dislipemia 98 (60,2%, IC95%: 52-67). Los pacientes visitaron al médico, por cualquier motivo, una media de $8,2 \pm 5,5$ ocasiones (IC95%: 7,3-9), con un máximo de 29 consultas en un año; seguido por las visitas a enfermería, $3,15 \pm 4,41$ (IC95%: 2,4-3,8), durante el año de estudio. Además, consultaron en urgencias de atención primaria $1,74 \pm 2,1$ veces (IC95%: 1,4-2), frente a las urgencias hospitalarias, con una media de $0,43 \pm 0,75$ ocasiones (IC95%: 0,30-0,53).

Conclusiones

Los pacientes presentan un regular control glucémico, además de infradiagnóstico de enfermedad renal crónica. El médico asume la mayoría de las consultas (por cualquier motivo) del paciente con diabetes mellitus.

682/375. PACIENTES POLIMEDICADOS ¿REVISAMOS SU ADHERENCIA?

Autores

Bosí, M.¹, Marti Garnica, M.², Baró Rodríguez, L.², Muñoz López, M.², Llamas Castillo, M.², Garrido Garrido, R.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Farmacéutica de Atención Primaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Objetivos

1º Identificar pacientes polimedicados (con 19 a 25 de prescripciones activas) no adherentes a sus tratamientos.

2º Conocer si la intervención realizada en pacientes polimedicados mejora la adherencia.

Metodología

Estudio cuasi-experimental no controlado Se seleccionaron todos los pacientes polimedicados de un Distrito Sanitario con un número de entre 19 a 25 de prescripciones. 1º Se analizó la adherencia a sus tratamientos mediante la consulta de las dispensaciones en las oficinas de farmacia realizadas en el Módulo de prescripciones de DIRAYA y Navegador Único 2º La intervención se realizó mediante la elaboración de un informe de valoración farmacológico individualizado (Profundizando en aquellos medicamentos no retirados de la oficina de farmacia en un plazo mínimo de 3 meses) que es enviado al profesional prescriptor para su valoración y posterior citación al paciente para determinar las causas de no adherencia y posibles soluciones. 3º Por último los Farmacéuticos de Atención Primaria analizaron los cambios en la adherencia a los tres meses de la comunicación a los facultativos prescriptores.

Resultados

Se cuantificaron un total de 153 pacientes polimedicados con 19-25 prescripciones activas, de los cuales 53 no eran adherente a sus tratamientos, lo que supuso un 35% de pacientes no adherentes.

- Preintervención: Nº medio de medicamentos por pacientes polimedicados en el que no presentan adherencia:4,14
- Postintervención: Nº medio de medicamentos por pacientes polimedicados en el que no presentan adherencia:3,1 Con esta intervención se mejoró la adherencia a los tratamientos en un 25,1%

Conclusiones

1ª Existe un elevado porcentaje de pacientes polimedicados no adherentes en nuestro medio que constituye un importante problema de salud.

2ª La intervención realizada a los pacientes polimedicados demuestra ser una herramienta válida y eficaz para la mejora de la adherencia a sus tratamientos. Sin embargo, consideramos necesario diseñar intervenciones adicionales para mejorar todavía más la adherencia en nuestros pacientes polimedicados.

682/376. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO SUBCLÍNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN.

Autores

Lavado López, F.¹, Sanuy Perdrix, I.¹, Jurado García, E.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de lesión de órgano subclínica (LOS) en los hipertensos (HTA) respecto de los no HTA en el estudio IBERICAN.

Metodología

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Se ha alcanzado el tamaño muestral objetivo con 8.114 sujetos incluidos, que serán seguidos durante al menos 5 años. Para este subanálisis fueron válidos 8.066 sujetos. Se considero LOS según los criterios de la Guía ESH 2013: presión de pulso en ancianos ≥ 60 mmHg, índice tobillo/brazo $< 0,9$, microalbuminuria: cociente albumina/creatinina entre 30-299 mg/g, filtrado glomerular (CDK-EPI < 60 ml/min), hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Resultados

3.860 pacientes eran HTA (48%), con una prevalencia superior en hombres respecto a mujeres 53,2% vs 43,6%, $p < 0,001$. Su edad media fue de $65,1 \pm 11$ años, 49,6% mujeres, antigüedad de HTA $9,2 \pm 7$ años, IMC $29,5 \pm 9,1$ kg/m². La prevalencia de LOS global entre HTA vs no HTA fue de 39,2% vs 12,9%, $p < 0,001$. Por tipo de LOS: presión de pulso en ≥ 60 años: 27,2% vs 7,1%, $p < 0,001$; índice tobillo/brazo $< 0,9$: 2,1% vs 1,3%, $p < 0,01$; microalbuminuria: 11,2% vs 4,4%, $p < 0,001$; filtrado glomerular (CDK-EPI < 60 ml/min): 13,9% vs 3,3%, $p < 0,001$; hipertrofia de ventrículo izquierdo: 6,7% vs 1,4%, $p < 0,001$.

Conclusiones

Los pacientes con hipertensión arterial en Atención Primaria, tienen una mayor prevalencia de LOS que los pacientes no hipertensos, tanto de forma global, como por cada uno de los tipos LOS contemplados en la Guía ESH 2013. Es importante la realización de pruebas para el diagnóstico de esta LOS, dado que son pacientes de alto riesgo cardiovascular y se encuentran en una etapa previa a tener un evento cardiovascular.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

MÉDICO DE FAMILIA

682/131. CENTRO DE SALUD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES.

Autores

Bedoya Belmonte, J.¹, Rodríguez Salas, F.¹, Muñoz Pradilla, M.¹, Sepúlveda Muñoz, J.¹, Gallardo Arcos, I.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (2) Trabajador Social. Centro de Salud Perchel. Málaga

Introducción

Los pacientes mayores constituyen un porcentaje cada vez más importante en la población atendida en los centros de salud. La sociedad nos plantea el reto de adaptar el entorno sanitario a una población con características diferenciadas y necesitadas de empatía y amigabilidad.

Objetivos

Detectar las necesidades de accesibilidad estructural y conceptual de la población mayor de nuestro centro de salud.

Realizar los cambios que den respuesta a dichas necesidades manifestadas y evidenciadas.

Diseño

Desarrollar grupos focales con la población mayor de 65 años, trabajadora social, administrativos, enfermería y médicos de familia. La trabajadora social actúa como moderadora, buscando la interacción entre los participantes, grupos de 8. El guion de los temas es: Accesibilidad arquitectónica del centro de Salud (rampas, escaleras, ascensor, barandillas, baños adaptados, señalización), espacios reservados en las salas de espera, agendas adaptadas, programas de salud específicos, atención domiciliaria programada, adaptación de la información, colaboración con entidades locales, voluntariado.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y Métodos

Población mayor de 65 años de un centro de salud urbano. Mediante la técnica de grupo focal se trabaja sobre temas de adaptación estructural (barreras arquitectónicas, tamaño de la letra de la cartelería, salas de espera adaptadas) y conceptual (cita previa, visitas domiciliarias, actividades de envejecimiento activo) de la cartera de servicios de la Atención Primaria a la población mayor.

Las posibles limitaciones corresponden al acercamiento a la población mayor de 80 años.

Aplicabilidad

La realización de los cambios que darán respuesta a las necesidades detectadas permitirá adaptarnos a la estrategia propuesta por la OMS. Derechos humanos, equidad, no discriminación y relaciones intergeneracionales solidarias. Humanizar la atención sanitaria aportando un trato conforme a su dignidad. Adaptar el entorno del centro de salud a las necesidades y demandas de los pacientes mayores de nuestra zona básica.

Aspectos ético-legales

Se respeta la normativa referente a aspectos éticos y legales.

682/239. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD JUVENIL Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS ALUMNOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

Autores

López Téllez, A.¹, López Martí, A.², López Martí, H.³, González Rodríguez, E.⁴

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Profesor. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (3) Grado de Medicina. Universidad de Córdoba, (4) Enfermera. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Introducción

La obesidad infantil y juvenil en España es un problema de gran magnitud que requiere un enfoque multisectorial. Algunos estudios han demostrado que

Las intervenciones en el entorno escolar pueden ser efectivas para prevenir y tratar la obesidad infantil. No existen datos recientes sobre la prevalencia de obesidad juvenil en nuestro medio, por lo que desconocemos cuál es la situación de este problema en nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), para poder adoptar medidas de corrección si fuera preciso.

Objetivos

Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los jóvenes de una ZBS de características urbanas y los factores relacionados. Como objetivo secundario, se compararán nuestros resultados con los valores de referencia poblacionales.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Comunitario, multidisciplinar y multicéntrico: centro de salud urbano e institutos de enseñanza secundaria (IES) de la ZBS.

Material y Métodos

Sujetos: Adolescentes de ambos sexos de 4º curso de la ESO (15-16 años) de los IES seleccionados (curso 2022-2023). Se seleccionarán todos los que cumplan los criterios de inclusión. Tamaño muestral: Se precisa una muestra de al menos 290 sujetos, para una prevalencia esperada del 25%, una precisión del 5% y un riesgo alfa del 95%. Se realizará un muestreo por conglomerados entre los IES de nuestra ZBS; se elegirán mediante muestreo aleatorio simple tres centros, y se incluirán a todos los alumnos de las clases de 4º de la ESO de dichos centros. Mediciones principales: Se registrarán variables sociodemográficas, encuesta dietética, nivel de actividad física (Guía americana de Actividad Física) y medidas antropométricas (según recomendaciones del Grupo Español de Cineantropometría). Análisis estadístico: Primero un análisis descriptivo para las variables cualitativas (distribución de frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (medias, desviaciones estándares y rangos). Se explorará la existencia de asociaciones: test de la Chi cuadrado para comparar proporciones, y el test de la t de student y ANOVA para la comparación de medias. Para comparar las mediciones realizadas con los valores de referencia poblacional se utilizará el test de la T de Student para una muestra. Para controlar los po-

sibles factores de confusión se realizará un análisis multivariante mediante regresión logística múltiple, cuya variable dependiente será la presencia de sobrepeso u obesidad, con "p" de inclusión de 0,05 y de exclusión de 0,1. Consideraremos estadísticamente significativo el valor $p < 0,05$. Se utilizará SPSS 26.0. Limitaciones: Posibles sesgos de selección y de clasificación. Consideramos que la muestra será amplia y representativa de nuestros jóvenes por el sistema de muestreo. Para controlar los errores en las mediciones, se realizarán muestras repetidas con validación, y se emplearán los mismos instrumentos en todos los sujetos.

Aplicabilidad

Nuestro estudio aportaría datos para conocer la situación actual de la obesidad juvenil en nuestra zona para poder introducir medidas correctoras coordinadas entre el sistema sanitario y el educativo.

Aspecto ético-legales

Se requerirá el consentimiento informado de los tutores legales y el asentimiento del adolescente. Se seguirán las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y las Normas de Buena Práctica Clínica. Se solicitará aprobación por el Comité de Ética de Investigación.

682/277. USO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL Y GÉNERO.

Autores

Gamero de Luna, E.¹, Ramos Rufo, M.¹, Sánchez-Palencia Morillo, P.¹

Centro de Trabajo

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

Introducción

En la última década el consumo de antitrombóticos se ha incrementado paulatinamente, aunque algunos grupos, como el de antiagregantes (B01AA) y el de antivitamina K (B01AC) han disminuido. Globalmente, el uso de antitrombóticos ha pasado de 66,4 DHD (Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día) en 2010 a 75,6 DHD en 2021. En nuestra Unidad, en 2018, se evaluó el uso de anticoagulantes orales (ACO), observándose diferencias entre géneros en su uso, así como, en las patologías asociadas.

Objetivos

Tras el impacto de la pandemia de la COVID-19, nos planteamos como objetivos conocer las características de los pacientes de nuestra UGC usuarios de ACO, en relación con los factores de riesgo vascular y enfermedades asociadas, así como estudiar si hay diferencias respecto al género y si ha habido cambios con respecto a los resultados del estudio de 2018.

Diseño

Diseño observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica urbana.

Material y Métodos

Será incluida para su estudio la población completa de pacientes con prescripción de ACO (tanto antivitamina K, como anticoagulantes orales de acción directa) a través del Sistema Público de Salud, pertenecientes a una UGC urbana. No se incluirán para el estudio pacientes en tratamiento con antiagregantes plaquetarios ni con otros antitrombóticos, a menos que además usen ACO. La fuente de datos será la Historia Digital de Salud y registros de farmacia. Se realizará un corte, con acceso a los listados de prescripción en abril de 2023. Se recogerá información de variables demográficas, del tipo de ACO usado, de enfermedades cardiovasculares, de factores de riesgo vascular y de patologías asociadas. La información se recogerá en una parrilla de datos de doble entrada que permite la inclusión anonimizada y agrupada de datos. La información obtenida se comparará con los resultados del corte efectuado en julio de 2018. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizarán estadísticas descriptivas y análisis multivariante. Para ello, se utilizará el paquete estadístico R.

Aplicabilidad

Conocer las características de la población tributaria de ACO permite la adecuación y organización de los servicios, la identificación de grupos de riesgo y la prevención de eventos de seguridad.

Aspectos ético-legales

Se usarán registros anonimizados y de datos agrupados. No se realizará experimentación humana ni animal. Este trabajo no cuenta con financiación ni patrocinios. Los autores declaran no tener conflictos de intereses para este trabajo.

682/309. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN POSTOPERATORIA MULTIDISCIPLINAR PARA EVITAR COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y MEJORAR EL PRONÓSTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN DE CÁNCER DE COLON: EL ESTUDIO ONCOFIT.

Autores

Martín Enguix, D.¹, Fernández-Escabias, M.², Jurado, J.³, Cisneros, A.⁴, Nestares, T.⁵, Amaro-Gahete, F.⁶

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gójar. Gójar. Granada, (2) Department of Physical Education and Sports, Faculty of Sports Science, Sport and Health University Research Institute (iMUDS), University of Granada, Spain, (3) Especialista en Cirugía. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, (4) Department of Physiology, Faculty of Pharmacy, University of Granada, Granada, Spain, (5) Centro de Investigación Biomédica (CIBM), Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mañtaix" (INYTA), Universidad de Granada, Granada, Spain, (6) Instituto de Investigación Biosanitaria, ibs.Granada, Spain. 7. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Spain.

Introducción

El cáncer de colon (CC) es uno de los tipos de cáncer más comunes en el mundo e implica una alta tasa de complicaciones médico-quirúrgicas y una elevada mortalidad. La cirugía asociada a este proceso es una terapia común, pero también puede tener desenlaces fatales, sobre todo en pacientes mayores con comorbilidades. Evidencia científica reciente ha sugerido que un programa de intervención multidisciplinar de prehabilitación y rehabilitación postoperatoria a la cirugía podría mejorar la capacidad funcional de los pacientes con CC y acelerar la recuperación postoperatoria. Sin embargo, no existen ensayos clínicos correctamente diseñados que prueben su eficacia.

Objetivos

Determinar la influencia de un Programa de Prehabilitación y Postoperatorio (PPP) multidisciplinario sobre las complicaciones postquirúrgicas y capacidad funcional en pacientes sometidos a resección de CC.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado con diseño paralelo de dos brazos.

Emplazamiento

Las personas diagnosticadas de CC que cumplan los criterios de inclusión serán reclutadas en el “Hospital Universitario San Cecilio” (Granada, España). Tanto la recogida de datos de referencia como de seguimiento y la intervención del PPP se llevarán a cabo en dos entornos: el mencionado Hospital, y el Instituto Universitario de Investigación en Deporte y Salud (IMUDS, Universidad de Granada, España).

Material y Métodos

El PPP multidisciplinario incluirá ejercicio físico supervisado, asesoramiento dietético individualizado y apoyo psicológico comparando su influencia con los cuidados habituales. La intervención PPP será llevada a cabo por profesionales de las tres áreas y coordinada por un médico de familia integrando el mismo y valorando las comorbilidades de los pacientes durante todo el estudio. Las variables dependientes objeto de estudio se evaluarán al inicio, en las condiciones preoperatorias, al final de la intervención de PPP (después de 12 semanas) y 1 año después de la cirugía. Dichas variables son las siguientes: complicaciones postquirúrgicas mediante el “Comprehensive Complication Index”(CCI, variable dependiente principal); estancia hospitalaria; reingresos y consultas al servicio de urgencias; capacidad funcional; variables psicológicas; antropometría; parámetros clínicos/tumorales; actividad física/sedentarismo; hábitos dietéticos; consumo de alcohol y tabaco; calidad de sueño; y composición de la microbiota fecal. Considerando los resultados de un proyecto piloto y asumiendo una tasa de abandono del 20%, reclutaremos un total de 45 participantes para cada grupo (n=90 pacientes; n=45 mujeres) ($\alpha=0.05$; potencia=90%) para detectar una diferencia de 17 puntos en el índice CCI entre ambos grupos ($\alpha=25$). La aleatorización se estratificará por sexo y la llevará a cabo un investigador ajeno al proyecto.

Aplicabilidad

Considerando la factibilidad de la presente intervención en un escenario de vida real, el presente ensayo clínico contribuirá a la estandarización de una estrategia costo-efectiva para prevenir y mejorar las consecuencias relacionadas con la salud en pacientes sometidos a resección de CC con un importante impacto clínico y económico, no sólo en la comunidad científica, sino también en la práctica clínica.

Aspectos ético-legales

El estudio sigue los Principios Éticos para la Investigación Médica en Humanos contenidos en la Declaración de Helsinki (revisión 2013) y ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Junta de Andalucía (2019529142937). Todos los pacientes recibirán información oral sobre la intervención y las mediciones del estudio; posteriormente y antes de su inscripción, se les indicará que firmen voluntariamente un consentimiento informado por escrito.

682/338. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOCIO-MOTRIZ SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FRAGILIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO.

Autores

López Téllez, A.¹, López Martí, A.², López Martí, H.³, CALDERÓN RÍO, V.², RÍO RUIZ, J.⁴, MOLINERO TORRES, F.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) MÁLAGA, (3) CÓRDOBA, (4) Trabajadora Social. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Introducción

La promoción de la salud y las actividades comunitarias forman parte de las competencias de la Atención Primaria, sin embargo, su desarrollo es escaso. En nuestro centro de salud (CS) venimos realizando un programa de intervención comunitaria en mayores con riesgo social. Continuando en esta línea vamos a estudiar el efecto de nuestra intervención sobre la prevención de la fragilidad y la mejora de la calidad de vida en un grupo de ancianos vulnerables con riesgo de fragilidad.

Objetivos

Evaluar la efectividad de un programa de intervención socio-motriz (PSM) en la mejora de la calidad de vida y la fragilidad, de pacientes mayores de 70 años.

Diseño

Ensayo clínico aleatorio.

Emplazamiento

Actividad Comunitaria multidisciplinar. Centro de salud urbano.

Material y Métodos

Sujetos: Pacientes de ambos sexos, mayores de 70 años. Se seleccionarán a todos los sujetos que acudan al CS en el período de estudio, que consientan participar y que no presenten alteraciones del nivel de autonomía o patologías que contraindiquen la actividad física ligera. Muestreo: Se precisan 31 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia ≥ 6 unidades del componente resumen del cuestionario CVRS-SF36; aceptando un riesgo alfa del 5%, riesgo beta del 20%, en un contraste unilateral, y un 10% de posibles pérdidas. Los pacientes incluidos se asignarán aleatoriamente (por bloques) a los grupos. Mediciones e Intervenciones: 1-Grupo de intervención: inclusión en el PSM, que comprende dos sesiones semanales de una hora de duración: charlas de educación para la salud y ejercicios suaves de movilidad y coordinación. 2-El Grupo control recibirá los consejos habituales. Se realizarán mediciones al inicio y al finalizar el programa (12 semanas). Se registrarán datos sociodemográficos, antropométricos y otros relacionados. Las variables resultado serán: CVRS valorada mediante el cuestionario SF36 y la prueba de agilidad y equilibrio dinámico (TUG) de la Batería Senior Fitness Test. Análisis estadístico: Primero un análisis univariado. Posteriormente se estudiará la comparabilidad basal de los grupos mediante test de contraste de hipótesis. Se utilizarán diversas pruebas estadísticas para datos pareados (antes y después del tratamiento) e independientes (entre grupos). Para explorar la asociación entre la variable de interés con otras variables independientes y controlar los posibles factores de confusión se realizarán análisis multivariantes mediante modelos de regresión (regresión logística o regresión lineal múltiple, según tipo de variable dependiente), con p de inclusión de 0,05 y de exclusión de 0,1. Se considerará estadísticamente significativo al valor de $p < 0,05$. Limitaciones: no es posible el enmascaramiento de los grupos; posibles interacciones por intervenciones difíciles de controlar, que intentaremos disminuir recogiendo toda la información disponible.

Aplicabilidad

El PSM pretende mejorar los resultados en salud de la población mayor con riesgo de fragilidad. Si nuestros resultados son favorables, aportaremos pruebas a favor de la promoción del PSM comunitario, coordinado entre los CS y otros agentes de acción social del ámbito.

Aspectos ético-legales

Se seguirán las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y las Normas de Buena Práctica Clínica. Se solicitará autorización al Comité de Ética e Investigación local.

682/374. PLAN DE MEJORA DE ADECUACION TERAPÉUTICA A PROFESIONALES.

Autores

Jiménez Miranda, B.¹, Forján Delgado, M.², Jiménez Bellido, M.², Delgado Cuesta, E.², Martínez Barroso, E.², García Linares, M.³

Centro de Trabajo

(1) MEDICO ADSCRITO A UNIDAD DE FARMACIA. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA NORTE. SEVILLA, (2) FARMACEUTICA DE ATENCION PRIMARIA. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA NORTE. SEVILLA, (3) MEDICO DE FAMILIA. FEA DE MEDICINA INTERNA. MEDICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE DISTRITO SANITARIO ALJARAFE SEVILLA NORTE. SEVILLA

Introducción

Se considera paciente polimedicado aquella persona que está tomando 5 o más medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a 6 meses. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) estima que el 40% de la población mayor de 65 años en BDU está polimedificada.

En el caso de las personas que se encuentran en residencias de ancianos, se calcula que 1 de cada 3 pacientes están polimedicados y, dada su considerable fragilidad, estos pacientes son más propensos a sufrir reacciones adversas a los medicamentos.

Los programas de revisiones de medicación han demostrado, en diferentes grados de evidencia, que disminuyen los efectos adversos a medicamentos y pueden producir mejoras en la calidad de vida y disminución de los costes.

Objetivos

Comparar la frecuencia de polimedicados antes y después de una intervención formativa.

Diseño

Estudio cuasi-experimental intragrupo (tipo antes y después).

Emplazamiento

Distrito de Atención primaria. Pacientes residentes en centros de mayores.

Material y Métodos

Población y muestra:

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contrato bilateral, se precisan 102 sujetos asumiendo que la proporción inicial de polimedicados es de un 33% y la final del 15%. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

Medidas e intervenciones:

Desde la unidad de farmacia de Atención primaria del distrito se hará una intervención formativa a todos los actores que intervienen en la prescripción de las personas que están en residencias de ancianos. Incluye médicos de Atención primaria, médicos de residencias, enfermeras trabajadoras de las residencias, enfermeras de atención primaria, enfermeras gestoras de residencias y enfermeras gestoras de casos. La formación incluye actualizaciones en deprescripción, uso racional del medicamento en deterioro cognitivo y delirium; sujeciones, disfagia y cuidados paliativos.

Entre las variables independientes se encuentran edad, sexo y número de prescripciones previas, entre otros.

La variable dependiente principal es el número de medicamentos tras la intervención.

Técnicas de análisis:

Inicialmente se efectuará un análisis exploratorio de datos y un descriptivo.

Para comparar las medidas de cada variable de interés, antes y después de la intervención se utilizarán los siguientes test estadísticos: para comparar las variables numéricas en dos momentos distintos del tiempo se utilizará el test de la T de Student para medidas repetidas o relacionadas, siempre que se cumplan los requisitos de aplicación; en caso de no ser así se utilizaría el test de Wilcoxon. Para comparar variables cualitativas usaremos el test de Chi cuadrado o el de la Q de Cochran según el número de categorías.

Limitaciones:

Aunque se va a medir polimedicación y adecuación terapéutica no se van a medir resultados en salud como disminución de caídas o disminución de ingresos.

Aplicabilidad

Si se demuestra la eficacia de esta intervención se puede aplicar al resto de pacientes polimedicados que viven en residencias de ancianos.

Aspectos ético-legales

Este proyecto será presentado para su valoración al Comité de Bioética de la Investigación (CEIC) de los Hospitales Virgen Macarena-Virgen del Rocío, que son nuestros hospitales de referencia.

MÉDICO RESIDENTE

682/362. INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC EN MUJERES.

Autores

García Medero, S.¹, Medero Canela, R.², Castañeda Hernández, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad docente. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva

Introducción

La EPOC constituye una importante causa de morbimortalidad en España, que afecta manifiestamente a la calidad de vida de los pacientes que la presentan. Estudios previos, como EPISCAN-II, cifran la prevalencia de EPOC en torno al 14.6% en hombres y 9.4% en mujeres. Asimismo, cifra el infradiagnóstico de la enfermedad en 74.7%.

Uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad es el hábito tabáquico, existiendo en las últimas décadas una mayor tendencia al tabaquismo en mujeres, que se traduce en un aumento esperado de la prevalencia de dicha patología en dicho grupo.

Esto plantea la necesidad de obtener una visión real de la situación en nuestro medio, centrándonos en el grupo de mujeres, para tomar decisiones clínicas y terapéuticas oportunas, así como para plantear futuros estudios intervencionistas que contribuyan a una mejora de la situación actual.

Objetivos

Determinar el infradiagnóstico de EPOC en las mujeres fumadoras o exfumadoras mayores de 40 años de un centro de salud.

Determinar el perfil de las pacientes con EPOC y los factores sociodemográficos asociados.

Diseño

Estudio observacional descriptivo de prevalencia.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Población a estudio: mujeres con edad igual o superior a 40 años de centro de salud urbano. Se realizará cuestionario individual y espirometría a cada participante.

Criterios de inclusión: mujeres, edad igual o mayor a 40 años, fumadoras o exfumadoras (incluidos cigarrillos electrónicos). Criterios de exclusión: limitación para la realización de espirometría, deterioro cognitivo, enfermedad terminal, no acepte participar en el estudio.

Se ha calculado el tamaño muestral asumiendo una prevalencia del 75%, precisión 5% y sumando 10% posibles pérdidas, con muestra final de 273. Se seleccionará muestra aleatoria.

Variables: Principales: diagnóstico de EPOC mediante espirometría (positivo si tras prueba de broncodilatación $FEV1/FVC < 0.70$), diagnóstico previo de EPOC (sí/no). Secundarias: sociodemográficas (edad, nivel de estudios, estado civil, vive sola), relacionadas con hábito tabáquico (fumador activo, número cigarrillos, índice paquetes/año, consumo cigarrillos electrónicos), clínicas (patología respiratoria concomitante, sintomatología respiratoria).

Análisis: Medidas descriptivas para estudio descriptivo (media, desviación típica y porcentajes según variables). Inferencia estadística usando test de contraste de hipótesis (chi cuadrado o test de t Student según variables) para estudiar relaciones, realizando estudio bivalente. Se comprobarán condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05.

Limitaciones: podría no llegarse a alcanzar el tamaño muestral mínimo aleatorio en el centro de estudio, en ese caso se realizaría muestreo consecutivo añadiendo a todas las participantes que aceptasen y cumplieren los criterios de inclusión.

Aplicabilidad

Se pretende establecer el infradiagnóstico de EPOC en mujeres, permitiendo así instaurar tratamiento y pla-

nes de actuación necesarios en cada caso. Además, se pretende establecer la base para un futuro estudio intervencionista.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por Comité Ético de Investigación clínica, así como Consentimiento Informado a las participantes. Se garantiza la confidencialidad y el anonimato de los datos. Se aplicarán los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, se respetará la Ley de Protección de datos y la Ley de Autonomía.

CASOS CLÍNICOS

MÉDICO DE FAMILIA

682/2. ANSIEDAD EN GESTANTE.

Autores

Oliva Márquez, M.¹, Aviles Rodriguez, C.¹, Lamela Rive-ro, S.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lepe. Lepe. Huelva, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Gestante de 16 semanas, marroquí, trabajadora agrícola, que acude a urgencias por nerviosismo.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada al centro TA: 120/80, a 90 lpm, nerviosismo, llanto, saturación O₂ 99%. Vemos último resultado de análisis realizado una semana antes normal. Sin anemia ni alteraciones tiroideas. No se aprecian lesiones físicas ni hematomas. No se aprecian bocio ni nódulos a la palpación tiroidea. Explica que ha tenido una discusión con su pareja, solicita alprazolam. Nos detenemos con la paciente, e intentamos tranquilizarla, preguntamos sobre las discusiones que ha tenido con su pareja, nos cuenta que cuando discuten, la insulta tanto a ella como a su hija, a la que amenaza cuando las cosas no se encuentran como él quiere, por tareas cotidianas como la limpieza del hogar, las insulta y agrede verbalmente. Preguntamos si ha habido también agresiones físicas o sexuales que la paciente niega.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Violencia de género.

Diagnóstico diferencial

Nerviosismo. Ansiedad. Taquicardia. Hipertensión. Hipertiroidismo. Anemia. Violencia de género. Violencia verbal, física o sexual.

Comentario final

En pacientes que acuden con nerviosismo o ansiedad a urgencias, debemos indagar en la causa, más aún

cuando se trata de mujeres con factores de vulnerabilidad para la violencia de género, como son en este caso, el origen marroquí y el desconocimiento del idioma, ser trabajadora agrícola, y el estado de gestación. En este caso, nunca había hablado con nadie la situación de maltrato que estaba sufriendo, por lo que era reacia a contarnos el porqué de su nerviosismo y de acudir a urgencias, pero es importante que como médicos preguntemos poco a poco, ya que en momentos de explosión, son en los que una víctima de violencia de género puede comenzar a hablar del tema, así como ofrecerle ayuda a través del trabajador social, equipo de violencia de género, y animar a denunciar, alertando de acuerdo con la víctima, a los cuerpos de seguridad.

Bibliografía

- González, German C, and Rafaela CB. "La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje." *Enfermería global* 13.1 (2014): 424-439.

682/18. USO DE GLP-1 ORAL COMO TRATAMIENTO EFICAZ EN EL CONTROL DIABÉTICO Y MEJORA CARDIOVASCULAR.

Autores

Hurtado de Mendoza Medina, Á.¹, Rodríguez Casado, M.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella II. Coria del Río. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud comarcal Blas infante. Coria del Río. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión en tratamiento con enalapril/hidroclorotiacida, dislipemia en tratamiento con simvastatina de 20 mg, diabetes de más de 10 años de evolución en tratamiento con metformina/linagliptina y empagliflozina y obesidad. Acude a consulta para control rutinario analítico anual. Refiere que en los últimos meses, tras la navidad ha engordado 4 kg.

Exploración y pruebas complementarias

Realizamos analítica con colesterol en 156 ldl en 78, hdl 54, hb glicosilada en 7.9 (con empeoramiento con respecto a la última analítica en la que tenía 7.1 de hb glicosilada). Filtrado glomerular sin alteraciones. Pedimos pie diabético sin signos de neuropatía diabética.

Retinografía sin signos de retinopatía diabética IMC en consulta de 36.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes mellitus tipo II mal controlada en paciente con factores de riesgo cardiovascular.

Diagnóstico diferencial

Debemos indagar sobre la causa del empeoramiento en el control diabético, que en este caso parece indicar transgresión dietética. Como otras posibles causas del empeoramiento de la diabetes tenemos el sedentarismo, la falta de adherencia terapéutica, el uso de corticoides para enfermedades concomitantes, aumento de la resistencia insulínica... Pautamos para nuestro paciente tratamiento con semaglutida oral de 3 mg inicialmente y aumentando a 7 mg en la revisión mensual (recordando a nuestra paciente la toma en ayunas, y el funcionamiento del fármaco). Retiramos linagliptina por la incompatibilidad con glp-1 oral al actuar ambos por el efecto incretina. Realizamos seguimiento de control de peso, con una pérdida de 9 kg en 6 meses y una mejoría en la hemoglobina glicosilada hasta 7%.

Comentario final

La patología cardiovascular supone la principal causa de muerte en los países desarrollados. El control de estos factores de riesgo cardiovascular es tarea fundamental del médico de familia. Comprobamos el uso de la semaglutida oral como tratamiento para la mejoría del peso en nuestros pacientes, y por ende, mejoría cardiovascular. Su uso potenciado con los isgl-2 hacen que pacientes como el nuestro mejoren en peso y en control diabético.

Bibliografía

- *Cardiovascular disease and risk management: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care. 2022;45:5144-5174.*

682/23. EL VALOR DE LA IMAGEN.

Autores

Hita Rodríguez, M.¹, Reyes Álvarez, M.¹, Rodríguez Peña, C.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Co-

munitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 60 años sin antecedentes de interés, acude a Atención Primaria (AP) por náuseas y dolor abdominal, que empeora tras las comidas, de un mes de evolución.

Refiere pérdida de unos 10 kg en los últimos meses, coincidiendo con dieta en nutricionista. No alteración del hábito intestinal.

Se solicita en AP, analítica, sistemático de orina y urocultivo, siendo normales.

Al continuar con la clínica, se completa el estudio con antígeno de *Helicobacter pylori* y sangre oculta en heces siendo positiva.

La paciente es citada para realizar ecografía clínica abdominal, objetivándose alteración en parénquima hepático. Se comenta el caso con Medicina Interna y se solicita colonoscopia preferente, en la que se evidencia neoplasia ulcerada a 30 cm de recto.

Posteriormente, en TAC abdominal, se confirma neoplasia de sigma con extensos signos de carcinomatosis peritoneal. La paciente evoluciona desfavorablemente, pese a resección paliativa y colostomía, presentando obstrucción de la vía biliar intra y extrahepática.

Seguida conjuntamente desde diagnóstico por AP y Equipo de Cuidados Paliativos (ESCP), debido al rápido desarrollo de los acontecimientos.

Exploración y pruebas complementarias

- ECOGRAFÍA CLÍNICA: lesiones ocupantes de espacio hepáticas, hipoecoicas. No líquido libre.
- COLONOSCOPIA: a 30 cm, lesión ulcerada de bordes irregulares y dura.
- TAC TÓRAXABDOMEN: neoplasia de sigma con extensos signos de carcinomatosis peritoneal. Lesiones focales hipodensas en parénquima hepático.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

LOES hepáticas en contexto de adenocarcinoma de sigma.

Diagnóstico diferencial

Hiperplasia nodular focal.

Hemangioma hepático.

Adenoma hepatocelular.

Comentario final

Una simple imagen ecográfica, nos dio la pista para orientar a nuestra paciente, siendo una herramienta inmediata, no invasiva y a la que deberíamos tener acceso en nuestros centros de AP. Los nuevos avances tecnológicos nos permiten una orientación y diagnóstico más precoz, aunque en nuestro caso, el desenlace fue fatal.

Destacar el seguimiento cercano que pudimos tener durante todo su proceso como Médicos de Familia, junto a la inmejorable labor humana de ESCP.

Bibliografía

- Alonso R., Sánchez I.M., Vegas T., Tarrazo J.A., Ruiz A.L., Díaz S. *Ecografía abdominal en Atención Primaria. FMC. 2015;22(Supl. 4):5-36.*

682/24. SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO Y POLIFARMACIA.

Autores

Gamero de Luna, E.¹, Ferrer López, I.², Fernández Ocaña, F.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla,* (2) *Farmacéutica de Atención Primaria. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.,* (3) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla*

Descripción del caso

Mujer de 84 años en seguimiento por cardiopatía hipertensiva. Con el tiempo, desde diferentes consultas se indicaron fármacos para el tratamiento sintomático, sin especificar claramente la duración de estos. Utilizaba amlodipino y enalapril en hipertensión, hidroxicina por prurito, omeprazol y metoclopramida para enfermedad por reflujo, amitriptilina para parestesias, aloe por estreñimiento y oxibutinina para la incontinencia urinaria. Tras dos consultas en urgencias por inestabilidad con caída, se indicó betahistina y sulpiride. La familia acudió para prescripción de fármacos (citicolina, quetiapina, rivastigmina y zolpidem) indicados por neurólogo privado por deterioro cognitivo, temblor y cambios de comportamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Se revisó la lista de problemas y tratamiento. Se valoró el contexto familiar psicosocial del paciente: familia nuclear con pariente agregado en fase de extinción. La hija era la cuidadora principal, aunque delegaba los cuidados en una persona contratada durante el día. Ante la situación de polifarmacia en paciente con síntomas y signos mal definidos, durante la conciliación de la medicación, se calculó la carga colinérgica mediante Anticholinergic Burden Calculator (riesgo alto: 2.74). Tras intervención familiar (incluyendo al cuidador) y seguimiento, se procedió a la retirada progresiva de fármacos. Actualmente utiliza losartan+Hidroclorotiazida e hidratación cutánea.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome anticolinérgico en paciente polimedcado.

Diagnóstico diferencial

Polifarmacia, pluripatología.

Comentario final

El paciente anciano acumula tratamientos de las diferentes consultas por las que ha ido transitando a lo largo de a vida. En muchas ocasiones, estas consultas ocurren fuera del ámbito de su médico de familia, no abordan al paciente de manera integral e inducen medicamentos para tratar síntomas, y en ocasiones secundarismos, con una insuficiente explicación de la indicación y duración de los tratamientos.

El uso de escalas de valoración validadas y la revisión/conciliación de tratamientos deben ser prácticas rutinarias de las consultas. Se precisa avanzar en la disponibilidad de herramientas informáticas.

El manejo de estas situaciones debe incluir a familia y cuidadores. La farmacia comunitaria debe ser un aliado en la detección y manejo de estos casos y deberían articularse los adecuados canales colaborativos.

Bibliografía

- Carga anticolinérgica: recomendaciones. Bol Ter AN-DAL 2021; 36(2).*
- Okudur SK, et al. The evaluation of relationship between polypharmacy and anticholinergic burden scales. North Clin Istanbul. 2021 Mar 11;8(2):139-144*

682/32. RESONANCIA EN CERVICAL-GIA DIAGNOSTICA TUMORACION.

Autores

Zambrano Quevedo, F.¹, Nievas López, S.², Morales Ocaña, C.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada*, (2) *Enfermera. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Descripción del caso

Paciente de 35 años de edad con madre sordomuda y antecedentes personales de Hipoacusia, Obesidad e Hipertiroidismo subclínico.

Consulta por cuadro de cervicalgia e irradiación cefálica y a ambos brazos. Lo achaca a un accidente de tráfico de varios meses antes. En ese momento se pauta analgesia y relajantes musculares. Tres meses después la paciente vuelve a consultar porque la cervicalgia es diaria, con cefalea occipito-parietal y cuadro de vértigo sin giro de objetos. Pese a la medicación no mejora. Se procede a Baja laboral y se pide Rx de columna cervical.

Tras 4 meses de Baja Laboral y ante la no mejoría de la cervicalgia se solicita RMN cervical para despistaje de patología cervical que explicara la mala evolución de ese aparente Síndrome de Latigazo Cervical. Al realizar RMN cervical avisan desde el Hospital de referencia por el hallazgo de tumoración cerebelosa y se realiza teleconsulta a neurocirugía que con RMN craneal confirma diagnóstica y recomienda nueva valoración en 6 meses con RMN craneal.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientada y colaboradora. No impresiona de gravedad.

Neuro: Pupilas normales, discreto nistagmo horizonte rotatorio a izqda, No afectación de pares craneales, sensibilidad conservada, fuerzas conservadas. Reflejos osteotendinosos anodinos, Romberg negativo.

Contractura escalénica bilateral y dolor a palpación cervical.

Phalem positivo en mano derecha.

Rx cervical: Rectificación de lordosis cervical.

RMN cervical: "Lesión ocupante de espacio en línea media de fosa cerebelosa de aproximadamente 24 x 15 x 21 mm de diámetro (anteroposterior x trasversal x longitudinal), sugestiva de origen extraaxial...".

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tumor de cerebelo.

Cefalea y vertigo.

Diagnóstico diferencial

Síndrome latigazo cervical.

Mieloma.

Comentario final

Probablemente el diagnóstico de tumoración de Cerebelo se corresponda con un incidentaloma, pero la razón principal de solicitar la RMN cervical fue la mala evolución de la cervicalgia y la sintomatología neurológica acompañante. Casos como éste nos refuerzan en la necesidad de pedir pruebas complementarias desde Atención Primaria, sobre todo cuando tras un buen seguimiento no se aprecia evolución habitual.

Bibliografía

- Ruiz Santiago F, Castellano García MM; Guzmán Álvarez M y cols. *Tomografía computarizada y resonancia magnética en las enfermedades dolorosas del raquis: aportaciones respectivas y controversias. Radiología 2011; 53 (2): 116-133.*

682/61. PERSISTENCIA DE ADENOPATÍAS.

Autores

Cano Talavera, M.¹, De La Oliva Rodríguez, I.², Martínez Carrión, A.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 56 años, profesora, sin AP ni AF de interés, que consulta en Mayo de 2022 por molestias cervicales, cansancio y adenopatías laterocervicales izquierdas, sin fiebre. Exploración en mayo de 2022: ORL orofaringe hiperémica. Adenopatías laterocervicales izquierda una de 2 cm de diámetro mayor. Tiroides algo aumentado de tamaño, no palpo nódulos.

Mamografía y ecografía mama en mes previo normales.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración en mayo de 2022: ORL orofaringe hiperémica. Adenopatías laterocervicales izquierda una de

2 cm de diámetro mayor. Tiroides algo aumentado de tamaño, no palpo nódulos. Resto normal.

Analítica positiva en IgG e IgM para VEB y CMV, resto de serología normal, hemograma fórmula viral sin leucocitosis.

Rx torax: sin hallazgos de interés.

Ecografía cuello: Varios ganglios en cadena yugular interna izquierda, los mayores a nivel superior retrovascular (palpables) de 4x9mm y 4x6mm y en porción media junto a vasos de 5x8mm, de aspecto reactivo, inespecíficos. Cambios postsialadenitis crónica en glándula submandibular derecha. Nódulos benignos tiroideos, el mayor de 10x15mm en porción superior de lóbulo izquierdo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Acude de nuevo, nueve meses después, asintomática, tras persistencia de adenopatías laterocervicales izquierdas que no han aumentado de tamaño y no son dolorosas.

Analítica IgG positivas para VEB y CMV, con IgM negativas, resto serología negativa, hemograma normal, función renal, hepática, iones normales, TSH normal, marcadores tumorales negativos, PCR 1.1, proteínograma, cadenas ligeras, beta2microglobulina cociente K/L en valores normales, ANAs negativos.

Mantoux negativo.

Rx torax sin cambios respecto a previas.

Nueva ecografía cuello: adenopatías no significativas y sialadenitis crónica. Nódulos benignos tiroideos.

J. C. Adenopatías cervicales, carácter reactivo e inespecíficas.

Sialoadenitis crónica pendiente de revisión en ORL.

Diagnóstico diferencial

- Infecciones víricas, bacterianas, fúngicas, parasitarias.
- Enfermedades autoinmunes.
- Neoplasias.
- Enfermedades endocrinológicas.
- Enfermedad causa desconocida: Sarcoidosis, amiloidosis.
- Fármacos.

Comentario final

Adenopatías cervicales, carácter reactivo e inespecíficas. No precisan seguimiento salvo cambio en tamaño y/o aparición de sintomatología nueva.

Una anamnesis, exploración, pruebas diagnósticas orientadas son imprescindible para filiar patología.

La posibilidad de seguimiento longitudinal en atención primaria, permite reevaluar posibles cambios o la aparición de nuevos síntomas.

Bibliografía

- Morales Hernández MM. Rodríguez Espinosa AF. A propósito de un caso. Adenopatías. AMF 2018;14(9):521-527.

682/69. SARNA: SIMULADORA OLVIDADA.

Autores

Ruiz Tajuelo, S.¹, Cantarero Ortiz, M.¹, Cubillas Quero, A.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 55 años que consulta en los últimos meses en consulta de Atención Primaria de su centro de salud y urgencias hospitalarias en múltiples ocasiones por lesiones dermatológicas muy pruriginosas distribuidas en distintas partes del cuerpo sin respuesta a tratamiento pautado.

Tras anamnesis rigurosa el paciente comenta síntomas similares en pareja que están siendo valorada por Alergología.

Se plantea posible diagnóstico ante el que se muestra "ofendido", por lo que se decide usar como recurso la herramienta diagnóstica de tele dermatología.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones eritematosas con signos de rascado evidentes en muñecas, espalda, ingles, glúteos, genitales...

Se cita al paciente tras tratamiento con antihistamínicos, corticoides tópicos y orales.

Se realiza fotografía con dermatoscopio y se manda por programa de tele dermatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Escabiosis.

Diagnóstico diferencial

Reacción alérgica.

Urticaria.

Picadura insecto.

Comentario final

Una patología olvidada e incluso estigmatizada que tras la pandemia por COVID está resurgiendo incluso en brotes.

Bibliografía

- *Actualización en Medicina de Familia 2022; 18(7): 396-404; ISSN 1885-2521*
- *Morgado-Carrasco D, Piquero Casals J, Podlipnik S. Tratamiento de la escabiosis. Atención Primaria. 2022; 54:102231*
- *Información farmacoterapéutica. Tratamiento de la sarna. Volumen 30, nº3. 2022. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.*

682/73. IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO QUE DEMANDA ATENCIÓN URGENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Rodríguez Martínez, M.¹, Díaz Mengibar, M.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz*

Descripción del caso

Paciente varón, 57 años de edad, 92 kg de peso, fumador (índice paquete año 20), antecedentes de lumbalgia, que trata con antiinflamatorios, e hipertensión arterial leve sin tratamiento. Acude a urgencias del Centro de salud de Atención Primaria (AP) por inicio de madrugada de dolor torácico difuso, irradiado hacia hombros, no modificable con cambios posturales y a las 9.00H empieza con vómitos. Llegada al centro de salud a las 9.35 H.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 150/90 mm Hg; saturación de Oxígeno: 96%; glucemia 128 mg/dl; temperatura 36,5°C, eupneico (16 r.p.m.), auscultación pulmonar normal. Se realiza ECG (9.45H), presentando; ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 66 l.p.m, PR de 128 ms, hemibloqueo incompleto rama derecha (BCRDHH) y elevación

del segmento ST en derivaciones V2, V3 y leve en V4. Se contacta con el centro coordinador de emergencias, activando el código infarto. Se coloca vía Intravenosa y extracción sanguínea, administrando 1mg de nitroglicerina sublingual, aspirina 300 mg y heparina no fraccionada en bolo intravenoso (4.000 U.I), cediendo el dolor. A la llegada del equipo de emergencias realizan nuevo ECG, mostrando ascenso solo en V2, pero ante la anamnesis y exploraciones previas se determina in situ troponinas, resultando elevadas. Consensuado con Hospital, se administra Ticagrelor 180 mg, verificando a la llegada, ascenso de ST desde V2, a V5 y troponinas elevadas (I-HS 274,8 ng/ml).

Realizado cateterismo se detecta oclusión trombótica de segmento medio en arteria descendente anterior (ADA), ateromatosis difusa y lesión leve mediodistal en arteria circunfleja. Se realiza angioplastia primaria colocando STENT farmacoactivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome Coronario Agudo con Elevación del segmento ST (SCACEST) KILLIP 1.

Diagnóstico diferencial

angina de pecho, por cambios en ECG sin dolor.

Comentario final

Atención Primaria constituye el nivel de atención sanitaria, al que por proximidad puede acudir un paciente con dolor torácico. Realizar una anamnesis completa, exploración, diagnóstico diferencial e inicio de tratamiento precoz, es primordial. Ante un paciente con dolor torácico típico, realizar un ECG en los primeros 10 minutos tras el contacto médico es un criterio de calidad.

Bibliografía

- *Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Código Infarto Andalucía. 2018. (Consultado 12 marzo 2023). En <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>*

682/79. EXTRAPIRAMIDALISMO ... A VECES PASA.

Autores

Ruíz Tajuelo, S.¹, Cubillas Quero, A.², Cantarero Ortiz, M.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén*, (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén*

Descripción del caso

Mujer de 42 años, que acude acompañada de su padre, al centro de salud. No es paciente de nuestro cupo. Refiere disfagia y sensación de edema en lengua tras medicación pautada ayer por Urgencias (Lormetazepam). Su familiar refiere que lo que le sucede es que está muy nerviosa y somatiza su patología, mostrándose muy vulnerable tras intento autolítico el día previo.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración muy nerviosa. Llevándose constantemente manos a cuello y refiriendo que no puede tragar. No trabajo respiratorio. Estable hemodinámicamente con constantes normales.

Mínimo edema de labios y párpados. No afectación lingual ni úvula.

ACP - MVC. Rítmico. No soplos. No ruidos respiratorios sobreañadidos.

Se administra Metilprednisolona 80 mg junto con Dexclorfeniramina intramuscular y se mantiene en sala de espera bajo observación.

Ante la persistencia de sintomatología referida por la paciente se deriva a Urgencias hospitalarias, donde se realiza hematimetría y bioquímica sin alteraciones reseñables. Allí se manifiesta una distonía cervical clara e imposibilidad para el cierre de la mandíbula.

Tras nueva anamnesis se detecta administración de Haloperidol en las 12 horas previas.

Se administra Biperideno intramuscular con mejoría de la sintomatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Reacción extrapiramidal tras administración Haloperidol.

Diagnóstico diferencial

Reacción alérgica.

Psisomatización.

Contractura cervical.

Comentario final

Nos enfocamos en que la patología presentada por la paciente era de características psicósomáticas, quizás influenciados por el familiar, sin realizar una correcta

anamnesis y sin confirmar el tratamiento administrado por la paciente (ella refería Lormetazepam cuando en verdad fue Haloperidol). Es de vital importancia dejar juicios y opiniones de terceros, y realizar una anamnesis adecuada con una exploración completa. No olvidar que los medicamentos pueden tener secundarismos medicamentosos y tener esa opción en el diagnóstico diferencial de nuestros pacientes.

Bibliografía

- *Riesgo extrapiramidalismo con empleo Haloperidol, Risperidona u Olanzapina. Schillevoort I., de Boer A., Herings R, y col. Annals of Pharmacotherapy 351517.*
- *Guía de Buena Práctica en Situaciones de Urgencia. OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN: 84-688-4762-3.*

682/83. ARTROCENTESIS E INFILTRACIÓN ECOGUIADA DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN PACIENTE CON GONARTROSIS.

Autores

Gómez Ibarra, V.¹, Rodríguez Buza, C.², Maestre Moreno, M.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en 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*

Descripción del caso

Mujer de 64 años con exacerbación de dolor mecánico en rodilla derecha de larga evolución. El dolor no le permite caminar más de 500 metros y se encuentra limitada en su vida diaria. En tratamiento sintomático con antiinflamatorios orales, relajantes musculares y fisioterapia sin clara mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Rodilla derecha con signos de derrame articular y limitación de la movilidad. Dolor selectivo en la interlínea fémoro-tibial interna y chasquidos a la flexo-extensión. Estudio radiológico de rodilla derecha con disminución del espacio articular, esclerosis subcondral y presencia de osteofitos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Gonartrosis derecha grado II. Se realiza artrocentesis ecoguiada lográndose evacuar 16 cc de líquido sinovial de características mecánicas. Posteriormente,

se aplica infiltración articular de ácido hialurónico, con alivio de la sintomatología dolorosa en la primera semana.

Diagnóstico diferencial

artritis reumatoide, artritis por microcristales, artritis infecciosa.

Comentario final

La artrosis es una artropatía no inflamatoria caracterizada por la destrucción del cartílago articular que provoca dolor y deformidad y, como consecuencia, limitación de la movilidad y discapacidad. Es una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Sus localizaciones más frecuentes son cadera, rodilla, columna y articulaciones interfalángicas de las manos. La exploración complementaria básica en el diagnóstico de la artrosis sigue siendo la radiografía convencional y su tratamiento debe ser individualizado y secuencial. Se comenzará por un tratamiento conservador, añadiendo analgésicos orales si la sintomatología lo requiere. Cuando los tratamientos previos fracasan, pueden realizarse infiltraciones intraarticulares de corticoides o de ácido hialurónico. La infiltración intraarticular de ácido hialurónico restaura la elasticidad del líquido sinovial y aporta lubricación. Al realizar la técnica de infiltración de manera ecoguiada aumentamos su rentabilidad, asegurando una aplicación más precisa y fiable. Dada la alta prevalencia de problemas musculoesqueléticos, la dotación ecográfica en nuestro Centro de Atención Primaria nos aporta mayor capacidad de manejo clínico y mejora la calidad de la atención sanitaria. En este caso, la paciente mejoró significativamente tras la técnica aplicada, consiguiendo controlar el dolor y mejorando el estado funcional de la rodilla artrósica.

Bibliografía

- Daniels EW, Cole D, Jacobs B, Phillips SF. Existing Evidence on Ultrasound-Guided Injections in Sports Medicine. *Orthop J Sports Med.* 2018;22:6(2):2325967118756576

682/90. ¡SI YO SOLO VENIA A RENOVAR MIS RECETAS!

Autores

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

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 83 años, que acude en silla de ruedas, acompañada de su hijo para la renovación de sus recetas. Antecedentes de HTA, DM tipo II, dislipemia y cardiopatía hipertensiva. Presenta buenos controles de sus FRCV con la medicación. Hace casi un año que no acude a consulta médica presencial por lo que exploro a la paciente para confirmar el buen control de TA por si precisa modificación de tratamiento crónico.

Exploración y pruebas complementarias

paciente con buen estado general, afebril, frecuencia cardiaca 68, Tensión 125/67. Auscultación cardiopulmonar normal. MMII no edemas, insuficiencia venosa crónica. Se objetiva dos lesiones hiperpigmentadas en región lateral externa de pierna izquierda, diámetro aproximado de 3.5 cm la mayor y de casi 2 cm la más pequeña, bordes irregulares y espiculados e hiper cromática, de algo mas de un año de evolución según nos relata. No adenopatías inguinales. Hacemos teleconsulta con dermatología de forma preferente ante la sospecha de Melanoma maligno.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Melanoma maligno.

Diagnóstico diferencial

queratosis seborreica, Carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular y nevus atípico.

Comentario final

El melanoma es el cáncer de piel mas maligno, puede manifestarse tanto en piel como en órganos internos. Los nevus de nacimiento y adquiridos también pueden evolucionar a melanoma. La prevalencia aumenta en mayores de 40 años y sobretodo en mujeres. Exploración por ABCDE, A: asimetría, B: bordes irregulares, C: cambios de coloración, D: diámetro, sobretodo mayor a 6 mm. E: evolución. Factores de riesgo: piel clara, exposición excesiva al sol, quemaduras solares, pacientes con muchos lunares, antecedentes familiares e inmunosupresión. Prevención se basa principalmente en uso de crema protectora, evitar exposición y autoexploración y ante cambios consultar al médico. La importancia de este caso es que aunque los pacientes vengan solo por recetas en caso de los

pacientes crónicos de edad avanzada una simple exploración física aunque sea rápida puede salvarles de una patología maligna de mal pronóstico si no la diagnosticamos a tiempo.

Bibliografía

- Kraft Rovere R, Pires ME. Melanoma patterns of distant relapse: a study of 108 cases from a South Brazilian center. *An Bras Dermatol.* 2016; 91(1): 40-3.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(1): 5-29.

682/91. UN DOLOR DE ESPALDA MUY DIFERENTE.

Autores

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

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 65 años, que realiza consulta telefónica por dolor lumbar de una semana de evolución sin irradiación a miembros inferiores. Se indica tratamiento sintomático y nueva consulta si no mejoría. Tras dos semanas consulta de forma presencial por persistencia de dolor con irradiación a miembro inferior izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos reseñables. Dolor a la palpación de apófisis espinosas a nivel de L1, con irradiación hacia miembro inferior inferior. Se le solicita rx de columna lumbar donde se objetiva aplastamiento de L1 y acúñamiento de D10 y D11. Ante estos hallazgos se deriva a urgencias donde indican RMN con hallazgo de fractura de L1 presumiblemente metastásica. Se ingresa para estudio donde se realiza analítica con gammapatía monoclonal y resultado de mieloma múltiple.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial

Fractura osteoporótica, fractura por estrés, fractura por metástasis y mieloma múltiple.

Comentario final

El mieloma múltiple es un tipo de cáncer de la médula ósea consistente en proliferación anormal de las células plasmáticas, siendo la segunda neoplasia maligna sanguínea más frecuente (el 10% de los cánceres hematológicos). Los síntomas más frecuentes son la anemia, las infecciones recurrentes, las fracturas espontáneas (sobretudo a nivel de columna) y la insuficiencia renal. El diagnóstico consiste en aspirado de médula ósea y analítica con proteinograma. Nos puede servir de utilidad la radiografía de cráneo (por la imagen típica en “sacabocados”) y la resonancia para valorar las lesiones de los cuerpos vertebrales. El tratamiento más común consiste en la radioterapia para alivio del dolor y la quimioterapia cuando la enfermedad está diseminada. Puede realizarle un autotrasplante de médula ósea habiéndose demostrado esto eficaz.

Bibliografía

- San Miguel JF, García-Sanz R.. Myeloma: update on supportive care strategies.. *Curr Treat Options Oncol*, 4 (2003), pp. 247-58
- Smith A, Wisloff F, Samson D.. Guidelines on the diagnosis and management of multiple myeloma 2005.. *Br J Haematol*, 132 (2006), pp. 410-51

682/93. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ACTUACIÓN PRECOZ ANTE SOSPECHA DE SINDROME NEFRÓTICO.

Autores

Rodríguez Carrasco, J.¹, Ruiz Carrión, D.², Gallardo García, L.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 72 años con hipertensión arterial y dislipemia. Sin enfermedades de interés ni alergias. Acude a consulta de atención primaria tras presentar desde hace dos semanas edemas generalizados en miembros inferiores, testículos, abdomen y manos que se acompañan de vesículas generalizadas. No recorte

de diuresis e ingesta adecuada de líquidos. Afebril, no refiere consumo previo de medicamentos o drogas ni contactos sexuales de riesgo. Ante estos hallazgos, añadimos furosemida al tratamiento habitual para deplecionar volumen y decidimos ampliar estudio con analítica completa, sistemático de orina, ecografía abdominal y radiografía de tórax. Ante el empeoramiento progresivo del paciente y la presencia de derrame pleural en la radiografía de tórax se decide traslado a urgencias hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 174/84mmHg. Correcta saturación de oxígeno y afebril. Buen estado general. Edematización generalizada y cierta coloración eritematosa asociada a lesiones vesiculosas. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen globuloso, deprecible, no doloroso a la palpación sin hepatoesplenomegalia. Pulsos femorales y periféricos presentes y simétricos. Edemas en miembros inferiores con fóvea hasta rodilla. Analítica: Hemograma: Hemoglobina 12,1gr/dL, Hematocrito 35,9%. Coagulación y bioquímica normal, salvo creatinina 2,4mg/dL y Albumina 1,3 g/ dL. Proteína C Reactiva 35mg/L. Proteinograma negativo. Panel ANCA ni ANA negativo, AntiMBG negativos. Anti PLA2R no solicitados. Crioglobulinas negativas. Orina 24h: Diuresis 3000 mL/24h, Proteínas 16110mL/24h, Urea 16,3 g/24h. Ecografía abdominal: Ligeramente derrame pleural y ascitis. Ecocardiograma: Disfunción diastólica grado 2. Biopsia renal: Hallazgos compatibles con glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

Diagnóstico diferencial

Nefropatía glomeruloesclerosis focal y segmentaria, glomerulonefritis membranosa, glomerulonefritis por cambios mínimos.

Comentario final

Tras buena respuesta a corticoterapia y tratamiento depleitivo de volumen el paciente tiene buena evolución clínica y es dado de alta con seguimiento por parte del servicio de nefrología. Ante un posible síndrome nefrótico es importante hacer un correcto diagnóstico diferencial de las distintas glomerulonefritis mediante histopatología de forma precoz.

Bibliografía

D; Agati VD, Kaskel FJ, Falk RJ. Focal segmental glomerulosclerosis. N Engl J Med 2011;365:2398-11.

Cirillo L, Lugli G, Raglianti V, Ravaglia F, Buti E, Landini S, Becherucci F. Defining diagnostic trajectories in patients with podocytopathies. Clin Kidney J. 2022;sfac123,

682/98. ¿ESTÁ CAPACITADO EL MÉDICO DE FAMILIA PARA ATENDER A POBLACIÓN INFANTIL EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Rojas Campos, M.¹, Rodríguez Martínez, M.¹

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Niña de 10 años de edad que acude a consulta de Pediatría en Centro de Salud por dolor en rodilla derecha de un mes de evolución, de instauración aguda, sin antecedentes de traumatismo previo, que empeora con deambulación, respeta el descanso nocturno. Antecedentes de debut diabético con cetoacidosis a los 7 años de edad, tratada con insulina. Practica baile.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física presenta edema leve articular, sin signos inflamatorios; no presenta inestabilidad ligamentosa, ni crepitación, no deformidad con dolor a la movilización pasiva. En Rx comparada de ambas rodillas se aprecia imagen osteolítica en región distal de fémur derecho. Se deriva con carácter preferente a Unidad de Traumatología Pediátrica de Hospital de referencia. En RMN se detecta: tumor óseo de apariencia agresiva, con destrucción de la cortical media y masa en partes blandas que sobresale, presentando focos de sangrado y calcificación. Se inicia tratamiento quimioterápico previo a cirugía de resección completa e implante de prótesis. Continúa con quimioterapia, precisando uso de morfina y evolución tórpida.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Osteosarcoma convencional con áreas de diferenciación condroblástica.

Diagnóstico diferencial

Contractura por sobrecarga; Sarcoma de Ewing.

Comentario final

El osteosarcoma es el tumor óseo primario más frecuente en población infantil, de predominio en extremidades, que afecta a niños y jóvenes entre 10 y 20 años de edad. Poco frecuente (4% de los cánceres pediátricos en España), pero con una alta mortalidad. La clínica habitual es dolor y presencia de un bulto sin necesidad de traumatismo previo. El diagnóstico precoz es esencial para iniciar tratamiento y evolución, por lo que debe tenerse presente esta posibilidad, en menores que acuden con dolor en miembros con tumoración ósea, con o sin traumatismo previo, solicitando Rx para completar diagnóstico. Las consultas de Pediatría de Atención Primaria son el acceso más cercano para la población infantil siendo determinantes para el diagnóstico de patologías banales, pero sobre todo graves. Los médicos de familia están formados para atender adecuadamente a población pediátrica, como muestra este caso.

Bibliografía

- Pacios, R. E., Gallego, J. I., Arévalo, J., Ocón, E., Gómez, N., & Frieria, A. (2021). *Diagnóstico diferencial del osteosarcoma pediátrico: Un reto radiológico. Seram*, 1(1).

682/103. DOLOR EN PIE: UN CASO DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA.

Autores

López López, A.¹, Castillo Bueno, H.¹, Ferrera Rodríguez, M.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinos Puente. Pinos Puente. Granada*

Descripción del caso

Varón de 46 años, natural de Senegal, con antecedentes personales de glucemia basal alterada, sin control desde hace 3 años y tabaquismo activo. Acude a consulta de Atención Primaria, tras varias consultas en Servicio de Urgencias Hospitalarias, por dolor en pie derecho de 10 días de evolución. Niega haber tenido traumatismo, tampoco fiebre. Tras haber realizado tratamiento con analgésicos, antibiótico oral y corticoide oral el paciente niega haber mejorado del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta estado general conservado, marcha con cojera antiálgica y afectado por dolor. Bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. La exploración cardiorrespiratoria y abdominal son normales. En la exploración de extremidades inferiores presenta edematización de pie y tobillo derechos, palidez plantar, frialdad de todo el pie respecto a contralateral y ausencia de pulso pedio de extremidad inferior derecha. Los pulsos de la extremidad contralateral están conservados. Se explora con doppler portátil sin localizar pulso pedio ni tibial posterior. Ante la sospecha de isquemia arterial de extremidad inferior derecha, se remite a urgencias hospitalarias donde se realiza angiografía computarizada que confirma trombosis a nivel de arteria tibial anterior y tibial posterior derecha. En analítica destaca: Proteína C Reactiva (PCR) 50,2 mg/L, glucosa 402 mg/dL, leucocitos $17,66 \times 10^3/\mu\text{L}$ con recuento absoluto de neutrófilos $16,62 \times 10^3/\mu\text{L}$, resto de la analítica dentro de la normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Isquemia arterial aguda de extremidad inferior derecha.

Diagnóstico diferencial

Embolia arterial, aneurisma vascular, disección aórtica aguda, flegmasia cerúlea dolens, embolia paradójica.

Comentario final

La isquemia arterial aguda es un cuadro sindrómico debido a la ausencia más o menos súbita de flujo arterial en un determinado territorio. La gravedad del cuadro estará determinada por el grado de obstrucción, velocidad de instauración, localización y la existencia de circulación colateral. Se caracteriza por presentar dolor, palidez, parestesias, parálisis y ausencia de pulso distal a la obstrucción. La historia clínica y una exploración física exhaustiva y sistemática es fundamental para establecer un diagnóstico precoz y poder salvar la extremidad. El tratamiento incluye anticoagulación y resolver de forma quirúrgica la obstrucción vascular.

Bibliografía

- Martín Conejero A, Galindo García A, Moñux Ducajú G, Martínez López I, Sánchez Hervás L y Serrano Hernando FJ. Isquemia arterial aguda. *Medicine*. 2017;12(41):2433-9.

682/109. SINDROME DE KIPPEL-TRÉN-AUNAY.

Autores

Torrubia Fernández, M.¹, Redondo Salvador, M.², Hernández Ríos, E.³

evento trombótico y su patología asociada se indicó anticoagulación indefinida.

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

PACIENTE CON SINDROME DE KIPPEL-TRÉNAUNAY QUE ACUDE POR DOLOR EN MSI. VUELVE A ACUDIR POR PERSISTENCIA DEL DOLOR, EVIDENCIANDOSE AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL PERIMETRO DE MSI CON CIANOSIS EN DEDOS. DADA SU PATOLOGIA PREVIA SE DERIVA A URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Exploración y pruebas complementarias

- ECODOPPLER: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DE MSI * Dímero D: 14000

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL MSI

Diagnóstico diferencial

- LINFEDEMA
- TENDINITIS

Comentario final

El síndrome de Klippel-Trénaunay, también denominado KTWS, es un trastorno poco frecuente que se diagnostica al momento del nacimiento (congénito) y que consiste en el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos, los tejidos blandos (como la piel y los músculos), los huesos, y el sistema linfático las personas que padecen el síndrome tengan las siguientes características: -Hemangiomas planos: mancha de nacimiento de color rosado-rojizo-morado la mancha de nacimiento abarca parte de una pierna, pero puede aparecer en cualquier zona de la piel y oscurecerse o aclararse con los años. -Malformaciones venosas: aumentando el riesgo de trombosis. -Crecimiento excesivo de huesos y de tejido blando. -Anomalías del sistema linfático: pudiendo ocasionar filtración e hinchazón. -Cataratas, glaucoma, dislocación de la cadera en el nacimiento y problemas de coagulación de la sangre. La TVP de miembros superiores representa aproximadamente entre el 1% y el 4% de todos los casos de TVP. En el caso de la paciente debido al

Bibliografía

- Sung HM, Chung HY, Lee SJ, Lee JM, Huh S, Lee JW, Choi KY, Yang JD, Cho BC. *Clinical Experience of the Klippel-Trenaunay Syndrome. Arch Plast Surg. 2015 Sep;42(5):552-8* -Hoffe HV, Goldhaber SZ. *Upper-extremity deep vein thrombosis. Circulatio, 106 (2002), pp. 1874-80*

682/111. MIASTENIA GRAVIS OCULAR AUTOINMUNE ASOCIADA A TIMOMA.

Autores

Molina Moreno, J.¹, Castro Vargas, J.², Molina Moreno, P.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruz de Humilladero. Málaga,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Capuchinos. Málaga,* (3) *Enfermero. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo*

Descripción del caso

Paciente mujer de 66 años, NAMC, ex-fumadora.

Desde hace 6 meses ptosis palpebral izquierda leve con fluctuaciones, que empeora con el parpadeo. En las últimas semanas ha ido progresando, dificultándole la visión y asociándose a diplopia.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta, el párpado izquierdo llega a ocluir el ojo. Fatigabilidad palpebral bilateral, pero no de oculomotores ni de extremidades. Test del hielo positivo. PICNR. No asimetría facial. Fuerza y tono conservado en extremidades. ACR: normal.

Se derivó a Urgencias donde se valoró por Neurología, con TC craneal normal, AS sin alteraciones, ac anti-R Ach positivos y anti-MUSK negativos. Fue diagnosticada de Miastenia Gravis Ocular y comenzó con piridostigmina 60mg 1/8h y prednisona 10mg/24h.

En consulta de revisión, mejoría con desaparición de diplopia aunque persiste ptosis izquierda leve. Fatigabilidad palpebral bilateral que en el ojo derecho llega a borde pupilar superior y en el izquierdo a línea media, no fatigabilidad de oculomotores, cervical ni de extremidades. Se realiza TC tórax donde se aprecia timoma de 3cm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miastenia gravis ocular autoinmune asociado a timoma.

Diagnóstico diferencial

Miopatía inflamatoria.

LOE cerebral.

Comentario final

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune producida por anticuerpos contra la placa neuromuscular en la membrana postsináptica.

Se caracteriza por una debilidad muscular fluctuante, que empeora con el ejercicio. Inicialmente suelen aparecer ptosis y diplopia (la afección exclusiva de los músculos extraoculares y palmerales ocurre en el 15% y se denomina MG ocular). Luego se afecta la musculatura facial y bulbar, con disfagia. Finalmente las extremidades, músculos de cuello y diafragma. Suele comenzar antes de los 50 años y es frecuente en mujeres.

Puede ser seropositiva o seronegativa (15%). Presentan anticuerpos antireceptor Ach (85%), anti-MUSK (10%). Un 15% está asociada a la presencia de un timoma.

El tratamiento se realiza con inhibidores de la acetilcolinesterasa (piridostigmina) e inmunosupresores. La timectomía, logra la remisión completa en un 75% y mejoría de hasta un 99%. El pronóstico depende de la intervención precoz y la resección completa.

Bibliografía

- Jackson MW, Palma DA, Camidge DR, Jones BL, Robin TP, Sher DJ, et al. *The Impact of Postoperative Radiotherapy for Thymoma and Thymic Carcinoma. J Thorac Oncol. 2017; 12: 734.*

682/115. “UNA ROSA EN UNA ROSA... UNA ROSA ES UN ROSARIO”: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores

Durán Barrantes, I.¹, Olivares Loro, A.¹, Fernández Cuenca, F.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla,* (2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla*

Descripción del caso

Paciente que acude al Servicio de Urgencias porque se ha clavado la espina de un rosal en el dedo y “se le ha inflamado”.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta inflamación y escaso contenido purulento en pulpejo de dedo índice de mano izquierda, sin cuerpo extraño.

Se realiza cura local y se pauta antibioterapia empírica con amoxicilina 500 mg ácido clavulánico 125 mg 1 comprimido cada 8 horas durante 7 días.

Ante la mala evolución, con fiebre y signos de flebitis con aspecto arrosariado en miembro superior izquierdo, es derivada a Urgencias Hospitalarias, donde presenta en analítica leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda, y radiografía de mano normal. Se cambia el tratamiento a clindamicina 500 mg cada 6 horas durante 5 días. Vuelve a acudir a Urgencias por escasa mejoría, donde es valorada por Enfermedades Infecciosas, sospechando esporotricosis por anamnesis y evolución clínica. Se prescribe itraconazol 100 mg 2 comprimidos cada 12 horas durante dos meses con buena evolución clínica y resolución.

Se realiza tinción Gram en exudado de herida con abundantes leucocitos polimorfonucleares y cultivo de bacterias que resulta negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Esporotricosis.

Diagnóstico diferencial

- Celulitis.
- Absceso.
- Cuerpo extraño.
- Dactilitis con cordón linfático.
- Infección bacteriana por *S. aureus*.
- Esporotricosis.

Comentario final

Es característico de la esporotricosis la formación de nódulos cutáneos que se diseminan a través de la vía linfática para transformarse en abscesos y úlceras.

Bibliografía

Esporotricosis: la micosis subcutánea más distribuida en el mundo. Hernández Chacón J.R., Tomás Morales S.A., Hernández Chacón E.M. Revista Médica Sinergia (2021).

682/118. EMPEORAMIENTO DEL ESTADO GENERAL Y OMEPRAZOL ¿EXISTE RELACIÓN?

Autores

Santana Martínez, I.¹, Merino Borrego, B.², Rodríguez Carrillo, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Chucena. Chucena. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chipiona Dr. Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Can Misses. Eivissa. Islas Baleares

Descripción del caso

Paciente varón de 76 años de edad con empeoramiento de su estado general e imposibilidad para la deambulación. Consultan por presentar inestabilidad, temblor de miembros superiores (MMSS) y rigidez, disartria, agresividad y diarrea desde hace dos semanas. Antecedentes personales: institucionalizado, con dependencia moderada para actividades básicas de la vida diaria. Diabético, hipertenso y dislipémico. Exfumador. Neurológicos: Hematoma cerebral. Cardiovascular: Cardiopatía isquémico-hipertensiva + Fibrilación auricular (FA) persistente. Intervenido de úlcus gástrico hace 30 años. Tratamiento: Nitroglicerina 10 mg parches, Clopidogrel 75 mg, AAS 100 mg, Omeprazol 20 mg Furosemida 40 mg, Doxazosina 8 mg, Espironolactona 25 mg, Atorvastatina 80 mg, Bisoprolol 2.5 mg, Glimpiride 2mg.

Exploración y pruebas complementarias

Alerta y orientado en tiempo y espacio. Bradipsíquico y disártrico con lenguaje repetitivo. Pares craneales normales. Fuerza segmentaria conservada. Maniobra dedo-nariz dubitativa. Imposibilidad para la marcha. Temblor fino en MMSS. Rigidez hemicuerpo izquierdo. Auscultación cardiorrespiratoria y abdomen sin alteraciones relevantes. Electrocardiograma FA. Radiografía torácica sin hallazgos relevantes. Analítica destaca creatinina 1,89 mg/dl, filtrado glomerular 35 ml/min, calcio 6,5 mg/dl, magnesio 0,22 mg/dl, resto sin alteraciones relevantes. TAC craneal sin lesiones agudas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipomagnesemia severa asociada a hipocalcemia en el contexto de cuadro diarreico e Insuficiencia renal prerrenal.

Diagnóstico diferencial

Infecciones del sistema nervioso central, accidente cerebrovascular, lesiones ocupantes de espacio, parkinsonismos, alteraciones iónicas y otros como alteraciones del equilibrio, síndromes vertiginosos e incluso temblor esencial.

Comentario final

Importancia y frecuencia de hipomagnesemia, a tener en cuenta cuando consultan con determinada clínica. No olvidar las causas que pueden provocarlo. Tener presente que la toma prolongada de inhibidores de la bomba de protones es una de ellas, por lo que debemos hacer uso racional de estos fármacos. El paciente precisó de ingreso hospitalario y seguimiento por Medicina Interna y atención primaria tras alta.

Bibliografía

- Tai YT, Tong CV. *The Perilous PPI: Proton Pump Inhibitor as a Cause of Clinically Significant Hypomagnesaemia. J ASEAN Fed Endocr Soc. 2020;35(1):109-113. doi: 10.15605/jafes.035.01.18. Epub 2020 Apr 20. PMID: 33442177; PMCID: PMC7784231.*
- Varallo FR, de Nadai TR, de Oliveira ARA, Mastroianni PC. *Potential Adverse Drug Events and Nephrotoxicity Related to Prophylaxis With Omeprazole for Digestive Disorders: A Prospective Cohort Study. Clin Ther. 2018 Jun;40(6):973-982. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.04.013. PMID: 29759903.*

682/120. LO QUE PARECÍA UN APLASTAMIENTO.

Autores

Fernández Martín, E.¹, Bravo Arrebola, I.², Rodríguez Jimenez, B.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería,* (2) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería*

Descripción del caso

Hombre de 42 años que acude a consulta porque había sufrido contusión con puerta de camión en falange distal de 5º dedo mano derecha, presentando limitación en movilidad e inflamación. Había sido valorado en urgencias extrahospitalarias, donde derivan a urgencias hospitalarias para estudio radiológico por sospecha de aplasta-

miento. Al realizar estudio radiológico determinan que se trata de fractura y pautan tratamiento con férula posterior con prolongación a cuarto y quinto dedo y citan en consultas de traumatología de urgencias en 2 semanas.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN

Dolor a la palpación falange distal, aumento de temperatura con enrojecimiento, dudosa crepitación, movilidad dolorosa aunque conservada. Buen relleno capilar. Integridad de tendones extensores y flexores profundos. Sensibilidad y función motora conservada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx AP y lateral: Fractura sobre displasia ósea de falange distal.

TAC de mano: Lesión expansiva endomedular que mide aproximadamente 1 cm de probable estirpe condral que genera un sutil festoneado cortical y no se descarta solución de continuidad de cortical (fractura patológica). Encondroma como principal hipótesis diagnóstica.

RM sin Contraste : Sin hallazgos significativos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Encondroma falange distal 5º dedo mano derecha.

Diagnóstico diferencial

Infarto óseo. Condrosarcoma. Tumor de células gigantes. Quiste óseo aneurismático.

Comentario final

Se revisó en consultas de traumatología donde en radiografía de control la lesión se había consolidado, revisarán a los 10 meses, mientras tanto tratamiento conservador.

Debido a la inmovilización tuvo que ser valorado por fisioterapia para recuperar movilidad y sensibilidad.

Lo que parecía un aplastamiento, por la correlación con la clínica, puede desorientarnos a la hora del diagnóstico y el tratamiento final.

Bibliografía

- Babiano Fernandez MA. *Encondroma [Aten Primaria. 2019 Aug-Sep;51(7):456-457. Epub 2019 Jan 24. PMID: 30686678; PMCID: PMC6836916.*
- Gómez Fernández JM, Méndez López JM, Moranta Mesquida JG. *Encondroma gigante falange distal del pulgar. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012 Mar-Apr;56(2):160-3. Epub 2012 Jan 20. PMID: 23594760.*

682/125. SÍNCOPE ¿PODREMOS DESCUBRIR SU CAUSA?

Autores

Rodríguez Jimenez, B.¹, Fernández Martín, E.¹, Cejudo Casas, M.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería

Descripción del caso

Paciente de 27 años, sin antecedentes de interés, no hábitos tóxicos. Acude a consulta de atención primaria para valoración porque en el trabajo hace unos días presentó pérdida súbita y breve de conciencia con ausencia de tono postural y recuperación espontánea.

Exploración y pruebas complementarias

Buen aspecto general, bien hidratada y profundida, eupneica. Acr: mvc, no ruidos patológicos, rítmica. Exploración neurológica: pinla, pares craneales normales, marcha estable, no disimetrías, fuerza y sensibilidad conservada. No edemas en miembros inferiores. T.A.:120/65. Glucemia: 90 mgr/dl.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx AP y lateral tórax: sin alteraciones significativas.

Analítica : sin alteraciones significativas.

Ecg : Ritmo sinusal normal a 60 lpm, pr corto con onda delta , no signos de isquemia ni hipertrofia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de preexcitación Wolff Parkinson White.

Diagnóstico diferencial

1.Síndrome de inestabilidad vasomotora mediada por reflejo: síncope neuromediado. 2. Hipotensión ortostática.3. Enfermedades neurológicas. 4. Síncope de origen cardiaco.5. Síncope hipovolémico.

Comentario final

El síndrome de preexcitación puede ser una causa de síncope a tener en cuenta al valorar a pacientes con síncope. Se derivó a telecardiología, confirmó el diagnóstico y derivó para ablación .

Bibliografía

- Chhabra L, Goyal A, Benham MD. Wolff Parkinson White Syndrome. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32119324.
- Brembilla-Perrot B, Zinsch AM, Sellal JM, Zinzius PY, Schwartz J, Beurrier D, DE Chillou C, Godenir JP, Lethor JP, Marchal C, Cloez JL, Pauriah M, Nosu R, Andronache M, Marçon F. Age-related prognosis of syncope associated with a preexcitation syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2013 Jul;36(7):803-10. doi: 10.1111/pace.12110. Epub 2013 Feb 25. PMID: 23438091.
- Goldberger ZD, Petek BJ, Brignole M, Shen WK, Sheldon RS, Solbiati M, Deharo JC, Moya A, Hamdan MH. ACC/AHA/HRS Versus ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope: JACC Guideline Comparison. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Nov 12;74(19):2410-2423. doi: 10.1016/j.jacc.2019.09.012. PMID: 31699282.

682/145. INCIDENTE REINCIDENTE DE LA CONCORDANCIA DE PARÁMETROS EN LA GASOMETRIA ARTERIAL.

Autores

Castro Martín, E.¹, León Dugo, A.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Erre es una mujer de 75 años, hipertensa, diabética en estudio por anemia con requerimiento transfusional en varias ocasiones desde hace 4 meses con hallazgo en colonoscopia de angiodisplasias. En tratamiento con simvastatina 20mg, metformina 850 mg, losartán 100mg hidroclorotiazida 25mg, omeprazol 20mg, furosemida 40mg, hierro 800mg.

Consulta día 1: astenia y disnea muy intensa en los últimos días. Se deriva a urgencias para analítica urgente por sospecha de anemia en rango transfusional.

Consulta día 2 : dos semanas después acude con episodios repetidos de espasmos localizados en manos y parestesias en pies. Se deriva a urgencias por sospecha de hipocalcemia sintomática.

Exploración y pruebas complementarias

Día 1: en urgencias realizan exclusivamente gasometría venosa. Informe de alta: hemoglobina corregida 10,5. En el momento actual no precisa tratamiento urgente. Día 2: en urgencias realizan gasometría venosa con resultado calcio iónico 0,87 mg/dl. Informe alta calcio 8 mg/dL. Hipocalcemia sin signos de alarma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Día 1: Anemia en rango transfusional en hematimetría estándar. Incidente de seguridad en la concordancia de hemoglobina corregida en gasometría.

Día 2: Hipocalcemia sintomática. Incidente de seguridad en el cálculo de calcemia corregida en gasometría.

Diagnóstico diferencial

Tras día 1: Revisamos en consulta y tras revisión bibliográfica (1) detectamos que para hemoglobinas menores de 7g/dl se obtiene una tasa de acierto del 29,41% de la gasometría respecto a hematimetría estándar. Solicitamos analítica resultados en 24 horas con hemoglobina de 6,5g/dL, derivamos para transfusión. Tras día 2: Revisamos bibliografía (2) para el cálculo de calcio corregido y el resultado sería 6,9 mg/dL. Asintomática, retiramos furosemida (hipocalcemiante).

Comentario final

A propósito de nuestro caso detectamos una alta probabilidad de incidentes en la no indicación de transfusión en base a hemoglobinas de gasómetro, sobre todo en hemoglobinas bajas. El cálculo de calcio corregido precisa del conocimiento de la fórmula y en este caso ha sido un cálculo erróneo.

Bibliografía

- López A, Gómez L, Petinal G, Adán N, Alvarado S, Carballo N. ¿Es fiable una muestra de gasometría para hemoglobina en rango transfusional?. REDAR.2018; Volumen 65; número 5; páginas 246-251.
- Jiménez L, Martínez L, Quesada M, Calderón J, Montero F. Hipocalcemia. En: Jiménez L, Montero F. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª ed. Barcelona. Elsevier; 2018. p.468-470.

682/149. SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE SOLDADOR.

Autores

López Gómez, J.¹, De León Zulategui, M.²

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 1er año de Cardiología. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 36 años, trabajador del metal en un semillero. RAM a ketoprofeno. No antecedentes patológicos. Acude por cuadro de malestar general, tos sin expectoración, disnea y sensación febril no termometrada de escasas horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico, febril 38.9°C. Tensión arterial 125/80. Frecuencia cardíaca 125. Saturación O2 99%. Orofaringe con hiperemia leve, no exudados. ACP: corazón rítmico taquicárdico, sin soplos. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos añadidos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fiebre de los metales.

Diagnóstico diferencial

Virasis, neumonía, neumonitis química por otros metales (cadmio, mercurio, manganeso y níquel).

Comentario final

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, el antecedente de exposición al humo de metales, los hallazgos clínicos y la rápida resolución. Los hallazgos en la exploración física varían de unos enfermos a otros y según la fase del cuadro en que se encuentren. De esta manera, en fases muy iniciales puede existir únicamente malestar sin otras alteraciones evidentes. Se deberá poner especial atención en la detección de signos respiratorios como disminución de los movimientos respiratorios, crepitantes, roce pleural o, en casos más raros, sibilancias en la auscultación. Puede existir taquicardia acompañando a la fiebre. Puesto que el cuadro de la fiebre por humo de metal es autolimitado, el tratamiento irá dirigido a paliar los síntomas con antiinflamatorios no esteroideos y reposo. Sin embargo, la mejor terapia es la prevención y la adecuada educación de los trabajadores. Las medidas de prevención para disminuir la exposición incluyen una adecuada ventilación del lugar de trabajo, sistemas extractores y cascos con sistemas de respiración autónoma.

Bibliografía

- De Miguel M, Cerezo A, Puente L. Fiebre por humos, qué debemos distinguir. *Arch Bronconeumol.* 2019; 55 (9): 451-452.
- Mañas E, Pérez E, Pacheco A et al. *J.Rev. Patol. Respir.* 2006; 9 (1): 23-25.

682/151. DISNEA EN PACIENTE EX-FUMADOR.

Autores

López Gómez, J.¹, De León Zulategui, M.²

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 1er año de Cardiología. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 74 años, fumador de 84 paquetes-año hasta hace 2 meses. Consulta por disnea a moderados esfuerzos desde hace 2 meses, tos con expectoración amarillenta. Además, pérdida de peso de unos 5 kg y pérdida de apetito. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico. Saturación O₂ 98 FC 88. AP: abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Murmullo conservado en hemitórax izquierdo. Rx tórax PA y L: nódulo pulmonar en base pulmonar izquierda y velamiento completo de hemitórax derecho. Hemograma 6.410 leucocitos con fórmula normal, Hb 13.9, plaquetas 472.000. Coagulación en rango. Bioquímica: PCR 72.9. Ecografía: derrame pleural extenso, la práctica totalidad de hemitórax derecho, de disposición libre sin septos con colapso pasivo. El lóbulo superior derecho (LSD)/lóbulo medio está igualmente colapsado presentando una imagen pseudonodular anecoica. Toracocentesis de 1200 cm³ de líquido pleural serofibrinoso. TAC tórax: masa pulmonar derecha de aproximadamente 12.8x8.2x14 cm que engloba la totalidad del LSD e infiltra pared torácica y mediastino. Derrame pleural de 4.7 cm de grosor máximo que provoca la atelectasia prácticamente completa del lóbulo inferior homolateral. Varias adenopatías paratraqueales y en mediastino posterior. Dos lesiones nodulares en hemitórax izquierdo. Biopsia: carcinoma no microcítico, pobremente diferenciado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma de pulmón estadio T4N2M1a.

Diagnóstico diferencial

- Nódulo pulmonar: cáncer pulmonar, metástasis de otros primarios, lesiones benignas (infecciosas, inflamatorias, vasculares, traumáticas y congénitas)
- Derrame pleural: enfermedades de la pleura, enfermedades del pulmón, enfermedades extrapulmonares y el uso de determinados fármacos.

Comentario final

El cáncer de pulmón de células no pequeñas continúa siendo el tumor pulmonar más frecuente. El tabaco es el principal factor de riesgo entre otros factores ambientales y de predisposición genética. Las manifestaciones clínicas son muy variadas y dependen de distintos factores como el sitio de inicio, modo de crecimiento, existencia de metástasis, etc.

Bibliografía

- Gómez A, Revuelta F, García R. Cáncer de pulmón de células no pequeñas. *Medicine.* 2022;13 (67); 3933-41.
- Margallo J, Manso P, Revuelta F. Complicaciones respiratorias del cáncer de pulmón. *Medicine.* 2022;13(67): 3970-5.

682/160. PACIENTE JOVEN, SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, CON DISNEA DE INICIO BRUSCO.

Autores

Lara Carvajal, A.¹, Bonilla Ruiz, S.¹, Martín Castaño, B.¹

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada

Descripción del caso

Paciente de 43 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta por dolor en región de reborde costal bilateral, peor en el lado derecho, y sensación disneica. Previamente días con tos y sensación febril.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, taquipnea importante, pálido y sudoroso. Saturación del 93, frecuencia cardíaca 130, normotenso. Auscultación: tonos taquicárdicos, sin soplos. Murmullo vesicular disminuido

de forma generalizada, sin otros ruidos. Miembros inferiores sin signos de trombosis. En electrocardiograma: SI, QIII, TIII, con ascenso del ST en V1 y V2 Se decide traslado al hospital: Analítica: destaca troponina 405.4, PCR 32.6, hb 17.7, hematocrito 51.1, volumen corpuscular 102.9, leucocitos 14680, con neutrófilos 79.3%, DD 8.49 Ecodoppler: trombosis venosa profunda en vena poplitea derecha AngioTAC tórax: tromboembolismo pulmonar masivo. Imagen sugerente de infarto pulmonar laterobasal izquierdo y en segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo Ecocardiografía: Afectación del ventrículo derecho, dilatación de las cavidades derechas, hipertensión pulmonar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar bilateral con infarto pulmonar izquierdo e hipertensión pulmonar aguda.

Diagnóstico diferencial

La disnea brusca es una patología potencialmente grave, es importante una buena historia clínica y exploración. Hay que tener en cuenta las causas más graves en el diagnóstico diferencial, como el tromboembolismo pulmonar. En este caso llama la atención el estado general del paciente, que estaba sudoroso, taquipneico y con saturación en 93%.

Comentario final

A los dos meses del episodio tuvo una trombosis femoropoplitea izquierda, hasta raíz de iliaca, teniendo que colocar un filtro en vena cava. Y al mes del mismo nuevo ingreso por otro tromboembolismo pulmonar masivo. En estudio por hematología para descartar síndrome antifosfolípido catastrófico, en tratamiento con anticoagulación en altas dosis, se caracteriza por la presencia de trombosis en la microvasculatura, que puede ocasionar un fallo multiorgánico. Afecta al 1% de la población y su mortalidad es del 40%. Ocurre cuando el sistema inmunitario crea por error anticuerpos que hacen la sangre más propensa a coagularse.

Bibliografía

F Uresandi et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Archivos de bronconeumonía 2004; 40 (12): 580-594 - J Sandoval, M Florenzano. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Revista médico. Clínica las Condes 2015; 2 (3): 338-343.

682/167. SÍNDROME CHILAITITI. NO TODA COJERA ES LO QUE PARECE.

Autores

Dueñas Vargas, R.¹, Giménez Ramón, M.², Uclés Peña, M.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Escolar de 6 años, sin alergias conocidas. Correctamente vacunada. Sin antecedentes personales de interés. Consulta en Atención Primaria por cojera derecha e izquierda intermitente desde hace 2 meses. En ocasiones refiere dolor en cadera. No ha tenido fiebre ni infecciones concomitantes. No otra sintomatología acompañante. Ha tomado AINEs con escasa mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Triángulo esfera pediátrica estable. Buen estado general. Afebril. No exantemas ni petequias. No alteración en deambulación. Dolor a la rotación interna cadera izquierda. Resto sin alteraciones, no signos inflamatorios. Abdomen normal, no doloroso. ACR normal. Radiografía caderas normal. Telemetría de columna sin alteraciones, se aprecia acúmulo de gas e interposición de gas entre hemidiafragma derecho e hígado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome Chilaiditi.

Diagnóstico diferencial

Neumoperitoneo, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico, tumores hepáticos, cólico renal.

Comentario final

Se realiza tratamiento conservador con alimentación equilibrada y laxantes. Se reevalúa a las 48 horas presentando mejoría de la sintomatología. Después de dos semanas presenta resolución del cuadro. Es importante realizar la anamnesis dirigida junto con el paciente y la familia, ya que en ocasiones refería dolor abdominal tipo cólico. El síndrome de chilaiditi es una entidad con una gran variabilidad clínica e inespecífica en la que es necesario realizar una radiografía para el diagnóstico. Es causa frecuente de dolor abdominal recurrente.

Bibliografía

- *Furones García M, Notario Muñoz C, Blanco Cabellos JA. Aire ectópico en el hipocondrio. En Imagen de la semana. Continuum 2019. [en línea] [consultado el 23.03.2023]. Disponible en <http://continuum.aeped.es>*
- *Iturralde Orive I, Rocandio Cilvetti B, Canduela Fernández C. Síndrome de Chilaiditi: una única radiografía es diagnóstica. Servicio de Pediatría, Hospital Alto Deba, Arrasate, Gipuzkoa, España. Anales de Pediatría. Vol. 74. Núm. 1. Enero 2011. DOI: 10.1016/j.anpedi.2010.08.006*
- *Andrés González A, Lumbreras Torija C, Blanco Gutiérrez M. Síndrome de Chilaiditi; a propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:89-92.*

682/168. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DEL MIEMBRO SUPERIOR POR SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

de Dios Rodríguez, M.¹, Moral Merchán, M.¹, BERNAD, A.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cala. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga*

Descripción del caso

Paciente mujer de 48 años, ex-fumadora, menopausia precoz desde los 35 años, intervenida de mioma uterino sin otros FRCV y sin tratamiento anticoagulante habitual, acude a consulta por cuadro de 2-3 meses de evolución de dolor cervical irradiado hacia hombro izquierdo y leve pesadez en MSI sin respuesta a analgésicos. Un año previo había consultado por parestesias en mano contralateral descartándose síndrome del túnel del carpo y cervicobraquialgias.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se palpa tumoración supraclavicular dudosa izquierda de 1 cm. Circulación colateral leve en hemitórax izquierdo inadvertido por la propia paciente. Sensación de debilidad en MSI a la abducción del brazo a 90°. Pulsos palpables a todos los niveles. No edemas. Análisis de sangre y orina normal. Rx columna cervical y Rx de tórax: sin hallazgos significativos. Eco cervical: Estudio dentro de la normalidad. Se derivó a medicina interna y CCV. Flebografía venosa MSI: confirmación de estenosis severa de vena subclavia izquierda al abducir el brazo

desde los 30º. Ingresó de manera programada para tratamiento de cirugía de descompresión de estrecho torácico venoso izquierdo con resección de primera costilla con posterior revascularización parcial+fibrinolisis por trombosis de vena subclavia izquierda con mejoría de la movilidad, dolor y edema. La paciente fue dada de alta con anticoagulación durante 6 meses. Pendiente de estudio de hipercoagulabilidad en el momento actual por 2 episodios previos de abortos tras rehistoriar a la paciente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de estrecho torácico venoso izquierdo. Síndrome de Paget-Schroetter.

Diagnóstico diferencial

Discopatías cervicales.

Trombofilias.

Síndrome del túnel del carpo.

Patología cintura escapular.

Enfermedades neurodegenerativas SNC.

Comentario final

El SDT venoso es una enfermedad infradiagnosticada con una baja incidencia no siendo motivo de consulta en fases leves iniciales. Se produce por la compresión del plexo braquial y de los vasos subclavios a su paso por la región cervicoaxilar, justo por encima de la primera costilla. La anamnesis detallada y exploración minuciosa en atención primaria es clave para poder diagnosticarla precozmente y ofrecer un tratamiento lo más adecuado posible.

Bibliografía

- *Salazar V, Arroyo A, Otálora S. Paget-Schroetter syndrome. Study of 25 patients in Southeast Spain. Med Clin Barc. 2021;157(4);200-201.*
- *Bonilla-Alvarado F. Síndrome del desfiladero torácico. Ciencia & salud. 2018;2;3*

682/180. MALOS CUIDADOS, MALA EVOLUCIÓN.

Autores

Tena Santana, G.¹, Trujillo Díaz, N.², Castaño Durán, C.²

Centro de Trabajo

(1) *Residente de 1er 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*

Descripción del caso

Varón de 69 años de edad que consulta en Servicio de Urgencias Hospitalarias por cuadro de astenia y debilidad tras caída accidental desde su misma altura en días previos.

Exploración y pruebas complementarias

Se trata de un paciente diabético tipo II con hepatitis alcohólica y pancreatitis de repetición en este contexto. Refieren sus familiares que desde que tuvo la caída ha presentado deterioro progresivo con imposibilidad para la deambulación y dificultad para comunicarse.

Presenta regular estado general, tinte ictérico y eupneico en reposo. Impresiona la auscultación respiratoria de hipoventilación en ambas bases.

En pruebas complementarias se aprecia plaquetopenia en probable contexto de hepatopatía enólica, hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa e hipopotasemia moderada.

La radiografía de tórax muestra infiltrado pulmonar basal bilateral. La ecografía de abdomen muestra datos de cirrosis en probable contexto enólico y dilatación de colédoco de hasta 9 milímetros.

La Tomografía Axial Computarizada de cráneo no muestra lesiones ocupantes de espacio ni signos de sangrado agudo intra o extraaxial.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Orientación Diagnóstica: Deterioro cognitivo en paciente hepatópata con infiltrado pulmonar bilateral basal.

Juicio Clínico: Neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria agudizada en dicho contexto.

Diagnóstico diferencial

Neumonía bilateral, pancreatitis obstructiva, delirium, traumatismo cráneo-encefálico.

Tratamiento: Colocación de BIPAP y corrección de alteraciones electrolíticas graves.

Evolución: Ingreso en Planta de Medicina Interna con aislamiento de *Streptococcus Pneumoniae*.

Seguimiento en AP: tras el alta hospitalaria, con el paciente hay que tomar medidas de deshabitación tabáquica y alcohólica, se prescribirá oxigenoterapia mínimo 16 horas al día a domicilio del que hay que realizar seguimiento de tolerancia y conciliación de su tratamiento crónico.

Comentario final

el deterioro cognitivo asociado al hábito alcohólico es habitual, al igual que la insuficiencia respiratoria en pacientes EPOC avanzados, por lo que el control de factores de riesgo cardiovascular es fundamental para evitar empeoramiento de sus cuadros basales.

Bibliografía

- Xiomara C; Sánchez J; Naula R; Belén A; Josué R; Reyna G et al. Revisión bibliográfica: patrones radiológicos en patologías pulmonares de etiología infecciosa. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(1): 2601-11.
- Soldevila L; Valerio L; Roure S; Vallés X; Martínez-Arias A; López-Muñoz I; et al. La Invasión Silente de las Superbacterias: Una Amenaza Global. *Enf Emerg*. 2023;22(1): 20-9.

682/181. DOCTORA, YO NO HE VENIDO POR ESO. A PROPOSITO DE UN CASO DE ACROPAQUIAS.

Autores

García Barea, G.¹, Moya Moreno, A.², Montoro Ortiz, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cañada del Real Tesoro. Cortes de la Frontera. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cortes de la Frontera. Cortes de la Frontera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arroyo. Chipiona. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 24 años, fumador activo, que acude a consulta de atención primaria por lumbalgia. Durante el desarrollo de la anamnesis, nos llama la atención la apariencia de sus manos, presentando malformación en los dedos, por lo que comenzamos a indagar con respecto a sus antecedentes a nivel respiratorio, no presentando síntoma alguno a este nivel, pero sí un consumo acumulado de 2 paquetes/año.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta engrosamiento del tejido conectivo de las falanges terminales de la zona distal de los dedos de las manos, acompañado de un reblandecimiento del lecho ungueal, indoloros, bilaterales y simétricos, sugestivos de acropaquias, dedos hipocráticos o en palillo de tambor. Desde atención primaria se solicita radiografía de tórax hallándose posible atelectasia y una imagen nodu-

lar en lóbulo inferior derecho (LID). Auscultación cardiorespiratoria normal y saturación capilar de oxígeno del 94%. Se deriva a neumología y se completa el estudio con Angio-TC de Tórax donde se identifica una gran malformación vascular en el LID con conexiones entre arterias pulmonares y venas inferiores.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fístula arterio-venosa pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Artritis, celulitis, quistes óseos en falanges, nódulos de Heberden, paquidermoperiostosis y curvatura exagerada de uñas.

Comentario final

Las acropaquias son una de las manifestaciones de enfermedades cardiopulmonares, cirrosis hepáticas, enfermedades inflamatorias intestinales, etc. En el caso que nos ocupa, fueron el único indicador que nos orientó hacia el diagnóstico final, ya que el propio paciente, restaba importancia a dicho signo, y el motivo de consulta inicial fue uno completamente diferente. Nos gustaría, con este caso, resaltar la importancia de valorar al paciente en su conjunto, prestando atención a los signos que puedan despertar nuestra sospecha clínica de una patología subyacente. Actualmente, el paciente se encuentra a la espera de embolización de fístula arterio-venosa por parte de cirugía torácica.

Bibliografía

- Toribio MC, Galnares E. Acropaquias. *Semergen*. 2009; 35(8):415-7. [Consultado el 24 de marzo de 2023] Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-51138359309726802>
- De Gregorio MA, Maynar M, D'Agostino h, Medrano J, Higuera T, Laborda A. *Intervencionismo* 2007; 7.2: 68-76. [Consultado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en <http://revistaintervencionismo.com/wp-content/uploads/200772Revision.pdf>

682/182. LEISHMANIASIS CUTÁNEA IMPORTADA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores

Moya Moreno, A.¹, García Barea, G.², Fernández García, F.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cortes de la Frontera. Cortes de la Frontera. Málaga,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cañada del Real Tesoro. Cortes de la Frontera. Málaga,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz*

Descripción del caso

Varón de 16 años, inmigrante africano, residente en centro de menores no acompañados, que acude a consulta por lesiones costrosas, precedidas de ulceración, no pruriginosas ni dolorosas en miembro inferior izquierdo, sin síntomas sistémicos, tratada con mupirocina tópica y amoxicilina-clavulánico sin mejoría, ulcerándose de nuevo algunas de ellas.

Exploración y pruebas complementarias

A nivel de miembro inferior izquierdo se localizan lesiones de distinto tamaño, algunas de ellas costrosas, otras, ulceradas con signos de sobreinfección. Se realiza analítica completa con serología sin hallazgos y cultivo de exudado de heridas, donde se aísla *Staphylococcus aureus* multisensible. Al mismo tiempo, se toma biopsia de otra de las lesiones con resultado de punch de piel con intensa inflamación crónica plasmática histiocitaria con escasas estructuras microscópicas que podrían ser compatibles con Leishmanias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Leishmaniasis cutánea.

Diagnóstico diferencial

Impétigo, esporotricosis, sífilis terciaria, cromomycosis, lepra lepromatosa, granuloma paracoccidoidal, xantoma tuberoso y linfoma maligno.

Comentario final

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad zoonótica causada por especies del género *leishmania*, transmitidos a los humanos por flebotomos hembra, generalmente *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. En África el más frecuente es la *leishmania* mayor. Es poco frecuente en nuestro medio, aunque empieza a adquirir importancia por los movimientos migratorios. El diagnóstico de sospecha es eminentemente clínico y presenta un amplio diagnóstico diferencial y un gran polimorfismo, por ello se hace necesaria la realización de biopsia cutánea, al alcance de nuestra mano en atención primaria, para llegar a un diagnóstico anatomopatológico.

Actualmente, se encuentra pendiente de iniciar tratamiento tópico por parte de dermatología.

Bibliografía

- Sánchez-González MR, Ortega-Artavia I. *Revista médica de costa rica y Centroamérica LXIV (579) 97-102; 2007. [Consultado el 29 de marzo de 2023] Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/579/art8.pdf>*
- González-Llavona G, Biosca-Echenique G, Soto-Díaz A, Naranjo-Díaz MJ, Espadafor-López B, García-Mellado V. *Leishmaniasis cutánea en paciente senegalés. Actas dermo-sifiligráficas. Vol.98. Núm 1. 54-58 (enero 2007) [Consultado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en <https://www.actasdermo.org/es-leishmaniasis-cutanea-paciente-senegales-articulo-13099351>*

682/183. PSEUDOTUMOR CEREBRI PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Zorrilla Moreno, M.¹, Osuna Ortiz, A.², Aguayo López, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Córdoba. Villanueva de Córdoba. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Adamuz. Adamuz. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cardeña. Cardeña. Córdoba

Descripción del caso

Niña de 2 años, sana, que consulta por cefalea frontal diaria, que no interrumpe descanso nocturno, y decaimiento desde hace 10 días. No fiebre, vómitos ni síntomas neurológicos.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración es normal, Glasgow 15/15. Se solicita analítica con reactantes de fase aguda y serologías de CMV y VEB, normales. Ante la persistencia de clínica y ausencia de signos infecciosos se deriva a hospital para estudio de neuroimagen, siendo TAC y RMN craneales normales. El fondo de ojo (FO) muestra papiledema moderado bilateral, lo que confirma la sospecha de Hipertensión intracraneal idiopática (HII). Se realiza punción lumbar evacuadora, con presión de apertura de 38 cmH₂O, tras la que cede la cefalea y mejora el estado general. Se pauta tratamiento con acetazolamida.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pseudotumor cerebri.

Diagnóstico diferencial

La anamnesis y exploración física minuciosas pueden diagnosticar más del 90% de las cefaleas. Los criterios de la Internacional Headache Society (IHS), que diferencian entre cefaleas primarias y secundarias y están basados en el perfil temporal de presentación, contribuyen eficazmente al diagnóstico específico de las cefaleas. Los exámenes complementarios se realizarán cuando no se llegue al diagnóstico claro por la anamnesis y/o la exploración física y siempre que existan datos sugerentes de un proceso orgánico subyacente.

Comentario final

La HII es un síndrome complejo e infrecuente en la edad pediátrica. Las características clínicas difieren de las presentadas en adultos, no siendo considerado una entidad benigna. Ante la sospecha clínica el diagnóstico debe ser precoz, resultando fundamental para determinar su etiología la neuroimagen cerebral. Su tratamiento debe ser individualizado y dirigido a evitar daño visual permanente.

Bibliografía

- Betancourt-Fursow YM, Jiménez-Betancourt CS, Jiménez-León JC. *Pseudotumor cerebral pediátrico. REV NEUROL 2006;42 (Supl. 3):567-573.*
- Felipe Rucían A, Del Toro Riera M. *Hipertensión intracraneal en Pediatría. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14.pdf>*

682/189. EL PODER DE LA EXPLORACIÓN.

Autores

López Áviles, E.¹, Sánchez Martínez, I.², Rodríguez Valdes, A.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bonanza. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Algaida. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 75 años con antecedentes personales de neoplasia de recto en 2022 (actualmente en remi-

sión), quistes renales, insuficiencia renal leve e hipertensión arterial. Tratamiento actual: Pregabalina 25 mg/12 horas, Enalapril 10 mg/24 horas y Metamizol condicional a dolor. Acude a consulta indicando que hace dos días le realizaron colonoscopia y le dijeron en el hospital que presentaba cifras de tensión arterial elevadas y debía consultar con su médico de Atención Primaria para control. A su llegada, el paciente se encuentra totalmente asintomático.

Exploración y pruebas complementarias

Realizamos exploración física completa, sin hallazgos. Tomamos presión arterial con tensiómetro manual, evidenciándose tensión de 200/100 mmHg. Llama la atención latido intenso y lento. Se registra frecuencia cardíaca de 40 lpm y saturación de oxígeno de 99%. Decidimos realizar ECG en el que se objetiva bradicardia sinusal de 38 lpm y BAV de segundo grado, Mobitz II. Se avisa para traslado del paciente al hospital. Realizan medición de bioanalizadores, hallándose hiperpotasemia de 7,4 mEq/L. En el hospital se ingresa para estabilización y se decide realizar cateterismo e implante de marcapasos definitivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Urgencia hipertensiva. Hiperpotasemia grave. BAV de segundo grado, Mobitz II.

Diagnóstico diferencial

En un inicio nos planteamos diagnóstico diferencial entre las posibles causas de hipertensión arterial. Al realizar ECG planteamos diagnóstico diferencial con BAV de tercer grado.

Comentario final

Este caso es un ejemplo del esfuerzo del médico de familia, adaptándose a los recursos disponibles en su centro de trabajo, escasos en muchas ocasiones. Cabe destacar, por tanto, la importancia de prácticas básicas como la exploración física y medida de constantes vitales, al alcance de cualquier profesional, siendo base fundamental para llegar a un diagnóstico certero.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 6ª Ed. Madrid: Elsevier; 2018.

682/192. DISFAGIA CRÓNICA VS CÁNCER DE FARINGE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Luque Escalante, M.¹, Rico Pereira, A.¹

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morón San Francisco. Morón de la Frontera. Sevilla

Descripción del caso

paciente de 51 años, no fumadora, no hábitos tóxicos. Desde 2018 viene perdiendo peso de forma progresiva. En seguimiento por Digestivo por enfermedad celiaca. Valorada en numerosas ocasiones por ORL por faringitis de repetición que relacionaban con RGE. Empieza con disfagia cada vez mayor a sólidos y a líquidos, continua con la odinofagia que se irradia hacia oído. Se le prescribe antibioterapia empírica y omeprazol cada 12 horas sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada, muy delgada. TA 100/60 mmhg. Saturación 99%. Auscultación cardiorespiratoria rítmica a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Faringe sin hallazgos patológicos. Dolor a la apertura y cierre bucal. Otoscopia: tímpanos íntegros. Cuello sin adenopatías.

Analítica: hemograma sin alteraciones, bioquímica colesterol total 280 mg/dl, LDL 204 mg/dl. TAC cuello con contraste: lesión tumoral sólida de la transición hipofaringe-esofágica que condiciona obliteración completa de la luz digestiva, sin sospecha de metastásis. Biopsia: carcinoma epidermoide bien diferenciado de seno piriforme.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

carcinoma epidermoide bien diferenciado in situ.

Diagnóstico diferencial

Esofagitis eosinofílica que se descarta al tener endoscopia normal. La faringitis crónica era la primera opción, y fue el primer diagnóstico, que también se descartó al existir una disfagia y una pérdida de peso.

Comentario final

La importancia del caso radica en que debemos escuchar al paciente, no toda odinofagia que se cronifica es una faringitis crónica. Hay muchas otras patologías

que debemos tener en cuenta y debemos descartar. Además en este caso ha sido muy importante el abordaje entre las diferentes especialidades (atención primaria, digestivo y otorrino) para el correcto diagnóstico y poder empezar un tratamiento.

Bibliografía

- Vazel L, Martins C, Potard G, Marianowski R. *EMC Otorrinolaringología*. 2005;34(2):1-7.
- Rivera N, Solera A, Castro D.A. *Revista médica Siner-gia*. 2023; 8(1).

682/196. SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Luque Escalante, M.¹, Rico Pereira, A.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morón San Francisco. Morón de la Frontera. Sevilla*

Descripción del caso

Paciente de 58 años con HTA. Ex fumadora desde hace 15 años. Acude por inflamación en cara y edema de párpados, tras realizar tratamiento con azitromicina y salbutamol por una bronquitis. Además continua con tos y esputos blanquecinos. Ha acudido varias veces a urgencias, donde se prescribe furosemida y deflazacort. Tras resultados obtenidos se habla con Neumología y conjuntamente se aborda el caso.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada. Bien hidratada. Eupneica saturando al 99%. TA 110/70 mmHg. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico a buena frecuencia, sin soplos ni extratornos. Buen murcullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas. Ligera hinchazón en cara, con edema y eritema en párpados. Radiografía tórax que se manda a informar: Aumento de densidad nodular paratraqueal derecha suprahiliar que desplaza la tráquea discretamente hacia la izquierda.

Análítica: hemograma con hb 11,9 g/dl, hto 0,4%, plaquetas 445000, 4000 leucocitos con 12% monocitos. Bioquímica: glucosa 120 mg/dl, ggt 108 U/l, FA 735 U/l, sodio 127 mEq/l, potasio 5,3 mEq/l, resto sin alteraciones. TAC tórax: Hallazgos compatibles con carcinoma microcítico pulmonar (primera posibilidad) con

extensa diseminación metastásica, fundamentalmente hepática. Fibrobroncoscopia: Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas con diseminación metastásica. Síndrome vena cava superior secundario a lo anterior.

Diagnóstico diferencial

LES, angioedema, dermatitis de contacto, linfoma, timoma y matástasis, trombosis de la vena cava superior.

Comentario final

La importancia de este caso reside en hacer desde atención primaria, una buena historia clínica y un buen diagnóstico diferencial para poder orientar el caso. Esta paciente ha ido en múltiples ocasiones a urgencias donde se han puesto al azar numerosos tratamientos, y ha sido en atención primaria donde ha sido posible realizar una completa historia y pruebas complementarias, además de hacer un abordaje multidisciplinar.

Bibliografía

- De Mariscal A, Bordel MT, Vega J, Vidal E, Torrero MV, Miranda A et al. *Edema facial como primer síntoma de un síndrome de la vena cava superior. Actas dermatosifiliorg*. 2001;92(9):417-418.
- Dyken JR, Pagano JP, Y Soong V. *Superior vena caval syndrome presenting as periorbital edema. J Am Acad Dermatol*. 1994;31(2 Pt 1):281-3.

682/198. ESTA BUSCAPINA NO ME FUNCIONA.

Autores

Drabovich Drabovich, O.¹, Sánchez González, M.²

Centro de Trabajo

(1) *SUAP Arahal*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Descripción del caso

Varón, 53 años. Antecedentes: HTA y dislipemia de reciente diagnóstico, sin tratamiento. Hernia de hiato, ERGE, esteatosis hepática. Hiperuricemia. Hábitos: fumador un paquete al día y bebedor ocasional.

Acude a Servicio de Urgencias (SUAP) rural por dolor abdominal en epigastrio e hipogastrio, de 12 horas

de evolución. Hoy, trabajando en su huerto, presenta sensación disneica y diaforesis. Comenta que el día anterior fue atendido por su MAP por el mismo motivo. Se prescribió butilbromuro de escopolamina oral, con juicio clínico de: espasmo abdominal/meteorismo. Hoy el dolor es más intenso y no desaparece. Lo describe como: punzante, fijo y limita su respiración.

Exploración y pruebas complementarias

Afectado por el dolor (EVA 6/10), diaforético y con náuseas. COC. TA:171/120mmHg, FC:80 lpm, FR:12 rpm., Sat.O2: 98%, Glucemia:108g/dl. TestAg Sars-Co-19: negativo.ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos.ABD y MMII:sin hallazgos.

Pruebas complementarias: En el SUAP rural: ECG:Ritmo sinusal con ascenso antero-lateral e infradesnivelación en III, del ST. En el Hospital: En analítica practica-
da destaca: TnT:2574,08. Ecocardiografía ingreso: sin cardiopatía estructural.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Juicio clínico/Orientación diagnóstica:IAMCEST de presentación atípica.

Diagnóstico diferencial

Diagnostico diferencial:ERGE relacionado hernia de hiato y hábitos tóxicos. Pancreatitis aguda. Síndrome de Boerhaave.

Comentario final

Tratamiento: Administramos AAS 300 mg y NTG s.l. y morfina 2.5 mg IV., que alivian el dolor(EVA 2/10).

Activamos Código Infarto y, a través del CCUE, contactamos con Hemodinámica del hospital de referencia. Es candidato a Angioplastia Primaria, que se practica, surgiendo una complicación: trombosis subaguda de stent.

Conclusiones: en un servicio de urgencias extrahospitalario se deben tomar decisiones rápidas y precisas basadas en nuestra experiencia, conceptos clínicos y herramientas sencillas de aproximación diagnóstica. Hasta 30% pacientes suelen presentar clínica inicial "ATÍPICA".

El conocimiento y la activación del protocolo "Código infarto" desde el primer contacto médico (en nuestro caso un medio rural) fue fundamental para realizar la revascularización precoz con intervencionismo percutáneo coronario (ICP) en ventana terapéutica y salvar la vida de este paciente.

Bibliografía

- García Sebastián C, Bellas Sequeros, A. Protocolos de práctica asistencial. Protocolo de tratamiento en urgencias del paciente con síndrome coronario agudo con elevación segmento ST. Revista Elseiver. U.38, serie 13. p-2177-2183. 2021

682/201. PÚRPURA DE SCHÖENLEIN-HENOCH EN EDAD PEDIÁTRICA: A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Autores

Zorrilla Moreno, M.¹, Medina Romero, M.¹, Aguayo López, M.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Córdoba. Villanueva de Córdoba. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cardeña. Cardeña. Córdoba

Descripción del caso

Niño de 3 años, sano, bien vacunado. Consulta por exantema en ambas piernas y cojera izquierda de horas de evolución que la madre relaciona con picadura de insecto previa. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: múltiples lesiones violáceas en extremidades inferiores; pierna izquierda ligeramente edematosa y caliente. Se deriva a hospital para estudio complementario. Analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) normal, salvo PCR 24,9. Consultan horas más tarde por extensión de las lesiones hasta glúteos con aparición de numerosas petequias, de aspecto purpúrico, y dolor invalidante de ambos pies. Analítica: sangre normal, indicios de hematíes en orina. Tras ampliar anamnesis la madre comenta cuadro febril autolimitado de 36 horas la semana anterior, que orienta a una amigdalitis estreptocócica, y que se confirma posteriormente con test de streptococo positivo. Se pautan al alta ibuprofeno y amoxicilina, indicándose vigilancia de microhematuria por su pediatra.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH).

Diagnóstico diferencial

El cuadro clínico de la PSH es inespecífico y un gran número de síndromes pueden manifestarse de una forma

similar. El principal problema de diagnóstico diferencial, especialmente si existe afectación sistémica, se produce en los adultos. En niños el diagnóstico puede resultar obvio y generalmente no se realiza la biopsia cutánea. Con dolor abdominal: Invaginación u otro tipo de abdomen agudo quirúrgico. Con artritis: Fiebre reumática, poliarteritis nodosa, artritis reumatoide, LES. Con exantema: Diátesis hemorrágica, reacción a fármacos, sepsis, malos tratos. Con enfermedad renal: Glomerulonefritis aguda. Con testículo doloroso: Hernia incarcerada, orquitis o torsión testicular.

Comentario final

La PSH es la vasculitis más frecuente en la edad pediátrica. La triada definitoria es: púrpura no trombocitopénica, artritis y dolor abdominal. La mayoría de los síndromes vasculíticos no disponen de una prueba diagnóstica definitiva, por tanto su diagnóstico se fundamenta en la combinación de datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.

Bibliografía

- Blanco R. et al. Síndrome de Schönlein-Henoch. *Rev Esp Reumatol.* 2000;27:54-65
- López Saldaña MD. Púrpura de Schönlein-Henoch. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13-purpura-SH.pdf>

682/202. "NO ME GUSTAN LAS AGUJAS".

Autores

Lendínez Hernández, E.¹, Lendínez Hernández, E.¹, Palmero Olmo, E.¹

Centro de Trabajo

(1) El Mirador. San José de la Rinconada. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 61 años, fumador de ICAT 40, HTA, DM2, Dislipemia sin tratamiento con estatina. Tratamiento habitual: Metformina 1g/empagliflozina 12.5 cada 12 h, enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12.5 mg. Trabaja en hostelería. Acude para revisión semestral con analítica. En sus últimas analíticas ha presentado malos resultados de HBA1C. Presenta alto riesgo cardiovascular, insistimos en la importancia del buen control de su enfermedad. Proponemos reiteradamente introducir aGLP-1 pero culpa a su profesión y el miedo a las agujas de falta de disponibilidad para administrarse el

tratamiento, posponiendo su pauta. Finalmente, proponemos Semaglutide oral, de forma consensuada, la paciente acepta el tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Afebril. Bien hidratada y perfundida. Obesidad tipo 1. IMC 33. ACP tonos rítmicos sin soplos, MVC. Abdomen blando y depresible, gran panículo adiposo, estrías rojo vinosas, no se palpan masas ni megalias. MMII no edemas ni signos de TVP.

Analítica: Glucemia 148 mg/dl, HBA1C 7.8%, Urea y creatinina normal, FG 82, Cociente alb/Cr 80, LDL 170 mg/dl. ECG ritmo sinusal, no alteraciones repolarización ni signos de isquemia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Conseguimos concienciar a la paciente de las complicaciones de su elevado riesgo cardiovascular.

Pautamos Estatina (Rosuvastatina/ezetimibe) como aGLP-1 (semaglutide 3mg al día) el primer mes, posteriormente incrementamos a 7 mg /día.

Al ser oral el tratamiento, la paciente aceptó disminuyendo en los siguientes controles la HBA1C a 6.5%.

Diagnóstico diferencial

Diabetes Mellitus 2.

Hipercolesterolemia.

Enfermedad de Cushing.

Comentario final

Destacar la importancia del buen control multifactorial de pacientes diabéticos con elevado riesgo cardiovascular, en los que podemos evitar o retrasar un evento cardiovascular.

Es necesario la realización de controles analíticos semestrales o anuales, así como el control de dieta y ejercicio por enfermería. Los médicos de familia somos los responsables, mayoritariamente, de la población diabética.

Bibliografía

- *Standards of Medical Care ni Diabetes-2017. American Diabetes Association. Diabetes Care. Volume 40/ supo 1. January 2017.*
- *Diabetes cañada Clínica practica guiñe líneas expert Committee. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines flor the prevention and management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes. 2018; 42(supl 1): 51-5325.*

682/203. "PALIATIVO NO ES SOLO PALIAR".

Autores

Lendínez Hernández, E.¹, Palmero Olmo, E.¹

Centro de Trabajo

(1) El Mirador. San José de la Rinconada. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 79 años con los siguientes AP: HTA, DM2, Dislipemia, EPOC, Cardiopatía hipertensiva. Recientemente diagnosticado de metástasis hepáticas, con dudoso origen primario próstata-páncreas.

Oncología desestima tratamiento curativo y ponen en contacto al paciente con cuidados paliativos, modificando estos el tratamiento en domicilio. Nos avisan al DCCU P2 asistencia a domicilio por decaimiento.

Interrogamos sobre la modificación del tratamiento y descubrimos que se han retirado los antidiabéticos orales por error.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente. Somnoliento. Orientado en tiempo y espacio. Constantes: SatO₂ 94% sin aportes, FC 70, TA 100/55. ACP tonos rítmicos sin soplos, hipofonéticos, roncus basales.

Abdomen ligera ascitis a normotension, no dolorosa a palpación.

MMII no edemas ni signos de trombosis.

BMT glucemia: HIGH en repetidas ocasiones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Paciente oncológico paliativo con sospecha de progresión de enfermedad.

Hiper glucemia en paciente diabético por retirada de antidiabéticos.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebro vascular.

Hiper glucemia.

Infección tracto urinario.

Infección respiratoria aguda.

Comentario final

Tras valorar de forma muy delicada los diferentes planteamientos terapéuticos posibles, tanto domiciliario con enfoque paliativo como tratar la posible

causa reversible de decaimiento en medio hospitalario, el paciente a diferencia de sus cuidadores, solicita derivación hospitalaria y mejora tras administración de 12 Unidades de insulina subcutánea por nuestra parte más las correspondientes en medio hospitalario conociendo los niveles precisos.

Es muy delicado tomar decisiones relativamente invasivas en pacientes paliativos, pero es justo que puedan conocer y decidir el beneficio de tratar causas reversibles de mejoría.

Bibliografía

- King EJ1, Haboubi H, Evans D, Baker I, Bain SC, Stephens JW. The management of diabetes in terminal illness related to cancer. *QJM*. 2012;105:3-9.
- McCoubrie RL, Jeffrey D, Paton C, Dawes L. Managing diabetes mellitus in patients with advanced cancer: A case note audit and guidelines. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005;14:244-8.

682/215. "DOCTORA, ¿ESTÁN DE OBRAS EN MI SALÓN!".

Autores

Otero Harana, M.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Hombre de 86 años, sin deterioro cognitivo, con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso, arteriopatía carotídea bilateral, depresión, melanoma, déficit visual severo por glaucoma crónico y degeneración macular asociada a la edad; en tratamiento con AAS 100 mg, Atorvastatina 10 mg, Paroxetina 20 mg, Clonazepam 0.5 mg y Betaxolol 2,5 mg/dl. Acude a Centro de Salud (CS) por tener visualizaciones de material de obra y albañiles en su salón, reconoce que podrían no ser reales pero se encuentra nervioso y le cuesta expresarse. Tras valoración en CS se deriva a Urgencias Hospitalarias (UH) donde se descarta patología orgánica cerebral y Síndrome confusional agudo (SCA); realizan interconsulta a neurología y oftalmología diagnosticando de Síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Exploración y pruebas complementarias

CS: Glasgow 15/15, orientado en las tres esferas, no alteraciones del lenguaje, pupila derecha hiporreactiva

e izquierda prácticamente arreactiva, no afectación de pares craneales, fuerza y tono muscular conservado y simétrico, Auscultación cardiorrespiratoria normal. Tira reactiva de orina: leucocitos y eritrocitos positivos. UH: TAC craneal: leucoencefalopatía isquémica crónica, atrofia córtico-subcortical. Analítica: leucocitos 7.380/μL, creatinina 1.06 mg/dL, PCR 0,6 mg/L, procalcitonina 0.02 ng/mL. Urocultivo: *Staphylococcus epidermidis*.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Charles Bonnet.

Diagnóstico diferencial

SCA por infección urinaria, Accidente cerebrovascular, Metástasis cerebral.

Comentario final

En el diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales tenemos que tener en cuenta el SCB. Aunque la prevalencia es del 0.47% aumenta al 15 % en personas con déficit visual severo. Se recomienda no tratarlas farmacológicamente si no afectan a la calidad de vida, siendo las intervenciones no farmacológicas las más importantes. En el seguimiento de este paciente ha sido fundamental la figura del médico de familia ya que el vínculo de confianza-seguridad creado con el paciente le ayudó a entender sus síntomas y controlar la ansiedad que le generaban sin precisar tratamiento farmacológico.

Bibliografía

- Santos E, Serrador M, Porta J, Rodríguez O, Martínez JM, García J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. *Rev Neurol.* 2015; 60(8):337-340.
- Rojas LC, Gurnani B. Charles Bonnet Syndrome. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan (cited 2023 Apr 1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585133/>.*

682/217. CUERPO EXTRAÑO SINTOMÁTICO EN CARA ANTERIOR DE LA PIERNA. ¿HAY QUE EXTRAERLO SIEMPRE?

Autores

Montero Lopez, R.¹, Morales Ocaña, C.¹, Castillo Bueno, H.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Introducción:

Aunque las heridas punzantes son frecuentes, no lo es la presencia de cuerpos extraños retenidos, y menos aún que se encuentren en una exploración casual. Habitualmente hay conciencia de la herida y sensación de la presencia de algo bajo la piel que es doloroso.

Estos fragmentos pueden ser asintomáticos o presentar una clínica de dolor o infecciones locales de repetición.

Antecedentes:

Paciente mujer de 80 años edad con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento. No tiene otras patologías.

Motivo de consulta:

La paciente presenta desde Abril del año 2022 dolor en la zona pretibial anterior de la pierna derecha que se extiende hasta el tobillo derecho, sobre todo por la noche.

Exploración y pruebas complementarias

Pierna derecha de aspecto normal. No hay tumefacción, ni calor ni cambio de color. No se aprecian crepitantes. La movilidad del tobillo es completa. No hay dolor en la abducción ni adducción del tobillo.

En la analítica no hay signos de inflamación (VSG normal) y ácido úrico normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diagnóstico de Presunción:

Tenopatía tendón tibial anterior derecho.

Diagnóstico diferencial

Evolución:

La paciente vuelve, a las dos semanas sin mejoría. Se indica radiografía del miembro inferior derecho.

En la Radiografía se aprecia cuerpo extraño, restos de una aguja de coser partida, en el tercio inferior de la pierna derecha, coincidiendo con la zona dolorosa.

Comentario final

La literatura consultada indica que el cuerpo extraño se debe extraer cuando es sintomático. A pesar del dolor manifestado por la paciente se ha optado por un tratamiento conservador por lo cruenta que sería la intervención por el pequeño tamaño de los fragmentos y el difícil acceso que provocaría un traumatismo mayor que el beneficio obtenido por la paciente.

Bibliografía

- Gonzalez-Lomas G, Cassilly RT, Remotti F, Levine WN. Is the etiology of pretibial cyst formation after absorbable interference screw use related to a foreign body reaction? *Clin Orthop Relat Res.* 2011 Apr;469(4):1082-8.
- Halaas GW. Management of foreign bodies in the skin. *Am Fam Physician.* 2007 Sep 1;76(5):683-8.

682/218. UNA RAYITA MÁS PARA EL TIGRE.

Autores

Drabovich Drabovich, O.¹, Sánchez González, M.²

Centro de Trabajo

(1) Área Sanitaria Sur de Sevilla, (2) SUAP Distrito Sevilla

Descripción del caso

Varón, 74 años. Antecedentes: HTA, dislipemia, hernia de hiato, Adenocarcinoma de laringe (laringuectomizado) y Carcinoma epidermoide de pulmón (lóbulo superior derecho, con neumectomía subtotal), ambos en remisión. Consulta a las 5:52 a.m. por dolor intenso referido a región axilar anterior izquierda e irradiado a fosa cubital y muñeca izquierda. Niega sobre esfuerzo, cortejo, disnea, mareos o palpitations. Ha tomado una benzodiazepina s.l. por sensación de nerviosismo. Comenta que hace unas ocho horas tuvo un dolor retroesternal difuso, intenso, irradiado a espalda, autolimitado y no asociado a cortejo, que atribuyó a dispepsia.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable. Nula afectación del estado general. Se comunica con dificultad (laringuectomía). Constantes: TA: 110/70 mmHg, FC: 171 lpm, Temperatura: 34,8°C, SatO₂: 99%, FR: 12 rpm. A la auscultación destaca: taquiarritmia, soplo aórtico III/VI e hipoventilación en hemitórax derecho. ECG: fibrilación auricular (inicio incierto), a 171 lpm, y ascenso del ST en III > II, y en V4R y descenso de ST en I y aVL (obstrucción de ACD) de localización proximal a la salida de sus ramas septales (ST isoelectrico en V1 y ascenso de ST en V4R).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

IAMCEST de cara inferior. Probable afectación de ACD.

Diagnóstico diferencial

ERGE (relacionada con hernia de hiato). Dolor no isquémico oncológico (adenopatías, metástasis) y no

oncológico (nociceptivo osteomuscular, hidrosadenitis), etc.

Comentario final

Evolución: Administramos 300 mg de AAS oral, una gragea de cafinitrina s.l. (que alivia el dolor axilar, persistiendo la irradiación a MSI) y activamos Código infarto, ya que el paciente está en ventana terapéutica y es candidato a angioplastia primaria (ICP).

Comentario final: En un servicio de urgencias extrahospitalario se deben tomar decisiones rápidas y precisas basadas en nuestra experiencia, conceptos clínicos y herramientas sencillas de aproximación diagnóstica. Un 30% de cardiopatías isquémicas agudas presentan clínica "atípica". Debemos ser metódicos y usar todas las herramientas que tenemos a nuestro alcance para descartar patologías graves. El ECG de 12 derivaciones sigue siendo el método diagnóstico más coste-efectivo del que disponemos los médicos de atención primaria para descartar cardiopatía isquémica, que no siempre se presenta con el cuadro típico que conocemos.

Bibliografía

- García Sebastián C, Bellas Sequeros, A. Protocolos de práctica asistencial. Protocolo de tratamiento en urgencias del paciente con síndrome coronario agudo con elevación segmento ST. *Revista Elsevier. U.38, serie 13.* p-2177-2183. 2021

682/219. DOCTORA, LE HA PICADO UNA AVISPA Y NO RESPONDE.

Autores

Galan Muriel, I.¹, Gala González, A.², Montoro Caba, M.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 22 años, sin antecedentes personales de interés, es traída a urgencias del Consultorio de Adamuz, por inconsciencia. Su pareja refiere que cree que le ha picado una avispa mientras estaban en el campo, pero no sabe si es alérgica. NO otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada llegada está inconsciente, respirando y con pulso, no responde ni a estímulos verbales ni do-

lorosos. Glasgow 3., Glucemia 98 mg/dl, tensión arterial 130/80 mmHg, Saturación 98%. Fetor alcohólico. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesícula conservado sin ruidos sobreañadidos. No edema de úvula. No lesiones dérmicas. Se administra una ampolla de adrenalina subcutánea 1mg/ml, se coge vía intravenosa (IV) y se administra hidrocortisona 100mg. Posteriormente, tras valoración se administra piridoxina IV, y tiamina intramuscular. Se intenta colocar mascarilla iguel pero la paciente la rechaza intentando vomitar por lo que se le administra oxigenoterapia a 2 litros con gafas nasales.

Se le realiza electrocardiograma con ritmo sinusal a 98 lpm, eje normal sin alteraciones de la repolarización.

Tras la medicación, recupera la consciencia respondiendo a estímulos dolorosos y verbales, y la trasladamos en ambulancia al Hospital Reina Sofía.

Allí llega estable hemodinamicamente con Glasgow 15/15. Le realizan analítica con 3 series y radiografía de tórax normal. Recomiendan estudio de alergia a himenópteros por servicio de Alergología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Alergia a himenópteros, sobredosis de alcohol.

Diagnóstico diferencial

Sobredosis de opiáceos.

Síndrome conversivo.

Coma etílico.

Comentario final

No nos debemos influenciar con lo primero que nos digan los pacientes, si no que debemos hacer una historia exhaustiva y realizar un diagnóstico diferencial adecuado para poder llegar a la verdadera causa que lo ha provocado y así resolverla. En este caso, no encontramos ningún signo de picadura y, quizás, el alcohol pudo ser la principal causa siendo el olor lo que nos orientó al diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

- Marques Amat I. Alergia a Himenópteros. *Medicina Respiratoria* 2010,3 (2):17-26.
- Mesquita AM, Carneiro-Leão L, Amaral L, Coimbra A. *Hymenoptera Venom Allergy*:
- *Re-Sting reactions. Eur Ann Allergy Clin Immunol* Vol 53, N.2, 94-96, 2021

682/221. UN PACIENTE CON CÁNCER INCONSCIENTE.

Autores

Montoro Caba, M.¹, Gala González, A.¹, Galan Muriel, I.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba*

Descripción del caso

Paciente varón de 94 años, con los siguiente antecedentes personales:

Alergia a metamizol. HTA, Insuficiencia cardíaca, Fibrilación Auricular, SIADH, Trombosis venosa profunda, AIT de repetición. Adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas en columna vertebral y pelvis, en tratamiento con Hormonoterapia.

Intervenciones quirúrgicas: Prótesis de rodilla derecha, Fractura de cadera derecha.

Avisan por inconsciencia desde hace unos minutos. Esta mañana estuvo con diarrea. No otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada se encuentra inconsciente, respira y tiene pulso, Glasgow 3. Saturación O₂ 87%. tensión arterial (TA) 150/86 mmHg, glucemia 150 mg/dl. Auscultación cardiorrespiratoria tonos arrítmicos a buena frecuencia, murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Abdomen blando depresible, globuloso, sin signos de irritación peritoneal. Neurológico: pupilas mióticas, resto no valorable.

Se administra oxígeno mediante mascarilla tipo venturi al 24%, se canaliza vía venosa periférica y se monitoriza al paciente. Se realiza electrocardiograma con fibrilación auricular a buena frecuencia, sin alteraciones de la repolarización.

Se administra furosemida 20mg, metilprednisolona 125 mg, flumazenilo 0.3mg (3ml), repitiendo dosis a los 2-3 minutos sin respuesta.

Se le explica a la familia la mala evolución del paciente y valorar las posibles opciones.

Ante esto el hijo recuerda que llevaba días tomando morfina en solución si dolor 3mg/4horas. Así, que se administra naloxona 0.4 mg/iv, respondiendo parcial-

mente por lo que se vuelve a administrar otra dosis respondiendo satisfactoriamente.

Se reevalúa al paciente: consciente y orientado en tiempo y espacio, TA 160/70 mmHg, glucemia 160 mg/dL, SO₂ basal 95%.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Intoxicación aguda por opiáceos.

Coma.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación aguda por benzodiazepinas.

Encefalopatía.

Hemorragia o infarto cerebral.

Metástasis cerebrales.

Comentario final

Ante un paciente con cáncer, inconsciente, a veces dejamos de hacer cosas porque lo relacionamos con su enfermedad. En este caso, la familia no entendía ese deterioro tan brusco y se intentó buscar la causa del mismo, advirtiendo en todo momento, que podía ser progresión de la enfermedad.

Bibliografía

- *Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Intoxicación aguda por opiáceos y derivados.*
- *En: Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L., directores. Compendio de Medicina de Urgencias. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 552-555.*

682/224. DOCTOR, QUIERO UN VOLANTE PARA EL CARDIÓLOGO.

Autores

Hidalgo Rodríguez, A.¹, Martín Enguix, D.², Generoso Torres, M.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gójar. Gójar. Granada,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada*

Descripción del caso

Mujer de 76 años con hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 20mg/24h que acude a urgencias

hospitalarias por disnea y edematización de miembros inferiores, donde pautan furosemida 40mg/24h y derivan a consulta de Cardiología.

Seis meses después, su hija nos pide cita telefónica admitiendo que su madre no acudió a la cita del Cardiólogo. Aunque presentó mejoría clínica con el diurético, tras unos meses reaparecieron los edemas y la disnea, pidiéndonos nueva cita con Cardiología.

Solicitamos analítica con BNP, ECG, Rx tórax y programamos cita presencial para exploración.

Exploración y pruebas complementarias

Las pruebas complementarias no mostraron alteraciones relevantes. Las constantes y la ACR eran normales. Presentaba edemas con fóvea hasta rodillas. Llamaba la atención un abdomen muy globuloso y distendido, no doloroso a la palpación, que impresionaba de ascítico (confirmándose al realizar ecografía en consulta).

Ampliamos analítica con serología hepática (que resultó negativa) y marcadores tumorales (destacando Ca 125 de 445). Solicitamos ecografía abdominal reglada donde apreciaron engrosamiento del epiplon mayor sugerente de carcinomatosos peritoneal.

Sospechando neoplasia de origen ovárico, derivamos a Ginecología. Tras análisis del líquido ascítico y RM abdominal confirmaron la presencia de un carcinoma de ovario.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinomatosis peritoneal secundaria a carcinoma de ovario.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca, Cirrosis Hepática, Insuficiencia renal, Obesidad, Tuberculosis peritoneal.

Comentario final

La presencia de ascitis no siempre es fácil de identificar sólo con la exploración física. La obesidad, las tumoraciones abdominales y una suboclusión intestinal pueden simular un abdomen con ascitis. La etiología más frecuente es la cirrosis hepática (81%), seguida por la carcinomatosis peritoneal (10%) y la insuficiencia cardíaca (3%).

La presencia de carcinomatosis peritoneal en mujeres suele asociarse a carcinoma de ovario. Los síntomas precoces son muy inespecíficos, por lo que suele diagnosticarse en estadios avanzados al aparecer ascitis, derrame pleural u obstrucción intestinal. La supervivencia a los 5 años es del 41% en estadio III, y del 20%

en estadio IV (siendo menor en mayores de 40 años al asociarse a tumores más agresivos).

Bibliografía

- Chan JK, Tian C, Kesterson JP, et al. *Symptoms of Women With High-Risk Early-Stage Ovarian Cancer. Obstet Gynecol* 2022; 139:157.
- Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, et al. *Ovarian cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin* 2018; 68:284.

682/225. DERMATITIS NEUTRÓFILICA NECROTIZANTE ASOCIADA A VASCULITIS: UN CASO RELACIONADO CON LA EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS EN UN SEMILLERO.

Autores

Perejón Díaz, M.¹, Toro Hinojosa, B.², Colchón Castilla, J.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Colorado. Conil de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3) Enfermero. Centro de Salud Conil La Atalaya. Conil de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 47 años, no fumador, trabajador en semillero, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, dislipemia e hipertensión. Consulta por una dermatosis de varias semanas, con prurito nocturno en tronco y extremidades, no presenta fiebre ni artralgias, ni alteraciones del tránsito ni síndrome miccional. No hay síndrome constitucional y no hay otros miembros de la familia afectados. El paciente reconoce que en el último año han cambiado todos los pesticidas, insecticidas y abonos de su trabajo, coincidiendo con el inicio de la clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Se observan lesiones maculo-papulosas, no confluyente en placas, bien delimitadas, con lesiones por rascado en tronco y extremidades. La auscultación es normal, al igual que la exploración abdominal, neurológica y del aparato locomotor. Los resultados de las pruebas complementarias son normales, incluyendo el estudio de alergia, perfil hepático, perfil renal, coagulación, sistemático de orina, serología y estudio inmunológico con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) nega-

tivos. Biopsia piel: dermatitis neutrofílica necrotizante asociada a vasculitis, mostrando la presencia de un perfil linfocitocitario con presencia de neutrófilos y algunos eosinófilos, así como la presencia de vasculitis aguda con fibrosis y trombos en las vases de la dermis papilar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Dermatitis neutrofílica necrotizante asociada a vasculitis por contacto con agentes químicos.

Diagnóstico diferencial

Urticaria vasculitis, eritema elevatum diutinum, vasculitis por enfermedades sistémicas y vasculitis por insecticidas/pesticidas.

Comentario final

Dado que los resultados de las pruebas complementarias fueron normales (ANCA-) y no se presentaron otros síntomas aparte de los dermatológicos, descartamos afectación sistémica y determinamos que la vasculitis fue causada por productos químicos utilizados en el trabajo. Se consideraron fármacos, pero tras revisar el historial y el tiempo de prescripción, lo descartamos. Recomendamos evitar el contacto con los productos químicos y se inició el tratamiento con esteroides a dosis bajas, lo que resultó en la remisión de los síntomas. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento se llevaron a cabo en atención primaria, la biopsia cutánea resultó crucial para el diagnóstico.

Bibliografía

- Pulido-Pérez A, Avilés-Izquierdo JA, Suárez-Fernández R. *Vasculitis cutáneas. Actas Dermo-Sifiligráficas*. 2012;103(3):179-191.
- Rivero, D. S. (2012). *Enfrentamiento de las vasculitis primarias: Clinical aspects of primary vasculitis. Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(4), 403-411. DOI: 10.1016/S0716-8640(12)70331-0.

682/226. TUMOR DE PARTES BLANDAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Arriaza Gestoso, M.¹, Ruiz Hinojosa, R.², Rivero Infantes, M.³

Centro de Trabajo

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

año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Saucejo. El Saucejo. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 51 sin antecedentes de interés que consulta por aumento de diámetro de miembro inferior derecho, progresivo de unos 5 meses de evolución. Presenta sensación de tensión, sin dolor ni impotencia funcional.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta aumento de diámetro con respecto a contralateral, a expensas del compartimento anteroexterno. Realizamos analítica general que es normal y radiografía que muestra gran aumento de densidad de densidad grasa, sin aparente afectación ósea. Derivamos de forma preferente a Traumatología quienes solicitan RMN que muestra masa extensa de unos 15 cm de tamaño heterogénea compatible con Liposarcoma mixoide. La biopsia y anatomía patológica confirman el diagnóstico. Debido al gran tamaño, se trató con radioterapia neoadyuvante y posterior cirugía. En la actualidad sigue revisiones periódicas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Liposarcoma mixoide de bajo grado estadio T2B.

Diagnóstico diferencial

Celulitis, lipoma, trombosis venosa profunda, otras neoplasias (Sarcoma de Ewing, linfoma, sarcoma no diferenciado pleomórfico).

Comentario final

Las neoplasias de tejidos blandos se originan del tejido esquelético no epitelial (ligamentos, tendones, tejido adiposo) y constituyen un grupo muy heterogéneo y de difícil caracterización. Es muy importante atender a los síntomas que presentan, así como al tiempo de evolución ya que en la mayoría de los casos se diagnostican cuando tienen un tamaño considerable. Precisan pruebas de imagen y estudio patológico para valorar su extensión y el tratamiento definitivo incluye cirugía y en ocasiones neoadyuvancia con radioterapia o quimioterapia.

Bibliografía

- Segura Sánchez, Juan; Pareja Megía, María Jesús; García Escudero, Antonio; Vargas de los Monteros, María Teresa; González-Cámpora, Ricardo. Liposarcomas. Aspectos clínico-patológicos y moleculares. REV ESP PATOL 2006; Vol 39, n.º 3: 135-148.

682/227. ALTERACIONES VISUALES Y CEFALEA: PREÁMBULO DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA.

Autores

Arriaza Gestoso, M.¹, Ruiz Hinojosa, R.², Rivero Infantes, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla

Descripción del caso

Paciente mujer de 27 años, con antecedentes de obesidad, hipermetropía y migraña ocasional. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar sensación de visión borrosa. Refiere además aumento de la frecuencia de los episodios de cefalea, que relaciona con situación de estrés laboral. Revisado su defecto de refracción por Óptico, sin encontrar alteraciones. Derivamos a Oftalmología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Exploración neurológica sin focalidad, sin rigidez de nuca ni signos meníngeos. Tensión Arterial 120/70 mmHg. La auscultación cardiopulmonar es normal. No presenta erosiones corneales a la tinción con fluoresceína. En consulta de Oftalmología se realiza fondo de ojo que presenta papiledema bilateral, motivo por el cual es ingresada en Neurología. El TAC realizado y la RMN fueron normales. La punción lumbar realizada muestra LCR de características normales, con ligero aumento de presión como único hallazgo, siendo diagnosticada de hipertensión intracraneal idiopática y pautando tratamiento con acetazolamida (que mantiene en la actualidad).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipertensión intracraneal idiopática (Pseudotumor cerebrii).

Diagnóstico diferencial

Hipertensión intracraneal idiopática (Pseudotumor cerebrii), infecciones del sistema nervioso central, hidrocefalia, trombosis venosa cerebral, tumores y otras lesiones ocupantes de espacio.

Comentario final

La entidad que tratamos se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, en edad fértil y en ocasiones, asociada a obesidad o hábitos tóxicos. Puede ser de origen idiopático, asociado a otras entidades nosológicas o secundaria a fármacos como corticoides, vitamina A y anticonceptivos orales. Los síntomas pueden ser mareos, cefalea, náuseas y alteraciones visuales o auditivas. Más de un 50% de los pacientes presentan mejoría sintomática con el uso de acetazolamida.

Bibliografía

- Quirós Quesada, María Laura. Síndrome de pseudotumor cerebrii. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII (619) 373 377, 2016*

682/228. “VEO DOBLE, ¿QUÉ ME ESTÁ PASANDO?”.

Autores

Gómez Quevedo, L.¹, Álvarez López, I.², Cuadrado Quintana, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer 74 años. Hipertensa y doble lesión mitral. Tratamiento: ramipril 2.50mg, omeprazol 20mg, furosemida 40mg, bisoprolol 2.50mg, amlodipino 10mg. Independiente para actividades de vida diaria. Funciones superiores conservadas. Acude por diplopía de <12 horas de evolución, junto cefalea occipital y lateralización de marcha a derecha.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Diplopía horizontal binocular con ptosis palpebral bilateral que empeora con maniobras de fatigabilidad. Fondo de ojo normal. Pruebas diagnósticas: Analítica con perfil renal, abdominal y hepático normal. Anticuerpos antireceptor acetilcolina (ACh) y antireceptor tirosina quinasa muscular (MusK) negativos. Tomografía axial computarizada (atrofia corticosubcortical. Enfermedad isquémico hipertensiva), resonancia magnética y angio-resonancia magnética de cráneo sin hallazgos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Posible miastenia gravis ocular seronegativa.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad cerebrovascular de protuberancia o mesencéfalo, lesión compresiva, Encefalopatía de Wernicke, Síndrome Guillain-Barré (variante Fisher Miller), Esclerosis Múltiple...

Comentario final

Como médicos de atención primaria y primer filtro sanitario, cuando encontramos casos como éste, por un lado podemos contribuir a la disminución de la demora en la orientación diagnóstica y, por otro lado, debemos realizar un seguimiento en cuanto a la sintomatología (física y/o psíquica), minimizando las dudas y con abordaje más comunitario.

Por ello, una vez la paciente fue vista en consulta y ante la llamativa exploración neurológica, se derivó a urgencias hospitalarias donde comenzó estudio completo con analítica y pruebas de imagen. Se pautó Pridostigmina 60mg/8h de forma empírica y, desde ese momento, se presenta asintomática. Actualmente, en seguimiento por Neurología.

Bibliografía

- Jain S. Diplopia: Diagnosis and management. *Clin Med (Lond) [Internet]. 2022 [Consultado 3 Abr 2023];22(2):104-106. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35304368/>*
- Díaz-Maroto I, García-García J, Sánchez-Ayaso PA, et al. Ocular myasthenia gravis and risk factors for developing a secondary generalisation: description of a Spanish series. *Neurologia (Engl Ed) [Internet]. 2022 [Consultado 3 Abr 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35637136/>*

682/229. ERUPCIÓN CUTÁNEA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores

Arriaza Gestoso, M.¹, Ruiz Hinojosa, R.², Boza Moriana, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Saucejo. El Saucejo. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 54 años que acude a urgencias de atención primaria por cuadro de exantema, tratado inicialmente como urticaria. Acude en dos ocasiones más a urgencias hospitalarias en los siguientes 2 días.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta exantema generalizado afectando palmas de manos, plantas de pies y mucosas, presentando alguna lesión de características ampollosas. Asocia dolor, prurito, molestias oculares y fiebre de hasta 38.3º. La paciente menciona inicio de tratamiento con lamotrigina por parte de salud mental unos días antes. Signo de nikolsky positivo. Se decide ingreso a cargo de medicina interna. En analítica destaca PCR 85,2. Rx de torax sin alteraciones. Exploración ocular normal. En interconsulta con dermatología, se establece el diagnóstico clínico y se inicia el tratamiento con corticoide sistémico y antibiótico tópico de las lesiones, al mismo tiempo que se retira la lamotrigina. No se realizó confirmación histológica. Presentó buena evolución de las lesiones con denudación de la piel afecta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Steven Johnson (SSJ) / Necrólisis epidérmica tóxica (NET).

Diagnóstico diferencial

Eritema multiforme, síndrome de la piel escaldada, pénfigo paraneoplásico, eritrodermia.

Comentario final

El SSJ y la necrólisis epidérmica tóxica se consideran dos variantes de la misma entidad. Es un proceso agudo poco frecuente. Se presenta con eritema multiforme vesículo-buloso de la piel que afecta a genitales, ojos y mucosas y se acompaña de fiebre. La afectación menor del 10% con máculas eritemato-purpúricas de la superficie corporal se denomina SSJ, y NET cuando se presnetan un desprendimiento epidérmico de más de 30 % de la superficie corporal, asociado con máculas de color púrpura. Entre 10-30% se considera una superposición de ambas. Se conocen más de 200 fármacos que están implicados directamente en la aparición del cuadro, entre ellos betalactámicos, AINEs, anticomiciales, etc. Puede aparecer en cualquier edad, aunque es mas frecuente en niños y jóvenes. La tasa de mortalidad es próxima al 20 % y pueden quedar secuelas hasta un 24%. Ante tal morbimortalidad, debemos estar atentos a los síntomas de alarma de una patología poco frecuente, pero potencialmente grave.

Bibliografía

- J. Martínez-Pérez, D. Caldevilla-Bernardo, R. Perales-Pardo y F. Pérez-Gómez. Síndrome de Stevens-Johnson: a propósito de un caso de fiebre y erupción cutánea. *Semergen*. 2012; 38(4):245-247

682/240. HASTA AQUI HEMOS LLEGADO.

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

Mujer de 88 años con AP poliquistosis hepatorenal, estenosis aórtica, insuficiencia renal esatdio 4, dislipemia, HTA, dependiente para ABVD que convive con su hija, cuidadora principal. La paciente tiene importantes problemas de movilidad pero no presenta deterioro cognitivo y manifiesta en visita domiciliaria programada lesión cutánea en el brazo izquierdo de rápido crecimiento en los últimos meses, sin otros síntomas como prurito o sangrado. Se le propone derivar a Dermatología preferente, puesto que no tenemos disponible en el Área la Teledermatología en ese periodo. La paciente rechaza derivación pero sí accede a la realización de exéresis de la lesión en Cirugía Menor de Atención Primaria dado que dicha intervención sería realizada por su médico de familia.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión violácea sobrelevada en cara posterior del brazo izquierdo de 12 mm de diámetro.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Metástasis de melanoma.

Diagnóstico diferencial

Queratosis actínica, carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, hemangioma.

Comentario final

La paciente rechazó inicialmente la derivación al dermatólogo por sus problemas de movilidad pero accedió a la realización de la exeresis de la lesión para estudio por parte de su médico por la confianza que tenía en el mismo y por la fácil accesibilidad al Centro de Salud donde se le practicaría la intervención. Una vez conoci-

do el resultados del estudio anatomopatológico, se informó rápidamente a la paciente y se citó en la Unidad de Melanoma donde se solicitó el estudio de extensión (TAC toraco abdominal de inicio). La paciente decide que dada su edad y su estado de salud, no desea completar otros estudios relacionados con el proceso oncológico porque tampoco desea recibir tratamientos agresivos que considera mermaran su vida. Así se lo manifiesta a su familia y a su médico quien le explica que en cualquier caso, seguida recibiendo los cuidados sanitarios que requiera siempre respetando su voluntad. La dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y su intimidad deben regular nuestra actividad, tal y como establece nuestra legislación.

Bibliografía

- Gonzalez Perez, Rosa Angeles. Diciembre 2021. *Derecho a la autonomía de los pacientes y a la información sanitaria. Revista Ocronos, Vol IV. Nº 12, Pág. 68.*

682/243. ICTERICIA: MANEJO COMPLETO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Castillo Reina, R.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lora del Río Virgen de Setefilla. Lora del Río. Sevilla*

Descripción del caso

Paciente de 17 años sin antecedentes de interés que consulta telefónicamente por cansancio en los últimos meses. Las últimas semanas ha presentado mayor estrés físico y emocional por exámenes.

Se solicita analítica y se cita en consulta presencial para resultados y exploración física.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Palidez mucocutánea y discreta ictericia conjuntival. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, sin hepatomegalia palpable.

Hemograma normal, glucosa 85 mg/dL, creatinina 0.81 mg/dL, FG 132 mL/min, CT 115 mg/dL, TG 106 mg/dL, ALT 7 U/L, TSH 1.5 µUI/mL, urinálisis normal.

En observaciones del laboratorio hablan de ictericia, por lo que se repite analítica ampliando con estudio hepático:

Hemograma normal, tiempos de coagulación normales, bilirrubina total 5 mg/dL, bilirrubina directa 0.37 mg/dL, LDH 165 U/L, GGT 20 U/L, AST 18 U/L, ALT 11 U/L, FA 108 U/L. Estudio de hepatopatía autoinmune negativo, serología negativa para virus hepáticos, VEB y CMV.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Al ser una hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina indirecta en un contexto de estrés y con el resto de pruebas y exploración física normales, se orienta como Síndrome de Gilbert. Se explica diagnóstico y pronóstico y se plantea observación.

Diagnóstico diferencial

- Hiperbilirrubinemias no conjugadas hereditarias: Síndrome de CriglerNajjra tipos I y II
- Hiperbilirrubinemias no conjugadas adquiridas: Síndrome de LuceyDriscoll

Comentario final

Pasados unos días el paciente se siente más cansado y aumenta la ictericia conjuntival, por lo que acude a Urgencias de Hospital de referencia. Realizan analítica que muestra nuevamente hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina indirecta, dan alta orientando como Síndrome de Gilbert y derivan a consultas de Medicina Interna.

En consultas de Medicina Interna repiten estudio hepático que confirma los resultados obtenidos y realizan ecografía abdominal, sin datos de hepatopatía. Dan alta con diagnóstico de Síndrome de Gilbert.

Este caso muestra como con el tiempo, los recursos y la formación suficientes se pueden resolver gran parte de diagnósticos en Atención Primaria sin necesidad de derivar al segundo nivel asistencial y evitando flujos innecesarios de pacientes.

Bibliografía

- Cristina Barbagelata López, Carla Blanco Vázquez. *Ictericia en adultos. 2017. Fisterra*
- Sven Oliver Marx. *Síndrome de Gilbert. 2021. Fisterra.*

682/245. DOCTORA, NO ME SIENTO LOS PIES.

Autores

Atalaya Lucas, A.¹, Lozano Kolesnikov, V.², Ochoa Delgado, C.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz*

Descripción del caso

Varón 72 años. NAMC. Fumador. ICAT 20paq/año. Niega consumo de alcohol ni otros tóxicos. No AP conocidos. Ningún tratamiento habitual. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar hipoestesis en ambos pies, predominio izquierdo de 6 meses de evolución. No parestesias ni dolor. Vida activa.

Exploración y pruebas complementarias

COC, BEG, Eupneico. TA:130/75mmHg. ACP tonos rítmicos. MVC. Abdomen sin hallazgos. MMII: no edemas. No signos de trombosis. Exploración neurológica: PINRLA, MOEc, PC conservados. Romberg negativo. No dismetría ni disdiadococinesias. Marcha estable. Fuerza conservada en extremidades superiores e inferiores 5/5. Sensibilidad: miembros superiores sin déficits. Miembros inferiores: hipoestesia al tacto fino y sensibilidad térmica con distribución en calcetín de manera bilateral.

Analítica: Glucosa 283mg/dL. HbA1c 11.2% Creatinina 0.82mg/dL. Urea 32mg/dL. Acido úrico 3.2mg/dL, CT 170 mg/dL, LDL 94 mg/dL, HDL59 mg/dL, TG86 mg/d.

Hemograma, ácido fólico, vitamina B12, iones, TSH y perfil hepático sin alteraciones.

Sistemático de orina: glucosa 1000 mg/dl, resto de parámetros negativos. CAC: 6.5mg/g.

Péptido C: 0.60ng/mL(0.8-3.9) Ac.Anti GAD y anti IA2 negativos.

EMG/ ENG: Estudio neurofisiológico compatible con polineuropatía periférica sensitivo-motora axonal y desmielinizante en MMII.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neuropatía diabética.

Diagnóstico diferencial

Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. Déficit de vitamina B12. Neuropatías hereditarias.

Comentario final

La neuropatía diabética es la complicación sintomática más frecuente en pacientes con Diabetes Mellitus y la

principal causa de lesiones y de amputación. Esta patología afecta fibras sensitivas, motoras y autonómicas del sistema nervioso periférico de forma distal en extremidades inferiores. El diagnóstico es clínico, no siendo necesarias, de forma rutinaria, pruebas complementarias. En la exploración física se debe realizar siempre el test de Semmes-Weinstein, acompañado de al menos una de las siguientes exploraciones: algésica, vibratoria o temperatura. Los antidepresivos tricíclicos y antiepilépticos siguen siendo los fármacos de elección como primera línea de tratamiento. A día de hoy el control estricto de la glucemia es la única intervención que puede prevenir el desarrollo de la ND.

Bibliografía

- *Sánchez Pozos K, Monroy Escutia J, Jaimes Santoyo J. Risk factors associated with diabetic neuropathy in Mexican patients. Cir Cir. 2021;89(2):189-199. doi:10.24875/CIRU.20000243.*
- *Popescu S, Timar B, Baderca F. Age as an independent factor for the development of neuropathy in diabetic patients. Clin Interv Aging. 2016 Mar15;11:313-8. doi:10.2147/CIA.597295. eCollection 2016.*

682/246. DOCTOR, SE ME PONEN LOS DEDOS BLANCOS.

Autores

Gómez Quevedo, L.¹, Cuadrado Quintana, M.², Álvarez López, I.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija El Almorroón. Écija. Sevilla*

Descripción del caso

Mujer de 77 años, con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia y cólicos renoureterales. Consulta en su centro de salud por lesiones descamativas, pruriginosas en miembros y tronco de dos meses de evolución. Además, presenta una úlcera en miembro inferior desde hace semanas que no mejora con curas por parte de enfermería.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones descamativas, pruriginosas con depósitos blanquecinos (calcinosis) generalizadas. Cianosis llamativa

en pulpejos de ambas manos. Úlcera en pie izquierdo con telangiectasias y petequias circundantes. Analítica con elevación de reactantes de fase aguda, anticuerpos Antinucleares positivos con anticuerpos anticentrómero (CENP-B) +>1/320.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Esclerosis sistémica variante localizada (CREST).

Diagnóstico diferencial

Lupus eritematoso sistémico, síndrome carcinoide, dermatomiositis.

Comentario final

El fenómeno de Raynaud es un motivo frecuente de consulta. Se caracteriza por episodios súbitos y recurrentes de palidez o cianosis digital que se suelen desencadenar con frío. En el 80% de los casos no se identifica una causa subyacente, considerándose un fenómeno primario; sin embargo, si aparece en el contexto de otras enfermedades como las reumatológicas se considera un fenómeno secundario. En particular, es muy frecuente que aparezca en el síndrome de CREST, patología que cuenta con un alto riesgo de progresar a hipertensión pulmonar y otras complicaciones. Es por ello, que ante un paciente que presenta dicha clínica será relevante descartar que exista alguna enfermedad asociada.

Bibliografía

- Ahijon-Lana M, Baragaño-Ordóñez E, Veiga-Cabello R, de la Cruz-Tapidor C, Carreira PE. Tratamiento con oxígeno hiperbárico en el fenómeno de Raynaud y las úlceras digitales asociadas a esclerosis sistémicas. *Reumatol Clin.* 2022;18(4):246-248.
- Beltrán-Vera AD, Cuzco-Macías AC, Cuzco-Macías LG, Obregón-Ortega LG, Coloma-Gaibor ML. Esclerosis Sistémica Progresiva con Síndrome de CREST. Reporte de Caso. *Rev Med Clin.* 2023;07(01):1-8.

682/247. FIEBRE ENMASCARADA.

Autores

Gala González, A.¹, Galan Muriel, I.², Martínez Martínez, E.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villa del Río. Villa del Río. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 37 años con los siguientes antecedentes personales: Reflujo gastroesofágico con incompetencia del cardias, apendicectomizado.

Día 1 : Consulta por tos con mucosidad mucopurulenta, odinofagia y poliartralgias desde hacía 24 horas con sensación febril no termometrada. No disnea. Refiere algo de tos la semana previa. Exploración anodina.

Día 2 : Acude por referir empeoramiento del estado general con dolor en epigastrio y en Hipocondrio derecho, fiebre máximo de 39º y aumento de tos con expectoración.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, Tº 37.8ºC, SO2 95%, tensión arterial (TA) 80/50, glucemia 98 mg/dl. ACR: ritmico sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando depresible, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho con Murphy positivo.

Se procede a canalizar una vía venosa periférica y administramos paracetamol 1 gramo, pantoprazol 40 mg, metoclopramida 10 mg y Suero fisiológico (SF) 500cc y se deriva a urgencias del Hospital Reina Sofía (HURS) .

A su llegada le realizan:

- Analítica con leucocitosis con neutrofilia, creatinina 1,29 , pcr 231,4.
- Radiografía de tórax con condensación neumónica del Lóbulo Superior Derecho (LSD).
- Ecografía de abdomen hallazgos sugestivos de colecistitis aguda, sin imágenes de colelitiasis.

Se realiza colecistectomía laparoscópica y se le administra tratamiento antibiótico de piperacilina/tazobactam, desescalándose a amoxicilina/clavulánico, con muy buena evolución clínica, analítica y radiológica.

Tres semanas después del diagnóstico de neumonía, persiste dolor en parrilla costal derecha que no mejora con medicación y ha perdido 3-4 kilos de peso. Se le realiza analítica, sin hallazgos valorables, y radiografía de torax con elevación de hemidiafragma derecho con sospecha de atelectasia. Se deriva a Neumología, pendiente de valorar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Colecistitis aguda.

Neumonía LSD.

Diagnóstico diferencial

Gripe.

Comentario final

Ante un primer diagnóstico de sospecha, hay que explicar al paciente, que si hay cambios en la sintomatología deben de volver a consultar. Reevaluar de forma exhaustiva y pensar que puede haber varios diagnósticos a la vez, como en este caso. La fiebre estaba dando dos cuadros clínicos a la vez.

Bibliografía

- Mauricio Ramos G. *Complicaciones Respiratorias Perioperatorias*. Rev. chil. anest. Vol. 43 Número 1 pp. 50-56. Disponible en <https://doi.org/10.25237/rev-chilanestv43n01.07>.

682/250. ¿DOCTORA POR QUÉ TENGO LAS UÑAS QUEBRADIZAS?

Autores

Gil Domínguez, H.¹, Arriaza Gestoso, M.¹, Álvarez Garcés, S.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Corrales. Los Corrales. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Saucejo. El Saucejo. Sevilla

Descripción del caso

Paciente mujer de 45 años con Antecedentes Personales de Asma en tratamiento que acude a la consulta de su Médico de Atención Primaria porque presenta uñas quebradizas de los dedos de ambas manos así como leve astenia, sin otro tipo de clínica acompañante, desde hace unos dos meses de evolución. Y dado que se trata de una mujer en edad fértil con menstruaciones abundantes, el Médico revisa controles analíticos previos, y tiene realizado uno hace seis meses sin alteraciones, pero decide solicitarle uno nuevo para descartar la aparición de anemia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Hemodinámicamente estable. Afebril. Cavidad oral sin hallazgos. Auscultación cardiopulmonar normal y exploración abdominal anodinas sin presencia de megalias. No se palpan adenopatías. A la semana la paciente acude a la recogida de los resultados de

la analítica realizada y presenta: - Hemograma con 6×10^9 leucocitos, 0.69×10^9 neutrófilos, 4.15×10^9 monocitos, hemoglobina 11.3g/L, plaquetas 137000; Bioquímica y coagulación sin alteraciones. - Frotis de sangre periférica: se observa un 67% de blastos de grande tamaño con relación elevada núcleo/citoplasma; citoplasma basófilo con granulación fina y gruesa, núcleo de cromatina laxa con frecuente presencia de nucléolos. Recuento: blastos 67%, linfocitos 13%, monocitos 2%, neutrófilos 18% con desviación izquierda hasta mielocito. Displasia serie roja y granulocítica leve. Dada la elevada sospecha de que la paciente presenta un debut de hemopatía aguda, el Médico decide contactar con Hematología del hospital de referencia y se cursa ingreso hospitalario para completar el diagnóstico mediante la realización de un aspirado medular, en el cual se confirma la existencia de una leucemia mieloide aguda, y tratamiento de la misma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Leucemia aguda mieloblástica con diferenciación monocítica.

Diagnóstico diferencial

Síndrome mielodisplásico; Anemia megaloblástica; Metástasis de algunos tumores.

Comentario final

Queremos resaltar la importancia del ojo clínico del Médico de Atención Primaria para establecer de forma precoz el diagnóstico de patologías tumorales.

Bibliografía

- Díaz Roldán B, Domínguez Rodríguez JF. *Manual práctico de Hematología básica*. Granada. Asociación Andaluza de Hematología y Hemoterapia.

682/251. DOCTORA ME ENCUENTRO MUY CANSADA.

Autores

Berteli Fuentes, C.¹, García Martínez, M.¹, Noguera Sánchez, L.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cala. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 58 años con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox. Acude a consulta por cuadro de astenia intensa de meses de evolución con prurito generalizado y cuadros catarrales repetidos en los últimos meses. No hábitos tóxicos. Inicialmente se solicita Rx tórax y analítica desde Atención primaria y se complementa con ecografía abdominal. Se deriva al Servicio de Aparato Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física normal. PCR Covid negativa. Analítica con hemograma y coagulación normal. Bioquímica con perfil renal normal. GOT 51 U/L, GPT 58 U/L, GGT 98 U/L, FA 220 U/L, Bilirrubina 0,5 mg/dl, Colesterol 237 mg/dl, LDL 158 mg/dl, PCR y ferritina normal. TSH normal. ANA positivo (patrón granular compatible con AMA), AMA positivo (>1/80), antiASMA, antiLKM, antiDNA, antiSm negativos. Serología VHB, VHC y VIH negativos. Rx tórax: normal. Ecografía abdominal: quiste hepático simple 9 mm sin otros hallazgos. Fibroscan grado de fibrosis F1.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha de Colangitis biliar primaria (CBP).

Diagnóstico diferencial

Entidades como hepatitis autoinmune, colangitis esclerosante primaria, lesión ductal biliar obstructiva, colestasis inducida por fármacos, colestasis en el curso de sarcoidosis.

Comentario final

La paciente inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC) con buena evolución clínica y mejoría de parámetros analíticos. La CBP es una enfermedad crónica de causa desconocida caracterizada por un proceso inflamatorio y autoinmunitario de las vías biliares intrahepáticas pequeñas que evoluciona espontáneamente hacia su destrucción y puede progresar hasta cirrosis. Es una enfermedad rara (menos de 50 casos por 100000 habitantes), más común en mujeres, con una relación 10:1 y pico de edad entre los 45 y 65 años. La fatiga se presenta hasta en el 80% de los casos y el prurito en el 50% en el momento del diagnóstico. La positividad de anticuerpos antimitocondriales de tipo M2 y una colestasis bioquímica son suficientes para el diagnóstico, sin necesidad de biopsia hepática. El AUDC es el tratamiento de elección, ralentiza la evolución hacia la fibrosis y aumenta la supervivencia sin trasplante.

Bibliografía

- Pariente A. Colangitis (ex-cirrosis) biliar primaria. EMC-Tratado de medicina. 2021;25(1):1-8.
- Louro A, Delgado M, Oliver S. Guía clínica de Colangitis biliar primaria. Fistera; actualizado Febrero 2020; acceso marzo 2023. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/colangitis-biliar-primaria/>

682/254. IMPORTANCIA DE LA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA.

Autores

Lozano Kolesnikov, V.¹, Atalaya Lucas, A.², Andrés Vera, J.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Se contacta telefónicamente con una mujer de 57 años para renovación de baja laboral tras alta reciente por el servicio de Medicina Interna por cuadro de trombo-sis venosa profunda (TVP) proximal.

Como antecedentes personales: NAMc. Ex-fumadora. EPOC enfisematoso en tratamiento con triple terapia. Carcinoma ductal infiltrante de mama diagnosticado en 2018 en tratamiento con Tamoxifeno. Dislipemia en tratamiento con Simvastatina 20mg.

Llama la atención la falta de aire a la conversación. La paciente refiere aumento de su disnea habitual en las últimas 48h. No contacta previamente por tener cita pendiente para renovación de incapacidad temporal. No cuadro de infección respiratoria. No fiebre. Niega dolor torácico. Refiere además persistencia de dolor en MID. Se indica acudir a valoración presencial.

Exploración y pruebas complementarias

REG. COC. BHNyP. Levemente taquípnea en reposo. Constantes estables: TA 135/80mmHg. SatO2 97%. FC: en torno a 100lpm. ACP: rítmica. No soplos audibles. Mvc sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII: aumento de tamaño y empastamiento de MID. Homans (+). Se realiza EKG: Taquicardia sinusal a 110lpm. Se remite para valoración hospitalaria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar en contexto de TVP MID en paciente con factores de riesgo protrombóticos.

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad, crisis de ansiedad, neumotórax, reagudización EPOC.

Comentario final

Tras realización de pruebas complementarias en el servicio de urgencias, destaca un DD en 18540 ng/ml. Se amplía el estudio con Angio-TC de arterias pulmonares objetivándose TEP bilateral.

Aunque el supuesto motivo principal de la consulta era una renovación de incapacidad temporal, no debemos caer en el error y dejar de lado la causa por la que la paciente se encuentra de baja. Las revisiones presenciales son fundamentales en el seguimiento de las patologías. Los motivos de consulta burocráticos son frecuentes en la práctica habitual, sin embargo no debemos olvidarnos del propio paciente, realizar una correcta anamnesis, exploración exhaustiva con el consiguiente enfoque clínico de la patología.

La consulta telefónica nunca puede sustituir a la consulta presencial, aunque sí puede optimizar ésta última.

Bibliografía

- Zamboni Carini Couto T. Arena Moreira Domingues T. Coelho Ramahlo S. Risk of venous thromboembolism and implementation of preventive measures. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020 Sep-Oct;30(5):333-339. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.12.005. Epub 2019 Feb1.

682/256. DOCTOR, OTRA VEZ LA DICHOSA LARINGITIS.

Autores

Hernández Sánchez, L.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 64 años fumador de 20 cigarros/día desde los 15 años, bebedor social, hipertenso a tto con ARA2. Acude por disfonía y odinofagia de 1 mes, afebril, sin disnea, tos irritativa ocasional.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, Eupneico, TA 135/85, FC 63LPM, ORL. Lengua negra vellosa, dudosa lesión ulcerada en pared posterior de orofaringe. Cuello normal. AP normal. ANALITICA: leve hipertrasaminemia.

Se deriva a ORL preferente. Rinofibrolaringoscopia: cuerdas vocales deslustradas, lesión ulceroinfiltrante en cara lingual de epiglotis derecha con extensión a zona vallecular. TAC cervical: Masa hipercaptante en marco glosopiglotico derecho, que se extiende a base derecha de lengua sugerente de neoplasia laríngea. Ganglios linfáticos redondos de 6mm submandibulares bilaterales, de 11 mm paraesternomastoideo izquierdo, y de 7mm supraclaviculares bilaterales. TAC de Torax: sin hallazgos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma Escamocelular Infiltrante bien diferenciado de Vallecula derecha (supraglótico) T3N0M0.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial de la Disfonía Crónica: Tumoral, RGE, Funcional, esfuerzos vocales, traumatismos, nodulos/polipos laríngeos, Edema de Reinke, Papilomatosis laríngea, Parkinson, ELA, EM, infecciosa, endocrinopatías...

Comentario final

Se trata de un varón añoso, fumador desde juventud, bebedor, con disfonía crónica (>3 semanas) que nos obliga a pensar en una patología laríngea potencialmente maligna. Independientemente del diagnóstico previo por ORL de hace años de laringitis crónica catarral.

Oncología decide organoconservación, y programa 35 sesiones RT y 2 ciclos de CDDP.

Bibliografía

- Guía Clínica para el abordaje de la disfonía crónica en Medicina Primaria y Medicina del Trabajo. INSSBT. 2017.
- A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez, J. Gené Badia. Compendio de Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: Elsevier 2016.

682/257. SINDROME PARKINSONIANO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Atalaya Lucas, A.¹, Lozano Kolesnikov, V.², Ochoa Delgado, C.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz.* (2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz.* (3) *Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz.*

Descripción del caso

Mujer 84 años. No rmc. No hábitos tóxicos. AP: HTA. DLP. Enfermedad cerebrovascular. Dispepsia. Vértigo periférico. Dolor crónico. Insomnio. Tratamiento: losartán, amlodipino, AAS, rosuvastatina, omeprazol, sulpirida, metoclopramida, ketazolam, tramadol, metamizol. Paciente traída a consulta de atención primaria por su hija que le ha notado un decaimiento generalizado desde hace dos semanas, con pérdida de equilibrio, temblor y necesidad de ayuda para realizar las tareas cotidianas que antes realizaba de manera independiente. Niega fiebre, ni caídas. Refiere que hace dos semanas presentó crisis de vértigo periférico, fue atendida en el servicio de Urgencias del Centro de Salud y se le indicó tratamiento con sulpirida y metoclopramida que ya había tomado anteriormente con buena respuesta. Se le prescribió pauta durante una semana pero continuaba tomándolo.

Exploración y pruebas complementarias

COC, BEG, eupneica. TA:145/95mmHg. FC 95lpm. SatO2 97% Afebril.

ACP tonos rítmicos sin soplos MVC. Abdomen sin hallazgos. MML: signos de IVC no edemas ni trombosis.

Otoscopia bilateral: conductos externos normales, tímpanos íntegros.

Exploración neurológica: Bradipsíquica, PINRLA, MOEC, Pares craneales conservados. Marcha lenta e inestable. Fuerza disminuida en las cuatro extremidades 4/5 con rigidez articular. Sensibilidad conservada.

Se solicita estudio de manera preferente.

Análisis Hemograma, bioquímica, sistemático de orina normales. TAC cráneo: atrofia cortical sin observarse lesiones agudas.

Ante la sospecha de efectos adversos de medicación se suspende metoclopramida y sulpirida.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cuadro de extrapiramidalismo secundario a fármacos.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Parkinson. Infección urinaria. Demencia.

Comentario final

El síndrome extrapiramidal es un trastorno motor que puede estar producido como reacción adversa a algunos fármacos. Los pacientes ancianos presentan un mayor riesgo de sufrir efectos adversos e interacciones farmacológicas como consecuencia de la polimedicación. Por ello es importante que tras descartar otras causas valoremos la retirada de fármacos o la sustitución por otros así como evitar la inercia terapéutica que surge en muchos casos con este grupo de pacientes. Los médicos de familia ejercemos un papel muy importante porque somos los que tenemos la capacidad de vigilar de manera más estrecha y periódica a estos pacientes.

Bibliografía

- *Bologna M, Truong D, Jankovic J. The etiopathogenetic and pathophysiological spectrum of parkinsonism. J Neurol Sci. 2022 Feb 15;433:120012. doi: 10.1016/j.jns.2021.120012. Epub 2021 Oct 1.*

682/258. DIAGNÓSTICO TARDÍO DE MIELOMA MÚLTIPLE. IMPORTANCIA DEL PROTEINOGRAMA.

Autores

Díaz García, R.¹, Fernández Caro, D.¹, Bermúdez Torres, F.²

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. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz.*

Descripción del caso

Varón de 72 años que acude a centro de salud por dolor torácico y disnea con mal estado general en Marzo 2022, es derivado a urgencias con pruebas complementarias normales, es dado de alta y derivado a consultas externas de Medicina Interna. Allí se realiza Ecocardiograma con diagnóstico de derrame pericárdico con pretaponamiento cardiaco, por lo cual es ingresado en UCI, donde se realiza pericardiocentesis. Durante el ingreso se descartó origen infeccioso, autoinmune, tumoral... y se dio de alta con seguimiento en consultas de Cardiología. Desde primaria se derivó de nuevo en junio de 2022 a Medicina Interna para

completar estudio, pero hasta Octubre de 2022 no se recibe resultados de proteinograma donde se detecta componente monoclonal IgA Kappa, por lo cual es derivado a Hematología, se realiza aspirado medular con diagnóstico de Mieloma quiescente.

Antecedentes Personales: Hipertensión arterial. Hipertrofia próstata. Quiste renal. Pólipo en vesícula. Intervenido de hernia discal lumbar, prótesis de rodilla izquierda y hernia inguinal derecha. Tratamiento: esomeprazol 40mg, parapres 32mg, alopurinol 300mg, tamsulosina 40 mg, tramadol 37.50 / paracetamol 325mg, clortalidona 50mg, lercanidipino 20mg.

Exploración y pruebas complementarias

Palidez cutánea, taquipneico, impresionaba de gravedad. AC: tonos rítmicos, no soplos, AP: MVC con sibilancias, pulsos simétricos bilaterales, TA: 162/92 FC: 76 lpm, SatO2: 98%.

ECG: ritmo sinusal a 72 lpm, sin signos de isquemia ni hipertrofia miocárdicas.

Ecocardiograma: derrame pericárdico > 3cm con signos de pretaponamiento (colapso pared libre de VD).

AngioTC tórax (23/03/22): Aorta ascendente de 3,5 cm de diámetro máximo. No se evidencia imágenes que sugieran disección. Importante derrame pericárdico de 3,5 cm de espesor máximo. Discreto derrame pleural bilateral. Pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Taponamiento cardiaco.

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica, Tromboembolismo pulmonar, Disección aórtica.

Comentario final

La exploración física es una herramienta de gran valor a la hora de valorar un dolor torácico y aunque las primeras pruebas salgan normales, si el paciente impresiona de gravedad hay que realizar más estudios.

Bibliografía

- Bonow R, Mann D, et al. Braunwald Tratado de Cardiología. Novena edición. Editorial Elsevier Saunders. Barcelona, España. 2013. 16771684
- Eisenberg MJ, Nelson BS. Baye's theorem and the echocardiographic diagnosis of cardiac tamponade. *Am J Cardiol*, 68 (1991), pp. 1242-4

682/260. DOCTORA, NO SÉ SI ME HA SALPICADO ACEITE EN LOS BRAZOS.

Autores

Tijeras Úbeda, M.¹, López López, A.², López Escobar, G.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 70 años sin antecedentes de interés, consulta por lesiones dérmicas muy pruriginosas en antebrazos y escote de 15 días de evolución. No ha presentado fiebre ni sintomatología infecciosa, niega contacto con animales ni viajes recientes.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta placas eritematodescamativas con bordes bien definidos que sugieren micosis por lo que se pauta miconazol y dexclorfeniramina, pasando las lesiones a ser más secas y eritematosas. Ante la ausencia de mejoría, se realiza consulta Telederma. Es diagnosticada en este caso de Tinea corporis, pautando Terbinafina oral y tópica, citando en un mes.

La paciente acude posteriormente por empeoramiento, con lesiones eritematodescamativas generalizadas, respetando mucosas, palmas y plantas. Iniciamos bialastina y realizamos nueva telederma ante la sospecha de reacción alérgica a tratamiento previo, indicando acudir a urgencias si no mejoraba en las siguientes 24 horas. En urgencias es diagnosticada de eccema agudo, pautando corticoide tópico y remitiendo a nuestras consultas para control, dando cita de revisión en sus consultas.

Dos semanas más tarde, toman una biopsia y pautan prednisona en pauta descendente y emulsión de corticoide.

Tras 8 días la valoramos en consulta, pasando a ser las lesiones de color pardo y aspecto postinflamatorio.

Biopsia piel: paraqueratosis, discreto daño vacuolar basal y queratinocitos necróticos basales. Infiltrado inflamatorio perivascular de linfocitos y eosinófilos en dermis superficial y profunda. Los hallazgos patológicos, son más propios de un eritema multiforme.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Eritema multiforme.

Diagnóstico diferencial

Urticaria, pénfigo.

Comentario final

El eritema multiforme es una reacción inflamatoria caracterizada por lesiones cutáneas en "diana". La mucosa bucal puede afectarse. El diagnóstico es clínico, aunque en ocasiones requiere confirmación por biopsia. El eritema multiforme suele aparecer como una reacción a un agente infeccioso como el virus herpes simple, aunque también puede ser una reacción a un fármaco.

Las lesiones dérmicas son todo un reto en las consultas de atención primaria, es importante tener en cuenta los patrones más característicos. Hoy en día disponemos de la opción de Telederma que nos permite un diagnóstico y tratamiento mano a mano con los dermatólogos.

Bibliografía

- *Benedetti J. Eritema multiforme [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 9 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/hipersensibilidad-y-trastornos-reactivos-de-la-piel/eritema-multiforme>*

682/263. PATRÓN TÍPICO DE BRUGADA.

Autores

Rico Pereira, A.¹, Luque Escalante, M.¹, Daga Navarta, G.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morón San Francisco. Morón de la Frontera. Sevilla.* (2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla*

Descripción del caso

Mujer de 56 años con HTA, no antecedentes familiares de cardiopatía precoz ni muerte súbita. Consulta en Atención Primaria por sensación de palpitaciones de segundos de duración, sin dolor torácico ni disnea asociados, no síncope. No refiere aumento de ansiedad ni estrés. Le ocurre desde hace años, pero se han intensificado en el último.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Pulmonar: Murmullo conservado sin ruidos sobreañadi-

dos. No edemas en miembros inferiores. Tensión arterial: 130/85.

Se solicita EKG: ritmo sinusal a 57 lpm, PR normal, eje normal, asemeja patrón tipo I de Brugada (elevación convexa y descendente del segmento ST >2mm en derivación V1 y V2 seguida de onda T negativas (imagen).

Se actualizan parámetros analíticos con normalidad en bioquímica general y hemograma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Patrón de Brugada.

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio, taquicardia ventricular, fibrilación auricular, extrasistolia, displasia arritmogénica de ventrículo derecho, síndrome de QT corto, síndrome de QT largo, trastornos iónicos, trastorno de ansiedad.

Comentario final

La importancia de este caso reside en detectar alteraciones potencialmente patológicas en EKG realizado a la paciente con clínica de palpitaciones. Se deriva a cardiología, realizándole ecocardiograma y HOLTER, y descartando patología estructural cardíaca o arritmogénica. Se confirma que la paciente presenta un Patrón tipo 1 de Brugada, se procede a valoración de riesgo de desarrollar arritmias malignas/muerte súbita, y tratamiento más adecuado.

Bibliografía

- *John V Wylie, MD. Brugada syndrome or pattern: Management and approach to screening of relatives [Internet]. UpToDate [Revisado en 03/2023, Consultado en 04/2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/brugada-syndrome-or-pattern-management-and-approach-to-screening-of-relatives?search=brugada&source=search_result&selectedTitle=2~90&usage_type=default&display_rank=2*
- *John V Wylie, MD. Brugada syndrome: Epidemiology and pathogenesis [Internet]. UpToDate [Revisado en 03/2023, Consultado en 04/2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/brugada-syndrome-clinical-presentation-diagnosis-and-evaluation?search=brugada&source=search_result&selectedTitle=1~90&usage_type=default&display_rank=1*

682/265. SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN VARÓN DE 84 AÑOS.

Autores

Lara Carvajal, A.¹, Espejo Pérez, B.¹, Bonilla Ruiz, S.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada*

Descripción del caso

Hombre 84 años, antecedentes personales: Fibrilación auricular, disfunción ventricular izquierda ligera. Refiere astenia hace 2 meses. No disnea, ortopnea, ni edemas. Ha perdido 4-5 kg. No clínica digestiva ni respiratoria. Meses previos dos episodios de hematuria indolora, valorado por Urología, con ecografía normal. Vida activa, totalmente independiente.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes bien. Exploración anodina. Solicité analítica completa, ecografía renal. En analítica destaca proteinuria, insuficiencia renal leve y elevación de CEA y ca 15.3. Derivo a medicina interna para estudio de síndrome constitucional, solicitan TAC toraco-abdomino-pélvico: Engrosamiento parietal realzante del tercio proximal de uréter derecho con extensión a pelvis y grupo calicial de pielon inferior renal derecho; hallazgos sugerentes de tumor urotelial. Realizaron nefroureterectomía derecha. Tras lo cual se decidió en comité de tumores no realizar tratamiento sistémico (en consenso con familia). Tres meses después, en TAC de control: metástasis pulmonares, ganglionares y probable carcinomatosis peritoneal. Actualmente en cuidados paliativos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma urotelial.

Diagnóstico diferencial

Nuestro paciente presentaba síndrome constitucional. En el diagnóstico diferencial del mismo hay que tener en cuenta enfermedades orgánicas (neoplasias, enfermedades autoinmunes sistémicas, enfermedades endocrinas, enfermedades infecciosas e insuficiencias orgánicas), y enfermedades psiquiátricas. Es muy importante una buena anamnesis y exploración. Como síntoma a destacar en nuestro paciente fue la hematuria. El lugar de procedencia de la sangre puede ser de cualquier estructura del aparato urinario (riñón, uréter, vejiga y próstata). Debemos saber los síntomas acompañantes: dolor, disuria, tenesmo, fiebre, pérdida

de peso, toma de fármacos o alimentos que contengan pigmentos... que nos orientarán a la etiología. En este caso el síndrome constitucional asociado a la hematuria nos hacía sospechar el diagnóstico.

Comentario final

No debemos olvidar que en la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias es de causa tumoral. Es fundamental una buena anamnesis para no demorarnos en el diagnóstico de este tipo de patologías.

Bibliografía

- Clemente MJ, González Barranco JM, Burgos NJ, García Luque R, García Criado E, Torres Murillo J. Hematuria. *Actitud de urgencias en atención primaria. Semergen* 2000 26:98-100
- Lanseros J, Jiménez C, López Márquez, MI. Síndrome constitucional. *Manual clínico de urgencias. Hospital universitario Virgen del rocío. Sevilla*

682/268. ANAMNESIS COMO PUEDES.

Autores

Rodríguez Valdes, A.¹, López Áviles, E.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Algaida. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bonanza. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz*

Descripción del caso

Varón de 55 años con antecedentes personales de obesidad, fumador de 20 paquetes/año, diabetes mellitus tipo II, SAOS con uso de CPAP, enfermedad arterial periférica en tratamiento con metformina 850 mg cada 8 horas, Pentoxifilina 600 mg cada 12 horas. Acudió a consulta por cervicalgia desde hace dos meses, en anamnesis detallada el paciente nos relató que se trataba de un dolor tórax pero irradiado a espalda a nivel cervical, no era constante y de tipo opresivo. Comentó que con los esfuerzos se asfixiaba y en ocasiones incluso presentaba náuseas y sudoración. No había consultado por ello anteriormente.

Exploración y pruebas complementarias

En EKG se apreciaba ritmo sinusal alternancia RS a 80 lpm con rachas de FA con RV 140-150 lpm. en tiras de ritmo. Saturación de oxígeno 99%, TA 113/91, ACP

arrítmica sin soplos, mvc sin ruidos sobreañtidos. Se observaban edemas maleolares en MMII.

Se avisa a O61, que realiza traslado a hospital de referencia.

Analítica TNT 0.087.

RX tórax infiltrado bilateral sugestivo de insuficiencia ventricular izquierda.

Ecocardiograma: VI no hipertrófico, si dilatado, disfunción sistólica global moderada-severa FEVI 35% Alteraciones extensas de función sistólica segmentaria. VD no dilatado con función preservada. Signos de insuficiencia cardiaca izquierda.

Precisó de VMNI y diuréticos para control IC y amiodarona para control taquiarritmia.

Se realiza cateterismo con diagnostico de miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica moderada 35% de origen isquémico. Cardiopatí isquémica con enfermedad de tres vasos con revascularización adecuada. 1 DES en ADA proximomedial 1 DES en ACX proximal y oclusión crónica ACD hipoplásica no subsidiaria de revascularización.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fibrilación auricular paroxística, Cardiopatía isquémica: enfermedad de tres vasos. Miocardiopatía dilatada mixta. Insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico diferencial

Se realiza diagnóstico diferencial en un principio con los tipos de dolor torácico y tras exploración con los diferentes tipos de arritmias.

Comentario final

La importancia de realizar una anamnesis detallada que en algunas ocasiones es complicado. La necesidad de prestar especial atención en pacientes con alto riesgo cardiovascular ya que en ellos existe gran variabilidad en lo que respecta a la presentación de síntomas.

Bibliografía

- Jimenez Murillo L., Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª Edición. Elsevier

682/270. SIGNOS DE ALARMA EN EXPLORACIÓN MAMARIA.

Autores

Rico Pereira, A.¹, Luque Escalante, M.¹, Daga Navarta, G.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morón San Francisco. Morón de la Frontera. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 66 años con antecedentes personales de HTA y asma bronquial. Comenta en la consulta en Atención Primaria que nota retracción de pezón izquierdo de más de 6 meses de evolución, anteriormente no tenía esta alteración. Resultado de última mamografía normal realizada hacía 10 meses.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración se objetiva hundimiento de pezón izquierdo. No palpación de nódulos ni masas en ambas mamas, no dolor, no secreciones en ambos pezones, piel normal, no adenopatías axilares ni claviculares.

Se solicita mamografía y ecografía mamaria, ante hallazgo en la exploración. Se observa nódulo mal definido, irregular, a nivel profundo, sospechoso de malignidad de cuadrante superioexterno de mama izquierda de 10x5 cm (BIRADS 4c). Se realiza Biopsia con Aguja Gruesa con diagnostico anatomopatológico de Carcinoma infiltrante grado 2. Valorada por Unidad de Patología Mamaria que indican intervención quirúrgica con Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma infiltrante de mama.

Diagnóstico diferencial

Mastitis crónica, proliferación linfoide, ganglio linfático intramamario, melanoma, infiltrado leucémico.

Comentario final

La paciente fue intervenida con tumorectomía y BSGC negativo. Posteriormente se realizó ciclo de radioterapia, presentando evolución favorable actualmente.

Debemos estar atentos ante alteraciones o signos que aparezcan en la exploración física que puedan sugerir sospecha de patología mamaria maligna. Es conveniente la realización de pruebas de imagen, aunque la paciente se encuentre incluida en el programa de screening de cáncer de mama y presente mamografías previas normales.

Bibliografía

- Alphonse Taghian, MD, Sofia D Merajver, MD. *Overview of the treatment of newly diagnosed, invasive, non-metastatic breast cancer*. Uptodate, [Revisado en 03/2023, Consultado en 04/2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/overview-of-the-treatment-of-newly-diagnosed-invasive-non-metastatic-breast-cancer/print?search=cancer%20de%20mama&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

682/275. LA CONSULTA TELEFÓNICA EN EL SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Autores

Xia Ye, S.¹, García Redondo, A.¹, García Fernandez, T.¹

Centro de Trabajo

(1) Médico de familia. Centro de Salud San Miguel. Málaga, Torremolinos

Descripción del caso

Motivo de consulta: renovar la medicación.

Historia clínica:

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad renal crónica (ERC).

Anamnesis: la hija del paciente de 80 años solicita renovar los medicamentos a través de una cita telefónica. Se le pregunta por el estado del mismo y comenta que todo bien. Pero al revisar la historia, se vio que su último análisis era de hace unos dos años, se le indica realizar uno de control.

Al mes solicita nueva consulta telefónica, se le comunica el empeoramiento de la función renal, nuevo control analítico y la necesidad de estudio por nefrología. Además, se le aconseja evitar el uso de AINEs y disminuir el consumo de alimentos ricos en potasio.

Exploración y pruebas complementarias

analítica: creatinina 2,08, FG 29 mL/min (previas alrededor de 49), urea 64, K 6,1, resto normal.

Analítica de control: creatinina 1,89, FG 32 mL/min, K 6,5, fósforo 4,1.

No se pide ecografía al no ser la ERC indicación de ecografía desde atención primaria en nuestro Distrito.

Nefrología solicita ecografía abdominal donde detectan masa renal izquierda. Seguidamente le realizan Uro-tac preferente, informando de una extensa masa renal izquierda con hipercaptación heterogénea de contraste con compromiso de la grasa perirrenal y la fascia de Gerota de 17 cm x 10 cm. La primera hipótesis diagnóstica es de carcinoma de células claras con implantes secundarios hepáticos.

Pendiente de confirmación por biopsia de la lesión.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad renal crónica estadio G3b. Hiperpotasemia. Probable carcinoma renal de células claras.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia renal aguda. Nefropatía intersticial.

Comentario final

Muchas masas renales son asintomáticas y no palpables hasta las últimas fases de la enfermedad, más del 50% se detectan de manera fortuita al realizar pruebas de imagen por otros motivos. "Me pregunto lo siguiente: si en atención primaria pudiéramos solicitar más pruebas diagnósticas, ¿cambiaría el pronóstico de algunos de nuestros pacientes?"

Las consultas telefónicas es una oportunidad para revisar historias clínicas y ser proactivos en pacientes poco demandantes, nos podemos encontrar con sorpresas.

Bibliografía

- Muñoz Seco E. *La entrevista telefónica*. AMF 2020;16(11):659-667.
- García R, Bover J, Segura J, Goicoechea M, Cebollada J, Escalada J, et al. *Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica*. Nefrología 2022;42(3):233-264.

682/280. DOCTORA, ESTA CEFALEA NO ES NORMAL.

Autores

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

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 37 años, trabaja como reponedora en supermercado. Presenta como antecedentes personales de interés una rinitis alérgica estacional en tratamiento con antihistamínicos. Acude a la consulta refiriendo clínica de cefalea intermitente, acompañada en ocasiones por náuseas y vómitos que se alivian con analgésicos suaves pero no cede la clínica al completo. No se acompaña de focalidad neurológica no presenta fiebre ni otra clínica acompañante. La sintomatología no le despierta por la noche. No presenta situación estresante que lo relacione con la clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, consciente, orientado, colaborador. Tensión arterial 126/73 mmHg, resto de constantes normales. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen normal. Exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Analítica con uricemia de 7.2, resto de parámetros dentro de la normalidad. Ante la sospecha de cuadro migrañoso se inicia tratamiento con Topiramato como tratamiento de base, asociado a analgésicos y Triptanes para control de crisis y revisamos a nuestro paciente tras 2-3 semanas de tratamiento. En revisión nos comenta que ha mejorado el número de crisis fuertes pero continua con la clínica de cefalea, aunque más esporádicas y menos floridas. Solicitamos TAC craneal dado que no cedió completamente clínica, en TAC se objetiva lesión de 22x19 mm en IV ventrículo sin producir efecto masa ni signos de hidrocefalia, compatible con Subependimoma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Subependimoma en IV ventrículo.

Diagnóstico diferencial

Migraña, cefalea tensional y neoplasia intracraneal.

Comentario final

La consulta de atención primaria es la puerta de entrada a muchas patologías, alguna de ellas de baja prevalencia y que cursan con clínica muy similares a otras patologías, para poder diferenciar unas de otras es necesario tener una visión amplia de nuestros pacientes y realizar una buena historia y exploración para orientarnos hacia una determinada patología y una terapéutica correcta. En algunas ocasiones precisamos apoyarnos en exploraciones complementarias para realizar el diagnóstico completo.

Bibliografía

- Bunin GR, Kuijten JD et al. "Relation between maternal diet and subsequent primitive neuroectodermal brain tumors in young patients" *N Engl J med* 1993, 329: 536-541

682/285. LOS GIROS ARGUMENTALES DE UNA DERIVACIÓN.

Autores

Dionisio Flores, M.¹, Carvajal Jaén, J.², Boix Cebolla, V.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) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 23 años que presenta hipertrigliceridemia en analítica. Entre sus antecedentes no constan alergias ni hábitos tóxicos. No presenta antecedentes de interés ni realiza tratamiento. Vida activa.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneica. Auscultación, abdomen y miembros inferiores normales. Analítica sanguínea normal, incluido perfil tiroideo. Triglicéridos 1500 mg/dL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se decide tratamiento con Pravastatina/Fenofibrato y derivación a Endocrinología. Cuando la paciente acude a dicha consulta comenta molestias cervicales de meses de evolución (no referidas en Atención Primaria). A la exploración presenta bultoma tiroideo, por lo que se solicita ecografía en la que se visualizan dos nódulos TIRADS 5. Se realiza punción-aspiración con aguja fina con resultado de Carcinoma Papilar de Tiroides. Se deriva a Cirugía realizándose hemitiroidectomía total con vaciamiento central. Se da de alta a la paciente y a los siete días acude a Urgencias con tos, hemoptisis, dolor cervical y fiebre; a la exploración presenta enfisema subcutáneo cervical. Se solicita Tomografía Axial Computarizada en la que se visualiza perforación traqueal. Con este diagnóstico, se lleva a cabo intervención con colocación de cánula de traqueotomía por parte de Otorrinolaringología. Actualmente la paciente presenta buen estado general, con cicatrización completa, presentando como secuela una parálisis de la cuerda vocal izquierda.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente tan solo hipertrigliceridemia.

Comentario final

Cuando derivamos a nuestros pacientes a diferentes especialidades, en ocasiones, aprovechan para comentar otro tipo de dolencias por las que no han consultado previamente en Atención Primaria. En el caso de nuestra paciente, haber consultado previamente con su Médico de Familia por sus molestias cervicales, podría haber generado un diagnóstico más precoz, con la consecuencia de no requerir una operación tan radical con las complicaciones que se generaron. En este caso, se trataba de una paciente nueva en el cupo, por lo que, quizás, no contaba con la suficiente confianza para expresar su problema. La confianza en el Médico de Atención Primaria y consultar por ciertos síntomas de forma temprana es esencial en nuestra especialidad.

Bibliografía

- González-Sánchez-Migallon E, Guillén-Paredes P, Flores-Pastor B, Miguel-Perelló J, Aguayo-Albasini JL. Perforación traqueal diferida tras tiroidectomía total. Manejo conservador. *Cir Esp.* 2016; 94 (1): 50-52.

682/286. NOTALGIA PARESTÉSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Aguilar Morillo, S.¹, Sánchez Aranda, C.²

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 Motril - Este. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente mujer de 62 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria por sensación pruriginosa y parestesias en zona dorsal derecha de meses de evolución asociada a hiperpigmentación de la piel. Refiere que su marido le ha dicho que la "mancha" ha ido aumentando de tamaño a lo largo del tiempo.

Exploración y pruebas complementarias

EF: presenta mácula hiperpigmentada unilateral en zona escapular derecha.

Analítica: no diabetes no hipercolesterolemia ni alteraciones hormonales.

Rx columna AP: escoliosis dorsolumbar Rx lateral: signos degenerativos con componente osteofitario y aumento de cifosis dorsal.

RMN: atrapamiento de nervio espinal entre D4-D5.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Notalgia parestésica.

Diagnóstico diferencial

Picadura de insecto.

Dermatitis atópica.

Dermatitis de contacto.

Erupciones debidas a fármacos.

Tinea Corporis.

Tinea versicolor.

Herpes zóster.

Impétigo.

Liquen simple crónico.

Comentario final

La notalgia parestésica es una condición neurocutánea caracterizada por hiperpigmentación y prurito que compromete el área dermatomérica entre D2 y D6.

Puede relacionarse con lesión de los nervios espinales emergentes entre D2 y D6.

Afecta a personas de cualquier edad y género, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad.

Se trató con anestésico y capsaicina en crema mezcladas, dos veces al día durante 6 meses, con mejoría clínica.

Bibliografía

- Pérez-Pérez L, García-Gavín J, Alleguea F, Caeiroa JL, Fabeiroa JM, Zulaicaa A. Tratamiento de la notalgia parestésica con toxina botulínica A intradérmica. *Actasdermo. AEDV.* 2014;105(1): 74-77.

682/290. SÍNTOMAS ENMASCARADOS.

Autores

Moreno Jiménez, I.¹, Varo Morilla, M.¹, Andrés Vera, J.¹

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 34 años que acude a consulta por un dolor abdominal persistente desde hace dos semanas.

Refiere que el dolor se localiza en el hipocondrio derecho y que se irradia hacia la espalda. Niega fiebre, náuseas, vómitos o alteraciones del tránsito intestinal. Al interrogarla sobre su situación familiar, la paciente se muestra evasiva y nerviosa. Afirma que su marido es bueno con ella y con sus hijos, pero reconoce que a veces tiene cambios de humor y se enfada por cosas sin importancia. Dice que él nunca le ha pegado, pero admite que en ocasiones le ha empujado o le ha tirado del pelo. La paciente niega tener miedo de su marido y dice que no quiere denunciarlo ni separarse de él.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: delgadez, palidez y signos de ansiedad. Presenta equimosis en el brazo izquierdo y en el muslo derecho. A la palpación abdominal se aprecia una masa dolorosa en el hipocondrio derecho, compatible con una hepatomegalia. El resto de la exploración es anodina.

Pruebas complementarias: Se solicita hemograma, ecografía abdominal y radiografía de tórax. Se detecta elevación de transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina, sugiriendo un daño hepático. La ecografía confirma la presencia de una hepatomegalia con múltiples hematomas intrahepáticos. La radiografía de tórax no muestra alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hematomas intrahepáticos secundarios a violencia de género.

Diagnóstico diferencial

Incluye causas infecciosas, autoinmunes, metabólicas, neoplásicas y traumáticas de hepatomegalia. Dado el contexto clínico y los hallazgos exploratorios, se sospecha que la paciente sufre malos tratos físicos por parte de su marido y que estos han provocado lesiones hepáticas graves.

Comentario final

Se trata de un caso de violencia doméstica encubierta, con repercusiones físicas y psicológicas para la paciente. Se recomienda activar el protocolo de actuación ante casos de maltrato y ofrecer a la paciente apoyo médico, psicológico y legal. Se debe informar a la paciente de los riesgos que corre su salud y su vida si no abandona la situación de violencia.

Bibliografía

- *Consejería de Salud y Familias. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil y violencia*

de género. Junta de Andalucía; 2019 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587b22e75_protocolo_maltrato_infantil.pdf

682/295. A PROPÓSITO DE UN CASO: ME CUESTA RESPIRAR.

Autores

Moreno Jiménez, I.¹, Varo Morilla, M.¹, Andrés Vera, J.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz*

Descripción del caso

Paciente de 53 años de edad que acude al servicio de urgencias por prurito en la boca unos 30 minutos después de ingerir un yogur, seguido de hinchazón de los labios, la lengua y el paladar. Además de dificultad para respirar y hablar, y sensación de opresión en el pecho. No tenía antecedentes personales ni familiares de alergia a alimentos o medicamentos. No tomaba ningún fármaco de forma habitual, salvo un IECA.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: A la exploración física se observó un edema importante de los labios, la lengua y el paladar, con eritema y urticaria en la piel circundante. La auscultación pulmonar reveló sibilancias difusas. La tensión arterial era de 150/90 mmHg y la frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto. El resto de la exploración fue anodina.

Pruebas complementarias: Hemograma que mostró un aumento del recuento de eosinófilos (8%) y de la IgE total (250 UI/mL). Se solicitó una prueba cutánea con extractos alérgicos, que fue positiva para la lactosa. Se descartaron otras causas de edema angioneurótico mediante la determinación del complemento (C3 y C4 normales) y la bradicinina (normal).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Edema angioneurótico secundario a alergia a la lactosa.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluyó otras causas de edema angioneurótico, como el inducido por fármacos (p. ej., inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), el hereditario o adquirido por alteración del complemento, el idiopático o el asociado a urticaria crónica.

Comentario final

El paciente recibió tratamiento con antihistamínicos H1 (cetirizina) y corticoides (prednisona) por vía oral, así como adrenalina por vía intramuscular. Se le indicó evitar el consumo de productos lácteos y se le prescribió e instruyó sobre el manejo de un autoinyector de adrenalina para casos de emergencia. Se le derivó al servicio de alergología para seguimiento y educación sanitaria.

Bibliografía

- *Nutritional management of lactose intolerance: the importance of diet and food labelling.* Maria Sole Facioni, Benedetta Raspini, Francesca Pivari, Elena Dogliotti & Hellas Cena. *Journal of Translational Medicine* volume 18, Article number: 260 (2020).
- *Update on lactose malabsorption and intolerance: pathogenesis, diagnosis and clinical management.* Benjamin Misselwitz, Matthias Butter, Kristin Verbeke

682/296. DOCTORA, MI MADRE YA NO SE RÍE...

Autores

Perez Moya, G.¹, Abaurre Delgado, A.², Meseguer Gómez, M.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla,* (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla*

Descripción del caso

Mujer de 78 años con antecedentes de HTA y Dislipemia. Actualmente en tratamiento con Amlodipino 5 mg, Ezetimiba 10 mg, Esomeprazol 40 mg. Hasta hace 2 meses había realizado tratamiento con levosulpirida por dispepsia que su Médico de Familia retiró por llevar mucho tiempo tomándolo. La familia de la paciente consulta porque desde hace un tiempo la notan apática, sin ganas de reírse ni de jugar al golf (que antes practicaba con frecuencia), ausente en las conversaciones y más lenta en los movimientos. No se encuentra triste pero sí apática. Se inicia tratamiento antidepresivo a pesar de escala de evaluación con resultado de ligeramente deprimido y se retira a los pocos días por mareos y aparición de movimientos repetitivos orofaciales en labio superior. Se realiza teleconsulta a Neurología siendo valorada una semana después presencialmente.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica con hipomimia, movimientos involuntarios labiales, no rigidez ni bradicinesia, no braqueo, no temblor, marcha en tandem conservada, test empujón alterado.

Análítica con TSH normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El neurólogo revisando medicación pasiva, observa tratamiento con levosulpirida hace 2 meses y sospecha parkinsonismo farmacológico y posibles discinesias tardías. Aún así solicita SPECT. Dos meses después es revisada y presenta clara con mejoría sintomática, recuperada del ánimo y sin problemas motores solo persistiendo leves tics bucales. Se anula SPECT.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Parkinson, trastorno depresivo.

Comentario final

La levosulpirida se utiliza para el tratamiento de dispepsia y emesis. Se ha demostrado su asociación con trastornos del movimiento. El más común fue el parkinsonismo seguido de la discinesia tardía. El área orolingual es la más frecuentemente afectada por la discinesia. Los médicos de familia debemos tener precaución al usar levosulpirida, especialmente en pacientes de edad avanzada. Además es importante hacer una revisión de los medicamentos tomados por el paciente en el último año ya que la discinesia tardía puede aparecer meses después de haber retirado el mismo. Ante la sospecha de un trastorno del movimiento inducido por fármacos se debe retirar el fármaco que se sospeche responsable y derivar al neurólogo.

Bibliografía

- *Hae-Won Shin 1, Mi J Kim, Jong S Kim. Levosulpiride-induced movement disorders. Mov Disord. 2009 Nov 15;24(15):2249-53*

682/298. INFUNDIBULOHIPOFISITIS POSTCOVID.

Autores

Perez Moya, G.¹, Abaurre Delgado, A.², Meseguer Gómez, M.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla,* (2)

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 47 años que consulta, tras cinco días de presentar infección respiratoria leve por covid, por cuadro de poliuria polidipsia de entre diez y trece litros de agua al día.

Antecedentes personales: Tiroiditis crónica autoinmune en tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Psoriasis.

Exploración y pruebas complementarias

Realizamos una osmolaridad en orina siendo muy baja 100 mosm/kg, sin presentar otra alteración en los parámetros analíticos.

Consultamos con endocrino que inicia tratamiento empírico con desmopresina y realiza una RMN de cráneo: Engrosamiento nodular del tallo hipofisario. Posible disgerminoma.

Neurocirugía realiza punción lumbar donde se determina: alfafetoproteína, betagonadotropina, citología, LDH, ECA, vitamina D, VIH, treponema pallidum, autoinmunidad, IgG siendo todos los resultados negativos o normales.

La paciente responde a la desmopresina.

Tras un año se repite la RMN donde se aprecia una normalización clara del tallo hipofisario visible en el estudio previo.

La paciente continúa en seguimiento en la unidad poscovid del Hospital universitario Virgen del Rocío, así como por endocrinología del mismo hospital.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes insípida central secundaria.

Diagnóstico diferencial

Diabetes insípida central.

Diabetes insípida nefrogénica.

Potomanía.

Comentario final

La relación en el tiempo, la ausencia de otras posibles causas y la remisión espontánea del cuadro nos hace sospechar del origen infeccioso del cuadro.

La bibliografía revisada muestra secuelas en diferentes sistemas y órganos, sustentándose la hipótesis que los efectos adversos para la salud fueron mediados por la activación exagerada del sistema inmune en

respuesta al virus. De momento queda establecida la hipótesis de posible secuela poscovid en fase aguda. Continúa en estudio puesto que persiste la necesidad de vasopresina.

Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-secuelas-medicas-covid-19-5002577532100289X>
- <https://www.medicineonline.es/es-diabetes-insipida-articulo-50304541220302390>

682/302. SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS INDUCIDOS POR CORTICOIDES.

Autores

Gómez Sánchez, C.¹, Carmona Pérez, I.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivares. Olivares. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Motivo de Consulta: Aviso centro coordinador prioridad 1. Varón, 38 años, herida de arma blanca y sangrado activo. Consciente. UVI móvil ocupada.

Antecedentes personales: Alta 48 horas antes por Neumonía Intersticial bilateral por COVID 19 aún en tratamiento con Dexametasona 6mg al día, enoxaparina 40mg al día y omeprazol 20 mg al día. Laboralmente activo, buen apoyo familiar y padre de un bebé de 8 meses. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Anamnesis: No sabe muy bien que ha sucedido, "cree que se le ha caído el cuchillo". La familia niega ánimo depresivo.

Exploración: Consciente. Orientado. Perplejo. Bradipsíquico. Respuesta incoherente emocional. Herida inciso contusa por arma blanca en hemitorax anterior izquierdo. Glasgow de 15. Pupilas isocóricas y reactivas. Neurológicamente normal. Tensión arterial 130/70 mmHg. ACC: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado, hipoventilación izquierda. Se administra ácido tranexámico y suero fisiológico intravenoso. Traslado al hospital por SAMU.

Analítica: Hematíes 4.5, monocitos 12.9, resto de hemograma, bioquímica, serología (VIH, VHB, VHA, VHC) normal, TSH y orina normal.

Radiografía tórax: Derrame pleural 35ml.

Ecocardiografía: Derrame pericárdico pequeño.

TAC CRANEAL : normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ingresar en psiquiatría .

Reintroducen corticoides y empeora.

Juicio clínico: Síntomas neuropsiquiátricos por corticoides. Derrame pericárdico. Derrame pleural.

Diagnóstico diferencial

- Psicosis orgánica
- Depresión o ansiedad
- Psicosis inducida por fármacos
- Trastornos psiquiátricos debidos a la propia infección por COVID 19
- Neuroinfección

Comentario final

Al alta fue derivado a salud mental sin tratamiento y dado de alta en posteriores revisiones con incorporación a su vida laboral. No ha vuelto a consultar por alteraciones del humor. Los corticoides han sido el tratamiento de elección de todos los pacientes ingresado con neumonía COVID 19 pero tienen bastantes efectos secundarios y algunos importantes como éste. Durante años fueron considerados los grandes simuladores por esto mismo.

Las manifestaciones psiquiátricas derivadas del uso de corticoides son afectivas 75% y orgánicas 25% . Mecanismos no claros pero incuestionables. Tratamiento reducción gradual , remiten el 50 % en dos semanas y el 90% en seis.

Bibliografía

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2011.12.007>. Medline
- <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.141.3.369>. Medline
- Elsevier. vol.23. Núm.1. páginas 40-43(Enero-Abril 2016)
- Muzyk AJ, Holt S, Gagliardi JP. corticosteroid psychois: stop therapy or add psychotropic. *Current Psychiatry* 2010;vol.9, nº1.

682/303. LESIONES CUTÁNEAS EN ATENCIÓN PRIMARIA, LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA DESCARTAR PATOLOGÍA GRAVE.

Autores

Montoro Sánchez, E.¹, González-Venegas Caba, C.², Caba Martín, A.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Chaparral. Albolote. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Martí - Verneda Sud. Barcelona, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Atarfe. Atarfe. Granada

Descripción del caso

Mujer de 46 años, antecedentes: Alcoholismo , tabaquismo, abuso benzodiazepinas y cocaína. No ADVP. Sífilis tratada. Tres meses antes comienza con lesiones hiperqueratósicas en dedos de pies progresan en sentido ascendente. Paralelamente de forma insidiosa cambios de personalidad y conducta. Por sospecha de escabiosis tratada con ivermectina, sin mejoría. Las placas progresan afectando tronco, raíz de miembros, cuerpo cabelludo y párpados, producen rigidez y dolor limitando la deambulacion en la última semana. Añade pérdida ponderal. Remitida al Hospital para estudio y despistaje patología neoplásica y/o infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, somnolienta. No focalidad neurológica. Auscultación normal. Dolor a la caricia superficial de superficie corporal. Edema con fóvea en tobillos. Presencia placas hiperqueratósicas descamativas universales incluyendo cuero cabelludo, respeta zona centroracial acentuadas en línea de implantación del cabello, región pretibial y dorso manos. No surcos acarinos en dermatoscopia. TA90/40mmHg. Saturación de Oxígeno 99 %. FC88 lpm. Temperatura 36,5°C. IMC16. Analítica: GOT323, GPT351, GGT1000, FA280, LDH 352. Ionograma normal. TSH normal. BNP317 PCR40 Procalcitonina11. Tóxicos positivos para cocaína y benzodiazepinas. Hb8.7 con VCM normal, leucocitosis desviación izquierda. Selenio: 36 mcg/L, Vitamina D1ng/ml, Calcio8.3, Fósforo1.4, Mg1.38, VitB6 9.7nmol/L, VitE, VitA, VitB2, VitB1normales, Fe163, transferrina164, Ácido Fólico6.7, VitB12: >2000, Prealbúmina: 19. Tac toracoabdominal: no signos de neoplasia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ictiosis adquirida origen malnutritivo.

Diagnóstico diferencial

Asociada a gran número de patologías: neoplasias, enfermedades endocrino-metabólicas con malnutrición y malabsorción crónicas o déficit vitamínicos, alteraciones inmunológicas y medicamentos: destacan los hipocolesterolemiantes.

Comentario final

Ante ictiosis adquirida realizar una detallada historia clínica descartar fármacos desencadenantes, exploración física de signos de malnutrición, exploraciones para descartar procesos endocrinológicos, inmunológicos, infecciosos y, sobre todo, neoplásicos. Si exploraciones iniciales son negativas recomendable controles periódicos, puede ser primer signo de enfermedades graves.

Bibliografía

- Mazereeuw-Hautier J, Vahlquist A, Traupe H, et al: Management congenital ichthyoses: European guidelines of care. *Br J Dermatol* 180(2):272-281, 2019.
- L. Hueso, C. Requena, A. Alfaro-Rubio, C. Serra-Guillén. Ictiosis paraneoplásica. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. Vol. 99. Núm 4(317-318). Mayo 2008.

682/311. ERITEMA POLIMORFO EXUDATIVO RECIDIVANTE POST VACUNA COVID.

Autores

Fernández Caro, D.¹, Díaz García, R.¹, Bermúdez Torres, F.²

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. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 61 años que acude al centro de salud por lesiones eritematosas urticariales en antebrazos, abdomen y piernas acompañado de exudación serosa e infiltración tras administración de primera dosis de vacuna covid Astra Zeneca en Abril 2021. Derivado a urgencias se le cita en dermatología y Medicina Interna. En dermatología se diagnostica de posible eritema polimorfo

secundario a vacunación Covid, realizando biopsia posterior. Teniendo resolución con tratamiento con corticoides tópicos, orales y antihistamínicos. Desde medicina interna se hace estudio para despistaje de patología sistémica como origen del Eritema Polimorfo que se descarta. Recidiva de eritema polimorfo a los dos meses de segunda dosis de vacuna en diciembre 2021.

Antecedentes Personales: no hábitos tóxicos, no alergias medicamentosas conocidas, insuficiencia venosa y prótesis de ambas caderas.

Antecedentes Familiares: un hermano con psoriasis.

Tratamiento: no toma.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. AC: rítmico sin soplos. AP: buen murmullo vesicular. Abdomen: globuloso, blando, depresible no doloroso. MMII: signos de insuficiencia venosa crónica. Lesiones dérmicas: erupción eritematosa irregular cierta disposición anular, policíclica en antebrazos, abdomen y piernas (tercios distales) acompañado de edema, exudación serosa e infiltración.

Biopsia cutánea (07/07/2021): fdermatosis espongiótica psoriasiforme y pustular. Compatible con sospecha clínica de psoriasis pustular pero sin poder descartar otras entidades contempladas en el diagnóstico diferencial como toxicodermia o eritema polimorfo.

Analítica con hemograma, bioquímica, proteínas específicas, proteinograma, marcadores tumorales, autoinmunidad, serología en la que destaca sólo perfil de dislipemia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Eritema polimorfo exudativo postvacunal.

Diagnóstico diferencial

Toxicodermia, Psoriasis pustular, Urticaria.

Comentario final

Ante la aparición de un Eritema Polimorfo Exudativo hay que descartar que sea como consecuencia de alguna causa sistémica tal como enfermedades infecciosas o autoinmune o por la toma de algún medicamento. En este caso en concreto desde el principio parecía haber una relación causa efecto con la vacuna Astra Zeneca. Aún así se realizó estudio de despistaje de enfermedades sistémicas que fue negativo. Además se repitió con la segunda dosis.

Bibliografía

- Galván-Casas C, Catalá A, Muñoz-Santos C. Vacunas frente a SARS-CoV-2 y piel. *Novedades en dermatología*. Vol. 112. Núm. 9. páginas 828-836 (octubre 2021)
- 9º informe de farmacovigilancia sobre vacunas COVID 19.

682/316. ABORDAJE DE UN CASO DE FERROPENIA DE ORIGEN INCIERTO.

Autores

Molina Moreno, J.¹, Castro Vargas, J.², Abad Naranjo, A.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cruz de Humilladero. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Capuchinos. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 55 años que consulta por pérdida de 3 Kg de peso en los últimos 3 meses sin haber modificado su alimentación habitual. Refiere no ha presentado cambios en su hábito deposicional ni estreñimiento ni diarrea. No ha experimentado náuseas, ni vómitos, ni dispepsia o reflujo gastroesofágico. No ha objetivado heces patológicas. No intolerancia alimentaria conocida. No episodios de sudoración nocturna ni fiebre.

Antecedentes personales: dislipemia, asma alérgica.

Intervención quirúrgica: no refiere.

Hábitos tóxicos: fumador.

Tratamiento habitual: aerosolterapia, omeprazol, atorvastatina.

No antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta un abdomen blando, deprimible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados.

En analítica de sangre presenta hemoglobina 15 g/dL, hierro 52ug/dL, ferritina 33,9 ng/mL, transferrina 295, vitamina B12 506, resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones.

Ante los hallazgos analíticos se amplía el estudio con perfil de celiaquía anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa negativos, inmunoglobulinas

A, G y M negativas, se solicita sangre oculta en heces negativa y antígeno de *Helicobacter pylori* en heces positivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ferropenia secundaria a infección por *Helicobacter pylori*.

Diagnóstico diferencial

Ferropenia secundaria a celiaquía, pérdidas digestivas, *Helicobacter pylori*.

Comentario final

Se realizó el tratamiento de erradicación del *Helicobacter pylori* con omeprazol, claritromicina, amoxicilina y metronidazol durante 14 días. Posteriormente, el paciente recuperó el peso que había perdido, en la analítica de control el hierro aumentó a 65 ug/dL y el antígeno de *Helicobacter pylori* en heces se negativizó al mes del tratamiento.

Finalmente, con este caso clínico concluimos que ante el hallazgo de una ferropenia debemos realizar un adecuado diagnóstico diferencial y realizar un tratamiento enfocado a la causa que lo desencadena.

Bibliografía

- Pascual Izquierdo C, Polo García J, Osorio Prendes S, Cabañas Perlanes V, Rodilla Rodilla E. *Criterios de derivación a consultas de hematología desde Atención Primaria*. Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; 2020.
- Pérez Roldán F, Castellanos Monedero JJ, González Carro P, Villafañez García MC, Roncero García-Escribano O, Legaz Huidobro ML, et al. *Efecto de la erradicación de Helicobacter pylori en la anemia ferropénica de origen incierto*. *Gastroenterología y Hepatología*. 2008;31(4):213-216.

682/319. NO ES UNA CEFALEA CUALQUIERA.

Autores

Caballero Morgado, J.¹, Tena Santana, G.², Trujillo Díaz, N.¹

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva

Descripción del caso

Varón de 45 años de edad que consulta que consulta en Servicio de Urgencias Hospitalarias por cuadro de cefalea de 14 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Cefalea holocraneal, periocular e intensa, de carácter opresivo con sensación de hipersensibilidad, intolerancia oral e interrupción del descanso nocturno. Buen estado general, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow Score de 15 puntos. Auscultación cardiorrespiratoria normal Exploración neurológica compatible con la normalidad, sin focalidad y con signos meníngeos negativos. Las pruebas complementarias muestra leucocitosis con neutrofilia y marcadores inflamatorios elevados. Se solicita tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo que no muestra datos de sangrado intra ni extraaxial, reflejando únicamente quiste aracnoideo. Tras informar al paciente y obtener consentimiento informado, se procede a realizar punción lumbar con obtención de líquido cefalorraquídeo xantocrómico, amarillento y turbio con presión de salida normal, mandándose a analizar. Durante su estancia en urgencias presenta desorientación y disimetría de carácter agudo, con cefalea fugaz, por lo que se decide repetir TAC craneal objetivándose componente hemorrágico de aspecto extraaxial subaracnoideo en fosa temporal izquierda. Ante los nuevos hallazgos, se procede a traslado a Servicio de Neurocirugía de referencia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Orientación diagnóstica: Cefalea sin criterios de alarm
Juicio Clínico: Hemorragia subaracnoidea Atraumática.

Diagnóstico diferencial

Cefalea migrañosa, accidente cerebrovascular lacunar, hemorragia subaracnoidea.

Comentario final

Las cefaleas, con independencia del tiempo de evolución que presenten, siempre deben explorarse junto con una exploración neurológica completa y descartando signos meníngeos. Además, habrá que valorar la existencia de signos o síntomas de alarma que nos orienten a realizar otras pruebas complementarias como TAC craneal o punción lumbar para descartar otras entidades de alto grado.

Bibliografía

• Yopez Yerovi , F. E., & Noroña Guevara , G. E. (2023). Hemorragia subaracnoidea revisión bibliográfica.

ca. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 9279- 9293. <https://doi.org/10.37811/cLrcm.v7i1.5049> .

- Ruiz G; Ramos C; Ximénez-Carrillo A; Alonso de Lección M. Hemorrhagic Stroke, Cerebral Hemorrhage and Subarachnoid Hemorrhage. *Medicine*. 2023;13(70):4095 – 107. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.01.003>.

682/323. SÍNDROME CASCANUECES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Noguera Sánchez, L.¹, Berteli Fuentes, C.², Pardo Delgado, A.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cala. Mijas. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 39 años de edad de hábito atlético y fumadora como único antecedente personal que acude por hematuria macroscópica de 3 días de evolución acompañada de algunos coágulos. Además, nos comenta dolor lumbar episódico que calma con ejercicio de fisioterapia. No presenta síntomas miccionales. Niega cólicos nefríticos. No toma AINES. Niega artralgias ni aparición de lesiones cutáneas.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración: Abdomen no doloroso. No masas ni megalias. Puñopercusión renal negativa
- Analítica: Hb 11,5 VCM 80 ferritina 10, bioquímica Cr0,8 FG 94ml/min, iones normales, resto de bioquímica normal.
- Orina: Sedimento de orina: eritrocitos y proteínas. Proteínas/creatinina 521 mg/g urea/creatinina 1507. Urocultivo: Negativo. Citología de orina: negativo.
- Serología de virus negativa. Treponema pallidum negativo. Toxoplasma negativo.
- Ecografía renal: Ambos riñones se encuentran discretamente aumentados de tamaño e hiperecogénicos con pérdida de diferenciación córtico medular.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome Cascanueces con manifestación de hematuria y anemia discreta.

Diagnóstico diferencial

Cólico nefrítico, cistitis hemorrágica, glomerulopatías, Cáncer vejiga.

Comentario final

Tras valoración de la paciente y realización de pruebas complementaria se derivó a urología con carácter preferente. Se llevó varios meses asintomática sin hematuria, pero dos días antes de la consulta de urología volvió a presentar episodio de hematuria. Urología ingreso a la paciente para estudio con cistospia y resto de estudio dentro de la normalidad. En TAC realizado durante el ingreso lo único que presento fue estenosis de vena renal izquierda por disminución de espacios sin varices gonadales.

El síndrome de cascanueces está causado por una compresión de la vena renal entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Suele tener una clínica silente, pero en ocasiones presenta hematuria (micro o macroscópica) incluso anemia. También se suele asociar a proteínas en la orina.

La importancia del caso radica en el conocimiento de esta afección poco frecuente por parte del médico de atención primaria y pensar en él en los casos de hematuria una vez descartadas otras etiologías.

Bibliografía

- Polaina Rusillo M, Liébana Carpio L, Borrego Hinojosa J, Liébana Canada A. Hematuria macroscópica en paciente con síndrome del cascanueces. *Nefrología*. 2012;32:537-8.
- De Shepper A. Nutcracker femomeen van de vena renalis en vereuze pathologie van der linker nier. *J Bel Radiol*. 1972;55:507.

682/326. DOCTORA MI MARIDO “ESTÁ RARO”.

Autores

Soto Ponce, N.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 81 años que acude acompañado con su esposa que refiere lo encuentra “raro” pero él verbaliza que se siente bien. Ha terminado el día previo tratamiento con valaciclovir por herpes zóster. No otros síntomas por órganos y aparatos. No cuadro infeccioso actualmente. Mientras se realiza la exploración en pulsioxímetro se detecta de forma autolimitada frecuencia cardíaca de 110 lpm y comienza con náuseas por lo que trasladamos a consulta de urgencias.

AP: accidente cerebrovascular hemorrágico en 2015. Alteración de la memoria en estudio.

Exploración y pruebas complementarias

TA 115/ 66 FC 85 lpm Afebril.

BEG. Consciente y orientado en las tres esferas. Cierta lentitud a la hora de responder y ejecutar órdenes pero contesta y ejecuta correctamente.

MOEC. PINLA. No focalidad neurológica. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservadas. No disimetría ni disdiacocinesias.

ACR: arritmico, no aparentes ruidos sobreañadidos. Murmullo vesicular disminuido de forma generalizada.

Lesiones costrosas en tórax de herpes zóster, sin signos de sobreinfección.

ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada, imagen de BRIHH, no signos de isquemia aguda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fibrilación auricular de novo con episodio de respuesta ventricular rápida autolimitado.

Diagnóstico diferencial

Secundarismo medicamentoso.

Accidente cerebrovascular.

Deterioro cognitivo.

Arritmia.

Comentario final

En este caso es importante resaltar la importancia de la exploración clínica para realizar una buena orientación diagnóstica debido a la información tan reducida en la anamnesis y la situación basal cognitiva del paciente.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015*
- Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, De Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de octubre. 7ª ed. Madrid: MSD, 2012*

682/331. DOCTORA, LA MANCHA DE LA ESPALDA ME PICA.

Autores

Xia Ye, S.¹, Sepúlveda Muro, C.¹, Sánchez Jiménez, B.¹

Centro de Trabajo

(1) Médico de familia. Centro de salud San Miguel. Málaga, Torremolinos

Descripción del caso

Anamnesis: Varón de 38 años que consulta por una gran lesión hiperpigmentada a nivel de la espalda muy pruriginosa de unos 6 meses de evolución. Inicialmente más pequeña e hipopigmentada, que de repente empezó con prurito, que antes no tenía, y a raíz de rascarse le ha ido creciendo e hiperpigmentando. Se ha tratado con prednicartrato tópico con mejoría leve del picor pero al dejarlo ha continuado. Se queja sobre todo del prurito intenso específicamente a ese nivel.

Se realiza consulta telemática con dermatología, quienes nos ayudan con el diagnóstico y pautan clobetasol y capsaicina tópica

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: mácula hiperpigmentada de más de 10 cm de longitud.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Notalgia parestésica.

Diagnóstico diferencial

Micosis fungoides, reacción inflamatoria al rascado, amiloidosis macular.

Comentario final

La notalgia parestésica es una dermatosis que se produce por la alteración de pequeños nervios sensitivos de la piel que a veces se produce en pacien-

tes con problemas de espalda (hernias discales, contracturas...). El cerebro recibe constantemente una señal de picor en la zona y el rascado hace que la zona se liquenifique. Dada su relación con las contracturas musculares y con el estrés, puede ser un marcador de estrés laboral, y el manejo de las contracturas musculares puede favorecer la evolución de los síntomas.

Bibliografía

- Fernández E, Alonso F, Monoza M y Martínez X. *Notalgia parestésica: a propósito de dos casos. Rev Asoc Esp Espec Med Trab vol.24 no.3 Madrid sep. 2015*

682/333. ¿DERRAME PLEURAL O NO?

Autores

Redondo Salvador, M.¹, Lopez Diaz, A.¹, Pérez Sánchez, J.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 72 años, HTA, DM, DL. Hiperuricemia.

Exfumador desde hace 40 años. Se deriva desde el centro de Salud a Urgencias por sospecha derrame pleural izquierdo. El paciente diagnosticado de bronquitis hacía tres meses. Actualmente presentaba cuadro de tos, ruidos respiratorios, no fiebre, expectoración amarillenta. Disnea con la tos y sibilantes por la noche principalmente.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, Cy O. Eupneico en reposo, sin tiraje ni taquipnea.

AR en bipedestación: Hipoventilación basal izquierda y AR en decúbito supino: sibilantes espiratorios diseminados.

Abdomen: blando, depresible, no masas, no visceromegalias, no puntos dolorosos.

AS: Hemograma: Hb: 15.2, leucos 7.110. Perfil hepático normal, iones en rango. Dímero D:167.

Antigenuria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

hernia de hiato.

Diagnóstico diferencial

derrame pleural.

gran hernia de hiato.

Comentario final

Tras realización de Rx. tórax AP y lat se observa gran hernia de hiato.

Parénquimas sin alteraciones.

Se deriva para cita Digestivo en un paciente que al principio parecía tener derrame pleural que se ajustaba más a la infección respiratoria actual. Asintomático desde el punto de vista Digestivo. La importancia de un buen diagnóstico y una buena valoración.

Bibliografía

- msdmanuals.com
- cigna.com
- bestpractice.bmj.com

682/334. TENGO UN BULTO Y ME VOY A MORIR ESPERANDO.

Autores

Soto Ponce, N.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 46 años valorada en consulta telefónica que está muy nerviosa porque refiere tiene "un bulto en sus partes" y está pendiente de revisión por ginecología por otro motivo pero su médico le ha realizado un informe para que valoren adelantar cita pero está pendiente. Se facilita cita presencial para exploración.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general

Exploración ginecológica: bulto a nivel de labio menor izquierdo compatible con quiste de bartolino.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Quiste de bartolino sin signos de sobreinfección.

Diagnóstico diferencial

Forúnculo.

Prolapso vaginal/vesical/rectal.

Herpes genital.

Úlcera genital.

Lesión labial maligna.

Comentario final

Es importante destacar la comunicación e información en este tipo de casos clínicos para realizar una correcta consulta médica.

Bibliografía

- UptoDate

682/348. ¿ ESTARÁ BIEN ESTE APARATO?

Autores

Rodríguez Alvarez, E.¹, González Soria, M.², Becerra Barba, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Plata. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Palmete. Sevilla

Descripción del caso

Varón 45 años acude a consulta por detectar casualmente glucemia de 387 mg/dL en un autocontrol con el glucómetro de su madre el día anterior. Realizamos glucemia en consulta presentando cifra > de 300 mg/dL. Niega síntomas cardinales tampoco polifagia ni pérdida ponderal.

Se inicia tratamiento con insulina glargina y glulisina; contactamos con endocrino, lo citan a los 5 días y pedirán analítica.

Antecedentes familiares Padre Diabetes Mellitus 1(DM1) Madre DM 2.

Antecedentes Personales- Reacción con urticaria a bromuro de pinaverio y a contraste con urografía.

- Fumador: 10 cigarrillos diarios. No ingesta de alcohol.
- Hipertensión arterial (HTA) hace 3 años tratamiento: enalapril 10 mg/ 24h.
- Dislipemia.
- No intervenciones quirúrgicas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física y pruebas complementarias (tras insulinoterapia): Peso 63 Kg, Talla 175cm, índice de masa corporal 20,5 Kg/m².

Glucemia en ayunas 107mg/dL, Creatinina 1,5mg/dL, Colesterol 207mg/dL, LDL 130mg/dL, Triglicéridos 234mg/dL, Hemoglobina glicosilada (Hb A1) 11,5% Péptido C 1,95ng/mL, anticuerpo antidescarboxilasa de ácido glutámico (Anti GAD) < 0,50 UI/ml, negativo < de 17, anticuerpo antiinsulina (AAI) 2,50 negativo < de 28.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes Mellitus 1 tipo B.

Diagnóstico diferencial

Diabetes Mellitus 2, Diabetes LADA.

Comentario final

La diabetes es una enfermedad compleja y heterogénea en su fisiopatología. Se clasifica como tipo 1 aquella diabetes con autoinmunidad positiva y tipo 2 cuando es negativa, pero con matices. Nuestro paciente con los antecedentes familiares podíamos pensar tanto en diabetes 1 como 2 y en diabetes LADA Latent Autoimmune Diabetes in Adults que presenta destrucción inmunológica en adulto que se diagnostica normalmente después de los 35 años con presencia de autoanticuerpos específicos siendo antiGAD el más frecuente pero no es así en nuestro caso por lo que fue necesaria la derivación para realizar anticuerpos y llegar al diagnóstico. La diabetes tipo 1B reúne características del tipo 1, personas delgadas, con riesgo de cetoacidosis y necesidades de insulina, pero con autoinmunidad negativa.

Bibliografía

- Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Rev Esp cardiol* 2002;55(5):528-35
- Alpañés M. ¿Existen diferentes endotipos en la diabetes tipo 1?
- <https://www.revistadiabetes.org/tratamiento/existen-diferentes-endotipos-en-la-diabetes-tipo-1> Última visita 17 abril 2023

682/349. OTRAS GANMAPATÍAS.

Autores

Rodríguez Alvarez, E.¹, Luque Menacho, L.², González Soria, M.³

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Plata. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Palmete. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla

Descripción del caso

Varón 70 años consulta porque hace dos meses tiene edemas, dolor en manos, caderas de predominio matutino con artromialgias, cansancio, pérdida no cuantificada de peso.

Resto normal.

Analítica Hemoglobina: 10,9 mg/dL normocítica y normocrómica, Velocidad Sedimentación Globular 104 mm/h, PCR 48,6 mg/L, creatinina: 1,38 mg/dL, Filtrado glomerular 51mL/min/m². Nueva analítica proteinograma: Ig A kappa, Ig G Lambda. Contactamos con internista que solicita Inmunofijación en orina con proteínas totales en 24 horas y aspirado de médula ósea: ganmapatía biclonal e insuficiencia renal. Actualmente en seguimiento por nefrología y hematología.

Antecedentes Personales:

Exfumador hace > 20 años, previamente 20cigarros/día. Bebedor ocasional. Hipertensión arterial. tratamiento médico. Cardiopatía hipertensiva.

Hemicolectomía derecha por adenoma tubulovelloso.

Exploración y pruebas complementarias

Palidez de piel y mucosas. Edemas leves en manos toscas. Resto normal.

Tensión Arterial: 140/70 mmHG.

Hemoglobina: 10,9 mg/dL normocítica y normocrómica, Velocidad Sedimentación Globular 104mm/h, PCR 48,6 mg/L, creatinina: 1,38 mg/dL, Filtrado glomerular 51mL/min/m².

Nueva analítica: Proteinograma: componente biclonal Ig A kappa, Ig G Lambda, Sangre Oculta Heces y anticuerpos celíacos negativos.

Citometría: IgA kappa 0,3g/dL IgG lambda 0,1g/dL cadenas kappa 3,39mg/dL cadenas lambda 2,62mg/dL.

Orina: proteínas 24 Horas: 259mg.

Aspirado Médula Ósea: Citología: Plasmocitos 0,75%. Médula ósea sin plasmocitosis.

Radiografía de manos artrosis.

Radiografía de tórax sin masas.

Ecografía abdominal Pendiente.

ECO-Cardiograma: Hipertrofia Ventricular Izquierda ligera. Ligera dilatación de Aurícula Izquierda. Datos degenerativos mitroaórticos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ganmapatía biclonal IgA kappae Ig G lambda. Insuficiencia renal.

Diagnóstico diferencial

Mieloma múltiple, polimialgia, patología oncológica.

Comentario final

Las ganmapatías son trastornos con proliferación clonal estable o progresiva de células plasmáticas. Ante los síntomas de nuestro paciente pensamos en polimialgia, enfermedad oncológica, hematológica y como médicos de familia fue importante realizar pruebas analíticas y de imagen para la sospecha diagnóstica y colaborar con el nivel hospitalario para derivación y seguimiento. La ganmapatía biclonal presenta una baja incidencia pero precisa seguimiento como otras ganmapatías.

Bibliografía

- *García P, Enciso K, Díaz F, Vargas JA, Moraru M, Yebra M. Ganmapatías biclonales estudio retrospectivo de 47 pacientes. Rev Clin Esp 2015;55 (1): 18-24.*
- *Álvarez MM, Mirpuri PG, Pérez A, Diagnóstico de mieloma múltiple en atención primaria. Sospecha ante una historia clínica adecuada. Semergen 2013;39(6):21-24.*

682/352. DOCTOR, QUE LE PASA A MI HIJO.

Autores

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

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Niño de 6 años que según refiere su padre, esta mañana al levantarse de la cama tenía mucha dificultad para caminar. No refiere traumatismo previo y al ser interrogado solo destaca fiebre hace 5 días con sospecha de amigdalitis y por el que realiza tratamiento con amoxicilina.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen blando y depresible siendo anodino. Exploración neurológica con pupilas normales, pa-

res craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada, meníngeos negativos. Marcha inestable con claudicación de ambos miembros inferiores. Se deriva a Urgencias para realizar analítica donde destaca leucocitopenia con linfocitosis y aumento de CPK de 8167 e hipertransaminasemia. Radiografía de miembros inferiores sin lesiones óseas agudas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miositis aguda infecciosa.

Diagnóstico diferencial

Como diagnóstico diferencial se planteó la posibilidad de miositis aguda infecciosa, síndrome de Guillain-Barré y malos tratos infantiles.

Comentario final

La miositis aguda es una patología frecuente en edad pediátrica cuya etiología fundamentalmente es viral (principalmente por el virus influenzae). La clínica suele cursar con dolor muscular de inicio brusco en miembros inferiores sin ningún antecedente previo salvo el de una infección respiratoria previa. La palpación de la región gemelar suele ser dolorosa. Para su diagnóstico es necesario realizar una analítica con CPK y serie blanca, objetivándose aumento de la primera y disminución de la segunda, así como hipertransaminasemia en algunas ocasiones. Como tratamiento, basta con reposo, hidratación y antiinflamatorios no esteroideos.

Bibliografía

- *S. Mall, U. Buchholz, D. Tibussek, et al. A large outbreak of influenza B associated benign acute childhood myositis in Germany, 2007/2008. Pediatr Infect Dis J, 30 (2011), pp. 142-214*
- *E. Tippet, R. Clark. Benign acute childhood myositis following human parainfluenza virus type-1 infection. Emerg Med Australas, 25 (2013), pp. 248-251*

682/355. FRACTURA DE PELVIS EN JOVEN ¿NORMAL?

Autores

Redondo Salvador, M.¹, Torrubia Fernández, M.², Muñoz Pérez, M.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*

Descripción del caso

Paciente de 37 años AP Hernia discal L5-S1 comienza con un dolor intenso, de aparición aguda, localizado en región inguinal bilateral principalmente en la izquierda de forma intermitente con irradiación hacia pubis en los movimientos de carga y sobre esfuerzo. Dolor en región pelviana que comienza tras jugar al padel y dos partos seguidos, sin traumatismo.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. MMII: Cadera MII dolor a la rotación interna. Dolor a la palpación ligamento inguinal. No se palpa saco herniario. MID: cadera BA libre 4/5.

RM de cadera bilateral Julio 2022: Fractura trabecular de ambas ramas púbicas con edema óseo, correspondiente con fractura por sobrecarga.

Análítica: Hemograma normal, bioquímica normal (Fosfatasa alcalina en rango) Proteinograma: normal.

Densitometría: normal. Gammagrafía con Tc: normal.

RM de pelvis Abril 2023: fractura trabecular de ambos pubis en evolución, que presenta menor señal que en previo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Actualmente mejoría con magnetoterapia y terapia manual. Estiramientos y fortalecimiento muscular.

Fractura trabecular en ambas ramas pelvianas con edema óseo. fractura por sobrecarga.

Diagnóstico diferencial

osteoporosis.

enfermedades metabólicas óseas: osteomalacia, hiperparatiroidismo.

Comentario final

Las fracturas de estrés de la pelvis representan una patología que a menudo no se llega a diagnosticar. Es necesario un alto grado de sospecha clínica para llegar al diagnóstico de fractura por estrés. Estaremos en alerta ante pacientes del sexo femenino postmenopáusicas (o no) que presenten dolor agudo en zona baja de la espalda, en la región glútea o en la ingle. Lo importante es reconocer la clínica, así como la posterior aplicación de un tratamiento adecuado.

Bibliografía

- www.fhoemo.com
- www.osteovision.org

• *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas (REEMO): www.db.doyma.es/cgi_bin/wdbcgi.exe*

682/358. COLICO RENAL EN ATENCION PRIMARIA ¿SE INFRAVALORA?

Autores

Casares Gomez, N.¹, Peran Urquizar, C.², Aguilar Calahorra, L.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Caniles. Caniles. Granada,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albayda La Cruz. Granada,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alomartes. Illora. Granada*

Descripción del caso

Paciente de 57 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de centro de salud por dolor en hipocondrio derecho (EVA 4-5), de reposo, de 24 h de evolución que se acompaña de sensación nauseosa. No empeora tras la ingesta, no se acompaña de coluria ni acolia. Leve disminución en la cantidad de la diuresis, sin disuria, tenesmo ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

II. Se explora al paciente que impresiona de buen estado general, normocoloreado y normoperfundido, Eupneico y apirético.

ACR sin datos de valor.

ABDOMEN; blando y depresible con dolor a la palpación de hipocondrio derecho e hipogastrio. PPR negativa.

Realizo Ecografía Clínica en centro de salud y se aprecia: Aorta de calibre normal hasta bifurcación de iliacas. Parénquima hepático homogéneo, de bordes bien definidos, Vesícula biliar de paredes finas sin contenido en su interior. Porta de calibre normal con vía biliar extra hepática no dilatada. Riñón derecho de tamaño normal Se aprecia dilatación de pelvis renal y sistemas colectores. No líquido libre. No imágenes hiperecoicas que sugieran litiasis renal. Vejiga bien repleccionada con jet derecho e izquierdo.

Análítica en las siguientes 24 horas se aprecia un descenso de filtrado glomerular de 45ml/min con ascenso de Cr 1.3mg/dl (Previa 0.8mg/dl).

Se derivó a urgencias hospitalarias, se realizó Ecografía que confirmó dicha hidronefrosis. Fue valorado y citado por urología para colocación de doble J que fra-

casó y finalmente se trasladó al paciente a hospital de tercer nivel para urostomía.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hidronefrosis Grado II.

Diagnóstico diferencial

Como posibles causas de dicha hidronefrosis nos planteamos: Cálculo renal, neoplasia, reflujo vesico ureteral, litu de repetición.

Comentario final

Quería transmitir la importancia de la ecografía en Atención Primaria pues solo con la clínica dolorosa, y tras su control, este paciente no hubiese sido candidato a pruebas complementarias y por tanto hubiese pasado desapercibido con el consecuente fracaso renal.

Bibliografía

- https://www.euskadi.eus/web01-a2azns-cp/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortaI=true&N_LIBR=052412&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf
- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-importancia-ecografia-atencion-primaria-51138359315001100>
- https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2019/08/v20n1_AE_EcoRenal.pdf

682/360. SI YO VEO BIENjj.

Autores

Becerra Barba, M.¹, Abaurrea Ortiz, M.², Luque Mena-chó, L.¹

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Palmete. Sevilla, (2) 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

Mujer de 67 años, acude a realización de Retinografías en CS por programa Diabetes tipo II.

17 años de evolución, buen control.

Antecedentes personales.

Intolerancia a citalopram.

HTA, Dm tipo 2, síndrome depresivo, diabetes insípida.

Intervenciones quirúrgicas: enfermedad de Cushing, colecistectomía. Cataratas OI.

Tratamientos: duloxetina 60 mg/24h, olmesartan 20 mg/24, metformina 1 gr/24, desmopresina 240mcg/24h.

Enfermera ve imagen dudosa en Retinografías y consulta al médico. La paciente refiere ver algo, peor, levemente. Se dilata con tropicamida. Tras valoración de imágenes, objetivamos OD sin lesiones. OI: hemorragias en astilla en territorio de arcada superior en inferior. Se deriva a urgencias oftalmología con posibilidad diagnóstica de obstrucción vena retiniana (OVR).

Exploración y pruebas complementarias

Informe urgencias.

Exploración física.

T.A.S. 175/77, FC 121 ppm.

Agudeza visual OI dilatado: cuenta dedos a 1 m.

Examen biomicroscópico (BMC) OD: normal. OI: córnea transparente, pseudofaquia correcta, pupila en midriasis media.

Fondo de ojo:

OD. Sin lesiones. OI: papila a nivel, hemorragias en astilla en territorio de arcada temporal e inferior.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

JC. OBSTRUCCIÓN DE VENA CENTRAL DE LA RETINA OI (OV).

Tratamiento: Control de Tensión Arterial Y FRCV, por MFyC.

Revisión en consultas oftalmológica.

La OVR es segunda causa de pérdida visión por enfermedad vascular retiniana, tras la retinopatía diabética (RD). Aumenta con la edad. La oclusión de la rama venosa de retina (BRVO) es más común que (OVCR).

Diagnóstico diferencial

Visión borrosa indolora:

- OVCR raramente asintomático.
- Oclusión arteria retiniana central o rama.
- Desprendimiento de retina.
- Neuropatía óptica isquémica
- Hemorragia vítrea..

En Retinografías ; Hemorragias.

- RD o hipertensiva .
- Síndrome isquémico ocular.
- Vasculitis .
- Retinopatía radiación o viral (citomegalovirus)

Comentario final

Paciente que no consultó por pérdida visión, igual que la gran mayoría pacientes que desarrollan retinopatía diabética son asintomáticos hasta etapas avanzadas (tarde para tratamiento eficaz) De ahí la importancia de realización de Retinografías en A.P.

Bibliografía

- Song P, Xu Y, Zha M, et al. *Global epidemiology of retinal vein occlusion: a systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and risk factors. J Glob Health 2019; 9:010427.*
- *Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Diabetes Mellitus. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 3ª edición. Sevilla, 2018.*

682/364. SEGUNDO IVE: LA IMPORTANCIA DEL CONSEJO CONTRACEPTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Blasco Martínez, M.¹, García González, S.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería,* (2) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vívar. Vívar. Almería*

Descripción del caso

Mujer caucásica de 25 años, acude a consulta con su pareja en Marzo de 2023 para solicitar interrupción voluntaria del embarazo (IVE), por prueba de embarazo positiva. Antecedentes personales y familiares sin interés, no alergias medicamentosas. Como antecedentes ginecológicos observamos la demanda en Urgencias de pildora post-coital en Febrero de 2021 alegando rotura de condón, y un IVE previo en Mayo de 2018.

En consulta realizamos consejo anticonceptivo, informamos de los diferentes métodos anticonceptivos a la pareja y escuchamos sus preferencias. La paciente decide ponerse un implante anticonceptivo subcutáneo tras el IVE, por ser un método de alta eficacia y larga duración.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física normal por aparatos. La exploración abdominal es normal: blando, depresible, no doloroso a la palpación, normotimpánico, no masas ni megalias. Las constantes son: Tensión Arterial 120/ 75, frecuencia cardiaca 72 lpm, saturación O2 99%, glucemia capilar 92 mg/ dl, índice de masa corporal 22,5. Tenemos una citología ginecológica reciente (Febrero de 2023), normal, realizada para control periódico rutinario. En Noviembre de 2022 se realizó analítica de sangre y orina con valores en rango de normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Embarazo. Solicitud de interrupción voluntaria del mismo.

Diagnóstico diferencial

Se debe hacer con otras enfermedades que simulen embarazo:

- Pseudociesis
- Mioma
- Mola hidatiforme

Comentario final

Es importante el consejo anticonceptivo en Atención Primaria, para reducir el número de IVEs (88000 en España el año pasado), y minimizar los casos reincidentes. Existen multitud de anticonceptivos con distintas vías de administración, los cuales deben ser conocidos por nosotros y trasladarlo a nuestras pacientes, para que puedan elegir el método anticonceptivo más adecuado, según sus preferencias y sus circunstancias. Es necesario implementarlo en nuestras consultas, ya que según la encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) 2022 sobre anticoncepción en España, el 54,6% de mujeres utilizan el método que les ha indicado un profesional sanitario.

Bibliografía

- MARTIN ZURRO, A; CANO PEREZ, J.F. (2014). *ATENCIÓN PRIMARIA. ED. ELSEVIER, 7ª EDICIÓN*
- *ANTICONCEPCION Y SALUD SEXUAL EN ATENCION PRIMARIA. GUIA DE PRÁCTICA CLINICA 2ª EDICION. SEMFyC - SAC - SEMERGEN 2022.*
- *OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA SEC. ENCUESTA SEC DE ANTICONCEPCION EN ESPAÑA 2022. <https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>*

682/365. DOCTORA, SOLAMENTE PUEDO ESTAR TUMBADO.

Autores

Bernal Pavón, L.¹, Chico Espín, J.¹, Martos Borrego, M.²

Centro de Trabajo

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Ardales. Ardales. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Teba. Teba. Málaga

Descripción del caso

Varón, 21 años, sin antecedentes de interés, acude por presentar cefalea occipital intensa y cervicalgia con empeoramiento progresivo de cuatro meses de evolución. Dolor de novo muy limitante por lo que anteriormente acude en múltiples ocasiones a urgencias con realización de Rx cervical y TAC craneal normal y RMN cervical (privada) normal. No mejoría con analgesia ni fisioterapia. Presenta empeoramiento clínico, con irradiación a región auricular y mandibular, sonofobia, parestesias ocasionales en zona hemifacial izquierda y parestesias y debilidad en miembros derechos. Mejora en decúbito supino. Reinterrogando al paciente por inicio del cuadro, refiere que mientras estaba en un festival, sentado, notó de forma brusca un calambre-crujido en el cuello.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica completa normal. Dada la nueva clínica del paciente se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por sospecha síndrome hipotensión del LCR. En ingreso realizan analítica completa, RMN cerebral, RM articulaciones temporomandibulares, RMN dorsolumbar y punción lumbar para medición presión apertura LCR con resultado normal. Alta con diagnóstico de cefalea diaria persistente de novo (con bloqueo nervio occipital mayor bilateral) y revisión en unidad de cefaleas.

Presenta empeoramiento tras ingreso, con gran impotencia funcional y vida en cama. El paciente acude a Neurocirugía privada con realización de TAC dinámico donde se observa inestabilidad rotacional atlantoaxoidea severa, con subluxación en reposo e importante luxación bilateral en los movimientos rotacionales. Finalmente, ingresa a cargo de Neurocirugía realizándose artrodesis C1-C2.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Inestabilidad atlantoaxoidea (subluxación rotatoria C1-C2).

Diagnóstico diferencial

Cefalea cervicogénica, hipotensión del LCR.

Comentario final

El diagnóstico de la subluxación atlantoaxoidea, entidad de baja incidencia, se puede retrasar ya que a veces no está relacionado con un trauma claro. Requiere una alta sospecha clínica y tenerla siempre presente como diagnóstico diferencial del dolor cervical, en pacientes con o sin antecedente traumático previo. Recordar su afectación en pacientes con artritis reumatoide (25%) y otras entidades menos frecuentes como espondilitis anquilosante, síndrome de Down o síndrome de Grisel.

Bibliografía

- González DCN, Ardura-Aragón F, Sanjuan JC, Maniega SS, Andrino AL, García-Fraile R, et al. C1-C2 Rotatory Subluxation in Adults "A Narrative Review". *Diagnostics (Basel)*. 2022 Jul 2;12(7):1615.
- Neurocirugíacontemporánea.com [Internet]. Subluxación atlantoaxoidea. *Neurocirugía contemporánea*. Septiembre de 2019. Disponible en: http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=subluxacion_atlantoaxoidea

682/366. "DOCTORA, LOS MASAJES QUE HAN CURADO".

Autores

Martos Borrego, M.¹, Bernal Pavón, L.², Chico Espín, J.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Pepe tiene 82 años y le encanta salir a su huerto. Como antecedentes personales presenta: Polimialgia reumática, gonartrosis bilateral, coxartrosis bilateral, sacroileítis. En tratamiento con metotrexato 7.5mg semanal con buen control.

Consulta por importante dolor en glúteo derecho con irradiación hasta los dedos del pie que describe como "calambres" tras hacer un pequeño esfuerzo en su huerto. Entra en consulta con EVA 9. No refiere relajación de esfínteres ni parestesias.

Se inicia tratamiento con analgesia de primer escalón además de explicar cómo aplicar medidas físicas y ejercicios domiciliarios.

Seguía empeorando en las siguientes visitas, aumentando hasta analgesia de tercer escalón y añadiendo CE vía oral y gabapentina. Se interconsulta por COT.

Pepe nos cuenta que no le apetece hacer los ejercicios y está muy desanimado. Se le recomienda consultar con un fisioterapeuta de la localidad.

Vuelve dos semanas más tarde, está mucho más contento y camina con más estabilidad. Ha decidido ir disminuyendo analgesia y sólo toma Paracetamol y metamizol. Decidió acudir a fisioterapia y realizando ejercicios domiciliarios se encuentra mucho mejor.

Exploración y pruebas complementarias

EF: Lassegue y Bragard + en EID, no pie caído, sensibilidad simétrica sin explorarse alteraciones, fuerza distal y proximal de EID disminuida 4/5. ROT normales. Marcha de punta-talón con claudicación a los tres pasos. No presenta pie caído. Fabere positivo en ambas caderas.

RX dorsolumbar y de caderas: se aprecia signos radiológicos de coxartrosis severa, así como en columna dorsolumbar, pero no se aprecian fracturas ni claros desplazamientos vertebrales.

Analítica general con RFA normales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lumbociatalgia de origen mecánico.

Diagnóstico diferencial

Polimialgia reumática.

Sacroileítis derecha.

Comentario final

Es importante educar y acompañar a nuestros pacientes en las medidas físicas que también forma parte del tratamiento, como es el ejercicio físico y rehabilitador.

Bibliografía

- Hartigan C. *Exercise-based therapy for low back pain. Atlas SJ, ed. This topic last updated: Aug 12, 2019. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com>*
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, *Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians.. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-530*

682/368. NEUROSÍFILIS. UN DIAGNÓSTICO PARA TENER EN CUENTA.

Autores

Vázquez González, N.¹, Cintado Sillero, M.², Cabrera García, P.³

Centro de Trabajo

(1) Médico de Familia. Centro de Transfusión, Tejidos y Células. Málaga., (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 53 años que acude a consulta por dificultad en la deambulación y en el lenguaje (bradipsiquia y disartria) desde hace 2 semanas y desde hace un mes alteración visual en ojo derecho, todo de forma intermitente. Padece cefalea migrañosa desde la adolescencia e hipertensión mal controlada desde hace unos 6 años. Hace 7 años Sífilis tratada con penicilina G intramuscular. Fumadora habitual. Comenta que hace unos 4 años le ocurrió algo similar.

Exploración y pruebas complementarias

Lenguaje bradipsíquico. Ojo derecho con pupila de Marcus-Gunn con alteración de la agudeza visual. Marcha atáxica con tendencia a la caída de forma bilateral y aumento de la base de sustentación. Reflejos osteotendinosos aumentados y cutáneo plantar flexor bilateral. Resto por órganos y sistemas sin alteraciones. Analítica: destaca glucosa 123mg/dl, creatinina 2,43mg/dl, PCR 8,7mg/dl, Lúes: TPHA+, RPR 1/4, TPLA+. Radiografía de tórax sin alteraciones. Electrocardiograma sin hallazgos. TAC de cráneo: pequeños infartos lacunares periventriculares y áreas de hipodensidad en sustancia blanca profunda periventricular (isquemia de pequeños vasos perforantes).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neurosífilis.

Diagnóstico diferencial

Crisis migrañosa. Accidente cerebrovascular. Tumor cerebral.

Comentario final

Se trató con ceftriaxona 2 gramos intramuscular durante 15 días con evolución favorable. Se realizó derivación a Oftalmología que diagnosticó de neurorretinitis, y a Medicina Interna completando el estudio y dando de alta tras

la mejoría presentada. Cabe destacar la importancia del Médico de Atención Primaria en este caso por plantearse este diagnóstico tan poco frecuente que le permitió solicitar las pruebas complementarias adecuadas para su confirmación, ya que al conocer perfectamente a la paciente no se planteó derivar a Urgencias sospechando otro tipo de patología y así se pudo realizar todo el estudio y tratamiento desde la propia consulta.

Bibliografía

Antezana A.O, Antezana A. N, Teran C. G. Neurosífilis, *Gac Med Bol.* 2017; 40 (1): 56-8. Murillo-Varela R. Neurosífilis, *Acta Académica.* 2014; 54: 223-46.

682/369. SÍNCOPE DE PERFIL NEURO-MEDIADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Rosales Molina, M.¹, López López, A.¹, Castillo Bueno, H.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 37 años de edad, con antecedentes personales de tabaquismo e hipertensión arterial (HTA) de reciente diagnóstico, en tratamiento habitual con enalapril 5 mg. Acude a consulta de Atención Primaria por haber presentado el día previo un episodio sincopal de segundos de duración, acontecido mientras se encontraba de pie y precedido de visión borrosa, somnolencia y sensación de calor ascendente. Recuperación del episodio en 10-15 segundos, sin presentar focalidad neurológica, tampoco dolor torácico ni disnea. Niega episodios previos.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta buen estado general, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo, con saturación del 98%. Tensión arterial 130/96 mmHg. En la auscultación cardíaca presenta tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos. La auscultación pulmonar y la exploración abdominal es normal. No presenta edemas en miembros inferiores. Se realiza ECG que muestra ritmo sinusal a 95 latidos por minuto con infradesnivelación del segmento ST en cara inferior con onda T negativa no profunda, eje normal y complejo QRS normal. Se revisa historial de ECG previos, encontrando ECG de 5 años antes con las mismas alteraciones por lo que se

deriva a consulta de Cardiología de forma preferente. Se realiza ecocardiografía y RMN cardíaca en la que se objetiva dilatación de cavidades derechas y defecto del septo interauricular amplio compatible con comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Comunicación interauricular con repercusión hemodinámica.

Diagnóstico diferencial

Síncope por hipotensión ortostática, síncope cardiogénico.

Comentario final

La CIA es la cardiopatía congénita más frecuente diagnosticada en la edad adulta siendo el tipo ostium secundum el más frecuente dentro de ellas. Este subtipo afecta mayoritariamente a mujeres y no suele generar síntomas hasta los 30-40 años de edad. Los adultos con comunicación interauricular presentan un mayor riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, arritmias y accidentes cerebrovasculares. El tratamiento de elección cuando existe sobrecarga derecha, como en nuestro caso, es la corrección quirúrgica del defecto septal.

Bibliografía

•Brida M, Chessa M, Celermajer D, Li W, Geva T, Khairy P, et al. Atrial septal defect in adulthood: a new paradigm for congenital heart disease. *Eur Heart J.* 2022;43(28):2660-71.

682/370. VÉRTIGO. LA IMPORTANCIA DE LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS.

Autores

Vázquez González, N.¹, Cintado Sillero, M.², Cabrera García, P.³

Centro de Trabajo

(1) *Médico de Familia. Centro de Transfusión, Tejidos y Células. Málaga.*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*, (3) *Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

Descripción del caso

Varón de 73 años que acude a consulta por cuadro de vértigo desde hace un mes que apareció de forma súbita, con sensación de inestabilidad con giro de objetos

y síntomas vegetativos acompañantes (náuseas y vómitos) que empeora con los cambios posturales sobre todo al moverse en la cama hacia la izquierda. Es exfumador e hipertenso con buenos controles.

Exploración y pruebas complementarias

Maniobra Dix-Hallpike positiva con nistagmo horizontal-rotatorio agotable hacia la izquierda. Resto por órganos y sistemas sin hallazgos, incluyendo otoscopia y exploración osteomuscular.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Vértigo posicional paroxístico benigno.

Diagnóstico diferencial

Hipotensión postural, contractura cervical.

Comentario final

Pautamos betahistina 8mg cada 8 horas, mejorando parcialmente la sensación de mareo, pero persistiendo la inestabilidad, por lo que realizamos la maniobra liberadora de Epley de reposicionamiento de los otolitos, haciendo desaparecer el vértigo de manera inmediata, aunque permaneciendo el mareo unos días. Hay que destacar la importancia del Médico de Familia en estos casos en los que no es necesario realizar pruebas complementarias para llegar al diagnóstico clínico, en el que tampoco es necesaria la administración de fármacos, ambas con riesgo para el paciente, y en los que conociendo estas maniobras podemos tratar desde la propia consulta sin tener que esperar la derivación al especialista, solucionando de la manera más rápida posible la gran alteración de la calidad de vida que presentan estos pacientes.

Bibliografía

- Gallardo Ollervides F.J, Escalona López L.A, Moreno Reynoso S.A, Fernández Espinosa J. *Vértigo posicional paroxístico benigno: el vértigo que todos debemos conocer*, *An Med (Mex)*. 2019; 64 (4): 281-9.
- Toupet M, Bouchot C, Buraux F. *Vértigo posicional paroxístico benigno*, *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*. 2021; 42 (3): 1-17.

682/373. DEMENCIA & TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO.

Autores

Luque Menacho, L.¹, Rodríguez Alvarez, E.², Becerra Barba, M.¹

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Palmete. Sevilla*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Plata. Sevilla*

Descripción del caso

Paciente de 62 años que trabaja en una guardería. Vive con su marido. Tiene dos hijos independizados con los que mantiene el contacto frecuentemente. Tiene dos hermanas.

Lleva a cabo las tareas domésticas ayudada por su marido. Independiente para ABVD.

Acude a nuestra consulta por cuadro de ansiedad y bajo ánimo, acompañado de sensación de mareos; su marido nos comenta olvidos frecuentes. Nos solicita baja laboral.

Se inicia tratamiento con Vortioxetina 5mg.

En revisiones sucesivas se valora empeoramiento de la clínica muy evidente y se deriva para valoración urgente en el Hospital de referencia.

Valorado por Salud Mental en el Servicio de Urgencias que solicita derivación a Neurología de manera programada y añaden Quetiapina 25 mg.

Las revisiones de la paciente muestran un evidente empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Lenguaje normal, fluido, por momentos verborrérica. Sabe edad y fecha de nacimiento. Correcta orientación T y E. 0 fallos en Pfeiffer. RL frontal negativos.

Carótidas rítmicas sin soplos. No papiledema. No defectos focales. No rigidez. Marcha sin alteraciones.

TAC craneal: Discretos signos de atrofia corticosubcortical no concordantes con la edad de la paciente.

Hipodensidades parcheadas confluentes localizadas en sustancia blanca subcortical y periventricular de ambos hemisferios que sugieren cambios secundarios a una arteriopatía isquémica de pequeño vaso extensa (Grado III de Fazekas).

Sistema ventricular en posición central sin evidencia de hidrocefalia ni desviación de línea media.

No se visualizan áreas de isquemia aguda territorial, colecciones hemorrágicas intra o extraaxiales ni signos que sugieran la existencia de loes en parénquima cerebral.

Sin anomalías significativas en calota craneal.

Impresión diagnóstica:

Atrofia corticosubcortical no concordante con la edad de la paciente. Arteriopatía isquémica de pequeño vaso extensa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Trastorno relacionado con ansiedad y depresión.

Valorado por Salud Mental que solicita valoración por Neurología y añaden Quetiapina 25 mg.

Diagnóstico diferencial

Deterioro cognitivo: Demencia senil & Enfermedad de Alzheimer.

Tumor cerebral.

Comentario final

El paciente es dado de alta por Neurología y esta pendiente de revisión por Salud Mental.

El escaso TAC patológicos en la enfermedad de Alzheimer apoya la escasa utilidad del TAC en el diagnóstico.

Debemos incidir en la clínica que presenta nuestro paciente.

Bibliografía

- *Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2005*
- *Varios artículos up To Date*

MÉDICO RESIDENTE

682/3. BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR (BAV): CUANDO LO IMPROBABLE SE HACE REALIDAD.

Autores

Bueno Navarrete, P.¹, Márquez Estudillo, M.², García Teillard, D.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Oftalmología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 86 años que acude a nuestro centro tras sufrir un síncope. El electrocardiograma (ECG) realizado

en nuestro centro muestra un bloqueo auriculo-ventricular (BAV) de segundo grado Mobitz 2 a 30 latidos por minuto (lpm), por lo que es trasladada en ambulancia al servicio de urgencias hospitalarias más cercano (Hospital Punta Europa, Algeciras).

En el Hospital se realiza un nuevo ECG que muestra un BAV de segundo grado Mobitz 2, esta vez a 80 lpm encontrándose la paciente hemodinámicamente estable. Resto de exploración anodina. A la anamnesis refiere disnea de pocos esfuerzos de una semana de evolución, hipertensión arterial y glaucoma crónico de ángulo abierto, en tratamiento con Losartan 100mg/ Hidroclorotiazida 25mg cada 24 horas y Timolol 0.5% cada 12 horas (introducido tres semanas antes por oftalmología). Niega cardiopatías o síntomas similares previos.

Se contacta con UCI que decide observación durante 24h monitorizada. Se descarta en este caso por buena evolución la necesidad de implante de marcapasos definitivo. El ECG al alta muestra esta vez ritmo sinusal a 70 lpm.

La paciente es valorada por el servicio de oftalmología que decide cambio de Timolol por Bimatoprost, revisión en un mes y contraindicación de uso de betabloqueantes debido al reciente episodio de bloqueo auriculo-ventricular.

Exploración y pruebas complementarias

- Toma de constantes.
- Realización de ECG seriados.
- Radiografía de tórax.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Bloqueo auriculo-ventricular de segundo grado tipo Mobitz 2.

Diagnóstico diferencial

Síncope espontáneo vs Bloqueo auriculo-ventricular congénito secundario a tóxicos (fármacos).

Comentario final

El BAV puede deberse a causas congénitas, metabólicas y/o causas tóxicas o farmacológicas como ocurrió en nuestro caso.

Aunque no es la causa más común de BAV, se sabe que la administración tópica conjuntival de betabloqueantes puede provocar este tipo de bloqueos por si sola o asociada a otros fármacos. En la mayoría de casos tienen una resolución espontánea pasadas 48-72h tras suspender el fármaco desencadenante.

Bibliografía

- Jordán-Martínez L, Rivera-López R, Bermúdez-Jiménez F, Jiménez-Jaimez J, Alzueta J, Barrera-Cordero A, et al. Bloqueo auriculoventricular en pacientes en tratamiento con fármacos bradicardizantes. *Cardiol.* 2020.
- Sharifi M, Koch JM, Steele RJ, Adler D, Pompili VJ, Sopotko J. Third degree AC block due to ophthalmic timolol solution. *Intern J Cardiol.* 2021;80(2-3):257-9.

682/5. POSIBLE SD DE TAKOTSUBO SIN DESECANDENANTE EMOCIONAL.

Autores

López Vázquez, P.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva

Descripción del caso

Paciente de 86 años con AP: HTA, anémica, celiaca, con hiperparatiroidismo en tratamiento con cinacalcet derivada por SCACEST evolucionado (inicio de clínica el 22/01/2023). Acude por nuevo episodio 23/01/2023 para cateterismo urgente que se realiza ayer con resultado de disfunción sistólica severa en relación a probable síndrome de Takotsubo.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente que presenta episodios de dolor torácico de carácter opresivo irradiado a hemitórax derecho acompañado de dolor de muñecas. Comienza cuando orina y se autolimita al finalizar la micción. Se acompaña de náuseas sin vómitos. No empeora con los movimientos o el esfuerzo. No refiere episodio de estrés vital o desencadenante emocional. Acude a urgencias donde es diagnosticada de SCACEST. El ECG muestra elevación del ST en II, III, AVF, (de menos de 1mm) con onda Q patológica. Además de elevación de ST de 2mm de V2 a V6, persistente. La paciente refiere que sobre las 9:30 am presentó dolor torácico de mismas características, que no comunicó al médico (motivo por el cual no se administraron nitritos). Contactan con hemodinámica decidiéndose traslado al área de observación hasta cateterismo programado a las 15:30. Exploración física: BEG, COC, Eupneica en reposo, afebril. TA 95/56. Sat 97%. Fc 75 lpm. ACP: crepitantes secos en ambas bases. MMII: no edemas ni signos de TVP, pulsos conservados. ECG: elevación

persistente del ST en derivaciones descritas (sin dolor). Datos analíticos a destacar: Troponinas 1482,0. Pro BNP 30549,0. La paciente es trasladada con equipo médico sin incidencias. Se realiza cateterismo: no lesiones significativas en coronarias. En la ventriculografía se objetiva disfunción sistólica a expensas de aquinesia apical, con IM ligera-moderada, altamente sugestivo de Sd. Takotsubo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

SCACEST.

Diagnóstico diferencial

SCACEST Síndrome de Takotsubo Miocarditis Feocromocitoma.

Comentario final

Aunque no hubiera desencadenante físico o emocional, la paciente con factores de riesgo cardiovasculares presentó en todo el ingreso tensiones ajustadas, por debajo de 100/80. Existe un 28,5% sin desencadenantes evidentes, siendo la mayoría por un desencadenante físico y en segundo lugar emocional.

Bibliografía

- Reeder AGS, Prasad Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la miocardiopatía de estrés (takotsubo). 2023

682/6. DOCTORA ME HAN SALIDO UNAS LESIONES EN LA PIEL.

Autores

Reyes Álvarez, M.¹, Hita Rodríguez, M.¹, Luque de Haro, E.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada

Descripción del caso

Varón de 54 años, sin antecedentes personales de interés, contactos sexuales de riesgo, acudió a la consulta de Atención Primaria por presentar lesiones cutáneas pruriginosas en tronco y en miembros inferiores junto con astenia, mialgias y cefalea occipital de meses de evolución. Asociaba pérdida ponderal no cuantificada y fiebre vespertina de hasta 38°C en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente. Presentaba lesiones pápulo-nodulares descamativas en tronco y miembros inferiores con afectación palmar. Se palpaban adenopatías cervicales, supraclaviculares, submarias e inguinales bilaterales. A nivel abdominal, se palpaba hepatomegalia de un trevés de dedo.

Se solicitó analítica de sangre con GOT 101 U/L, GGT 282 U/L, FA 248 U/L, PCR 89 mg/l, neutrófilos 8630 /uL, linfocitos 600 /uL. Serologías con VHC Ac positivo y Ac treponémicos positivos. Se comentó con Medicina Interna de nuestro Hospital de Referencia, que solicita TC torax-abdomen-pelvis evidenciándose múltiples adenopatías en las localizaciones previamente descritas. Finalmente, se realizó biopsia "punch" de las lesiones, evidenciándose dermatitis nodular no necrotizante con infiltrado perineural y abundantes células plasmáticas compatibles con sífilis secundaria.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

La sospecha clínica inicial era un proceso linfoproliferativo en el contexto de síndrome constitucional con adenopatías generalizadas. Finalmente, tras realizar un diagnóstico de exclusión, se diagnosticó de Sífilis secundaria.

Diagnóstico diferencial

VIH; Mononucleosis infecciosa; proceso linfoproliferativo.

Comentario final

La sífilis se considera una enfermedad de declaración obligatoria, cuya vía de transmisión más frecuente es la vía sexual. Existen distintas formas clínicas siendo la forma secundaria aquella que ocurre a las 6-8 semanas tras la curación del chancro con aparición de erupción máculo-papulosa no descamativa en tronco y extremidades, afectación palmo-plantar, alopecia, adenopatías generalizadas y fiebre. Para el diagnóstico, tenemos las pruebas reaginicas y las pruebas treponémicas. La base del tratamiento se basa en distintas pautas de Penicilina en función del estadio clínico.

Bibliografía

- Lasagabaster M, Otero-Guerra L. Sífilis. *Enferm infecc microbiol clin (Engl)* 2019; 37(6):398-404.

- Sífilis [Internet]. *Fisterra.com*.

- Infecciones de transmisión sexual. En: *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre*. 8ª edición. MSD 2017.

682/7. ME AHOGO TRAS PASAR EL COVID.

Autores

Reyes Álvarez, M.¹, Hita Rodríguez, M.¹, Ruíz Bautista, A.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 68 años, con los antecedentes personales de HTA, Dislipemia e Hipotiroidismo; acude a consulta de Atención Primaria por presentar disnea progresiva hasta hacerse de mínimos-moderados esfuerzos junto con tos persistente con mucosidad blanquecina tras infección por COVID hace 2-3 meses. Negaba edemas, recorte de diuresis, ni semiología de Insuficiencia cardiaca. Negaba otra clínica asociada. Se inició tratamiento con aerosolterapia sin mejoría ninguna de la clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada en las tres esferas. Adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas. Eupneica en reposo con SatO₂ a 96% sin aporte. A la auscultación cardio-pulmonar, sin hallazgos significativos de interés.

Se solicitó analítica de sangre sin alteraciones y se realizó Rx de tórax visualizándose patrón intersticial bilateral. Se solicitó espirometría evidenciándose patrón restrictivo (BASAL: FEV1 83%, FVC 67%, Tiffenau 89,03 %. POST-BRONCODILATADOR: FEV1 87 %, FVC 71 %, Tiffenau 87,90 %).

Se comentó con Neumología de nuestro Hospital de referencia que solicitó test de la marcha con importante desaturación durante su realización. Se amplió analítica de sangre con autoinmunidad negativa, precipitinas débilmente positivas a canario y resto normal; TC de tórax con áreas bilaterales con patrón en vidrio deslustrado. Además se realizó broncoscopia con criobiopsia con hallazgos anatomopatológicos de neumonitis por

hipersensibilidad. Se inició tratamiento con corticoides en pauta descendente con importante mejoría clínica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

EPID a estudio.

Diagnóstico diferencial

Neumonía intersticial linfoide; neumonitis por hipersensibilidad; neumonitis por reflujo gastroesofágico.

Comentario final

La neumonía intersticial por hipersensibilidad normalmente presenta un curso insidioso y progresivo, sin embargo, en ocasiones puede presentar síntomas respiratorios agudos condicionando insuficiencia respiratoria aguda con opacidades difusas en técnicas radiológicas tras las infecciones víricas (COVID 19) como sería el caso de nuestra paciente. El tratamiento de elección son los glucocorticoides, en caso de no mejoría, se puede asociar tratamiento inmunosupresor. Se presenta este caso, como ejemplo de las secuelas que ha dejado en nuestros pacientes la Infección por la COVID-19.

Bibliografía

- Travis WD, Costabel U et al. *Declaración oficial de la American Thoracic Society/European Respiratory Society: Actualización de la clasificación multidisciplinaria internacional de las neumonías intersticiales idiopáticas. Am J Respir Crit Care Med 2013; 188:733.*

682/8. ABORDAJE INTEGRAL DEL HIPO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Díaz Amorín, A.¹, Fernández Bonilla, C.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 42 años que acude a consulta de atención primaria por hipo y vómitos de una semana de evolución. Se explora en consulta y se aprecian sibilantes en ambos hemitórax. Se pauta diazepam 5 mg, metoclopramida 10 mg y omeprazol 20 mg, así como budesónida y bromuro de ipratropio nebulizados. Ante mínima mejoría clínica es derivado a urgencias hospitalarias.

Como antecedentes personales destacan: fumador de 10 paquetes/año, encefalopatía hipóxico-isquémica y epilepsia en tratamiento con fenobarbital 100 mg y carbamazepina 400 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientado y poco colaborador. Eupneico en reposo saturando al 94%. Afebril. ACR: rítmico, a 80 lpm, sin soplos, BMV, sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, sin masas ni megalias, sin signos de peritonismo, Murphy y Blumberg negativo. Resto de exploración por aparatos y sistemas anodina. Se realiza analítica urgente con hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos relevantes salvo PCR de 183 mg/L con trombocitosis asociada. Rx de tórax que muestra ICT normal, senos costofrénicos libres, sin imagen de condensación o infiltrado. Rx de abdomen donde se aprecian gas y heces normalmente distribuidos, gas distal en ampolla rectal. TC de abdomen con contraste y RM con contraste de hígado donde destaca una masa que ocupa la práctica totalidad del lóbulo hepático izquierdo de 13 cm por 12 cm que provoca efecto masa sobre estructuras adyacentes, desplazando el estómago y duodeno.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome emético secundario a LOE hepática.

Diagnóstico diferencial

Se establece fundamentalmente con causas digestivas, como reflujo gastroesofágico o cáncer gástrico, y con causas torácicas, como infarto agudo de miocardio o aneurisma de aorta.

Comentario final

Si el hipo persiste durante más de 48 horas sería conveniente descartar que exista una patología subyacente grave, especialmente a nivel torácico o digestivo alto. El fármaco de elección es el baclofeno, aunque también son útiles la gabapentina y la metoclopramida.

Bibliografía

- Enrique J, Hernando C. *Aquellas pequeñas cosas: Hipo. AMF. 2005;1(2):100-3.*
- Ruano Calderón L. *Hipo. Arch Neurocienc Mex. 2001; 6:28-32.*

682/9. MIRA LAS MANCHAS QUE TENGO DOCTOR.

Autores

Mengual González, C.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos

Descripción del caso

Paciente varón, de 26 años, con antecedente de episodios de oligoartritis recidivante de rodillas desde hace dos años, que se trata con metotrexate semanal. Acude a la consulta por la aparición de pápulas redondeadas rojas, de menos de un centímetro, algunas con descamación blanca, pruriginosas, de predominio en tronco y parte proximal de las extremidades. Respeta cara, palmas y plantas. Refiere un proceso amigdalario la semana previa.

Exploración y pruebas complementarias

Se solicita análisis de sangre con ASLO, que es de 277, ANAS negativo, reactantes fase aguda, hemograma y bioquímica normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Psoriasis en gotas.

Diagnóstico diferencial

Pitiriasis rosada de Gibert, Lliquen plano, Psoriasis en gotas, Secundarismo luético, Tiña corporis.

Comentario final

La psoriasis en gotas es una forma clínica especial, de etiología genética. Se asocia a HLA-B13 y HLA-B17. Afecta a niños y adultos jóvenes. Predomina en tronco y parte proximal de las extremidades y suele respetar cara, cuero cabelludo, palmas, plantas y uñas. Se ha relacionado con infección faríngea por estreptococo desde 1-3 semanas antes del brote de psoriasis. El diagnóstico es clínico, aunque se puede confirmar por biopsia. El tratamiento se basa en corticoides tópicos y en la erradicación del estreptococo. Puede asociarse a otras formas de psoriasis y a artritis. La artritis psoriásica se presenta entre el 5% al 30% de los pacientes. Es habitual que las manifestaciones cutáneas antecedan en años a la artropatía, pero en un 25% de los casos puede manifestarse antes la artritis. Suele ser una oligoartritis asimétrica con afectación de las interfalángicas distales; menos frecuentes son la po-

liartritis simétrica, la espondilitis y la sacroilitis. En el caso que nos ocupa, el paciente no había tenido antes ningún brote de psoriasis y su oligoartritis puede tener relación con este primer brote de psoriasis.

Al paciente se le trata con benzetacil 1.2 millones UI semanal durante tres semanas y un corticoide tópico 5 días a la semana durante tres semanas. Al mes las lesiones se habían resuelto.

Bibliografía

- Wolff K, Goldsmith L, Katz S. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 7th Edition. Madrid. Editorial McGraw-Hill's.

682/10. DERRAME PLEURAL UNILATERAL DESDE CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

García Sánchez, F.¹, Solano Jimenez, L.¹, De Hita Molina-Bailén, L.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

NAMC. Fumadora de 30 cig/día. Antecedentes personales de HTA. Tratamiento domiciliario con Enalapril 20 mg cada 12h. Mujer de 57 años de edad acude a consulta de Atención Primaria por dolor en hemitórax izquierdo de características pleuromecánicas (que no mejora a tratamiento analgésico domiciliario), fiebre de 38°C, accesos de tos y disnea progresiva presente ante mínimos esfuerzos de tres días de evolución. No otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Normotensa. Afebril. SatO₂ 89% basal. Taquipneica al habla. AC: Rítmica, sin soplos. AR: Hipofonosis en 2/3 inferior de hemitórax izquierdo. Tumorción subcutánea en región subescapular izquierda que aumentaba con la tos. Ecografía clínica en ventana pulmón: Se observa "signo de cola de sirena" en modo B y "signo del sinusoides" en modo M. Se traslada a Hospital de referencia donde se completa el estudio con las pruebas complementarias pertinentes. TAC Tórax: Empiema pleural izquierdo con gran colec-

ción en pared superficial comunicada con el empiema. Toracocentesis diagnóstica: Líquido pleural serohemático polimorfonuclear con ADA bajo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Derrame pleural izquierdo serohemático con fístula pleural a pared torácica.

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural trasudativo (ICC, cirrosis hepática, nefropatía...) o derrame pleural exudativo (neumonía bacteriana, tuberculosis, neoplásico...).

Comentario final

Los derrames pleurales son acumulaciones de líquido dentro del espacio pleural. Tienen múltiples causas y en general se clasifican como trasudados o exudados. La detección es por examen físico y radiografía de tórax; para determinar la causa, a menudo se requieren la toracocentesis y el análisis del líquido pleural. Los trasudados asintomáticos no precisan tratamiento. Los sintomáticos y casi todos los exudados requieren toracocentesis, drenaje con tubo de tórax, o pleurectomía.

Bibliografía

- Feller-Kopman D, Light R. *Enfermedad pleural*. *N Engl J Med* 2018; 378:740.
- Sahn SA, Huggins JT, San Jose E, et al. *El arte del análisis del líquido pleural*. *Clin Pulm Med* 2013; 20:77.

682/11. ESTE DOLOR NO REMITE.

Autores

Mengual González, C.¹, López Estepa, M.¹

Centro de Trabajo

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro, Burgos*

Descripción del caso

Paciente 41 años, ingresa a través del servicio de Urgencias por crisis epiléptica en domicilio, con pérdida de consciencia, que recobra antes de llegar al Hospital. Refiere historia de 3 meses de evolución de cefalea de predominio frontal, en puntadas, de moderada intensidad, que se hacía presente en forma diaria de manera intermitente. 14 días antes del ingreso presenta parestesia a nivel del miembro inferior izquierdo, que se iría resolviendo espontáneamente con el correr de los días.

Exploración y pruebas complementarias

TA 100/60 mmHg, pulso 88/min, respiraciones 22/min, temperatura axilar 38°C. Llama la atención la palidez cutánea e impresiona ser portadora de patología crónica. Como datos positivos al examen físico, se auscultaban roncus en vértices y campos medios de ambos pulmones, pero no mostraba síntomas respiratorios como tos o disnea. El examen físico del sistema nervioso resultó normal, incluido el fondo de ojo. Laboratorio al ingreso: glóbulos blancos 12.800/mm³ (N:66%, L:33%), Hb 10,8 g/dL, Hto 33%, VCM 77,1 fL, HCM 26 pg, PCR 12,2 mg/dL, albúmina 2,8 g/dL. ELISA para HIV no reactivo. VDRL no reactivo. El resto de la analítica era normal. La orina simple presentaba 10-12 leucocitos/campo, con bacterias (+), sin embargo no tenía sintomatología sugerente de infección urinaria. Tanto en el urocultivo como en los 2 hemocultivos no mostraron crecimiento bacteriano. Por el antecedente de cefalea y convulsiones, se obtiene una tomografía axial computada de cráneo simple en la que se apreciaba una lesión ocupante de espacio interhemisférica, en región frontal, multilobulada, con edema perilesional, que comprimía los cuernos frontales de los ventrículos laterales. Ante los hallazgos auscultatorios en el aparato respiratorio, se realiza una radiografía simple de tórax, en la que se observaron imágenes radio-opacas redondeadas, nodulares, en ambos pulmones, sobre todo en campos medios y vértices. Con el objetivo de determinar la naturaleza de tales lesiones, se lleva a cabo una fibrobroncoscopia. El árbol bronquial impresionaba normal. Se realizó lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial para estudio bacteriológico y anatomopatológico, respectivamente. En el material del lavado se observaron (BAAR). El patólogo observó un granuloma caseoso en la biopsia transbronquial.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tuberculoma parénquima cerebral.

Diagnóstico diferencial

neoplasias primarias, metastásicas, sarcoidosis, neurocisticercosis y toxoplasmosis.

Comentario final

El tuberculoma del parénquima cerebral representa el 10 % de los casos de infecciones por tuberculosis en el sistema nervioso central. Se trata de un conglomerado de focos granulomatosos generados a partir de la diseminación hematogena del bacilo *Mycobacterium*

tuberculosis, generalmente, a partir de una infección pulmonar primaria.

Bibliografía

- *Cerebral tuberculoma located in left frontal lobe.* Yan H, Han T, Wang JH. *Chin Med J (Engl)*. 2013 Feb;126(3):600.

682/12. MANEJO DEL PRURITO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Mengual González, C.¹, López Estepa, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro, Burgos, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 69 años, ocupación agente de ventas, con carga genética para diabetes y antecedentes heredofamiliares de cáncer gástrico, negó tabaquismo y consumo de drogas, alcoholismo ocasional.

Inició su padecimiento con dolor mandibular vespertino sin irradiación intensidad 8/10 acompañado de debilidad, disnea, taquicardia, sudoración que evolucionó a dolor esternal intensidad 9/10, sin fiebre e infecciones recientes. Valorado en el servicio de urgencias donde se realizó electrocardiograma con reporte de desnivel negativo de segmento ST en la cara anteroseptal y enzimas cardiacas con ligera elevación de creatina fosfoquinasa (CPK) 401 U/L, creatina quinasa muscular (CKM) 19 U/L, deshidrogenasa láctica (DHL) 200 U/L, troponina I 0.012 ng/mL, catalogándose como angina de bajo riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina 17.5 g/dL, hematocrito 50.3%, VCM 95.26 fL, HCM 33.1 pg, plaquetas 166.5 mil/uL, leucocitos de 2.5 mil/ μ L a expensas de neutropenia moderada de 730 mil/mL, reticulocitos 4%, tiempo de protrombina 15.2 seg, INR 1.31 seg, tiempo de tromboplastina parcial 27.9 seg, proteína C reactiva 0.8 mg/dL, colesterol y triglicéridos, examen general de orina, pruebas de función hepática y renal dentro de valores normales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Policitemia Vera.

Diagnóstico diferencial

Síndromes mieloproliferativos crónicos (SMPC) Ph1 negativos: trombocitemia esencial y la metaplasia mieloide idiopática. Eritrocitosis congénita primaria y secundaria.

Comentario final

Los objetivos principales del tratamiento de pacientes con policitemia vera son aliviar los síntomas, reducir el riesgo de trombosis y prevenir la transformación. La aspirina se administra universalmente a todos los pacientes con policitemia vera sin contraindicación como profilaxis de trombosis basada en la evidencia significativa que disminuye la morbilidad y mortalidad por causas cardiovasculares en pacientes con policitemia vera tratados con aspirina. Además, la normalización de las concentraciones de hematocrito de los pacientes con policitemia vera se correlaciona con menor riesgo de trombosis y es el objetivo terapéutico principal a lograr, debido a la frecuencia de complicaciones trombóticas y las consecuentes morbilidad y mortalidad altas.

Esto puede lograrse con agentes citorreductores, como hidroxiurea, el interferón alfa o busulfán. El más novedoso, el inhibidor JAK1/2 ruxolitinib.

Bibliografía

- Pérez, J, Gómez A. *Hematología la sangre y sus enfermedades.* México: Editores, 2012.

682/13. ESTOS CALAMBRES NO CESAN.

Autores

Mengual González, C.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Miranda de Ebro, Burgos

Descripción del caso

Mujer de 30 años que consultó en Urgencias por clínica de hormigueo y calambres en las extremidades. La semana previa refería diarrea de 6-7 deposiciones diarias líquidas sin productos patológicos. No presentó fiebre. Cuatro meses antes había tenido un parto sin complicaciones, y actualmente estaba dando lactancia materna. La paciente no presentaba antecedentes de interés clínico. La exploración física en Urgencias era normal.

Exploración y pruebas complementarias

La radiografía de tórax y el electrocardiograma no mostraron hallazgos patológicos.

Entre las pruebas de laboratorio practicadas, el hemograma y la coagulación fueron normales. En la bioquímica sanguínea, los valores de glucemia, urea y creatinina fueron normales, pero con cifras de calcio de 6 mg/dL.

La gasometría venosa mostró pH 7,36, bicarbonato 28,2 mEq/L, sodio 141 mmol/L, potasio 3,2 mmol/L, cloro 108 mmol/L y calcio iónico 0,87 mg/dL.

En el Servicio de Urgencias se inició tratamiento para la corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas, y se propuso ingreso que la paciente no aceptó por estar con lactancia materna.

Acudió por segunda vez, en la exploración física se apreció positividad en la maniobras de Trousseau y Chvostek.

Se realizó analítica completa que evidenció ferropenia, déficit de vitamina D y ácido fólico e hipomagnesemia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad celiaca.

Diagnóstico diferencial

Giardiasis, Sprue colágeno, Inmunodeficiencia común variable, Enteropatía autoinmune, Enteritis por radiación, Enfermedad de Whipple.

Comentario final

La enfermedad celiaca se define como una situación en la que existe una alteración de la mucosa proximal del intestino delgado que mejora morfológicamente con la retirada del gluten.

Las manifestaciones clínicas no "clásicas" de la enfermedad celiaca en la edad adulta son frecuentes y contribuyen a su infradiagnóstico. Por tanto, es de suma importancia la sospecha clínica para llegar a un diagnóstico preciso como en el caso presentado, que debutó con tetania secundaria a hipocalcemia severa, manifestación poco habitual de esta enfermedad malabsortiva. A tener en cuenta que durante la lactancia materna aumentan las necesidades de calcio, sin incremento de la absorción intestinal de calcio, pudiendo agravar el cuadro de hipercalcemia en esta paciente.

El pilar del manejo de esta enfermedad es la dieta libre de gluten, por lo que deben evitarse el trigo, cebada y centeno para toda la vida.

Bibliografía

- Green PH, Collier C. Celiac disease. *N Engl J Med.* 2007 Oct 25; 357(17): 1731-1743.

682/14. EDEMAS EN MIEMBROS DE CAUSA UROLÓGICA.

Autores

Montijano Colomo, V.¹, Valenzuela Molina, A.², Ortega Sánchez, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Guájar Faragüit. Los Guajares. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 58 años, sin antecedentes interés, tratamiento activo, ni hábitos tóxicos, consulta por edemas en ambos miembros inferiores de tres días de evolución. No asocia otra clínica cardinal de insuficiencia cardíaca, infecciosa ni recorte de diuresis. Afebril en todo momento.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos significativos. No ingurgitación yugular. Abdomen no doloroso, con hepatomegalia de cinco traveses de dedo. No ascitis ni otras megalias. Miembros inferiores con edemas y fóvea hasta tercio medio de miembros. No signos de trombosis venosa profunda. Se solicita analítica donde destaca función renal normal; Proteína C reactiva 180 mg/L con Procalcitonina normal. NT-proBNP 1520 pg/mL. Hemograma con anemia normocítica y normocrómica en 9,4 g/dL; Leucocitosis de 24770 μ L con Neutrofilia. Radiografía de tórax con elevación diafragmática derecha. Radiografía de abdomen que muestra marcada hepatomegalia y una calcificación coraliforme en riñón derecho de unos 4 cm, así como varias imágenes radioopacas localizadas en parénquima hepático. Se solicita ecografía abdominal que se amplía a TAC abdominal por parte del radiólogo. Se observan hallazgos sugerentes de pielonefritis xantogranulomatosa

derecha, que condiciona compresión de la vena cava inferior, con numerosas colecciones en espacio hepatorrenal, la mayor en lóbulo hepático derecho sugere de absceso hepático.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pielonefritis xantogranulomatosa derecha, que ocasiona compresión de vena cava.

Diagnóstico diferencial

Dada la clínica, convendría descartar como primera opción insuficiencia cardiaca, compatible además con los hallazgos analíticos. Otras opciones: trombosis venosas en ambos miembros (que a menudo asocia con malignidad), síndrome nefrótico. Causas menos probables dados los antecedentes de la paciente: medicamentoso (niega consumo de fármacos), linfedema o mixedema, insuficiencia venosa crónica (difícil dada la corta evolución).

Comentario final

Ante un cuadro de edemas en miembros inferiores, tendemos a inclinarnos siempre por causa cardiaca dada su frecuencia, pero es importante vigilar otras etiologías que puedan ocasionarla, más cuando no existe clínica típica asociada. La exploración exhaustiva orientó hacia la hepatomegalia que llevó a solicitar pruebas complementarias que encauzaron el diagnóstico etiológico final.

Bibliografía

- Smith C. *Shibboleth Authentication Request* [Internet]. *Shibboleth Authentication Request*; 4 de marzo de 2021 [consultado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-edema-in-adults?search=edemas%20miembros&source=search_result&selected_title=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2415423616

682/15. MAREO REFRACTARIO.

Autores

Valenzuela Molina, A.¹, Montijano Colomo, V.², Ruiz Torres, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar

y Comunitaria. Consultorio Local Guájar Faragüit. Los Guajares. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Paciente de 54 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico discoide en tratamiento con Hidroxicloroquina, Sjögren, miastenia gravis juvenil y dislipemia en tratamiento con Simvastatina. Consulta por mareo e inestabilidad intermitente de algo más de un mes de evolución, sin sensación de giro de objetos, acúfenos o hipoacusia. Dificultad para mantener la bipedestación, náuseas y vómitos asociados. Pérdida de peso de 10 kg en los últimos meses sin causa clara. Se inicia tratamiento con antivertiginosos, sin mejoría. Valorada por Otorrinolaringología, descartando patología de su campo. Se deriva a Urgencias Hospitalarias, dado el mal control sintomático para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica: Consciente, orientada. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares conservados; fuerza, tono y sensibilidad conservados; marcha con aumento de base de sustentación y Romberg positivo hacia la derecha. Auscultación cardiopulmonar normal. Constantes normales. Analíticamente sin hallazgos relevantes para el caso. Radiografía de tórax normal. Se solicita TC craneal que muestra una lesión expansiva vermiana sugere de hemangioblastoma o metástasis. Se ingresa para exéresis de la tumoración, que se realiza con éxito. La anatomía patológica muestra un tumor de origen pulmonar de no células pequeñas, probablemente adenocarcinoma de diferenciación neuroendocrina.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Metástasis vermiana de adenocarcinoma de diferenciación neuroendocrina.

Diagnóstico diferencial

Distinguir causa periférica o central. Periféricas debemos descartar: vértigo paroxístico benigno, neuritis vestibular, herpes zóster ótico, enfermedad de Menière, fístula perilinfática, síndrome de Cogan... De características centrales, conviene recordar: migraña vestibular, isquemia del tronco encefálico, infarto y hemorragia cerebelosa, esclerosis múltiple, entre otros.

Comentario final

Es importante conocer las diferencias entre un vértigo central y uno periférico, y desde Atención Primaria, destacar la importancia tanto a la exploración como a las características clínicas de cada uno, ya que esto nos beneficiará a la hora de saber ante qué escenario nos encontramos y la premura a la que debemos actuar.

Bibliografía

- Furman JM. UptoDate [Internet]. Approach to the patient with dizziness; 23 de marzo de 2021 [consultado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/causes-of-vertigo?search=mareo%20causas&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

682/16. FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

García Sánchez, F.¹, Quero Martín, A.², Solano Jiménez, L.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga

Descripción del caso

No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Mujer de 43 años de edad acude por la aparición abrupta de fiebre de hasta 39°C, artromialgias y erupción cutánea de 2 días de evolución. No refiere transgresión dietética, ni ingesta de nuevos medicamentos. No foco viral previo. Refiere vivir en medio rural, junto a animales domésticos. No dolor torácico. No clínica respiratoria ni abdominal acompañante. No náuseas ni vómitos. No síndrome miccional.

Exploración y pruebas complementarias

TA 120/50mmHg. Fc 60lpm. SatO2 98% basal. T 38,5°C. Buen estado general. Consciente, alerta y orientada. No focalidad neurológica. No rigidez nuca. Eupneica en reposo. A la exploración física cabe destacar la presencia de exantema maculo-papular generalizado con afectación palmo-plantar. En región cervical posterior se observa una lesión ulcerada de borde eritematoso y fondo negro. Se decide iniciar tratamiento antibiótico con doxiciclina a dosis de 100 mg cada

12 horas durante 7 días, con mejoría progresiva de la paciente. Posteriormente, el diagnóstico se corroboró, con títulos positivos de IgM e IgG a *Rickettsia conorii*.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial

Sarampión, sífilis secundaria, vasculitis leucocitoclástica, toxicodermias, primoinfección VIH o meningococemia.

Comentario final

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es una zoonosis transmitida por garrapatas y causada por la bacteria *Rickettsia conorii*. Esta fiebre es endémica en muchos países de la cuenca del mediterráneo. Los síntomas típicos de la FBM incluyen fiebre, cefalea, artromialgias, un rash cutáneo generalizado (que no respeta palmas y plantas), y la presencia de una escara negra denominada "mancha negra", que se trata del lugar de la inoculación. El diagnóstico inicial suele ser clínico, fundamentado en los antecedentes de vida en medio rural y convivencia con perros, así como una clínica compatible con la enfermedad. Por lo general sigue un curso benigno, con una tasa de mortalidad inferior al 3%. El tratamiento de elección es doxiciclina, cuya instauración precoz acorta de forma significativa el periodo sintomático.

Bibliografía

- McClain MT, DJ de Sexton. Vigilancia de las infecciones por rickettsias del grupo de fiebre manchada: problemas, dificultades y posibles soluciones. *J Infect Dis* 2020; 221:1238.

682/19. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE UN NEUMOTÓRAX CATAMENIAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Díaz Amorín, A.¹, Fernández Bonilla, C.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 45 años que acude a consulta de atención primaria por cuadro de astenia, disnea, tos y dolor torácico.

co de características pleuríticas en hemitórax derecho de una semana de evolución. Refiere que anteriormente ha presentado dolor autolimitado de características similares la semana previa a la menstruación desde hace 6 años. Como antecedentes personales destaca: dismenorrea en tratamiento con anticonceptivos orales.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Disnea leve en reposo con Sat O₂ 92%. Afebril. TA 128/76 mmHg. ACR: rítmica a buena frecuencia, sin soplos, hipofonesis hemitórax derecho. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalías, sin signos de peritonismo. Se realiza en el centro de salud EKG con ritmo sinusal a 85 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización y Rx de tórax que muestra neumotórax derecho completo. Se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza analítica urgente con hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos relevantes, TnT 5,3 ng/L. Se coloca drenaje pleural en hemitórax derecho y se realiza Rx de tórax de control donde se aprecia reexpansión pulmonar completa con mínimo pinzamiento de seno costofrénico derecho. La paciente ingresa a cargo de cirugía torácica donde se realiza resección bullosa de lóbulo superior derecho y se toma muestra para anatomía patológica que evidencia restos de estroma y epitelio endometrial.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumotórax derecho catamenial.

Diagnóstico diferencial

Se establece principalmente con tromboembolismo pulmonar y síndrome coronario agudo.

Comentario final

El neumotórax catamenial es aquel que ocurre en los 3 días previos o posteriores a la menstruación. Hay que sospecharlo ante una mujer de edad fértil con dolor torácico de características pleuríticas, disnea y tos. El tratamiento es igual que en otros tipos de neumotórax, dependiendo de la gravedad clínica podrá ser conservador o llegar a requerir tratamiento quirúrgico. Como tratamiento preventivo podemos emplear anticoncepción hormonal oral.

Bibliografía

- Blanco S, Hernando F, Balibrea JL, Gómez A, Talavera P, Ochagavía S, et al. Neumotórax catamenial: a pro-

pósito de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Esp.* 2000; 67:497-499.

- Mier Odiozola JM, Fibla Alfara JJ, Molins López-Rodó L. Neumotórax catamenial: un síndrome heterogéneo. *Cir Esp.* 2014; 92:366-368.

682/20. SI LA CAMPANILLA SUENA, ABSCESO LLEVA.

Autores

Espino García, M.¹, Serrano Flores, C.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 16 años sin alergias medicamentosas conocidas ni patología previa. Fumadora de 1 paquete de tabaco diario. Acude a consulta de Urgencias debido a presentar odinofagia y cervicalgia izquierda, disfagia y sensación disneica de 48 horas de evolución. Fiebre de 38.5°C de pico máximo. Hace 24 horas fue diagnosticada de amigdalitis vírica por su médico de atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Constantes de SpO₂:

99% FC: 114 lpm T³: 37.8°C. A la exploración de orofaringe, se evidencia abombamiento del pilar amigdalino izquierdo con desviación de úvula. Trismus e hipertrofia amigdalina con exudado blanquecino. Resto de la exploración sin alteraciones. Derivamos a Hospital de referencia. Analítica con los siguientes hallazgos a reseñar: Leucocitosis (18800µL) (a expensas de neutrofilia: 15430 µL) y PCR: 17.3 mg/L. Evaluada por servicio de Otorrinolaringología, firma Consentimiento Informado y bajo anestesia local se drena espacio periamigdalino con salida de contenido purulento. Se pauta tratamiento domiciliario con Amoxicilina 875mg/Clavulánico 125mg cada 8 horas durante 10 días, Deflazacort 30mg/24h durante 5 días, Metronidazol 500mg/8h durante 7 días, y revisión por dicho servicio en 24 horas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Absceso amigdalino.

Diagnóstico diferencial

Absceso periamigdalino/Angina de Ludwig/Sialoadenitis.

Comentario final

El absceso periamigdalino es la infección más frecuente de los tejidos profundos del cuello y la complicación más usual de la faringamigdalitis aguda. El tabaco parece ser un factor de riesgo, como en el caso de nuestra paciente. Dada la localización del proceso requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, ya que puede producir compromiso de la vía aérea por compresión, drenaje espontáneo y broncoaspiración. El diagnóstico es clínico y se recomienda la valoración por Otorrinolaringología. En este caso, requirió drenaje. La analítica no es necesaria para el diagnóstico pero sí para valorar gravedad y actitud terapéutica.

Bibliografía

- Kaltainen E, Wikstén J, Aaltonen LM, Ilmarinen T, Hagström J, Blomgren K. The presence of minor salivary glands in the peritonsillar space. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017; 274: 3997-4001.
- Klug TE, Rusan M, Fursted K, Ovesen T. Peritonsillar Abscess: Complication of Acute Tonsillitis or Weber's Glands Infection? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016; 155:199-207.

682/21. LO QUE LA MIRADA ESCONDE.

Autores

Espino García, M.¹, Fons Díaz, A.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 34 años sin problemas de salud previos, acude al Servicio de Urgencias en Atención Primaria por presentar de forma brusca prurito y sensación de ocupación en el ojo derecho tras el impacto de una mosca de 1 hora de evolución. Acude con cierta angustia, porque en casa le han visualizado "algo que se mueve dentro del globo ocular".

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se evidencia leve hiperemia conjuntival, con múltiples larvas microscópicas en movimiento localizadas en tarso del ojo derecho. No secreciones, alteraciones visuales ni restricción motora. A la tinción con fluoresceína resulta negativa. Se realiza lavado

profuso con suero fisiológico y se retiran 15 larvas. Aun así persiste sintomatología, y se decide derivación a Centro Hospitalario de Referencia para ser valorada por Oftalmología. Es valorada por este servicio donde a la exploración del ojo citado presenta hiperemia leve en conjuntiva bulbar y tarsal. Objetivan larvas microscópicas sobre la superficie retirándole un total de 5 con pinzas tras anestésico tópico. Se continúa exploración de pliegues, párpados, se exprime canal lagrimal hasta no apreciar parásitos adicionales. Tinción de fluoresceína sin defectos epiteliales conjuntivales ni corneales. Iris normal con reactividad pupilar. Ojo izquierdo sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miasis ocular.

Diagnóstico diferencial

Cuerpo extraño ocular.

Comentario final

La miasis es una patología poco común que puede pasar desapercibida en forma de una conjuntivitis vírica o atópica. Siendo la patología ocular un problema tan frecuente en consultas como en urgencias, es importante demorarse en hacer una buena anamnesis y una exploración concienzuda del ojo. La mayoría se pueden resolver en Atención Primaria, pero las más abigarradas o atípicas deberían ser valoradas por un especialista de área. En este caso se trató con pomada de eritromicina y colirio hidratante-lubricante. Revisión en 48 horas.

Bibliografía

- Ibáñez Navarro Alberto, Rodríguez Álvarez Ericka Helen, Ruiz Andrés María Ángeles,
- Rodríguez Pineda Adela. Miasis ocular: el misterio es microscópico. *Rev Clin Med*
- Fam [Internet]. 2018; 11(3): 166-168.

682/22. ECOGRAFÍA CLÍNICA EN PACIENTE CON DISNEA.

Autores

Hita Rodríguez, M.¹, Reyes Álvarez, M.¹, Rodríguez Peña, C.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

da, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 54 años:

- Antecedentes personales: ansiedad, depresión, fibromialgia, asma extrínseco. Alérgica a cefuroxima. Fumadora de 10 cigarrillos diarios. Tratamiento habitual: sertralina, alprazolam, lormetazepam, tramadol, budesonida, montelukast.
- Enfermedad actual: cuadro de disnea progresiva, por el que acude a urgencias extrahospitalarias en varias ocasiones, tratándose como agudizaciones de su patología respiratoria basal. Ante el empeoramiento progresivo, acude a cita programada de Atención Primaria. Se realiza ECG, y ecografía clínica, objetivándose derrame pericárdico severo. Llama la atención una adenopatía cervical izquierda de aproximadamente 3 cm. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para estudio. Se confirma derrame pericárdico severo y se interconsulta a Cuidados Intensivos, unidad donde se ingresa y se realiza pericardiocentesis. Posteriormente, en su paso a planta de Medicina Interna, se biopsia la adenopatía. El estudio muestra origen neoplásico pulmonar, comenzando en una semana desde la ecografía clínica de AP, el tratamiento oncológico dirigido.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN: adenopatía laterocervical izquierda, inmóvil, adherida a planos profundos. Frecuencia cardíaca elevada, auscultación normal.

- ECG: bajos voltajes en todas las derivaciones y alterancia eléctrica.
- Ecografía clínica: derrame pericárdico severo circunferencial con diámetro máximo diastólico de 3 cm a nivel de pared libre de VD. No taponamiento.
- Analítica normal.
- Radiografía tórax: índice cardiotorácico elevado.
- Citología líquido pericárdico: positivo para malignidad.
- PAAF adenopatía: metástasis de Adenocarcinoma.
- Inmunohistoquímica: pulmón.
- TAC tórax: nódulo espiculado en segmento posterior del lóbulo superior derecho.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Afectación metastásica pericárdica en adenocarcinoma pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Derrame pericárdico paraneoplásico. Pericarditis purulenta. Enfermedad autoinmune.

Comentario final

Como médicos de AP deberíamos aprovechar el auge de la ecografía clínica, para incorporarla como herramienta básica en nuestro día a día, ya que, dado que como demuestra este caso, gracias a su utilidad fue posible un diagnóstico y tratamiento precoz, de una patología, que de otro modo, hubiese pasado inadvertida. Es una máxima en nuestra profesión, actualizarnos en las nuevas tecnologías, en beneficio del paciente; no solo en cuanto a los conocimientos, sino también, en cuanto a los recursos materiales.

Bibliografía

- *Soni MJ, Arntfield R; Kory P. Ecografía a pie de cama. Fundamentos de la ecografía clínica. Elsevier España S.L.U. 2016, Barcelona.*

682/26. MI ABUELA YA NO PUEDE COMER.

Autores

Martínez del Río, M.¹, Borrego García, A.², De Los Reyes Rodríguez, D.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 3er 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 La Línea - Centro La Vela-da. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 84 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por disfagia episódica desde hacía varios meses y sensación de dificultad para la progresión del bolo al ingerir sólidos, pero que esa mañana, se había hecho muy intensa, siendo incluso a líquidos. Niega dolor retroesternal, refiere en ocasiones se atraganta con posterior emisión de lo ingerido. En ocasiones presenta dolor abdominal, ha perdidos unos 3 kilos en 3-4 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración:

Paciente acude en silla de ruedas a consulta. Consciente y orientada, BP, BH, leve palidez cutánea.

ACP y examen abdominal sin hallazgos reseñables.

ORL: faringe con leve hiperemia sin exudados, a la palpación del cuello, se palpan adenopatías blandas y depresibles de pequeño tamaño y bocio palpable.

Pruebas Complementarias:

Analítica:

Bioquímica: Urea 47, creatinina 1.04, perfil iónico en rango, perfil hepático en rango, PCR 4, serie roja anemia normo-normo con hemoglobina en 10 (ya presente en estudios previos). Coagulación con elevación del fibrinógeno. Sistemático de orina negativo.

Rx de tórax: ICT > 50%, sin pinzamientos, ni condensaciones.

Rx de abdomen: no dilatación de asas abdominales, no signos de obstrucción, ni perforación.

Dada la falta de hallazgos anómalos en las pruebas complementarias y la clínica de disfagia que no mejoraba, pese a tratamiento intravenoso con glucagón y diazepam por sospecha de impactación de bolo alimenticio, se interconsulta con endoscopista de guardia para la realización de endoscopia urgente.

En la endoscopia se detectó compresión extrínseca de la pared esofágica, por lo que se solicitó ecografía cervical de urgencias.

La exploración ecográfica permitió detectar una arteria subclavia derecha aberrante y calcificada comprimiendo el esófago en su tercio medio, debido a el trayecto retroesofágico de la ARSA (arteria subclavia derecha aberrante) y la calcificación de esta secundaria a la edad avanzada de la paciente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Disfagia progresiva que acaba siendo una ARSA.

Diagnóstico diferencial

Impactación de bolo, Patología Tiroidea, Lesión Tumoral, Problemas de motilidad.

Comentario final

Destacar el papel de la ecografía que nos ayuda a diagnosticar ciertas patológicas.

Bibliografía

- Pérez de Diego E, Recio Arcauz D, Huguet Rodríguez B, Carabaño Aguado I et al. Disfagia secundaria a ar-

teria subclavia derecha aberrante. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:305-9.

682/27. OJO A LOS DOLORES DE RODILLA.

Autores

Martínez del Río, M.¹, Borrego García, A.², Ulloa Jerez, C.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 5 años que acude a consulta de Atención primaria refiriendo cojera progresiva de un mes de evolución. Le han avisado del colegio, que el paciente baja las escaleras con mucho esfuerzo por las molestias a nivel de la rodilla derecha.

Según refiere su madre todo comenzó jugando al fútbol cuando ella cree que un compañero le pegó una patada a nivel de la rodilla derecha.

Tiene varias radiografías realizadas en el SUH de ambas rodillas anodinas.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente acude cojeando a consulta. BEG, BC, BP. Eupneico en reposo.

A la exploración de la rodilla afecta no edema, no inflamación, no aumento de coloración, ni temperatura, ligamentos conservados en todos los ángulos, no dolor a la palpación, pulsos conservados y simétricos.

A la exploración del MD completo parece que el niño refiere molestias a la apertura de caderas, sobre todo en lado derecho.

Se solicita Rx ap y axial de cadera donde se aprecia una disminución del tamaño de la epífisis y un aumento del espacio articular en la cabeza del fémur derecho con áreas escleróticas que impresionan de inicio de necrosis isquémica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes.

Diagnóstico diferencial

Sinovitis de cadera.

Contusión de rodilla.

Acortamiento de miembros inferiores.

Comentario final

La enfermedad de Perthes es un fenómeno autolimitado en el tiempo pero con una evolución muy variable según los pacientes y que puede producir consecuencias graves en el niño.

Destacar la importancia de una correcta anamnesis, exploración y orientación diagnóstica a fin de saber solicitar las pruebas complementarias adecuadas para un correcto diagnóstico de patologías que no son habituales pero que nos podemos encontrar en la consulta, como es este caso.

Bibliografía

- L. W. Elly. *Legg's disease: arthritis deformans juvenilis: osteochondritis deformans juvenilis: "perthes's" disease.* *Ann Surg*, 69 (1919 Jan), pp. 47-51
- M. Salcedo Montejo, G. González Morán, J. Albiñana Cilveti. *Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes.* *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.* Vol. 55. Núm. pp. 312-322

682/28. PARECE UNA GEA, PERO NO LO ES.

Autores

Dantas Cayuela, P.¹, Romero Fernández, E.², Vaquero Onrubia, P.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arahal. Arahal. Sevilla, (2) Residente de 4º 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 Arahal. Arahal. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 28 años, sin AP de interés, que presenta desde hace 5 días deposiciones líquidas y vómitos. Afebril. Acude a urgencias hospitalarias donde se realiza analítica con resultado completamente anodino. A los dos días el paciente comienza con disnea, siendo valorado en urgencias de AP, donde se aprecia importante trabajo respiratorio y desaturación en torno a 92%. Ante el estado del paciente se decide traslado a hospital de referencia. En Urgencias hospitalarias se realiza radiografía de tórax y analítica, donde se aprecia conden-

sación multilobar y valores analíticos compatibles con infección y fallo multiorgánico, junto con deterioro del estado general e inestabilidad hemodinámica mientras se encuentra en el servicio de urgencias; de forma que pasa al área de Observación donde se inicia antibioterapia empírica (ceftriaxona y levofloxacino).

Ante estado del paciente y resultados de pruebas complementarias se diagnostica de shock séptico de origen respiratorio, siendo ingreso en la unidad de cuidados críticos.

En la UCI el paciente requiere IOT-VMNI durante 13 días. Todos los estudios microbiológicos negativos, salvo PCR para H. Influenzae. El paciente presenta evolución clínica aceptable y finalmente se puede realizar la extubación y paso a planta a cargo de la unidad de infeccioso.

Exploración y pruebas complementarias

En su primera visita el paciente presentaba buen estado general, eupneico en reposo, normo-colorado y normoperfundido. A la auscultación señalan murmullo vesicular sin ruidos patológicos y abdomen anodino. Analítica realizada dentro de la normalidad, salvo proteína C reactiva en torno a 110.

A los dos días de ser valorado en urgencias, el paciente presenta regular estado general, taquipneico, SatO₂ 92%, normotenso con Fc 130lpm. A la auscultación presenta hipoventilación en lóbulo superior y medio derecho. En Urgencias se realiza radiografía y analítica:

- Rx: condensación presente en todos los lóbulos de pulmón derecho.
- Analítica: leucocitos, plaquetopenia, insuficiencia renal aguda, elevación de proteína C reactiva, hipertransaminasemia y alargamiento de INR. En la gasometría venosa se aprecia acidosis metabólica.

Estando en urgencias el paciente comienza con tendencia a la hipotensión, empeoramiento de taquipnea, manteniendo SatO₂ 94% con reservorio y diuresis recortada.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Shock séptico. Neumonía.

Diagnóstico diferencial

GEA enteroinvasiva. Neumonía adquirida en la comunidad.

Comentario final

Las neumonías atípicas no son las más habituales, pero no debemos olvidarnos nunca de ellas, sobre todo

cuando el paciente presenta una evolución tórpida de los síntomas; pues debemos recordar que éstas cursan con síntomas atípicos (diarrea, ausencia de síntomas respiratorios, etc.).

Bibliografía

- GENNIS P, GALLAGHER J, FALVO C, BAKER S, THAN W. *Clinical criteria for the detection of pneumonia in adults: guidelines for ordering chest roentgenograms in the emergency department. J Emerg Med 1989; 7: 263-8.*

682/31. EL HERALDICO NO ES SOLO UN LENGUAJE.

Autores

Espino García, M.¹, Cerezo Molina, C.², Serrano Flores, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari de Vic. Vic. Barcelona, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 28 años que acude por presentar una única lesión eritematosa con borde más pronunciado y bien delimitado a nivel de columna paravertebral lumbar derecha no pruriginosa. Refiere que meses antes, apareció una similar en zona de fosa ilíaca izquierda con posterior aparición de lesiones ovaladas rosadas con relieve no pruriginoso, diseminado por todo el tronco (sobre todo, en región torácica anterior). Fue autolimitado, resolviéndose a las dos semanas de presentar la erupción generalizada pero acude nuevamente por presentar la misma lesión única que le recuerda a la primera que tuvo y muestra preocupación por la aparición de las posibles posteriores lesiones. El paciente muestra iconografía de dichas lesiones, que sugiere de exantema generalizado con múltiples lesiones ovales rosadas de borde descamativo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. A la exploración corporal se evidencia una lesión única macular en zona lumbar derecha con borde en relieve más eritematoso y descamativo con respecto a zona central. No se evidencian otras lesiones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pitiriasis rosada de Gibert.

Diagnóstico diferencial

Pitiriasis rosada de Gibert/Eritema anular centrífugo.

Comentario final

La pitiriasis rosada es una enfermedad de probable origen viral, que tiene la erupción típica máculo-papulosa con una lesión única, que luego se va extendiendo en forma pruriginosa y descamativa. El tratamiento generalmente es sintomático, con esteroides, antihistamínicos y evitando factores de riesgo como baños calientes, sudoración. Es importante destacar la necesidad de estar familiarizados con esta patología y tener mayor resolución en atención primaria, para dar respuesta y tranquilidad a nuestros pacientes.

Bibliografía

- Dorta, LJ et al. *Pitiriasis rosada: a propósito de un caso. Rev. Argent.Dermatol. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 98, n. 1, p.38-41, Marzo 2017.*

682/33. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA POR ROTURA ANEURISMÁTICA.

Autores

Montilla López, A.¹, Vida Pérez, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 72 años. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y demencia frontotemporal. Consulta en Atención Primaria refiriendo recorte de diuresis, debilidad progresiva y pérdida de peso de un mes de evolución. Se extrae analítica con cifras de creatinina 11,6 (previas normales). Se deriva a urgencias hospitalarias por insuficiencia renal aguda (IRA). En ecografía renal se objetiva hidronefrosis bilateral grado II-III sin causa obstructiva aparente. Ante ausencia de mejoría tras tratamiento, se realiza TAC abdominal con hallazgo de rotura aneurismática

contenida que condiciona compresión extrínseca ureteral bilateral.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Palidez y sequedad mucocutánea. Eupneico, afebril. Tendencia a hipertensión. No focalidad neurológica.

Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos. MMII sin edemas ni signos de trombosis. Abdomen anodino. No se palpa globo vesical. Tras sondaje, emisión 100cc orina clara.

- Analítica: Hb 8,9. U 181. Cr 11,6 (previa 1,7). No leucocitosis. Iones normales. PCR 118.
- Urianálisis negativo. EFNa: 14% (posrenal).
- TAC cráneo: sin hallazgos de patología intracraneal isquémica aguda.
- Ecografía renal: Hidronefrosis grado II-III bilateral, sin causa obstructiva aparente.
- GSV: pH 7.31, K 5.4, HCO₃ 21.1, Hb 9.
- EKG: Ritmo sinusal a 90 lpm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia renal aguda posrenal, secundaria a compresión extrínseca por rotura aneurismática.

Diagnóstico diferencial

IRA prerrenal o renal.

Otras causas de uropatía obstructiva (posrenal): tumoral, globo vesical, cálculos, hipertrofia prostática...

Comentario final

Precisa intervención urgente por Cirugía Cardiovascular para colocación de endoprótesis por vía femoral, con buena evolución postquirúrgica y normalización de la función renal.

El control de los factores de riesgo cardiovascular mediante el seguimiento estrecho, promoción de hábitos saludables y tratamiento adecuado en Atención Primaria es un pilar fundamental para la prevención de eventos como el descrito, que pueden comprometer la vida del paciente.

Asimismo, es de gran importancia conocer el diagnóstico diferencial de la IRA y los criterios de derivación hospitalaria urgente, para realizar las pruebas necesarias para el diagnóstico etiológico e instaurar un tratamiento óptimo.

Bibliografía

- *María Teresa Tenorio et al. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. NefroPlus. Octubre 2010. Vol. 3. Num. 2. Páginas 1-58.*
- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Insuficiencia renal aguda. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª Edición. ELSEVIER; 2018.536-540.*

682/34. MENINGOENCEFALITIS INFECCIOSA SECUNDARIA A OTOMASTOIDITIS.

Autores

Montilla López, A.¹, Casas Sola, L.², Vida Pérez, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Descripción del caso

Varón 63 años. Sin antecedentes. En seguimiento en Atención Primaria (AP) por otitis media los días previos. Realizan aviso domiciliario por disminución brusca del nivel de conciencia, cefalea intensa, pérdida de control de esfínteres, fiebre, otorrea purulenta izquierda y agitación. En hospital, hallazgo en TAC craneal de otomastoiditis izquierda con encefalitis en lóbulo temporal adyacente, precisando ingreso en UCI, intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Eupneico, febril.

Glasgow 8: Obnubilado, sin apertura ocular, sonidos incomprensibles, localiza estímulos dolorosos.

Otoscopia: Otitis supurativa izquierda.

Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos. MMII sin edemas ni signos de trombosis. Abdomen anodino.

- Analítica: Leucocitosis (24000) con neutrofilia. PCR 240. Procalcitonina 6,5.
- TAC cráneo: otomastoiditis izquierda con afectación inflamatoria-infecciosa del lóbulo temporal ipsilateral.
- Urianálisis y urocultivo negativos.
- Hemocultivos: Streptococcus pneumoniae.

- LCR: neumococo, VHS-6.
- Cultivo absceso oído medio: negativo.
- Serologías: Treponema pallidum negativa, VIH negativo.
- RM craneal: Cerebritis temporal izquierda. Contenido purulento subaracnoideo e intraventricular con meningitis asociada.
- EEG: Actividad bioeléctrica cerebral de base dentro de límites normales. No anomalías epileptiformes focales ni generalizadas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Meningoencefalitis infecciosa secundaria a otomastoiditis.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular. Infección del SNC (meningoencefalitis, absceso). Crisis comicial. Neoplasias o metástasis SNC. Hematoma extraparenquimatoso. Alteraciones hidroelectrolíticas.

Comentario final

Se instaura antibiótico empírico de amplio espectro y posteriormente según antibiograma. Tras estabilización, ingresa en planta de Neurología. Valorado por Neurocirugía, descartada intervención por su parte, y Otorrinolaringología (ORL), quienes realizan timpanoplastia y mastoidectomía. Evoluciona favorablemente hasta el alta.

El seguimiento multidisciplinar se sustenta entre Neurología, Infecciosas, ORL y AP. Se repite RM craneal con disminución del absceso y edema cerebral, y analítica dentro de la normalidad.

Es importante desde AP guiar el tratamiento domiciliario para garantizar la recuperación, así como la atención, apoyo y rehabilitación de las posibles secuelas.

Cabe destacar la declaración de casos como el presente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, para identificar posibles contactos o fuentes de contagio, evitando la propagación de un agente infeccioso potencialmente grave.

Bibliografía

- Martínez López GA et al. *Complicaciones otitis media: artículo de revisión. Ciencia Latina. Agosto 2022;6(4):928-45.*
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. *Accidente cerebrovascular. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª Edición. ELSEVIER; 2018.406-416.*

682/35. NEUMOTÓRAX A TENSIÓN.

Autores

Heredia Aladro, J.¹, González Becerra, L.¹, García Vicente, S.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga

Descripción del caso

El 061 traslada a varón de 63 años a cuarto de críticos de urgencias por un cuadro de disnea súbita de inicio en reposo con dolor en hemitórax derecho. Tuvo un episodio de similares características hace 4 meses precisando ingreso hospitalario por neumotórax derecho con bullas. En ambulancia se administró hidrocortisona 200 mg IV y oxígeno con mascarilla con reservorio. Antecedentes personales: Alergia a la penicilina. Fumador de 30 paquetes/año. Tuberculosis pasada hace 25 años. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Bronquiectasias secundarias en lóbulo superior izquierdo. Nódulos pulmonares estables en seguimiento por Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Mal estado general. TA 85/55 mmHg. FC: 124 lpm. SatO₂ 89%. Taquipneico. Tiraje supraclavicular e intercostal. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos. No soplos. Hipoventilación derecha. Se administra 3 mg morfina intravenosa (IV) en cuarto de críticos y 10 mg IV de metoclopramida.

Rx tórax con portátil: Se aprecia neumotórax derecho. Analítica de sangre: Glucosa 133 mg/dl. Urea 21 mg/dl. Creatinina 0,82 mg/dl. FG > 90 ml/min/superficie. Iones en rango normal. GPT 26 U/L. Bilirrubina 0,28 mg/dl. PCR < 4 mg/l. PH 7,198. PCO₂ 68,7 mmHg. SatO₂ 98,1%. Bicarbonato 26,7 mmol/l. Exceso de bases -3,3 mmol/l. Hemograma y coagulación en rango normal. Se realiza inserción de pleurocath urgente sin incidencias con mejoría clínica inmediata.

El paciente permaneció estable clínica y hemodinámicamente durante su estancia en Observación. Rx tórax portátil de control: se objetivó reexpansión de pulmón derecho. Analítica de sangre de control a las 20 horas sin hallazgos.

Finalmente se contactó con cirugía torácica de guardia. Indicaron que dada su evolución favorable se ingresase

en planta de neumología y se gestionase un traslado programado a Hospital Regional de Málaga para posterior valoración de intervención quirúrgica no urgente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumotórax a tensión.

Diagnóstico diferencial

Infarto de miocardio. Tromboembolismo pulmonar. Crisis asmática. Disección aórtica. Perforación esofágica. Síndrome de distrés respiratorio del adulto. Tapo-namiento cardíaco.

Comentario final

El neumotórax a tensión es una emergencia médica que exige tratamiento inmediato ante su sospecha sin esperar el resultado de pruebas complementarias.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F, Aguilar Humanes F. Medicina de urgencias y emergencias. 6th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2018. 289-292.

682/36. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA TRAS IMPLANTACIÓN DE DIU.

Autores

Galán Rodríguez, G.¹, Bueno Navarrete, P.², Padilla Res-toy, R.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 52 años que acude en repetidas ocasiones a urgencias de hospital debido a dolor en fosa iliaca derecha asociado a fiebre, niega otro síntoma. Como único antecedente personal de interés se refleja que es portadora de DIU de cobre desde hace 9 años.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, bien hidratada y perfundida, consciente y orientada, eupneica en reposo.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda de fosa iliaca derecha con defensa, blumberg

negativo, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

Analítica con leucocitosis de 16620 con neutrófilos de 14240, proteína C reactiva de 111.3 y procalcitonina 0.41.

ECO/ TAC abdominal en urgencias: EPI con compromiso inflamatorio del tercio distal del apéndice por contigüidad sin descartar apendicitis en punta.

RMN durante ingreso: edema parametrial derecha con colecciones de 10 y 20 mm, edema mesentérico e inflamación segmento distal apéndice por contigüidad.

Cultivo exudado vaginal negativo.

Buena evolución tras extracción DIU y tratamiento con cefalosporina, metronidazol y doxiciclina.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad inflamatoria pélvica con abscesos tuboováricos.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad inflamatoria pélvica con abscesos tuboováricos.

- Apendicitis aguda
- Enfermedad de transmisión sexual

Comentario final

Se debería de haber extraído con anterioridad el DIU de cobre para evitar las complicaciones asociadas a este.

Bibliografía

- Medicina urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6 edición. Jiménez Murillo, L y Montero Pérez, F.J.2018 www.figo.org/es

682/38. A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERTRANSAMINASEMIA.

Autores

Muñoz Jiménez, R.¹, Gómez García, M.², Royan Martín, E.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 15 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) por cuadro de 4 semanas de evolución de malestar general, astenia, náuseas, vómitos, y en los últimos días ictericia cutáneo-mucosa, heces acólicas e hiporexia. No dolor abdominal ni fiebre. No refiere consumo previo de medicamentos, drogas, productos de herboristería, setas, carne de caza, agua contaminada, tampoco transfusiones sanguíneas, ni contactos sexuales de riesgo. Ante estos hallazgos, es derivada a Urgencias Hospitalarias donde es diagnosticada de hepatitis aguda grave e ingresada para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

TA 134/60 mmHg, FC 65 lpm, FR 11 rpm, Afebril. Buen estado general. Consciente, orientada, normohidratada y normoperfundida. Tinte icterico en piel y conjuntivas. No signos de encefalopatía hepática. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con hepatomegalia. Blumberg y Murphy negativos. PPR negativa bilateral. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP. Analítica: Hemograma normal. Coagulación: INR 1,31, TP 15 s. Bioquímica: BT 15,90 mg/dL, BD 12,24 mg/dL, GGT 94 U/L, AST 1354 U/L, ALT 1720 U/L, FA 133 U/L. Inmuno-diagnóstico infeccioso de bacterias, virus y parásitos negativos. Autoinmunidad: Ac(IgG)Antinucleares 1/160 y Ac(IgG)Antimúsculo liso 1/320. Ecografía Abdominal: Hepatomegalia y esplenomegalia. Biopsia Hepática: Cirrosis compatible con etiología autoinmune.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hepatitis Autoinmune.

Diagnóstico diferencial

Colangitis biliar primaria, Colangitis esclerosante, Hepatitis tóxica, Hepatitis vírica.

Comentario final

Tras buena respuesta a corticoterapia, se plantea alta hospitalaria y seguimiento por su MAP. La Hepatitis Autoinmune es una patología poco frecuente, pero ante clínica compatible y niveles elevados de transaminasas, es importante descartarla debido a su posible evolución a cirrosis e insuficiencia hepática aguda. El tratamiento temprano con inmunosupresores puede ser crucial en el curso de la enfermedad.

Bibliografía

- (1) Mack CL, Adams D, Assis D, Kerkar N, Manns MP, Mayo M. J, et al. *Diagnosis and management of Autoimmune Hepatitis in Adults and Children:2019. Practice Guidance and Guidelines from the American Association for Study of Liver Diseases. Hepatology. 2022; 72(2):671-722.* (2) Pérez-Moreno JM, Aguilar-Reina JA. *Estudio diagnóstico del paciente con hepatitis aguda. Medicina Guiada. 2006; 5(2): 67-72.*

682/39. SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL POST PUNCIÓN LUMBAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Raya Gómez, J.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería

Descripción del caso

Mujer de 48 años que acude a servicio de Urgencias de AP por referir empeoramiento clínico de cefalea intensa y bilateral que se incrementa con la bipedestación y mejora con el decúbito. Dolor no ha cedido a analgésicos. Asocia dolor lumbar y aparición reciente de parestesias en MSD. Niega fiebre ni vómitos.

Niega alergias. Antecedentes de interés: Actualmente en seguimiento por Neurología por estudio de EM. Realización previa de punción lumbar Diagnóstica en los 5 días previos.

Exploración y pruebas complementarias

MEG. Consciente y orientado. NRL: PINLA Y MOEC. PCC. No meningismos. No petequias Déficit sensitivo en MSD 3/5 sin déficit motor. Sin otra focalidad neurológica aparente.

Se derivó a servicio Hospitalario para valoración urgente.

Analítica inicial: Leve leucocitosis con Neutrofilia. Resto de parámetros normales.

Rx Tórax: Normal.

RNM inicial: presencia de fluido extradural consistente con una fístula espinal de LCR.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cefalea post punción lumbar .Sospecha fístula LCR.

Diagnóstico diferencial

Migraña.

Meningitis.

Trombosis del seno cortical:

Hematoma subdural.

Comentario final

Durante ingreso en Observación persiste cefalea refractaria a perfusión analgésica intravenosa.

Dado la desfavorable evolución clínica y resultado radiológico anormal se ingresó en servicio de Neurología para estudio y continuidad de tratamiento.

Inicialmente se administró hidratación parenteral, antiinflamatorios esteroideos y cafeína por vía endovenosa con buena respuesta clínica y normalización de las imágenes radiológicas.

La presencia de cefalea ortostática con el antecedente de punción dural, guían el diagnóstico de CPPD. La RM espinal es una prueba diagnóstica altamente sensible para la detección de la fístula espinal de LCR.

Habitualmente la duración de CPPD es de una semana pero se puede prolongar hasta varias semanas debido probablemente a la persistencia de la fístula LCR.

Existen pocos casos refractarios a medidas no invasivas como alternativa se han aplicado con éxito parches hemático epidurales.

La importancia como Médicos de Atención Primaria radica en el reconocimiento clínico precoz, identificación de los factores de riesgo con el objetivo instaurar rápidamente las medidas efectivas y mejorar así la morbilidad de este síndrome.

Bibliografía

- Sánchez Ortega JF, Pinilla Arias D, Vázquez Míguez A, Calatayud Pérez JB. Intracranial hypotension secondary to spontaneous spinal cerebrospinal fluid fistula: Three case reports. *Neurocirugía (Astur)* 2020;17:51130-473.

682/40. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR - A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Mendoza Santana, A.¹, Valero Rocamora, J.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Torrevieja. Torrevieja. Alicante, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rojales. Rojales. Alicante

Descripción del caso

Mujer de 68 años, hipertensa y exfumadora desde hace 7 años de 3 paquetes/día que acude a Urgencias del centro de salud por disnea de instalación progresiva con autoescucha de sibilantes asociada a edema facial y de cuello de 3 semanas de evolución. Refiere que la están estudiando por sospecha de asma y que le han prescrito un inhalador, al que ella atribuye como posible causante del edema de la cara. Niega fiebre, tos ni expectoración. No palpitaciones ni dolor torácico. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

- EF: Buen estado general. Eupneica en reposo con SaO₂ 94%. Edema facial y en cuello. Telangiectasias torácicas. Ingurgitación yugular. No adenopatías cervicales.
- Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. En la pulmonar murmullo vesicular disminuido en base de pulmón derecho. Matidez a la percusión con aumento de la transmisión de sonidos vocales.
- Radiografía de tórax: Aumento de densidad en ápex derecho.
- Analítica de sangre: Hemoglobina 13.2 g/dl, plaquetas 396 x 10³ µl, leucocitos 9.67, Filtrado glomerular >90 ml/min, creatinina 0.55 mg/dl, ProBNP 209.0 pg/ml, procalcitonina 0.04 ng/ml, Proteína C reactiva 5.2 mg/dl.
- TAC de tórax con contraste: Voluminosa tumoración descrita en el hilio pulmonar derecho, asociado a importante derrame pleural no colapso del parénquima pulmonar.
- Broncoscopia con toma de biopsia: Mucosa bronquial infiltrada por carcinoma de célula pequeña, tipo Oat Cell, extensamente necrótico.
- PET-TAC: Lesión de características metabólicas malignas en masa mediastínica que rodea el bronquio principal derecho y produce atelectasia del LID. Derrame pleural derecho ametabólico. Sin evidencia de afectación en otras localizaciones en el momento actual.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Vena Cava Superior en contexto de un Carcinoma microcítico de pulmón.

Diagnóstico diferencial

Reacción alérgica, Angioedema, Asma.

Comentario final

El síndrome de Vena Cava Superior es una patología poco frecuente que representa un reto diagnóstico para el médico. Los estudios y el diagnóstico definitivo ayudan a enfocar el tratamiento en la causa; además, se requiere un equipo multidisciplinario para garantizar la mejoría clínica y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

Bibliografía

- *Guía clínica de Síndrome de vena cava superior - Fisterra [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-vena-cava-superior/>*

682/41. A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID).

Autores

Gómez Montalbán, D.¹, García Gómez, M.², Fernández de Retana Corres, K.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aranbizkarra II. Vitoria. Álava, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oñati. Oñati. Guipúzcoa

Descripción del caso

Varón de 71 años exfumador y dislipémico en tratamiento con atorvastatina. Ejerció como litógrafo (contacto con tinta y disolventes). Acude a consulta de atención primaria para revisión anual. Relata un aumento progresivo de disnea de medianos esfuerzos y opresión centrotorácica sin cortejo vegetativo acompañante, que mejoran con el reposo. A la auscultación pulmonar destacan roncus en ambas bases, sin otros hallazgos patológicos.

Exploración y pruebas complementarias

Dada la clínica referida se solicitan electrocardiograma, que es normal; una prueba de esfuerzo, negativa para isquemia miocárdica; una espirometría, que

muestra obstrucción leve (FVC 95%, FEV1 78%, FEV1/FVC 64,2), y una radiografía (Rx) de tórax, que objetiva una Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID). Se recomienda estudio mediante tomografía computarizada, que muestra una EPID fibrosante. Por ello, se decide derivación a Neumología para completar estudio e instaurar tratamiento necesario.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Inicialmente se plantean como diagnósticos posibles enfermedad pulmonar obstructiva crónica o restrictiva, cardiopatía isquémica y neoplasia pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Tras pruebas de imagen el diagnóstico diferencial se establece entre patologías fibrosantes: Toxicidad pulmonar por fármacos; Exposición ambiental a agentes orgánicos/inorgánicos; Conectivopatías; Neumonitis por hipersensibilidad; Neumonitis por radiación; Neumoconiosis; Neumonía organizativa criptogénica; Neumopatía intersticial usual; Neumonía intersticial inespecífica.

Comentario final

Es primordial una buena anamnesis ante toda disnea. Las EPID son un grupo heterogéneo de enfermedades pulmonares. Se clasifican según manifestaciones clínicas, radiográficas, fisiológicas o patológicas similares. Dependiendo del tipo de EPID varía el género predominante, edad de presentación, tratamiento y pronóstico. Se asocian a exposición ambiental u ocupacional (polvos inorgánicos u orgánicos), así como a determinados fármacos, tabaco y radiación previa. Habitualmente se presenta como disnea progresiva de esfuerzo o tos seca persistente. Para su diagnóstico se precisa una Rx de tórax anormal (principalmente opacidades intersticiales) y alteración espirométrica de perfil restrictivo, generalmente. En conclusión, debe realizarse una anamnesis completa y estudio dirigido teniendo en cuenta la posibilidad diagnóstica de esta entidad.

Bibliografía

- *Talmadge E King Jr MD. Approach to the adult with interstitial lung disease: Clinical evaluation. Review of Literature. Pubmed. (consultado 8 Marz 2023). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-interstitial-lung-disease-clinical-evaluation?search=enfermedad%20pulmonar%20intersticial%20difusa&source=search_result&se*

lectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- Talmadge E King Jr MD. Approach to the adult with interstitial lung disease: Diagnostic testing. Review of Literature. Pubmed. (consultado 8 Marz 2023). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-interstitial-lung-disease-diagnostic-testing?search=enfermedad%20pulmonar%20intersticial%20difusa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

682/43. LO MÁS FRECUENTE ES LO MÁS FRECUENTE.

Autores

Jiménez Jara, J.¹, Celis Romero, M.²

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 El Valle. Jaén

Descripción del caso

Se presenta el caso de un varón de 54 años que acude a servicio de urgencias hospitalarias por malestar general de 5 días de evolución. Presenta artromialgias generalizadas y astenia intensa como única sintomatología. No aparece tratamiento activo y como único antecedente tiene una hepatitis C curada. Le acompaña un familiar que nos sugiere que ha podido “tomar algo”, lo que el paciente niega.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración destaca una sudoración fría junto con una taquicardia de QRS estrecho a 168 lpm, una analítica con leucocitosis y una PCR muy elevada. Habla pastosa y poco coherente. Resto sin hallazgos patológicos.

Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos, sin soplos, taquicárdicos con extrasístoles tras administrar bisoprolol y monitorizar al paciente, se mantiene sudoroso, con una FC de 105lpm y una TA de 90/50mmHg. Su saturación de oxígeno con aire ambiente es del 94%, niega disnea.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la escasa colaboración del paciente y la discrepancia sintomatológica indagamos en la historia clínica, encontrando dispensaciones por parte de atención pri-

maria hace meses de metadona. Finalmente, el paciente admite que consume cocaína de manera habitual, inyectándose grandes cantidades en los últimos días. Repetimos la radiografía de tórax, que muestra un infiltrado en base derecha compatible con una lesión consolidativa que se trató con levofloxacino. No obstante, el paciente acudió nuevamente a los 8 días por aumento de la disnea y fiebre de 39°C que se resolvió con cefditoreno.

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad.

Trombosis pulmonar.

Covid 19.

Comentario final

Una adecuada anamnesis y filiación de la historia clínica del paciente es clave para averiguar qué le ocurre. El consumo de cocaína se asocia frecuentemente a neumonía infiltrativa y de repetición en pacientes jóvenes, así como constituye un elevado factor de riesgo cardiovascular. Ante pacientes UDVP, debe prestarse una especial atención a los síntomas respiratorios y al seguimiento de patología de dicha índole.

Bibliografía

- Winhusen T, Theobald J, Kaelber DC, Lewis D. The association between regular cocaine use, with and without tobacco co-use, and adverse cardiovascular and respiratory outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020 Sep;214(108136):108136.
- Ketchersid K. A review of organizing pneumonia. *JAA-PA*. 2023 Feb 7;Published Ahead of Print(36).

682/44. AUNQUE ESTÉS BIEN, PUEDES ESTAR MEJOR.

Autores

Vázquez Morales, Á.¹, Ruano Mayo, A.¹, Molina Borreguero, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 18 años, alérgico a ibuprofeno, no fumador, con antecedentes personales de rinitis alérgica (polisensibilizado) y asma bronquial en tratamiento

con montelukast 10 mg, fluticasona vilanterol 92/22 mcg y salbutamol 100 mcg de rescate, que acude a su MAP tras tres episodios de reagudización bronquial en el último año (actualmente asintomático). Su MAP ante sospecha de mal control de su proceso respiratorio, le realiza una espirometría basal y post broncodilatación y ante los resultados, lo deriva a consultas externas de Neumología para recuperar su seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

SpO₂ 99%.

Auscultación cardíaca: Rítmico sin soplos audibles a buena frecuencia cardíaca.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos.

Espirometría: Maniobra correcta. FVC 4.900 ml (102%); FEV₁ 3.330 ml (82%); FEV₁/FVC 68%; MMEF 75/25 2.17 L/s (48%); tras B₂, el FEV₁ mejora en 640 ml (+15%).

Examen del óxido nítrico exhalado (FENO): 58 ppb.

Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Asma bronquial con adherencia errática al tratamiento.

Diagnóstico diferencial

Bronquiectasias.

Comentario final

En Neumología, se realizó TC de tórax descartándose bronquiectasias y tras la entrevista con el paciente, se confirmó la mala adherencia al tratamiento cuando está asintomático. En la espirometría post broncodilatación se objetivó la mejoría de la capacidad pulmonar (aumento del FEV₁ del 15%), y demostró la importancia de la correcta realización del tratamiento inhalado de forma pautada que favorecerá la disminución de las reagudizaciones bronquiales.

Bibliografía

- *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica: Gema 5.2. Guía Española para el Manejo del Asma. Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A.; 2022*

682/45. ATENCIÓN HOLÍSTICA AL PACIENTE FRÁGIL.

Autores

Castro Sosa, V.¹, Padilla Restoy, R.², Viola Caro, P.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er 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 - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 84 años de edad acude a su médico de atención primaria porque refiere sentir sensación de inapetencia constante desde hace dos meses y medio aproximadamente sin ningún tipo de dolor ni alteración por aparatos. Afebril. El paciente refiere una pérdida de peso de alrededor de unos 10Kg. No acompañado de otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física y analítica completa de sangre sin hallazgos relevantes que sugieran patología subyacente. Sangre oculta en heces y colonoscopia regladas. Test mini-mental 19 puntos. Escala de Yesavage 16 puntos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Alta probabilidad de depresión y deterioro cognitivo moderado.

Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo, insuficiencia hepática, demencia, depresión. Patología oncológica que causa dicha inapetencia.

Comentario final

El anciano frágil es un tipo de paciente como cualquier otro en el que hay que realizar una completa entrevista clínica así como pruebas complementarias a solicitar si requiriese. Por otro lado, tenemos la oportunidad de aplicar varias escalas como en este caso, escala de Yesavage y test-mini mental, que nos puedan ofrecer posibles patologías subyacentes. La escala Yesavage ofrece una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100% para tamizar la sospecha de depresión, además de ser útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo como en este caso que se ha visto afectada.

Bibliografía

- Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, Lundy J, Little MO, Leonard K, et al. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS One [Internet]. 2020 [citado el 8 de marzo de 2023];15(6):e0233857.*

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32502177/>.

- Saha S, Hatch DJ, Hayden KM, Steffens DC, Potter GG. Appetite and weight loss symptoms in late-life depression predict dementia outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 8 de marzo de 2023];24(10):870–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27555110/>

682/46. NO TODO ES CELULITIS.

Autores

Castro Sosa, V.¹, Viola Caro, R.², Padilla Restoy, R.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 22 años de edad.

No Reacciones adversas a medicamentos. Carcinoma lobulillar de mama izquierda diagnosticado en 2021 y en seguimiento por consultas externas de Oncología.

La paciente acude a urgencias de su centro de Salud por presentar inflamación en axila derecha de aparición en unas 4 o 5 horas acompañado de dolor y calor en dicha zona. Afebril, no otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: se palpa en axila derecha zona edematosa y eritematosa sin palpase cordón axilar. Se palpaba aumento de temperatura en dicha zona, línea anterior de axila. Adecuado relleno capilar. Se palpan pulsos radiales y braquiales presentes y misma intensidad.

Resultado de Doppler venoso del miembro superior derecho en el servicio de Urgencias del Hospital: se explora vena subclavia y basilica de la extremidad superior derecha, siendo éstas de calibre normal con registro Doppler y sin ecos en su interior, sin observar signos de trombosis. Sin embargo, vena axilar se observa obstrucción de la misma compatible con TVP.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se deriva a dicha paciente a servicio de Urgencias del Hospital para realización de Doppler venoso en miembro superior derecho por sospecha de trombosis venosa profunda (TVP).

Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa profunda, celulitis, hidrosadenitis.

Comentario final

Una adecuada entrevista clínica es muy importante a realizar comenzando por los antecedentes personales, de forma que nos puedan ayudar a orientar el diagnóstico que pueda presentar los pacientes. En nuestro caso, la paciente presentaba alto riesgo de presentar TVP además de así sugerirlo la exploración física por lo que el siguiente paso a realizar era realizar una prueba complementaria para confirmar dicho diagnóstico.

Bibliografía

- Garzón-Rodríguez C, Porta-Sales J, Mañas-Izquierdo V, Llorens-Torromé S. Enfermedad tromboembólica en el paciente oncológico avanzado: incidencia, complicaciones, tromboprofilaxis primaria y percepción del paciente. *Med Paliativa* [Internet]. 2015 [citado el 12 de marzo de 2023];22(2):52–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-enfermedad-tromboembolica-el-paciente-oncologico-S1134248X1300089X>

682/47. ZONOSIS, LA GRAN OLVIDADA.

Autores

Bonilla Roldán, M.¹, Gutiérrez Nieto, C.², Marín Peralta, Á.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 40 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a la consulta de su médico de familia por presentar desde hace unos días lesión cutánea, no pruriginosa y caliente al tacto con sensación febril no termometrada. Decidimos tratar con antibiótico oral ante la sospecha de celulitis. A la semana siguiente, reconsulta por aparición de nueva lesión en el muslo de las mismas características que la previa, pero esta

vez acompañado con mal estado general, febrícula y cuadro pseudogripal. En la anamnesis dirigida, nos refiere que una semana antes había ido de excursión al campo pero sin recordar picadura. Dado el deterioro del estado general, se decide derivar al hospital, donde en analítica se detectó elevación de transaminasas, motivo por el que se cursa su ingreso.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, el paciente presentaba un buen estado general. La auscultación cardiopulmonar era normal. A nivel pretibial se observaba lesión eritematosa con bordes sobreelevados y con el centro más claro. En la segunda visita, dicha lesión había desaparecido y presentaba una de características similares en la cara anterior muslo.

Al principio, no se realizó ninguna prueba complementaria. A nivel hospitalario, se realizó serología, que confirmó la enfermedad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Lyme.

Diagnóstico diferencial

Celulitis. Picadura de insecto.

Comentario final

El papel del médico de familia en este caso es fundamental, dado que ante la sospecha de eritema infeccioso, se decidió traslado al hospital donde se diagnosticó de Enfermedad de Lyme, infección transmitida por artrópodo. La garrapata desde de estar adherida al menos 24 h para permitir la transmisión de *B. burgdorferi*.

Esta enfermedad presenta tres estadios. En el primero la infección está localizada, presentando eritema migratorio que desaparece a las 3-4 semanas. En el estadio dos, la infección está diseminada. Cursa con afectación neurológica o cardíaca. En el estadio tres la infección es persistente, puede dar artritis, acrodermatitis o daño neurológico.

Bibliografía

- López-Serrano A, Gredilla-Zubiria I, Padin Trigo A. Zoonosis. En: Franco Díez E, Ruiz Mateos B, et al, eds. *Manual de infecciosas y microbiología*. 11ª edición. Madrid: Marbán; 2020. p. 80-90.
- Escudero-Nieto R, Guerrero-Espejo A. *Enfermedades producidas por Borrelia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:232-40.

682/48. FRACTURA ATÍPICA DE FÉMUR EN UNA PACIENTE TRATADA CON BIFOSFONATOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Serrano Flores, C.¹, Espino García, M.², Damián García, R.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 85 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis e hipotiroidismo en tratamiento con losartán 50 mg, metformina 850 mg, ácido alendrónico 70 mg y levotiroxina 50 mcg acude a nuestra consulta de atención primaria por un dolor lumbar de varios días de evolución que irradia hacia la pierna izquierda y le impide deambular como lo hace habitualmente (utiliza andador). En un primer tiempo, tras una exploración física compatible con una lumbociática, se decide tratamiento con analgésicos y aplicación de calor seco local. Al mes, la paciente vuelve a consultar por el mismo motivo, añadiendo además un dolor en la porción lateral del muslo izquierdo, que le irradia anteriormente hasta la rodilla. En ningún momento la paciente refiere traumatismo directo ni caídas.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la movilización, Lasegue y Bragard negativos, pérdida de fuerza, conserva sensibilidad. Dificultad para su deambulación habitual. Se solicita radiografía de cadera y fémur izquierdos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fractura atípica incompleta de la diáfisis femoral izquierda.

Diagnóstico diferencial

Lumbociatalgia, fractura de cadera, fractura de diáfisis femoral.

Comentario final

La paciente fue derivada a urgencias e ingresada a cargo de cirugía ortopédica y traumatológica, quien resolvió la fractura a través de una osteosíntesis con enclavado

femoral largo. La paciente volvió a caminar y tuvo una recuperación satisfactoria. Las fracturas atípicas son un efecto adverso poco frecuente en el tratamiento con bifosfonatos. Sin duda, el beneficio supera al riesgo en este tipo de tratamiento, se previenen más fracturas osteoporóticas que inciden las fracturas atípicas. Es importante evaluar de forma individualizada a los pacientes, así como revisar estrictamente los tiempos que se prescriben los bifosfonatos (entre 3 y 5 años).

Bibliografía

- Black DM, Geiger E, Eastell R, Vittinghoff E, Li BH, Ryan DS et al. Atypical femur fracture risk versus fragility fracture prevention with bisphosphonates. *N Engl J Med.* 2020;383(8):743-53. (2) Andador L, Cooper C. Terapia a largo plazo con bifosfonatos y fractura femoral atípica: ¿Se puede temer demasiado de algo bueno? *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87(12):4877-79.

682/49. ONICOCRIPTOSIS: UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR.

Autores

Serrano Flores, C.¹, Espino García, M.², Castillo Moreno, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (3) Podóloga. Clínica Podológica Castillo Moreno. Almería.

Descripción del caso

Varón de 28 años que acude a consulta de atención primaria por inflamación y supuración del primer dedo del pie derecho desde hace varias semanas. Ha estado realizando baños con agua salada y curas con yodo, sin mejoría. No puede llevar su calzado habitual (viene con una zapatilla de casa). Está agobiado porque este problema le está sobrepasando.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la flexo-extensión del dedo afectado. Inflamación, rubor y supuración en la periferia de la superficie ungueal. Desde atención primaria solicitamos analítica con hemograma y bioquímica, incluyendo proteína C reactiva (PCR). Los resultados son normales exceptuando una PCR de 50.4 mg/L. Desde la primera visita se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg, paracetamol 1 g e ibuprofeno 400 mg cada 8 horas. Se añade omeprazol 20 mg por la mañana.

Se explica al paciente la necesidad de cirugía menor sobre la uña y se consensua con él la posibilidad de tratamiento por parte de cirugía general en el hospital o en clínica podológica, prefiriendo él la segunda opción por menor tiempo de espera. Se deriva a consulta de enfermería para realización de curas diarias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

onicocriptosis.

Diagnóstico diferencial

granuloma piógeno, fibroqueratoma digital, paroniquia.

Comentario final

La salud de los pies es un aspecto muy importante para la calidad de vida de las personas (limita el trabajo y la vida social). La detección precoz de este tipo de patologías y un tratamiento adecuado con abordaje multidisciplinar (enfermería, medicina y podología) es fundamental. La prevalencia de la onicocriptosis es notable sobre todo entre la franja de edad de los 20-40 años. Teniendo en cuenta que no todos los médicos de familia realizan cirugía menor, que los tiempos para ella son mínimos y la patología susceptible de intervención bastante amplia sería bastante acertado incluir servicios básicos de podología en la cartera de servicios de nuestro sistema público de salud.

Bibliografía

- Geizhals S, Lipner SR. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatology online J.* 2019;25(9):1-8.
- Thakur V, Vinay K, Haneke E. Onicocriptosis – descifrando las controversias. *Int J Dermatol.* 2020;59(6):656-69.

682/50. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EPIDEMIOLÓGICA PARA UN CORRECTO JUICIO CLÍNICO.

Autores

Corral Ortega, L.¹, Ruíz Bautista, A.², Rodríguez Masegosa, T.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer 28 años, consulta a su médico de atención primaria por fiebre de 4 días de evolución. Dos semanas antes, acudió a urgencias hospitalarias por tumoración dolorosa axilar izquierda, que fue tratada con antiinflamatorios y amoxicilina/clavulánico, sin mejoría.

Cuenta que el mes previo fue valorada por una lesión cutánea en muñeca izquierda, inicialmente habonosa, que evolucionó hacia coloración negruzca con salida de material purulento, la cual fue drenada, consiguiendo una mejoría parcial. Se interroga epidemiológicamente acerca de la lesión y comenta que apareció tras el arañazo de un gato sin control veterinario. Niega clínica catarral y cambios en hábito intestinal. No síndrome constitucional asociado ni síntomas B. No artritis, otras lesiones dérmicas, ni sequedad mucocutánea. No síntomas neurológicos. No otro contacto con animales. Niega relaciones sexuales de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, estable hemodinámicamente. Tumefacción inflamatoria axilar izquierda, dolorosa. En muñeca izquierda, lesión costrosa de 2 milímetros con eritema periférico, en resolución. Exploración orofaríngea, auscultación cardiorrespiratoria, abdomen y miembros inferiores, anodinos.

- Analítica sanguínea: hemograma y coagulación sin alteraciones. Proteína C Reactiva 96,9 mg/L, ferritina 120,5 ng/mL, sin otros reactantes de fase aguda.
- Radiografía de tórax: sin alteraciones.
- Ecografía axilar izquierda (realizada en Atención Primaria): múltiples adenopatías de hasta 22 milímetros con ecogenicidad aumentada en grasa axilar. Hallazgos compatibles con proceso infeccioso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha de infección por *Bartonella Henselae*. Iniciamos Doxiciclina y solicitamos serologías diversas, obteniendo resultado positivo de anticuerpos IgM e IgG para *Bartonella Henselae*. Resto negativo.

Diagnóstico diferencial

Adenopatías dolorosas y absceso cutáneo con síndrome febril. A descartar infección viral o bacteriana tipo erisipeloide, tularemia, carbunco cutáneo, fiebre botanosa mediterránea por *Rickettsia conorii*, Brucelosis,

VIH, tuberculosis, así como síndromes autoinmunes (Sjogren) o linfoproliferativos (Linfoma de Hodgkin).

Comentario final

La heterogeneidad clínica por infección de *Bartonella Henselae*, con síntomas inespecíficos y consecuencias significativas, da protagonismo a la anamnesis detallada con antecedentes epidemiológicos, para alcanzar un diagnóstico preciso y pautar así tratamientos adecuados, como en este caso, consiguiendo mejoría clínica completa de la paciente.

Bibliografía

- *Tay SY, Freeman K. Clinical Manifestations Associated with Bartonella henselae Infection in a Tropical Region. Am J Trop Med Hyg. 2021 Jan;104(1):198-206.*

682/52. ARMAS EN NUESTRA BATALLA CONTRA EL CÁNCER.

Autores

González González, A.¹, Molina Borreguero, M.², Torres Aguilera, P.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer 39 años con AP de SOP, HTA, IMC 38.97, Fumadora (IPA 15), en tratamiento con: Losartán 50 mg/HTZ 12.5 mg con buen control de FRCV. Acude a consulta de su CS por sangrado anómalo intermenstrual, metrorragia y coitorragia desde hace 8 meses, FUR 21/01/23. Refiere última citología normal en centro privado hace 4 años, su última citología registrada: ASCUS (VPH 18 +). Niega dolor o fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración: No se observan lesiones en vulva, si restos de sangrado no activo en introito vaginal.
- Exploración matrona CS: En especuloscopia no se visualiza cérvix, se aprecia formación sangrante excrecente. En TBM, no doloroso, se palpa tumoración cervical de bordes rugosos sangrante.
- Dado los datos clínicos y exploración realizada se realiza derivación preferente a Ginecología.

- Ecografía TV: útero en AVF de tamaño y ecogenicidad normales, endometrio homogéneo de 4mm, canal cervical más vacuolado e irregular con tumoración vascularizada.
- AP: Fragmentos de Carcinoma Escamoso infiltrante.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma Escamoso Infiltrante de Cérvix.

Diagnóstico diferencial

Cáncer de cervix vs Mioma parido.

Comentario final

El cáncer de cérvix es el 3º en incidencia en patología oncológica ginecológica. A diferencia de la mayoría de las neoplasias, las lesiones precursoras producidas tienen un agente etiológico identificado: VPH, lo que ha permitido el desarrollo de programas de screening. Cobran especial importancia dos tácticas: La realización de citologías + VPH, así como el desarrollo de programa de vacunación infantil. Por otro lado, dado que el VPH es de transmisión sexual, ha sido en España motivo de discusión la inclusión en el programa de vacunación a los niños varones, debido a su papel como portadores. Finalmente, Oct 2022, el Ministerio de Sanidad ha aprobado la ampliación del programa de vacunación a niños de 12 años. Es importante recalcar el papel del médico de familia en el conocimiento de los diferentes protocolos para detección temprana de este tipo de neoplasias y su adecuado manejo.

Bibliografía

- Torné A; Andía E; Bruni L; et al. AEPCC: Guía. Prevención del Cáncer de Cuello de Útero 2022.
- Muñoz N, Franceschi S, et al. Role of human papillomavirus in cervical cancer. *Lancet* 2002;359:1093.

682/53. LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LOS AVISOS DOMICILIARIOS.

Autores

Padilla Restoy, R.¹, Castro Sosa, V.¹, Viola Caro, P.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 74 años con antecedentes de HTA e hipercolesterolemia. La paciente es totalmente independiente. Pone aviso a Centro de Salud por dolor y pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo de 3 horas de evolución. No traumatismo. No palpitaciones, dolor torácico, síncope o disnea.

Exploración y pruebas complementarias

Acudimos a valorar al paciente a su domicilio. En ese momento paciente sin dolor, negando sintomatología neurológica. Estable hemodinamicamente en todo momento, eupneica en reposo y saturación del 100% basal. Auscultación cardíaca y pulmonar sin alteraciones. Miembro inferior izquierdo con pulso femoral presente, ausencia del resto. Frialidad y palidez distal con respecto a la contralateral. No cianosis. Moviliza dedos de forma similar a contralateral y sensibilidad conservada.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Isquemia arterial aguda.

Diagnóstico diferencial

Ciatalgia.

Trombosis venosa profunda.

Rotura quiste de Becker.

Hematoma muscular.

Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de una correcta atención domiciliario en el ámbito de la Atención Primaria de cara a un correcto diagnóstico etimológico.

Bibliografía

- Medicina de Urgencias y Emergencias. Jimenez-Murillo, L et Al. 6º Ed. Elsevier

682/54. ESCLEROSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Ruiz Bautista, A.¹, Reyes Álvarez, M.², Montero López, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar

y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 45 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta de atención primaria en múltiples ocasiones por episodios de mareo. Se inicia tratamiento, pero vuelve a acudir por persistencia de sintomatología además de aparición de inestabilidad de la marcha dándose cuenta que no podía andar con tacones y debilidad en ambas manos para manipular objetos, así como sensación de parestesias generalizadas. Ante dicha sintomatología y tras una exploración física detallada se solicita resonancia magnética de cráneo.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta buen estado general. Rítmica sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Neurologicamente presenta bradilalia y disartria leve. Fuerza conservada en cuatro extremidades. Cierta hiperestesia en miembros inferiores. Romberg inestable, marcha con aumento de base de sustentación. En resonancia magnética presenta múltiples lesiones de sustancia blanca bihemisférica y medular que por su localización y características son sugerentes de enfermedad inflamatoria-desmielinizante. Analíticamente sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tras la realización de todas las pruebas complementarias, en especial la resonancia magnética y tras la realización de anamnesis y exploración física detalladas se sospecha de esclerosis múltiple y se contacta con neurólogo de guardia que indica ingreso para completar estudio.

Diagnóstico diferencial

Puesto que no hay pruebas específicas para el diagnóstico diferencial de la esclerosis múltiple es muy importante descartar enfermedades que pueden producir síntomas y signos similares tales como mielitis, neuritis óptica, algunas enfermedades infecciosas como el VIH, neoplasias, enfermedades vasculares.

Comentario final

Finalmente es importante mencionar que en este tipo de patologías es imprescindible realizar una buena

anamnesis, así como una completa exploración física desde la consulta de atención primaria para poder orientar el diagnóstico y realizar una buena derivación al especialista hospitalario, para de esta manera solicitar adecuadamente las pruebas complementarias que ayudaran a realizar el diagnóstico definitivo.

Bibliografía

- Jorge Arturo DR. Esclerosis múltiple. Texto de medicina física y rehabilitación. Editorial El Manual Moderno; 2022. P 357-372.
- Núñez L. El diagnóstico diferencial de la esclerosis múltiple [Internet]. Acnweb.org. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.acnweb.org/guia/g9capitulo_4.PDF

682/56. COMPRESIÓN MEDULAR COMO COMPLICACIÓN DE CÁNCER DE ENDOMETRIO.

Autores

Molina Borreguero, M.¹, González González, A.¹, Ruano Mayo, A.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 81 años, con AP de interés de neoplasia endometrial estadio IV con metástasis cerebelosas, que acudió a urgencias por pérdida de fuerza y sensibilidad en ambos miembros inferiores de instauración progresiva de 3 días de evolución, junto con dorsalgia y anuria asociada, que precisó sondaje.

No otra sintomatología de interés descrita.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física en la que destaca buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Neurologicamente Glasgow 15/15 con pares craneales conservados. Fuerza 0/5 en miembros inferiores y anestesia descendente desde región dorsal, con fuerza 5/5 y sensibilidad conservada en miembros superiores.
- Analítica: Destaca como único hallazgo PCR en 86,1 mg/dl.

- RNM: Neoformación en el nivel D5-D6 con amplia infiltración y estenosis de orificios neurales derechos y canal desplazando y comprimiendo el cordón medular. Hallazgos compatibles dados sus antecedentes con infiltración metastásica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de compresión medular neoplásica.

Diagnóstico diferencial

Hernia discal.

Mielopatía por radiación.

Comentario final

El síndrome de compresión medular neoplásica es una urgencia médica que requiere de la instauración inmediata de tratamiento.

Esta patología suele aparecer en torno al 5-10% de tumores sólidos, más frecuentes en mamá y pulmón, de localización mayormente dorsal.

Para su correcto diagnóstico es precisa una minuciosa anamnesis, con especial interés en antecedentes oncológicos del paciente y la clínica que presenta, destacando tiempo de instauración, localizaciones afectas y presencia o afectación esfinteriana. Esta sintomatología, junto con una exploración física que corrobore la sintomatología, constituye una indicación para realización de RNM dentro de las primeras 24 horas, ya que la confirmación de esta patología hace que la rápida instauración de tratamiento radioterápico puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir la posible aparición de nuevas complicaciones neurológicas y controlar el dolor, a pesar de que solo 1/3 de los pacientes sobreviven más de 1 año.

Todo esto hace que cobre especial importancia la labor del médico de urgencias ante la posible sospecha clínica de esta patología.

Bibliografía

- Dra. Ilya Laufer Dr. David Schiff Hillary R. Kelly, MD Marcos Bilsky, MD. Características clínicas y diagnóstico de la compresión medular epidural neoplásica. Última revisión Noviembre 2022. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-neoplastic-epidural-spinal-cord-compression?search=compression%20medular%20espinal%20tumoral%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

682/57. MIOSITIS PROXIMAL RECIDIVANTE, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN AT. PRIMARIA.

Autores

Viola Caro, P.¹, Castro Sosa, V.², Padilla Restoy, R.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 44 años.

AP: DL de origen familiar; Sinusitis crónica; Rabdomiolisis de repetición.

Paciente que sufre episodio de mialgias en tronco y musculatura proximal de MMSS de 5 días. Refiere episodios de rabdomiolisis previa, el primero en el contexto de uso de estatinas, que mejoró con su retirada el segundo 1 semana tras infección por Covid-19, que autolimitó. Sin objetivarse causa desencadenante de este episodio, se solicitaron pruebas con la intención de descargar diferentes causas de mialgia. No se sospechaba causa infecciosa (no presentaba datos clínicos ni analíticos de infección), traumática, ni farmacológica (el paciente llevaba 2 años con estatinas retiradas). Se descartó también mediante analítica origen Endocrinológico y electrolítico. La dermatomiositis por su parte, habría producido afectación cutánea, algo que nuestro paciente no sufría. Finalmente, tras derivación a MI, por sospecha de patología inmunomediada, mediante análisis de Ac-antiHMGCR se llega al diagnóstico preliminar de miositis necrotizante inmunomediada, el cual requiere de una biopsia muscular para su confirmación. Su manejo se realiza con corticoides a dosis altas, asociados a inmunosupresores como Metotrexato o Micofenolato.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración destaca dolor a la palpación profunda de vientres musculares y a la movilización de MMSS y región pectoral y cervical.

En AS destaca: Hg normal; CK2455; HBA1c5,8; CT245; LDL 179; FG77; Cr0,68; Ac-AntiHMGCR +; Ac-antiSRP -.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopatía necrotizante inmunomediada.

Diagnóstico diferencial

Miopatía: por estatinas VS tras Infección VS inmunomediada VS Dermatomiositis.

Comentario final

En este caso se hace referencia al proceso de diagnóstico diferencial de un paciente con Mialgias proximales de repetición asociadas a CK elevada, en la que tras el estudio y descarte de las causas más frecuentes, y que además habían parecido ser causas desencadenantes de episodios previos (Fármacos e Infecciones), se logra el diagnóstico de Miopatía necrotizante inmunomediada mediante detección de anticuerpos específicos.

Bibliografía

- Tiniakou E, Christopher-Stine L. Immune mediated necrotizing myopathy associated with statins: history and recent developments. *Curr Opin Rheumatol*. 2017
- D Erlj, Ó Neira. Miopatía necrotizante autoinmune (naM): a Propósito de un Caso Clínico. *Rev. chil. reumatol*. 2012;

682/65. QUERATITIS HERPÉTICA: DOLOR OCULAR MAL TRATADO.

Autores

Royan Martín, E.¹, Muñoz Jiménez, R.², Gómez García, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 53 años, antecedentes personales: Hipotiroidismo primario. No alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. No fumadora ni bebedora. Consulta por dolor ocular en ojo derecho de dos semanas de evolución con visión borrosa que va empeorando. No refiere traumatismo previo. Indica 2 visitas a urgencias por este motivo, pautándole Tobramicina y Dexametasona oftálmica. Indica empeoramiento del cuadro al aplicarse el colirio.

Exploración y pruebas complementarias

Se procede a realizar tinción con fluoresceína en ojo derecho. Se aprecia tinción corneal a las 2h y a las 4-5h, objetivándose dos lesiones ulcerosas ramificadas. Se solicita interconsulta a Oftalmología, donde se aprecian con tinción y lámpara de hendidura 2 úlceras dendríticas corneales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Úlcera Corneal, Queratitis herpética.

Diagnóstico diferencial

Abrasión por cuerpo extraño, Queratoconjuntivitis epidémica, Úlcera corneal simple descartadas mediante la exploración con lámpara de hendidura en Oftalmología.

Comentario final

La queratitis por herpes simple es la infección corneal por el virus herpes simple 1, muy frecuente en nuestro medio. Puede afectar el iris. Los signos y síntomas incluyen sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, fotofobia e hiperemia conjuntival. Las recurrencias pueden provocar en la córnea hipoestesia, ulceración, cicatrización permanente, opacidades, adelgazamiento del estroma corneal y disminución de la visión. El diagnóstico se basa en el aspecto típico de las úlceras dendríticas (ramificadas con bulbo en los extremos) y, a veces, en los cultivos para virus. Si no se realiza un buen diagnóstico diferencial y se pone un tratamiento incorrecto, como los esteroides (los cuales están contraindicados por provocar la multiplicación del virus), puede llegar a producir la pérdida de la visión del ojo infectado, llegando a ser necesario un trasplante de córnea. La queratitis herpética puede tratarse con terapia tópica (p. ej., ganciclovir en gel o gotas de trifluridina al 1%), que suele ser eficaz y se reduce en 2 a 3 semanas. De forma alternativa, la terapia oral (p. ej., aciclovir 400 mg o valaciclovir 1000 mg) es también eficaz.

Bibliografía

- C. Álvarez-Guzmán, A. Rodríguez-García. Queratitis "en archipiélago" asociada a herpes zóster oftálmico. *Reporte de un Caso. Elservier*. 2013; 87:131-136.
- D. Porter, J. M. Huffman. What is herpes keratitis?. *Comunicación. American Academy of Ophthalmology*. 2022. 125: 22-25.

682/66. ANAMNESIS DE UNA FERROPENIA, LA IMPORTANCIA DE PREGUNTAR.

Autores

Viola Caro, P.¹, Castro Sosa, V.², Padilla Restoy, R.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 62 años, sin AP descritos, que consulta reiteradamente (8 consultas en 20 meses) por cansancio, no asociado a otra sintomatología. En este tiempo se han realizado 3 controles analíticos, en los cuales los niveles de Hemoglobina se encuentran siempre en el límite bajo de la normalidad, pero los valores de Hierro y Ferritina se encuentran siempre descendidos con un VCM normal. Es por esto que se realiza un DD de Anemia ferropénica. Primeramente, se descartaron causas de pérdida de sangre, no observándose sangre en orina ni oculta en heces. Se descartó déficit de ingesta por la dieta de la paciente. También se estudiaron las causas de disminución de la absorción de hierro mediante gastroscopia. Tras varias consultas, la paciente nos refiere que nunca nos lo ha comentado, pero que suele realizar donaciones de sangre 4 veces al año desde hace varios años.

Exploración y pruebas complementarias

- HEMOGLOBINA: 11,8g/dl; 11,2g/dl; 12,3g/dl.
- VCM: 90fL; 88fL; 91fL.
- HIERRO: 43µg/dl; 37 µg/dl; 68 µg/dl.
- FERRITINA: 6ng/dl; 14ng/dl; 9ng/dl.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Anemia ferropénica secundaria a donaciones.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial de Anemia ferropénica.

Comentario final

Este caso resalta lo importante que es la anamnesis completa, estructurada y organizada, de cara a poder realizar un diagnóstico diferencial completo de cualquier patología que se nos presente.

Bibliografía

- P. Rodríguez García, L. Rodríguez Pupo. PRINCIPIOS TÉCNICOS PARA REALIZAR LA ANAMNESIS EN EL PACIENTE ADULTO. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999.
- E M. Braunstein. Anemia Ferropénica. *Manual MSD profesionales*. Sept 2021.

682/70. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE UNA BUENA ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA, A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores

Bravo Arrebola, I.¹, Giménez Ramón, M.², Rey Berenguel, C.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 El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Mujer de 40 años, acude a la consulta de Atención primaria por tos asociado con expectoración verdosa desde hace dos días, valorada el día previo en Urgencias con indicación de tratamiento antitérmico y mucolítico.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo II. Tratamiento habitual: Metformina 850 mg.

Realizamos historia clínica rehistoriando la situación actual de la paciente. Relata que ella se encuentra con sensación disneica cuando realiza esfuerzos de mayor intensidad que lo asocia con aumento de mucosidad verdosa y tos, no dolor torácico ni odinofagia, sin otra sintomatología asociada. Fiebre termometrada de 38°C anoche. En Urgencias no le realizaron ninguna prueba complementaria ni le tomaron las constantes. Refiere que su madre con la que convive se encuentra ingresada en Hospital por Neumonía.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneica en reposo y al habla. Consciente y orientada.

Constantes vitales. SatO₂: 88%. TA: 135/75. Frecuencia cardíaca: 80 lpm. Frecuencia respiratoria: 16 rpm.

Exploración neurológica: Sin signos de focalidad aguda. Signos meníngeos negativos.

Auscultación cardio-pulmonar: Tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo asociado con crepitantes dispersos bilaterales. Radiografía de tórax: Infiltrado en base pulmonar izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumonía adquirida de la comunidad.

Diagnóstico diferencial

Covid-19. Gripe A o B. Virus respiratorio sincitial.

Comentario final

Derivamos al Servicio de Urgencias tras los resultados obtenidos durante nuestra valoración clínica para completar estudio y determinar si precisa ingreso o tratamiento más intensivo. Realizar una historia clínica completa y detallada puede influir en el pronóstico y evolución clínica de los pacientes, en nuestro caso la paciente quedó ingresada en observación hospitalaria con necesidad de aporte de oxígeno con gafas nasales junto con tratamiento antibiótico intravenoso hasta obtener una saturación adecuada, no precisó ingreso en planta.

Bibliografía

- Rosario Menéndez, Catia Cillonizc, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. Community-Acquired Pneumonia. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) Guidelines. 2020 Update.
- I. Rivero-Calle, J. Pardo-Seco, P. Aldaz, D.A. Vargas, E. Mascarós, E. Redondo, et al. Incidence and risk factor prevalence of community-acquired pneumonia in adults in primary care in Spain (NEUMO-ES-RISK project). *BMC Infect Dis.*, 16 (2016), pp. 645

682/72. REACCIÓN ALÉRGICA A MEDICAMENTOS.

Autores

Jurado Cabezas, M.¹, Cámara Sola, E.², López López, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga

Descripción del caso

Varón de 40 años sin antecedentes que presenta varias lesiones ampollas pruriginosas en palmas de manos, siendo catalogadas como posible pénfigo ampolloso y autolimitándose en una semana.

Presenta dos meses después nuevo episodio de lesiones en palmas, ampolla de gran tamaño en labio superior y en glande. Niega relación sexual de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones ampollas en palmas y pulpejos de las manos. Área eritematosa en glande, pruriginosa, y abundante exudado en surco balanoprepucial que no impresiona de exudado uretral.

Solicitamos serología de ITS, PCR monkey-pox y exudado balano-prepucial. Tras resultados negativos, se realizó Teleconsulta a Dermatología. Solicitaron analítica con autoinmunidad, proteinograma, TMPT y G6PD, y pautaron Fucibet cada 12h, mejorando síntomas.

Posteriormente el paciente toma de Etoricoxib 5 días antes de ambos episodios por lumbalgia.

Se cursó derivación a Alergología para estudio y se indicó evitar inhibidores de la COX-2. Como en la cita de revisión de Dermatología no presentaba lesiones, no se realizó biopsia cutánea para confirmar diagnóstico. En la analítica solicitada por ellos no se encontraron hallazgos relevantes. Se indicó acudir a urgencias, en caso de rebrote, para realizar biopsia y confirmar diagnóstico.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha exantema fijo medicamentoso por Etoricoxib.

Diagnóstico diferencial

Herpes virus, pénfigo ampolloso, dermatosis ampollas.

Comentario final

El exantema fijo medicamentoso es una reacción alérgica a medicamentos caracterizada por la aparición de lesiones cutáneo-mucosas a los minutos u horas tras exposición al fármaco. Se presenta como una mácula solitaria, roja-violácea, redonda, bien delimitada y tamaño variable. En ocasiones evoluciona a lesiones ampollas dolorosas. Las localizaciones más frecuentes son genitales, extremidades, cara y mucosa labial.

Las lesiones desaparecen tras suspender el fármaco, dejando una hiperpigmentación residual en ocasiones.

La reexposición provoca un rebrote de las lesiones de mayor tamaño o apareciendo en otras localizaciones.

El diagnóstico es clínico, basándose la aparición de este tipo de lesiones tras tomar un medicamento y su resolución al suspenderlo. No obstante, está indicado realizar pruebas de contacto y/o biopsia cutánea para descartar otras patologías clínicamente similares y confirmar el diagnóstico.

Bibliografía

- Agusti-Mejias F A., Mejias-Boils A., Messeguer F., Alegre De Miguel V. Eritema fijo medicamentoso: claves diagnósticas. *Semergen*. 2011; 37: 215-218

682/75. ¿SÍNDROME COLA DE CABALLO?

Autores

Rodríguez González, D.¹, Mundt Fernández, I.², Gallego Martínez, J.¹

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) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, salvo lumbalgia de larga data, acude a consulta de Atención Primaria refiriendo dolor lumbar más intenso en los últimos tres días, asociándose desde hoy a sensación de parestesias en ambos miembros inferiores (más intenso en lado izquierdo) con movilidad conservada e incontinencia urinaria. Había acudido los días previos siendo tratada con paracetamol 1g/8h y deflazacort 30mg/24h. Afebril. No incontinencia fecal asociada. No otra sintomatología en el momento actual ni en días previos. Dado el empeoramiento se deriva al Servicio Hospitalario de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Exploración lumbar: no dolor a la palpación de apófisis espinosas, no crepitación, presencia de contractura de la musculatura paravertebral lumbar izquierda dolorosa a la palpación. Lasegue a 30º y Bragard positivos en lado izquierdo. Hipoestesia en silla de montar, con disminución de sensibilidad progresiva ascendente en pie, pierna y muslo izquierdos. ROT

Aquíleo izquierdo ausente, resto conservados. Debilidad a la flexión plantar de 1º dedo de pie izquierdo. Se realizó en SHU RMN constatándose: "Extrusión discal posteromedial de base ancha en L5-S1 con fenómenos intensos inflamatorios que obliteran la grasa epidural, con migración craneal, extendiéndose desde una localización paracentral izquierda hacia el agujero neural izquierdo y desplaza la raíz L5 saliente hacia arriba".

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome cola de caballo causado por hernia discal a nivel L5-S1.

Diagnóstico diferencial

estenosis canal lumbar / tumor / espondilodiscitis / fractura vertebral.

Comentario final

La paciente se derivó a hospital de referencia para tratamiento neuroquirúrgico urgente. Recordar la importancia de una buena anamnesis y exploración física, aún siendo las lumbalgias patologías banales y de consulta frecuente tanto en AP como en SHU hay que tener en cuenta los síntomas de alarma ante los cuales debemos actuar rápidamente.

Bibliografía

- Tarulli AW. Disorders of the caudaequina. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2015 Feb;21(1 Spinal Cord Disorders):146-58. doi: 10.1212/01.CON.0000461090.09736.45. PMID: 25651223. KEYWORDS: compresión medular, lumbalgia, cola de caballo

682/77. QUÉ HACER ANTE UN PSA ELEVADO.

Autores

Galán Rodríguez, G.¹, Padilla Restoy, R.², Bueno Navarrete, P.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón 59 años.

Alergias medicamentosas: clavulánico.

No antecedentes familiares relevantes.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, discopatía lumbar.

Tratamiento habitual: indapamida 2.5 mg 1-0-0.

Enfermedad actual: acude a consulta de medicina de familia por empeoramiento de su clínica miccional. Refiere polaquiuria, nicturia (2-3 veces), tensesmos vesical tras micción, chorro débil y dificultad para evacuar. Niega fiebre o dolor.

Se solicita analítica con PSA y sistemático de orina para descartar infección del tracto urinario, además de ecografía abdominal.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: PSA 5.92ng/ml, sistemático de orina sin leucocituria y nitritos negativos.

Se repite PSA en un segundo tiempo para confirmarlo, donde se observa un PSA de 5.93ng/ml que ratifica el valor elevado. Consciente fracción libre PSA de 25%.

ECO abdominal donde se aprecia próstata de 58cc, no otro hallazgo relevante.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El paciente muestra síntomas obstructivos de HPB pero antes hay que descartar que se trate de un cáncer de próstata debido a la edad del paciente. Para esto nos fijamos en la fracción libre de PSA que si fuera menor del 20% sería muy sugestivo de cáncer de próstata por tanto se debería derivar a urología para realización de resonancia magnética nuclear donde un PIRAD de 1-2 sería sugestivo de HPB y un PIRAD de 4-5 sería sugestivo de cáncer de próstata y habría que hacer biopsia prostática.

Como el paciente tiene una próstata mayor de 30cc se debe de pauta duodart que mejora el chorro miccional y disminuye el volumen prostático, siendo su pico máximo a los 6 meses. Si fuera menor de 30cc podríamos pautar tamsulosina o silodoxina. Si además el paciente refiriera incontinencia urinaria podríamos prescribir volutsa.

Diagnóstico diferencial

Prostatitis.

Infección tracto urinario.

Hiperplasia prostática benigna.

Cáncer de próstata.

Comentario final

Si el paciente fuera mayor de 74 años se debe de dejar de solicitar PSA en analítica para cribado de cáncer de próstata.

Bibliografía

- Enrique Broseta Rico, Alberto Budía Alba, Juan Pablo Burgués, Saturnino Luján Marco. *Urología práctica, quinta edición*. Elsevier; 2021
- Ma Isabel Gutiérrez Pérez, José Heriberto Amón Sesmero. *Manejo patología urológico en atención primaria*. Socalemfyc. (<https://www.socalemfyc.org/wp-content/uploads/2016/06/libro-urologia.pdf>)

682/80. ERROR: EL CLICHÉ DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR.

Autores

Castillo Muñoz, L.¹, Lluch Gómez, J.², De La Rosa Guillen, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Oncología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cachorro. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 68 años pluripatológica y polimedicada que comienza con calambres musculares en miembros inferiores y cefalea; Tras 15 meses de empeoramiento progresivo hasta una fuerza de 3/5 en MMII, coxalgia, dolor y disfagia leve; La paciente ha visitado desde la consulta de AP a urgencias, pasando por Rehabilitación, Traumatología, Reumatología y Neurología sin más cambios que ajustes en la analgesia y el nombre de fibromialgia e hiperfrecuentadora en todos sus informes.

Exploración y pruebas complementarias

REG. COC. Eupneica. Estable hemodinamicamente. Depresiva. ACR normal. Abdomen depresible, no doloroso. No irritación peritoneal. No masas ni megalias. MMII: No signos de TVP ni edemas. Hiperalgias y disminución de fuerza simétrica. No lesiones tróficas. - Analítica (Tras 19 meses de su primera visita a la consulta): LDH de 1428; CPK de 18973 - Seriación de CPK posterior: 18.978->8.640->10.931->12.432 - Electromiografía: Destrucción sarcolémica activa sistémica muy severa. Dispersiones miopáticas muy severas, polimiositis severa. - Biopsia muscular: Predominio de

fenómeno de necrosis frente al infiltrado inflamatorio de probable base autoinmune. Pendiente resultados de Anti HMGCR, Anti TIF1GAMMA Y ANTISRP.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miopatía necrotizante autoinmune inducida por estatinas.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad neurológica (distrofias, desmielinizantes, neuropatías), neoplasias, síndromes paraneoplásicos, miopatías por tóxicos (Alcohol, colchicina, Estatinas), infección, metabólicas (Glucogenopatías, Enfermedades mitocondriales), hipertiroidismo, hipotiroidismo, amiloidosis, sarcoidosis, fibromialgia.

Comentario final

No debemos dar por sentado que los pacientes hiperconsultores no presentan patología real. La reacción adversa a fármacos debe de formar parte del algoritmo diagnóstico. Tras la exclusión de otras miopatías en pacientes con mialgias expuestos a estatinas tenemos que sospechar que sean las causantes del cuadro. No tiene por que aparecer de forma inmediata a la introducción del fármaco. Tras suspensión de la estatina y tratamiento con inmunosupresores (Prednisona y posteriormente azatioprina) se consiguió la remisión de la clínica.

Bibliografía

- Bjerre C, Aguirre-Fernandez LE, Santibáñez V, Santibáñez-Vásquez R. *Miopatías asociadas al uso de estatinas: Un enfoque actual [Internet]. Revecuatneurolog.com. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: http://revecuatneurolog.com/wp-content/uploads/2015/06/Miopat%C3%ADas-asociadas-al-uso-de-estatinas_-Un-enfoque-actual.pdf*
- Nava A, Orozco-Barocio G. *Abordaje en el diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias. Reumatol Clin [Internet]. 2009 [citado el 14 de marzo de 2023];5 Suppl 3:32-4. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-abordaje-el-diagnostico-diferencial-miopatias-articulo-51699258X09001909>*

682/81. FIEBRE TRAS VIAJE A CUBA.

Autores

Olivares Carril, P.¹, De Hita Molina-Bailén, L.², Zambrana Medina, J.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmá-

dena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Varón de 17 años, sin antecedentes médicos relevantes, acude a consulta por presentar fiebre de hasta 39°C, mialgias y episodio diarreico de 2 días de evolución. El paciente refiere que hace 2 semanas regresó de un viaje a Cuba, donde tiene familia. Hermano, madre y una amiga que viajaron con él presentan mismos síntomas pero más leves. Presentaron multitud de picaduras de mosquito. Consumió agua no embotellada.

Exploración y pruebas complementarias

Tª 37.9°C, TA 109/71, FC 91, SatO2 99%. Exantema maculopapular en miembros superiores y región cervical. Ligera bradipsiquia. No rigidez de cuello ni focalidad.

Ante cuadro compatible con enfermedad endémica, se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

En urgencias se realiza una analítica de sangre, donde destaca leucocitos 1.700 (neutrófilos 30% y linfocitos 59%), plaquetas 85.000, LDH 569. GOT 346, GPT 325.

Se ingresa en planta de medicina interna para completar estudio. Se realiza serologías y PCR para múltiples patógenos, siendo positiva la PCR para dengue. Realizan ecografía abdominal siendo esta completamente normal. Se realiza análisis de gota gruesa siendo negativa para malaria.

Durante el ingreso permanece sin fiebre y el rash cutáneo se le extiende a piernas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se diagnostica por criterios clínicos, epidemiológico y de laboratorio una infección por Dengue.

Diagnóstico diferencial

Durante ingreso se descarta por PCR y anticuerpos la infección por Chikungunya, Zika, y Leptospirosis. Mediante gota gruesa se descarta malaria.

Comentario final

El Dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género Aedes. Es endémico en zonas tropicales y subtropicales de América Latina, Asia y África, donde se han reportado brotes epidémicos de gran magnitud.

Ante un cuadro infeccioso siempre tenemos que preguntar por viajes recientes a otros países, ya que este dato nos puede ayudar a orientar el diagnóstico y a pensar en enfermedades poco comunes en nuestro medio.

Bibliografía

- Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013;496(7446):504-507
- Guzman MG, Harris E. Dengue. *Lancet*. 2015;385(9966):453-465
- WHO. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New ed. World Health Organization; 2009. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44188/9789241547871_eng.pdf?sequence=1. Accedido el 3 de marzo de 2023.

682/84. CAUSAS DE CEFALEA MÁS ALLÁ DE LA MIGRAÑA.

Autores

Castillo Muñoz, L.¹, Román Álvarez, M.², Ramírez Álvarez, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 35 años como único antecedente hipertensa con enalapril 10mg/24horas. Refiere cefalea de predominio hemicraneal izquierda desde hace un mes, refractaria a analgesia habitual. En la última semana aparece caída del párpado izquierdo, motivo por el cual acude al servicio de urgencias.

Niega alteraciones visuales u otra focalidad neurológica.

Como único antecedente destaca un traumatismo cervical previo, habiendo acudido a un fisioterapeuta para tratar una contractura cervical.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable y con buen nivel de conciencia. Estrictamente normal salvo anisocoria con miosis pupilar izquierda y ptosis palpebral del mismo ojo. No presenta paresias de la musculatura extraocu-

lar, asimetría facial ni afectación de otros pares craneales, así como tampoco déficit motor, sensitivo ni otra focalidad neurológica.

- >PPCC:
- Analítica, ECG, Rx tórax normal.
- Se solicita TAC craneal y angioTC objetivándose disección de la arteria carótida izquierda, sin repercusión a nivel de vasos intracraneales ni lesiones isquémicas en tejido cerebral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Disección de la arteria carótida interna.

Diagnóstico diferencial

Cefaleas primarias y secundarias.

Comentario final

- Responsable de hasta el 20% de ictus isquémicos en pacientes menores de 45 años.
- La presentación clínica más frecuente y más precoz es la cefalea hemicraneal o dolor cervical, pudiendo ser el único síntoma, precediendo a eventos isquémicos y puede confundirse con una migraña o una cefalea en racimos.
- La etiopatogenia es desconocida, pudiendo haber predisposición genética que causa debilidad de la pared arterial (como enfermedades del colágeno) y que se exacerba con la exposición a un desencadenante ambiental. Las disecciones espontáneas frecuentemente se preceden de un traumatismo menor, con hiperextensión o lateroversión del cuello y cabe destacar que está en aumento su incidencia por manipulación quiropráctica, el yoga o por el cinturón de seguridad en accidentes de tráfico.
- Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, sobretodo dada la morbi-mortalidad asociada, y la confirmación puede obtenerse con distintos estudios vasculares, como una ecografía doppler, un angio TC o angioRM o una arteriografía.
- El manejo es fundamentalmente conservador: tratamiento médico con antiplaquetarios, y seguimiento clínico y radiológico. El pronóstico suele ser bueno, 90% de los casos se resuelven sin secuelas graves y con tasas de recurrencia inferiores al 10%.

Bibliografía

- Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, Gómez Aranda F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA, et al. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurolo-

gía (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). *Criterios de derivación. Semergen [Internet]. 2012 [citado el 14 de abril de 2023];38(4):241-4.*

- Alonso Torres AM, Sánchez Caballero FM, Sempere Fernández J. Anexo 1: Vademécum. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. *Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019.p. 256-77.*

682/86. QUISTE TIROGLOSO, POSIBLE FOCO PRIMARIO DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES.

Autores

Fernández García, E.¹, Pueyos Rodríguez, S.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er 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

Descripción del caso

Paciente de 43 años sin antecedentes de interés, consulta por tumoración indolora en zona cervical izquierda de meses de evolución, sin otra sintomatología asociada. No antecedentes familiares de patología de cuello. Tras realizar exploración física, y confirmar por ecografía realizada en Atención Primaria (AP), que se trataba de un quiste tirogloso y un bocio multinodular (BMN) con clasificación TIRADS 2-3, se decidió hacer interconsulta con Endocrinología para valoración. Donde decidieron actitud expectante, confirmando el diagnóstico establecido desde AP. A los 6 meses de revisión, la paciente refiere crecimiento progresivo del quiste tirogloso. Por lo que, se decide volver a remitir de forma más temprana para reevaluación.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración cervical: palpamos bultoma en línea media izquierda de consistencia blanda e indolora de 1,2 cm, móvil con la deglución. Bocio grado II, blando no adherido a planos profundos, no doloroso. No palpación de adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. En ecografía de partes blandas, cuello y tiroides: Se puede apreciar formación anecoica, redondeada con refuerzo posterior de unos 0.8cm aproximadamente localizada en plano profundo compatible con posible quiste tirogloso. Bocio con múltiples imágenes nodulares lisas de

contenido anecoico en ambos lóbulos, algunas tabicadas, con imágenes hiperecoicas sin sombra posterior no compatibles con cuerpos de psammoma. Patrón de doppler periférico. Además, de un nódulo de mayor diámetro 1,5x3cm (más ancho que alto), sin adenopatías. Por último, en analítica: Autoinmunidad tiroidea negativa, sin otros hallazgos relevantes.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Quiste tirogloso y BMN con nódulo mayor 1cm TIRADS 2-3.

Diagnóstico diferencial

Nódulo tiroideo, quistes dermoides suprahioideos/braquiales, lipomas y cáncer de tiroides.

Comentario final

Ante el hallazgo de un quiste tirogloso en consulta de Atención Primaria, es necesario e importante realizar ecografía de tiroides para poder hacer un estudio completo. Además, si encontramos nódulos tiroideos se recomienda llevar a cabo un despistaje que incluya carcinoma de tiroides. En definitiva, el diagnóstico de confirmación del quiste tirogloso se realiza mediante ecografía y, para descartar malignidad, que se presenta alrededor de 1% de los casos, es necesario realizar PAAF.

Bibliografía

- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/thyroglossal-duct-cyst-thyroglossal-duct-cyst-cancer-and-ectopic-thyroid>

682/87. CUANDO LA HIPERTENSIÓN ES LA PUNTA DEL ICEBERG.

Autores

Romero Lerma, Á.¹, Martín Enguix, D.², Melgares Ruiz, R.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gójar. Gójar. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada

Descripción del caso

Varón de 52 años sin antecedentes relevantes que consulta por cefalea de 3 días de evolución sin otros datos de alarma. En la consulta se objetivan cifras tensiona-

les elevadas (170/117 mmHg) que son controladas con captopril 25 mg. Al día siguiente, vuelve a acudir con cefalea persistente, sensación de quemazón en cara interna de ambos muslos con posterior progresión a todo el cuerpo. Además, refiere acorchamiento de los pies y también en ambas manos hasta hacerse de calcetín y guante. También presenta desviación de la marcha hacia la derecha con caídas repetidas y disartria. Niega infecciones y cirugías previas, fiebre y consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Se objetiva en consulta cifras tensionales de 160/100 mmHg.

Exploración cardiorrespiratoria normal. En la exploración neurológica destaca fuerza disminuida en ambos cuádriceps 4/5, sin alteraciones en la sensibilidad tacto-algésica y reflejos osteotendinosos +++/++++ bicipital y estilorrádial derechos, miembros inferiores +/-++++, reflejo cutáneoplantar flexor bilateral. Marcha abigarrada, cautelosa, sin clara desviación.

Al presentar cifras tensionales elevadas con manifestaciones neurológicas, se remite al paciente a urgencias hospitalarias donde se realiza TC cráneo que resulta normal y analítica sin alteraciones.

Ingresa en Neurología donde empeora la debilidad en miembros inferiores. Ante la sospecha de Guillain Barré se trata con inmunoglobulina iv iniciándose una mejoría. Se realiza RMN de columna donde se objetiva siringomielia cervicodorsal sin causa objetivable.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Guillain Barré atípico.

Diagnóstico diferencial

Ante la aparición de pérdida de fuerza y parestesias, con cifras tensionales elevadas debemos pensar en: emergencia hipertensiva, lesión intracraneal, encefalitis, meningitis, neuropatía, lesiones compresivas medulares y periféricas.

Comentario final

En este caso, la hipertensión fue una manifestación disautonómica que suele estar presente en el 39% de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Ante un aumento de presión arterial en atención primaria es importante investigar posibles manifestaciones neurológicas, ya que éstas pueden ser indicativas de patologías cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son determinantes.

Bibliografía

- Chandrashekar, S., & Dimachkie, M. M. (2022). Guillain-Barré syndrome in adults: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. UpToDate.

682/88. HIPERTIROIDISMO DESENCADENADO POR BIOTINA.

Autores

Rodríguez Sánchez, R.¹, Velazquez Rey, L.², Masia Perpiñan, Ó.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 45 años en tratamiento con biotina por alopecia, que en analítica de control se detecto hipertiroidismo subclínico, se repite analítica a los 4 meses hallándose hipertiroidismo clínico. Se repite analítica con anticuerpos positivos y se diagnostica de Enfermedad de Graves-Basedow. Se retira biotina y se inicia tratamiento con carbimazol 5mg cada 8 horas. Se realizan analíticas regladas cada 2-3 meses consiguiendo control de perfil tiroideo.

Exploración y pruebas complementarias

13/10/2021: TSH 0,010, T4 1,59

23/02/2022: TSH 0,01 T4 2,38.

18/04/2022: TSH 0,01 T4: 2,86 T3: 9,43 Ac antiperoxidasa tiroidea: 87,8 Ac anti tiroglobulina 102 Ac anti receptor TSH 12,6

08/07/2022: TSH 0,01 T4 1,96

16/09/2022: TSH 0,010 T4 0,99

29/12/2022: TSH 1,46 T4: 1,01

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Al principio se pensó que la clínica entraba dentro de su síndrome ansioso-depresivo, o bien de menopausia precoz. Tras los hallazgos encontrados y la revisión de fármacos que tomaba a la paciente, se llegó a la conclusión que se trataba de una alteración tiroidea desencadenada por el uso de biotina.

Diagnóstico diferencial

Exacerbación síndrome ansioso-depresivo.

Menopausia precoz.

Anemia.

Hipertiroidismo.

Comentario final

Estudios recientes han demostrado que el consumo de biotina interfiere en los resultados de laboratorio, generando falsos negativos, falsos positivos y/o niveles séricos relevantemente alterados en varias pruebas de laboratorio, que incluyen, entre otras, TSH, hormonas tiroideas y troponinas. Si el resultado de una prueba de laboratorio no coincide con la presentación clínica del paciente, se ha de sospechar la interferencia de la biotina como una posible fuente de error.

Bibliografía

- Dasgupta A. *Immunoassay design and biotin interference*. *Adv Clin Chem*. 2022;109:165-183. doi: 10.1016/bs.acc.2022.03.005. Epub 2022 May 5. PMID: 35953126.
- Paczkowska K, Otlewska A, Loska O, Kolačkov K, Bolanowski M, Daroszewski J. *Laboratory interference in the thyroid function test*. *Endokrynol Pol*. 2020;71(6):551-560. doi: 10.5603/EP.a2020.0079. PMID: 33378071.

682/89. LA TC CRANEAL. ¿UNA PRUEBA DE IMAGEN INFALIBLE?

Autores

Padilla Restoy, R.¹, Castro Sosa, V.², Galán Rodríguez, G.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Se presenta en el área de Urgencias una mujer de 49 años, refiriendo como motivo principal de consulta un dolor en hemifacies derecha acompañado de visión "borrosa" en el ojo derecho, y fotofobia. Como antecedente de interés, destaca un Linfoma No Hodgkin T/NK palatino tratado hace 6 años.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración ocular y neurológica es anodina, por lo que se decide solicitar una tomografía computerizada (TC) craneal, además de realizar una analítica básica con hemograma, bioquímica y coagulación, informados como normales. Ante la mejoría clínica, decide el alta de la paciente.

Sin embargo, 5 días después la paciente acude nuevamente a Urgencias Hospitalarias, refiriendo ahora un dolor incluso más acusado que en la visita previa, junto a una diplopía binocular con oftalmoplegia completa y ptosis del ojo derecho, un descenso aún más acusado de la visión del ojo derecho e hipoestesia facial del territorio V1 y V2.

Se solicita por tanto de manera urgente una Resonancia Magnética (RMN) craneal en el que se evidencian hallazgos sugestivos de infiltración metastásica del seno cavernoso derecho y diseminación perineural a través del nervio óptico, retina y 5º par craneal derechos, así como de los pares oculomotores.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome del Seno Cavernoso metastásico.

Diagnóstico diferencial

Paresia oculomotora.

Papiledema.

Aura migrañas.

Comentario final

Ante este diagnóstico la paciente fue ingresada a cargo de Neurología y Oncología y se trató con protocolo SMILE (dexametasona, metotrexato, ifosfamida, L-asparaginasa, y etopósido) consiguiendo la erradicación de la metástasis.

Este intrincado caso pone de manifiesto como, en primer lugar, unos antecedentes de neoplasia maligna deben hacernos sospechar en patología metastásica a nivel neurológico, y en segundo lugar, como una prueba de neuroimagen habitual en el servicio de urgencias, como es una TC, no es infalible en el diagnóstico de ciertas patologías, como por ejemplo la referida a estructuras profundas y complejas como el seno cavernoso, entre otros.

Bibliografía

- *Cancer treatments online/EviQ. NK T-Cell lymphoma SMILE(dexamethasone*
- *methotrexate iFOSFamide asparaginase etoposide*
Disponible en: <https://www.eviq.org.au>

• Bugeme, M; Cissé, O; Mukuku, O et al. Tolosa-Hunt Syndrome: a painful ophthalmoplegia. Case Rep Neurol Med. Volume 2020, Article ID 888398

• Miller, NR; Subramanian PS; Patel, VR. Neurooftalmología Clínica, fundamentos. 4ª Ed. Wolters Kluwer: 2022

682/92. QUISTE PERITONEAL BENIGNO: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores

Ruiz Carrión, D.¹, Rodríguez Carrasco, J.², Gallardo García, L.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 60 años con antecedentes familiares de carcinoma colorrectal que consulta a su Médico de Atención Primaria (MAP) por cuadro de dolor abdominal de dos meses de evolución. Se trata de un dolor en hipogastrio, punzante, intermitente, irradiado a ano y que empeora al defecar. No clínica miccional ni cambios en hábitos intestinales. No pérdida de peso. Se realiza ecografía y resonancia magnética nuclear (RMN), donde se aprecia lesión quística peritoneal.

Exploración y pruebas complementarias

TA 134/60 mmHg, FC 65 lpm, FR 17 rpm, Afebril. Buen estado general. Abdomen blando, depresible, sin defensa ni peritonismo, doloroso ligeramente a la presión en hipogastrio, no masas, hernias, adenopatías ni megalias. Tacto rectal: esfínter hipertónico, ano normal, no palpación de masas.

Informe de laboratorio: Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica con perfil hepático e iones normales. PSA normal. Sangre oculta en heces negativa. Sistemático de orina: normal. Radiografía de abdomen: sin hallazgos relevantes. Ecografía abdominal: Lesión situada entre vejiga, recto y próstata, con posible origen en vesículas seminales. Recomendamos valorar mediante RMN. RMN: Lesión quística peritoneal de características benignas, con el diagnóstico diferencial entre quiste mesentérico o cistoadenoma seroso peritoneal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Quiste peritoneal.

Diagnóstico diferencial

quiste mesentérico, cistoadenoma seroso peritoneal.

Comentario final

Tras su ingreso a cargo de Cirugía General y Digestiva General para intervención quirúrgica programada, quedan pendientes los resultados de la anatomía patológica. El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en primaria. Cuando dicho dolor se cronifica, el uso de pruebas de imagen resulta de gran utilidad en la orientación diagnóstica, tratándose en nuestro caso de una lesión quística benigna.

Bibliografía

• Pérez Naranjo P, Briones Bajaña F, Cabrera Peña Á. Quiste peritoneal como único hallazgo de dolor crónico en hipocondrio derecho. RAPD ONLINE. 2022; 45(2): 68-9.

682/94. DOCTORA, ME DESMAYO.

Autores

Fernandez Diaz, L.¹, Martín Acevedo, A.¹, Sánchez Rodríguez, J.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 86 años con AP de HTA, Dislipemia, IRC y deterioro cognitivo que acude a consulta de Atención primaria por dos episodios sincopales, de los cuales niega síntomas previos a ellos y refiere a recuperación espontánea completa sin aturdimiento postsincopeal.

Se le deriva a CCEE Cardiología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

BEG, COC, HDE.

Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas, reactivas. No nistagmus. No alteración de los pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservadas.

AP: murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos audibles.

AC: Ritmo regular sin soplo audibles.

TA:130/80mmHg Saturación: 98% FC: 78lpm.

ECG: En ritmo sinusal FC: 78lpm. Eje normal. Segmento PR normal . QRS normal.No signos de isquemia. No Ondas T negativas patológicas.

Pruebas complementarias:

En consultas Externas de Cardiología se realiza Holter ECG Y ETT

Ecografía Transtorácica:No muestra cardiopatía estructural significativa.

Holter ECG 24 horas :se identifican rachas de Bloqueo AV de segundo grado Mobitz II con FC de hasta 29 lpm.

Para esa fecha la paciente estaba tomando Donepezilo el cual puede causar bradicardias y trastornos de la conducción eléctrica.

Se suspende la medicación y se repite el Holter ECG 24h al mes.

Segundo Holter ECG 24h se identifican de nuevo rachas de Bloqueo AV de segundo grado Mobitz II con FC 36lpm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Bloqueo AV de segundo grado Mobitz II.

Diagnóstico diferencial

Bloqueo AV tercer grado. Síncope vasovagal. Hipotensión ortostática.

Comentario final

Aunque se han documentado casos en el que el Donepezilo ha sido el causante de Bloqueos AV, en el caso de nuestra paciente no ha sido así, ya que se han documentado rachas de bloqueo AV segundo grado Mobitz II tras su retirada.

Bibliografía

- Vogler , Breithardt G, Eckardt L. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. *Rev Esp Cardiol* 2012;65:657-67.

682/95. ESTUDIO DE UNA LINFADENOPATÍA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Gallardo García, L.¹, Ruiz Carrión, D.², Rodríguez Carrasco, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (2) Residente de

1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón 44 años, portador sano de hepatitis B. Sin otras enfermedades de interés ni antecedentes familiares destacables. No hábitos tóxicos. Convive con una mascota, bien vacunada. Acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) tras palpación de adenopatías cervicales bilaterales en cadenas ganglionares anterior y posterior. Refiere tener al menos una de ellas desde hace meses. No dolorosas. No presenta fiebre ni síntomas B. Se decide ampliar estudio con Ecografía cervical y analítica completa. Tras obtener los resultados, se deriva al Servicio de Urgencias para valorar Ingreso y estudio de linfadenopatías.

Exploración y pruebas complementarias

Normotenso y afebril. Buen estado general, adenopatías palpables a nivel cervical derecho de aproximadamente 1,5cm, no dolorosas, móviles. No hepatoesplenomegalia.

Ecografía cervical: Adenopatías cervicales en cadenas anterior y posterior derecha de más de 1cm.

TAC Cuello-tórax-abdomen: Adenopatías a distintos niveles de tamaño significativo a nivel cervical, axilar bilateral, mediastínico (subcarinal) y en cadenas iliacas externas bilaterales.

Analítica: Hemograma: Leucocitos 11700/mm³ (N 3270/mm³, L 7340/mm³), Hb 16,7gr/dL. Frotis de sangre periférica: Linfocitosis madura con linfocitos con cromatina grumelle y algunas sombras nucleares. Coagulación y bioquímica normal. Inmunodiagnóstico infeccioso de bacterias, virus y parásitos, positivo para anticuerpos de Leishmania. Autoinmunidad negativa. Proteinograma sin datos reseñables. Virus hepatotropos negativos, salvo virus de la hepatitis B Ag s positivo y cuantificación ADN 633.

Biopsia adenopatía Cervical: Ganglio linfático cervical con un linfoma B linfocítico pequeño con inmunosupresión positiva para Marcadores B (CD79a, PAX5 y CD20), CD23, CD5 y CD43 y extensión perinodal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Linfoma B linfocítico.

Diagnóstico diferencial

Síndrome linfoproliferativo, Leishmaniosis.

Comentario final

Tras conocerse el diagnóstico, el paciente fue valorado por Hematología para comenzar tratamiento quimioterápico. Aunque la mayoría de las linfadenopatías suelen deberse a patología benigna y autolimitada, existen signos de alarma que nos orientan a malignidad, destacando en nuestro caso la edad mayor de 40 años, el tamaño o el tiempo de evolución. Es importante registrar estos datos durante la anamnesis a la hora de abordar estos pacientes.

Bibliografía

- Univadis. *Guías Fisterra: Estudio de una Linfadenopatía*. Disponible en: <https://www.univadis.es/referencias/guideline/item/guias-fisterra-estudio-de-una-linfadenopatia-629148>. Fecha de acceso: 23/01/23.
- L Longo D. *Linfadenopatía y esplenomegalia*. En: *Jameto, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Loscalzo. Harrison: Principios de Medicina Interna*. 20ª Edición. México: Mc Graw Hill, 2018: 411-417.

682/96. POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE EN PACIENTE CON DIABETES CUANDO LO MOTOR PREVALECE.

Autores

Barrera Martínez, Y.¹, Buendía Moreno, T.², García Madero, S.³

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 Perchel. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 70 años que acude al centro de salud por debilidad en miembro inferior izquierdo, con limitación motora en dedos de pie izquierdo. No parestesias ni otros síntomas sensitivos. Niega dolor. Empeoramiento progresivo desde el inicio, sobre todo en la debilidad del pie izquierdo y debilidad en manos en determinadas tareas. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, Ca. mama, hepatitis B crónica en estadio de portador inactivo con baja carga viral. Niega consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

En exploración neurológica: Lenguaje y voz normal. Pares craneales normales. Se aprecia atrofia en tríceps y

cuádriceps bilateral. Fuerza normal salvo en flexión dorsal de pie izquierdo. ROT algo vivos en miembros superiores, patelar derecho débil; patelar izquierdo y aquileos abolidos. Sensibilidad posicional normal; vibratoria marcadamente disminuida en ambos pies. Hipoestesia distal a ambas rodillas, con disestesia en pierna dcha. Leve dismetría talón-rodilla. Romberg: danza tendinosa. Marcha autónoma con pie caído izdo. Imposibilidad para caminar de talones. Se deriva a consultas externas de neurología que ante progresión aguda de la enfermedad decide ingreso para estudio Pruebas complementarias -RMN y SPECT cerebral: Alteraciones compatibles con una afectación de tipo vascular con predominio fronto-temporal. -EMNG: Los hallazgos son compatibles con polineuropatía sensitivo-motora, asimétrica de predominio desmielinizante, con bloqueos de conducción y predominio en miembros inferiores (predominio en lado izquierdo) de evolución aguda y grado intenso para el miembro inferior izquierdo y leve para el miembro inferior derecho y miembros superiores -Analítica completa: Vitamina B6 baja, resto normal -Estudio líquido cefalorraquídeo: normal -TAC toraco abdominal: normal Se pauta tanda de inmunoglobulinas 25 mg IV durante 3 días consecutivos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Probable MADSAM (neuropatía sensitivo motora desmielinizante multifocal asimétrica).

Diagnóstico diferencial

Neuropatías compresivas -Plexopatías -Neuropatías hereditarias (Charcot- Marie-Tooth) -Polineuropatías adquiridas de origen tóxico (alcohol, metales), nutricional (déficit vitamínico), metabólico (diabetes mellitus, uremia, amiloidosis), autoinmune (polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o crónica), vasculitis, paraneoplásico, infeccioso.

Comentario final

La polineuropatía diabética es predominantemente sensitiva, la presencia de síntomas motores nos lleva a otros diagnósticos. Es importante realizar un amplio diagnóstico diferencial. Una anamnesis completa, así como un estudio neurofisiológico y analítico son fundamentales para su orientación diagnóstica.

Bibliografía

- Shibuya K, Tsuneyama A, Misawa S, Sekiguchi Y, Bepu M, Suichi T, et al. *Different distribution of demyelination in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy subtypes*. *J Neuroimmunol*. 2020 Apr 15;341:577170

682/97. ODINOFAGIA Y OTALGIA, HAY QUE PALPAR.

Autores

Ruano Mayo, A.¹, Torres Aguilera, P.¹, Vázquez Morales, Á.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 58 años, hipertensa y diabética tipo II, que acude al centro de salud por malestar general, odinofagia y otalgia derecha de un mes de evolución asociado a fiebre de hasta 38°C, valorada en varias ocasiones diagnosticándose infecciones respiratorias de vías altas.

En anamnesis refiere fiebre de carácter vespertino e intermitente que no cede con antitérmicos, astenia, nerviosismo y pérdida ponderal asociada de 8 Kg.

Se solicita analítica, ECG, RX Tórax y se realiza Ecografía clínica.

Se pauta Propanolol 10mg cada 4/6 horas, antiinflamatorios y antipiréticos.

Se deriva a Endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias

Orofaringe y Otoscopia normal. Tiroides aumentado de tamaño a expensas de lóbulo derecho, doloroso a la palpación con adenopatía laterocervical derecha de 5mm. ACR Rítmica en torno a 150lpm.

ECG Taquicardia sinusal 150lpm.

RX Tórax normal.

Ecografía Tiroidea AP: Aumento tamaño de lóbulo tiroideo derecho, heterogéneo, lobulado; alguna calcificación aislada en izquierdo y nodulaciones hiperecogénicas en izq. Vascularización escasa.

Analítica: 505.000Plaquetas VSG120mm/h
Tirotropina 0,010μUI/mL Tiroxina(libre)1,24ng/dL Triyodotironin (libre) 4,04 pg/mL.

Autoinmunidad negativa.

Endocrinología: Mantiene tratamiento. Solicita análisis, Ecografía y Gammagrafía.

Gammagrafía: Aumento tamaño a expensas del lóbulo tiroideo derecho, condicionado por la existencia en el mismo, de lesión nodular gammagráficamente

hipocaptadora ("fria"). Bocio nodular hipocaptador a expensas del LTD.

Ecografía: Hallazgos sugestivos de tiroiditis. Ligeramente disminuida tamaño, contornos irregulares, ecoestructura interna inhomogénea, pseudonodular, nódulo quístico milimétrico derecho hipoeoico vascularización aumentada. No nódulos sospechosos ni adenopatías tamaño significativo.

Analítica: Tirotropina 8,690μUI/mL, Tiroxina(libre) 0,85ng/dL, Triyodotironina (libre) 2,37pg/mL, Autoinmunidad Negativa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tiroiditis subaguda de Quervain.

Diagnóstico diferencial

Faringoamigdalitis aguda.

Otitis.

Comentario final

Cabe destacar la importancia de la historia clínica, de una correcta anamnesis y exploración sistemática, ya que esta patología suele tener pródromos de infección vírica solapándose en ocasiones ambos cuadros clínicos.

En este caso el síndrome constitucional junto de la correcta y completa exploración que localiza el dolor en la glándula y la auscultación que alerta de una taquicardia, nos enfoca el caso clínico. A su vez es importante las pruebas complementarias para ampliar aún más el diagnóstico diferencial y confirmarnos el diagnóstico de sospecha.

Es importante el tratamiento sintomático hasta la resolución del cuadro que normalmente no precisa tratamiento específico.

Bibliografía

•Uptodate.com. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/subacute-thyroiditis?search=tiroiditis%20subaguda&source=search_result&selectedTitle=1~42&usage_type=default&display_rank=1

682/99. CUÁNDO DEBEMOS ESTAR ALERTA ANTE UN FRACASO RENAL AGUDO.

Autores

De Hita Molina-Bailén, L.¹, Olivares Carril, P.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga

Descripción del caso

Varón de 77 años, NAMC, con antecedentes de diverticulosis en colon. Acude a consulta de atención primaria por astenia, anorexia, malestar general y vómitos de 2 semanas de evolución. Además, refiere coxalgia izquierda por la que ha tomado AINEs. A la exploración física, destaca regular estado general y palidez mucocutánea. Cadera izquierda dolorosa a flexo-extensión. Resto normal. Tras observar los hallazgos, se solicita analítica completa y radiografía de caderas.

Exploración y pruebas complementarias

Una vez realizadas pruebas complementarias, se observa analítica alterada con anemia (Hb 10.5), trombopenia (plaquetas 83.000), fracaso renal agudo (Cr 6, FG 9), hiperuricemia (úrico 15) e hipercalcemia (calcio 12). En análisis de orina se identifica proteinuria y escasa albuminuria. Radiografía de caderas sin alteraciones óseas significativas.

Tras los resultados, se sospecha fracaso renal agudo de tipo parenquimatoso a descartar necrosis tubular aguda por causa prerrenal evolucionada (vómitos + AINEs) o por otra etiología (anemia + trombopenia + hipercalcemia). Por lo tanto, se deriva a urgencias para continuar estudio.

A su llegada, ingresa en observación para tratamiento de alteraciones electrolíticas y sueroterapia intravenosa pero persiste fracaso renal agudo por lo que se descarta causa prerrenal. Se realiza ecografía abdominal, descartándose causa obstructiva. Finalmente, es valorado por nefrología que amplía el estudio con proteinograma, cuantificación de inmunoglobulinas y orina de 24 horas con inmunofijación y electroforesis de proteínas. Resultado: 13.500 cadenas ligeras lambda en orina.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la sospecha de mieloma múltiple, se decide iniciar diálisis y plasmaféresis; así como interconsulta con hematología para realizar biopsia de médula ósea.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener presente los diagnósticos diferenciales de fracaso renal agudo: prerrenal, renal o parenquimatoso y postrenal u obstructivo.

Comentario final

Es fundamental detectar las causas de fracaso renal agudo, para lo cual es necesario que todo paciente tenga analítica de sangre y análisis de orina con sedimento. En este caso, el daño renal causado por la paraproteína puede presentarse de múltiples formas: fracaso renal agudo, insuficiencia renal crónica, disfunción tubular o proteinuria (asintomática o síndrome nefrótico/nefritico).

Bibliografía

- Fulladosa X. Nefropatía asociada a Gammopatías Monoclonales. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. Sociedad Española de Nefrología. ISSN: 2659-2606.

682/100. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS VASCULITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

Autores

Solano Jimenez, L.¹, Serrano Cárdenas, E.², Quero Martin, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er 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 Albarizas. Marbella. Málaga

Descripción del caso

Mujer, de 30 años de edad, que acude a consulta de Atención Primaria por lesiones eritematosas en ambos miembros inferiores de un mes de duración, que aparecen tras el parto de su primer hijo. En ocasiones prurito. No dolorosas. Afebril. Niega pérdida de peso. No síndrome constitucional asociado. Refiere edemas en ambos miembros inferiores durante gestación, que se resolvieron a los 4 días tras el parto, con la posterior aparición de las lesiones descritas. Sin otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Consciente, alerta y orientada, colaboradora. Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca y Pulmonar anodina. Piel: lesiones eritematosas en ambos miembros inferiores, de ingles a pies, no palpables, no blanquean a la vitopresión, no ulceradas. Sin signos de infección local. No cordones varicosos ni signos de TVP.

- AS: hemograma normal, VSG 16 MM; coagulación normal; bioquímica anodina; TSH suprimida con T3 y T4 elevadas. Autoinmunidad negativa, serología VHB (vacunada), VHC, VIH negativas.
- Se decide derivación preferente a Dermatología para biopsia de lesiones por sospecha de Vasculitis- Púrpura. Se realiza Biopsia compatible con Vasculitis Leucocitoclástica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Vasculitis Leucocitoclástica.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades sistémicas (LES), neoplasias cutáneas o enfermedades infecciosas (infecciones de transmisión sexual, infección por Ureaplasma).

Comentario final

La vasculitis leucocitoclástica constituye el tipo de vasculitis cutánea más frecuente en nuestro entorno. Hasta el 50% de los casos suelen deberse a causas idiopáticas. No obstante, el diagnóstico histopatológico, mediante biopsia, debe realizarse lo antes posible, para descartar otras causas desencadenantes, que constituyen un mayor riesgo para la salud de nuestros pacientes; como son enfermedades sistémicas, neoplasias o infecciones. En pacientes sexualmente activos, no podemos olvidar infecciones de transmisión sexual, como Ureaplasma. En este caso, resultó clave la sospecha diagnóstica precoz de vasculitis, por parte del Médico de Atención Primaria, lo cual permitió el estudio definitivo de las lesiones de manera conjunta entre Atención Primaria y Dermatología; para descartar procesos graves que pudieran afectar a nuestra paciente, empeorando su pronóstico.

Bibliografía

- Martínez T., Soto S., Pérez V. M. Adulto con púrpura de probable causa no infecciosa. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2021; 8 (1): 178-182.

682/101. ¿DOCTORA, SÓLO ESTOY CANSADO PORQUE TRABAJO MÁS?

Autores

Rodríguez González, D.¹, García García, A.², Naranjo Martín-Prieto, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Vela-

da. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Investigador. Hospital Punta de Europa. Algeciras. 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 53 años, que como antecedentes presenta dislipemia sin tratamiento y síndrome de apnea del sueño con CPAP nocturna, acude a su médico de atención primaria por cansancio generalizado y pérdida de 10kg de peso en los últimos 3 meses que justifica con un aumento de la carga de trabajo. No otra sintomatología asociada por aparatos, haciendo especial hincapié en síntomas respiratorios o digestivo.

En la exploración física destaca la palidez cutánea y adenopatías subcentimétricas axilares bilaterales, sin otros hallazgos relevantes. Constantes dentro de la normalidad. El paciente aporta analíticas de su empresa donde nos llama la atención una leucocitosis a expensas de monocitos en aumento en los últimos dos años.

Se decide realizar analítica general incluyendo perfil tiroideo y de sangre oculta en heces, ya que no poseemos ninguna del paciente en DIRAYA. Quedamos pendientes de los resultados antes de pedir alguna prueba de imagen.

Exploración y pruebas complementarias

A las 48h de la realización de la analítica nos notifican desde Hematología que debemos derivar al paciente a Urgencias para proceder al ingreso por hallazgo de anemia macrocítica, leucocitosis y 1,6% de blastos en frotis.

Durante el ingreso se realiza estudio de extensión con Body-TAC, endoscopias, biopsia de médula ósea, confirmando el diagnóstico de Leucemia mielo-monocítica crónica.

En vista de instaurar tratamiento inmunosupresor futuro, el hallazgo en TAC de abdomen de un nódulo de 2cm en lóbulo prostático izquierdo y un PSA de 4,35ng/L y una biopsia positiva a adenoma prostático con Gleason 6(3+3) se programa prostatectomía radical.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Leucemia mielomonocítica crónica subtipo 2.

Diagnóstico diferencial

Cáncer colorrectal, depresión, hipertiroidismo, síndrome constitucional idiopático.

Comentario final

Al alta se inicia tratamiento con Azacitidina, realizando 17 ciclos. Año y medio después, tras el último ciclo sufre recaída con aumento de 1,6% a 6% de blastos, por lo que se deriva al Hospital de Jerez para la realización de Trasplante Alogénico Haploideéntico Secuencial (hijo).

Desde hace 2 años, el paciente recibe sangrías a demanda por datos de sobrecarga férrica en posible relación a reactivación de VHB. Permanece libre de enfermedad.

Bibliografía

- Carr, J. H., & Rodak, B. F. (2021). *Atlas de hematología clínica/clinical hematology atlas*. Ed. Médica Panamericana.

682/102. ¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA PAROTIDITIS?

Autores

Arroyo Pérez, A.¹, Urbano Ponferrada, M.², García Obrero, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 32 años acude a consulta de atención primaria por inflamación en zona entre mandíbula y oreja derecha. La paciente fue diagnosticada hace 15 años de fenómeno de Raynaud con ANA positivos. Iniciamos en consulta tratamiento farmacológico y toma de muestras, necesitando antibioterapia y antiinflamatorios. Tras no mejorar, se decide derivación a otorrinolaringología y revisión por reumatología que solicitan varias pruebas complementarias e inician nuevo tratamiento con la sospecha diagnóstica de síndrome de Sjögren.

Exploración y pruebas complementarias

Talla: 175 cm, peso: 70 kg, IMC: 22,9. Tensión arterial: 110/75mmHg. Frecuencia Cardíaca: 65 lpm. Buen estado general con buena coloración de piel y mucosas. Auscultación Cardiorrespiratoria: tonos rítmicos y murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Cara y cuello: edema y enrojecimiento en la zona de pa-

rótida derecha. Zona facial izquierda: normal. Miembros superiores: manos con 2º y 3º dedo de color pálido, el resto sin alteraciones reseñables. Analítica: hemograma y bioquímica normal, Anticuerpos antinucleares (ANA) y Anti Ro positivos. Cultivo de saliva de glándula parótida derecha, con resultado positivo para staphylococcus aureus. Ecografía: afectación generalizada de las glándulas salivares mayores, con signos inflamatorios agudos en la parótida derecha. TC: signos de parotiditis bilateral con microcalcificaciones y algunos microquistes así como signos de submaxilitis crónica derecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Sjögren.

Diagnóstico diferencial

Parotiditis vírica, parotiditis bacteriana, enfermedad autoinmune.

Comentario final

Con este caso observamos que ante los posibles diagnósticos de esta paciente, tenemos que comenzar resolviendo los que son accesibles desde atención primaria y tras esto, derivar a otro especialista teniendo también en cuenta los antecedentes de cada paciente. Es necesario un estudio multidisciplinar del paciente para el diagnóstico y seguimiento adecuado.

Bibliografía

- Carlos J, González N, Monteagudo Sáez I, Serrano Benavente B, Marañón G. Síndrome de Sjögren [Internet]. Aeped.es. [citado el 4 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_sjogren.pdf
- Hidalgo-Santos AD, Gastón-Téllez R, Ferrer-Lorente B, Pina-Pérez R, Oltra-Benavent M. Alteraciones inmunológicas asociadas a parotiditis crónica recurrente juvenil. *Anales de Pediatría*. 2020;95(4):260-6.

682/104. DOLOR LUMBAR. UN MISMO SÍNTOMA, DISTINTOS DIAGNÓSTICOS.

Autores

Pérez Burgos, J.¹, Casini Merino, M.², Vázquez Benítez, A.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 30 años, sin antecedentes personales de interés ni tratamiento farmacológico, acude a su centro de salud refiriendo sintomatología miccional y molestia a nivel hipogástrico con combur test positivo en leucocitos y nitritos, siendo diagnosticada de cistitis. Acude por segunda vez manifestando fiebre de 38º de 24-48 horas de evolución, sin mejoría a pesar de tratamiento analgésico y antibioterapia con fosfomicina.

Ante sospecha de infección del tracto urinario superior se deriva al servicio de urgencias hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratada, normocoloreada y bien perfundida.

Tensión arterial: 130/68; Saturación O₂ 99%. Glucemia tira reactiva 90 mg/dL.

Abdomen blando y depresible, Murphy, Blumberg y Rovsing negativos. Ruidos hidroaéreos conservados. Puñopercusión renal derecha positiva.

Análítica Sanguínea: Hemoglobina 14 g/dL, Plaquetas $200 \times 10^3/\mu\text{L}$, Leucocitos $1,40 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Neutrófilos $8,50 \times 10^3/\mu\text{L}$), Glucosa 95 mg/dL, Creatinina 1 mg/dL, Filtrado Glomerular > 90 mL/min, Proteína C Reactiva 50 mg/L. Perfil hepatopancreático dentro de la normalidad. Hemostasia sin alteraciones.

Análítica Orina: Hematíes, Leucocitos y Nitritos negativos.

Ecografía de abdomen: Signos ecográficos de pielonefritis derecha y ectasia pielocalicial grado II/IV resto sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pielonefritis aguda derecha no complicada.

Diagnóstico diferencial

- Neumonía lobar derecha baja
- Colecistitis
- Apendicitis
- Absceso tubo-ovárico
- Pancreatitis
- Embarazo ectópico
- Cólico Renoureteral

Comentario final

Ingreso en área de observación para monitorización, sueroterapia, analgesia y antibioterapia intravenosa con ceftriaxona 2 gramos. Tras 24 horas, posterior

continuación del tratamiento de forma ambulatoria y seguimiento por la unidad de enfermedades infecciosas y atención primaria.

Bibliografía

- Clemente Millán MJ, Jiménez Murillo L, Martínez Acevedo E, Calderón de la Barca Gázquez JM, Montero Pérez FJ. Pielonefritis Aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 568-569.

682/105. MANEJO DE LA PATOLOGÍA UNGUEAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores

Solano Jimenez, L.¹, Secilla Cabezuelo, M.², García Sánchez, F.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga

Descripción del caso

Mujer, 58 años, acude a consulta por molestias en uñas de primer dedo de ambos pies, de meses de evolución. Refiere aumento del grosor en las uñas, cambios en la coloración, con imposibilidad para la utilización de calzado habitual, así como incapacidad para cortar las uñas y afectación de su movilidad, por dolor al caminar. Niega uso habitual de calzado estrecho, así como traumatismos en área descrita. Ha estado utilizando "barniz para uñas", recomendado por farmacéutico, sin mejoría. Afebril. Niega otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Eupneica en reposo. Auscultación cardio-pulmonar anodina. Miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda, no edemas. Aumento de grosor de lámina ungueal, mayor en primer dedo de ambos pies; surcos transversales y textura dura. No descamación con bisturí. Uñas curvadas en espiral. Sin signos de infección local.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Onicogriposis.

Diagnóstico diferencial

Onicomycosis, Traumatismo Ungueal, Psoriasis Ungueal.

Comentario final

Las onicopatías representan hasta un 10% de todas las enfermedades de la piel, por tanto, son motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. La simple inspección de la uña puede ofrecernos una amplia gama de información clínica sobre nuestros pacientes; pues las uñas representan un importante reflejo del estado de salud; así como de posibles enfermedades sistémicas y/o dermatológicas. Por tanto, dentro de la inspección general del paciente, es imprescindible realizar una exploración ungueal detallada. Una función clave del Médico de Familia, es la de ser capaz de identificar las onicopatías más frecuentes que se presentan en Atención Primaria; indagando sobre la posibilidad de que sobre las alteraciones ungueales se asienten procesos dermatológicos o sistémicos. El diagnóstico de las onicopatías no siempre se basa en la clínica, de forma exclusiva; en múltiples ocasiones se requiere la realización de cultivos o biopsias cutáneas y su tratamiento puede llegar a ser extremadamente complejo. Por lo que, en algunos casos, se requerirá de la actuación conjunta entre Dermatólogos y Médicos de Atención Primaria, para su abordaje global.

Bibliografía

- Kmiotowicz Z. *Study questions value of screening for fungal nail infections before starting treatment. BMJ. 2015; 351:h6072.*

682/106. UNAS SIMPLES PARESTESIAS.

Autores

Martín Acevedo, A.¹, Sánchez Rodríguez, J.¹, Fernández Díaz, L.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 69 años sin antecedentes de interés, que acude por parestesias en ambos miembros inferiores desde hace un año tras caída accidental en domicilio, solicitándose TAC craneal desde Atención Primaria. A los diez días, consulta por limitación aguda en la flexión del pie derecha. Se realiza TAC craneal de forma ambulatoria y ante hallazgos de Lesión Ocupante de Espacio (LOE) fue ingresada para estudio. Tras estudio

de extensión negativo, se deriva a Neurocirugía para realización de biopsia cerebral.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza primera exploración en horario de tarde con limitación a la flexión del pie derecho, resto normal. Posterior exploración en horario matutino sin limitación en la flexión-extensión con fuerza y sensibilidad conservada. Durante el ingreso: Disfagia, afasia motora y hemiplejía derecha 0/5. Al alta presenta hemiparesia derecha, sobretodo a nivel distal con apraxia de mano derecha. Deambula con apoyo. No alteración del lenguaje. TAC craneal: LOE heterogénea de 50x26 mm localizada en ganglios basales-tálamo izquierdo, condicionando efecto masa sobre ventrículo lateral izquierdo y con desviación de la línea media. RM craneal con contraste: lesión de 4 x2,7x3,2 cm con aspecto sólido polilobulada en tálamo izquierdo con extensión craneal hacia cápsula interna izquierda. Tras contraste, se aprecia una captación periférica de la misma con amplia área de necrosis central que se encuentra atravesada por estructuras vasculares, siendo altamente sugestivo de Glioma de alto grado. TAC de tórax y abdomen: dentro de la normalidad. TAC craneal tras intervención quirúrgica: sangrado intralesional e intraventricular.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Glioma de alto grado.

Diagnóstico diferencial

Metástasis cerebrales, Hemangioblastoma, Astrocitoma.

Comentario final

Desde AP, se inicia un abordaje multidisciplinar entre las diferentes especialidades para obtener un diagnóstico precoz. Una vez realizada la intervención quirúrgica la paciente presenta afasia motora, evidenciándose en TAC craneal urgente sangrado intralesional e intraventricular con una evolución favorable, con recuperación del lenguaje y persistiendo la hemiplejía derecha. Por ello, ante la aparición de sintomatología sensitiva de novo sin causa explicable, se debe de realizar una prueba de imagen para descartar un foco de origen neurológico.

Bibliografía

- Pérez B, García G. *Parestesias. En: Casado V, Cordón F, Rotaecche R, et al. Exploración física. 2ª edición. Barcelona: SEMFYC; 2020.p.257-263*

682/107. DOCTOR, ME DUELE EL ESTÓMAGO.

Autores

Gómez-Guillamón Revilla, M.¹, de Pablos Florido, V.², Martín Aguilera, A.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 64 años sin alergias medicamentosas conocidas con hepatopatía y neuropatía sensitivo motora mixta por enolismo crónico (más de 10 años sin beber actualmente), y fumador de 20 cigarros/día. Acude por sensación de distensión abdominal, reflujo y molestias mesogástricas/epigástricas postpandriales desde hace un mes sin otra sintomatología asociada. Ante la sospecha de dispepsia, se pauta tratamiento y se cita al mes para su evolución con analítica general y *Helicobacter Pylori* en heces. En revisión, analítica con hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) alternada de novo con cese parcial de sintomatología, por lo que se solicita una ecografía abdominal y se pauta tratamiento antidiabético. En la ecografía se observa en cabeza pancreática una lesión sospechosa de malignidad tramitándose inmediatamente TAC abdominal con/sin contraste lo que confirma sospecha de tumor primario pancreático junto con adenopatías locorreregionales. Ante estos hallazgos se deriva a Cirugía General, donde posteriormente es intervenido con una duodenopancreatectomía cefálica. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por oncología con diagnóstico de adenocarcinoma ductal pancreático.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación de hipocondrio derecho. Constantes dentro de la normalidad. Analítica general con Hb1Ac del 10.5%. Ecografía abdominal con lesión sospechosa de malignidad. TAC abdominal con lesión sugerente de neoplasia maligna en cabeza pancreática. Anatomía Patológica: adenocarcinoma ductal pancreático. TAC de extensión solicitado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Adenocarcinoma ductal en cabeza pancreática.

Diagnóstico diferencial

Dispepsia funcional, diabetes mellitus con gastroparesia y/o dismotilidad gástrica, cáncer (hígado, páncreas), enfermedad de reflujo gastroesofágico, gastritis.

Comentario final

No se debe perder la esencia de una buena anamnesis y exploración en la atención primaria y aunque la mayoría de casos la primera sospecha ante una serie de síntomas/signos orienta a una patología concreta, no debemos olvidar un correcto diagnóstico diferencial entendiendo al paciente como un todo. A pesar de ello y de realizar un procedimiento correcto, nos encontraremos ante casos con un diagnóstico que sigue a un pronóstico desafortunado. Por ello, como médico de familia, es importante seguir brindando apoyo a estos pacientes y no desalentarse.

Bibliografía

- Chang ML. Fatty Pancreas-Centered Metabolic Basis of Pancreatic Adenocarcinoma: From Obesity, Diabetes and Pancreatitis to Oncogenesis. *Biomedicines*. 2022 Mar 17;10(3):692. doi: 10.3390/biomedicines10030692. PMID: 35327494; PMCID: PMC8945032

682/108. LA DISFONÍA MÁS ALLÁ DEL CAMPO ORL.

Autores

Romero Soto, L.¹, Jurado Ruiz, M.², Gutiérrez Guerrero, P.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 Rute. Rute. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 55 años en cuyos antecedentes personales destacan: fumadora de fines de semana, celiaquía, anemia ferropénica y déficit de vitamina B12. Intervenido de quiste del conducto tirogloso hace dos años.

Acude a consulta refiriendo disfonía de una semana de evolución en el contexto de un cuadro de catarro de vías altas. No refiere fiebre en todo el proceso. En la exploración física, la auscultación cardiorrespiratoria es normal y en la exploración de orofaringe se observa hiperemia sin otros datos patológicos. Se recomienda

reposo de la voz y se pauta tratamiento sintomático para el catarro.

Una semana después acude de nuevo por persistencia de la disfonía. Actualmente no asocia ningún síntoma catarral. Se prescribe prednisona 30mg durante 10 días en pauta descendente. Acude de nuevo tras la finalización del tratamiento para revisión y la disfonía persiste, por lo que se realizan pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Radiografía de tórax: Se observa un aumento de densidad en el lóbulo superior izquierdo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neoplasia pulmonar con afectación del nervio recurrente.

Diagnóstico diferencial

Neumonía redonda, absceso pulmonar, tuberculosis.

Comentario final

La paciente fue derivada a neumología para completar estudio, donde finalmente se llegó al diagnóstico de adenocarcinoma pobremente diferenciado T4 N2 M0. Recibió tratamiento neoadyuvante y neumonectomía izquierda y linfadenectomía. A pesar del tratamiento, la disfonía no remitió debido a la no recuperación del nervio recurrente.

Bibliografía

- *Moreno Ruíz Nelson Leandro* DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS PULMONARES: NEUMONÍA REDONDA. *Revista de la Facultad de Medicina [en línea]. 2011, 59(1), 42-45[fecha de Consulta 14 de Marzo de 2023]. ISSN: 2357-3848. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363543004>*
- *Blanco-Aparicio Marina, Santamaría Rodríguez Beatriz, Fernández Marrube María.* Neumonía como causa de masa pulmonar. *Revista Pneuma. 2010, 6(1).*

682/110. LUPUS CUTÁNEO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Rey Berenguel, C.¹, Bravo Arrebola, I.², Giménez Ramón, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar.

Almería, (2) Residente de 2º 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

Varón de 44 años que acude a consulta de Atención Primaria por lesiones dérmicas en cuello y tórax que no remiten.

Como antecedentes personales: alergia a *Dermaphagoides pternoyissinus*, glosis retiniana en tratamiento con láser argón, protusión discal L5-S1, discopatía cervical, vértigo posicional paroxístico benigno y asma intermitente.

Prestando atención al motivo de consulta, presenta lesiones cutáneas intermitentes de carácter pruriginoso que empeoran con el sol y el calor de un año y medio de evolución, cursando con brotes. Se decide tratar con antihistamínicos y corticoides tópicos durante una semana. Tras reevaluar persisten las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta lesiones maculares y placas eritematosas en tórax superior, cuello, cara y hombros. Se decide realizar analítica sanguínea en centro de salud con valores dentro de la normalidad a excepción de la vitamina B12 (77pg/ml). A continuación, se lleva a cabo una teleconsulta a Dermatología por la persistencia de lesiones tras tratamiento instaurado, dónde realizan biopsia cutánea con resultado de epidermis de grosor conservado normoqueratósica con abundantes focos de degeneración vacuolar de la capa basal. En la dermis se observa un leve infiltrado inflamatorio superficial y medio, perivascular y perianexial de tipo linfo-histiocitario. Los mismos cambios degenerativos epidérmicos, son observados en las vainas pilosas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lupus eitematoso subagudo.

Diagnóstico diferencial

Dematosis solar, dermatitis atópica del adulto, infecciones cutáneas (tiña corporis), eritema anular, psoriasis.

Comentario final

Como tratamiento final se lleva a cabo sulfato de Hidroxicloroquina 200 mg un comprimido cada 12 horas durante un mes y luego continuar con un comprimido al día hasta la próxima revisión; si hubiera prurito: fluticasona 0.5 mg/g en crema por la noche durante 4 días

y fotoprotección solar oral y tópica. Se produce mejoría del prurito y desaparición de casi todas las lesiones tras inicio del tratamiento. Desde Atención primaria podemos llegar a diagnosticar grandes enfermedades.

Bibliografía

- Lee HJ, Sinha AA. *Lupus eritematoso cutáneo: la comprensión de las características clínicas, la base genética y la patobiología de la enfermedad guía las estrategias terapéuticas. Autoinmunidad 2006; 39:433.*
- Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. *Fotosensibilidad, fotoprueba y fotoprotección en el lupus eritematoso cutáneo. lupus 2010; 19:1036.*

682/113. ECOGRAFÍA CLÍNICA: ¿EL NUEVO FONENDOSCOPIO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores

Torres Aguilera, P.¹, Vázquez Morales, Á.¹, González González, A.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Hombre de 38 años que acude a urgencias de atención primaria por dolor costal izquierdo, tanto a la palpación como a la movilización, tras caída en la vía pública mientras iba en bicicleta hace 48 horas. Refiere impacto de reborde costal izquierdo contra el manillar de dicha bicicleta. Afebril. No disnea. No refiere otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, colaborador. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. Sin signos de focalidad neurológica. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos puros, rítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración torácica: no se aprecian deformidades ni hematomas. Dolor a la palpación de 4º-5º arcos costales. No se palpan crepitaciones a dicho nivel. Rx parrilla costal izquierda: No se aprecian líneas de fracturas ni deformidades. No se aprecian signos de neumotórax. El paciente es dado de alta con tratamiento analgésico y reposo. A los 3 días, el paciente vuelve a consultar con su médico de cabecera por persistencia de dolor costal izquierdo, por lo

que se decide realización de ecografía clínica en ese mismo momento. En dicha prueba se aprecia una línea de fractura a nivel de 5º arco costal izquierdo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fractura costal izquierda.

Diagnóstico diferencial

Contusión pulmonar vs neumotórax izquierdo vs hemotórax vs volet costal.

Comentario final

Las radiografías de tórax y parrilla costal tienen una sensibilidad limitada para identificar fracturas costales y varían significativamente entre los estudios, alcanzando como máximo el 50 %. La ecografía clínica tiene más sensibilidad que la Rx convencional para detectar fracturas costales y riesgo de complicaciones de las mismas, por lo que su realización de primera línea podría haber ahorrado radiación al paciente, retrasos en el diagnóstico y costes sanitarios. Este es uno de los múltiples ejemplos donde apreciamos como la ecografía clínica es una herramienta imprescindible en atención primaria, caracterizándose por ser simple, barata, rápida y segura.

Bibliografía

- Lalande É, Guimont C, Émond M, Parent MC, Topping C, Batomen-Kuimi BL et al. *Feasibility of emergency department point-of-care ultrasound for rib fracture diagnosis in minor thoracic injury. CJEM. 2017; 19(3): 213-219*
- Wangüemert-Pérez AL. *Aplicaciones clínicas de la ecografía pulmonar. Med Clin (Barc). 2020; 154(7): 260-268.*

682/114. DOLOR ABDOMINAL Y UN CONTRASTE URGENTE FATÍDICO.

Autores

Gutiérrez Ruíz, Á.¹, Espinoza Cuevas, G.², Iglesias Muñoz, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo

Descripción del caso

Mujer de 92 años, hipertensa, dislipémica, diabética tipo II, obesa, que consulta por dolor abdominal de tres días de evolución, continuo, epigástrico y supraumbilical, no irradiado, que ha aumentado de intensidad en últimas horas, asociando mareo y vómitos en la última hora sin fiebre ni otra clínica acompañante. A la exploración presenta regular estado general con constantes estables, destacando abdomen doloroso a la palpación en epigastrio con irradiación difusa en cinturón y masa pulsátil. Ante datos sugestivos, en primera instancia, de aneurisma de aorta, se deriva a Urgencias Hospitalarias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Análítica con perfil hepático, biliar y cardiaco (leucocitosis con neutrofilia sin daño miocárdico), sistemático y sedimento de orina, gasometría arterial basal (insuficiencia respiratoria parcial leve), electrocardiograma, radiografía de tórax (ensanchamiento mediastínico) y abdomen y TAC abdomino-pélvico con contraste (aneurisma aórtico abdominal infrarrenal de 7 cm de diámetro anteroposterior, hematoma intramural con discontinuidad de pared del aneurisma y láminas de hemoperitoneo compatibles con rotura aneurismática).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal complicado con disección aórtica infrarrenal y rotura aneurismática.

Diagnóstico diferencial

Isquemia intestinal, perforación visceral, pancreatitis.

Comentario final

El principal factor de riesgo de aneurisma aórtico es la aterosclerosis. La localización más frecuente es infrarrenal (75%), siendo característico identificar masa pulsátil abdominal con soplo sistólico. La mayoría son asintomáticos, pero la aparición de síntomas constituye una urgencia y debe realizarse prueba de imagen (angio-TAC de elección), para confirmar diagnóstico. El riesgo de rotura aumenta por edad, mal control tensional y tamaño del aneurisma, como el caso de la paciente expuesta. Fue intervenida, pero falleció por fracaso renal debido al contraste de prueba de imagen. Desde Atención Primaria es fundamental identificar datos de alarma sugestivos de dicha patología, así como factores de riesgo predisponentes a complicaciones para derivar con carácter urgente.

Bibliografía

- Aparicio Minguijón EM, Caso Laviana JM, Díaz Santiañez M, et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 9ª ed. Madrid: Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario 12 de Octubre; 2022.*
- Julián-Jimenez A, Juárez R, Rubio R, Nieto I, et al. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Universitario de Toledo. 5ª edición. Madrid; 2021.*

682/116. MANEJO DE LA DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA AGUDA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Pozas Gavilan, C.¹, Guirado Sánchez, M.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 28 años que presenta como antecedente personal (AP) de interés clínica depresiva de larga data, tratado mediante psicoterapia privada. En las últimas semanas presenta empeoramiento de síntomas: se siente intranquilo, no sale de casa y manifiesta ideación tanática. Decidimos ajuste de tratamiento, buscamos garantías de integridad física y buena red de apoyo, y derivamos a Unidad Salud Mental (USM). Un mes después acude con su pareja por empeoramiento clínico y conductas/gestos autolesivos que luego no recuerda. Su mujer no sabe cómo contenerlo, y la situación ha provocado problemas de pareja. Aún no ha sido valorado en USM.

Exploración y pruebas complementarias

Contacto evitativo. Transmite angustia. Pensamientos intrusivos sobre la muerte, escucha voces que le dicen que acabe con su vida. Comenta que otra personalidad habita en él (Kamino) y lo controla. Cuando Kamino desaparece, recupera el juicio de realidad y capacidades volitivas. ("No quiero morir, es Kamino quien quiere acabar conmigo"). Pérdida de sueño y de apetito. Exploración física por órganos y aparatos sin hallazgos. Análítica sin alteraciones, incluyendo sexología. Orina negativa, tóxicos negativos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cuadro con síntomas psicóticos y autoagresividad.

Diagnóstico diferencial

Descartada organicidad, pensaríamos en un Trastorno Depresivo con clínica psicótica o debut tardío de Esquizofrenia. Otras patologías: Trastorno Bipolar con síntomas psicóticos, Trastorno Delirante o Trastorno de la Personalidad.

Comentario final

Finalmente, tranquilizamos al paciente y avisamos vía telefónica con USM para derivación urgente e ingreso hospitalario dados los síntomas psicóticos y el riesgo de autolesión. No es primordial llegar al diagnóstico, sino contener y asegurar la vida del paciente. Siempre deben ser valorados por un psiquiatra. Las derivaciones pueden retrasarse, por lo que se deben conocer otras vías rápidas de comunicación/actuación. Además, es importante un seguimiento estrecho para controlar descompensaciones. Actualmente el paciente ha sido diagnosticado de Trastorno de Personalidad y sigue en seguimiento por USM y en nuestras consultas.

Bibliografía

- Foote B. *Dissociative identity disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis* [Internet]. Uptodate.com. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dissociative-identity-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=trastorno%20personalidad%20multiple&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Marder S. *Psychosis in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation* [Internet]. Uptodate.com. [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation?search=clinica%20psicotica%20diagnostico%20diferencial&topicRef=14784&source=see_link

682/117. FUMADOR CON DOLOR DE HOMBRO, ANEMIA NORMOCÍTICA Y DEBILIDAD EN MIEMBRO.

Autores

Rodríguez Espejo, M.¹, García Cruz, E.², Quero Fernández, N.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Varón de 47 años, fumador (ICT: 27 paq/año) Trabaja en invernadero. Acude a consulta de AP por dolor de hombro irradiado a cara cubital de antebrazo derecho, cansancio y pérdida ponderal en los últimos dos meses, que ha intentado paliar con AINE cada 8 horas sin remitir dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, normotenso y eupneico. En la inspección apreciamos palidez cutánea y caquexia. Palpamos una masa supraclavicular derecha, no móvil, adherida. AC: rítmica sin soplos. AR: hipofonesis en LSD. MMSS: pérdida de sensibilidad y fuerza (2/5) en MSD. Tests de Roos y Wright negativos, sin signos de desfiladeros torácico. PINLA, MOEC y pares craneales conservados. Rx Tórax con condensación en forma de casquete apical de 9x12cm, en LSD, adenopatías hiliares bilaterales, imagen lítica en primer y segundo arcos costales y aumento de densidad de partes blandas a dicho nivel. ICT normal y sin signos de derrame. Cursamos estudio analítico de urgencias que evidencia anemia normocítica por déficit de Fe⁺ (13mcg/dL) y Ác. Fólico (1,92ng/mL). Se ingresa al paciente en neumología para estudio. TC tórax evidencia masa neoplásica que provoca invasión y destrucción de primer y segundo arcos costales y primera y segunda vértebra. La biopsia con aguja gruesa evidencia que se trata de un adenocarcinoma. Durante el ingreso tras ser transfundido en 3 ocasiones sospechan hemorragia digestiva alta y solicitan estudio gastroscópico que evidencia hemorragia gástrica por úlcus péptico probablemente desarrollado por historia de consumo de AINEs.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tumor de Pancoast y anemia normocítica por úlcus péptico en el contexto de varón fumador con consumo abusivo de AINEs y clínica neurológica.

Diagnóstico diferencial

Otras neoplasias: mesotelioma, metástasis, hematológicas. Procesos infecciosos: neumonías típicas y atípicas.

picas, quiste hidatídico. En el caso de anemia normocítica: otros procesos crónicos, IR o enfermedad de la médula ósea. El estudio del hemograma, una prueba eficiente, fue clave para ello.

Comentario final

Los antecedentes y la anamnesis nos han orientado hacia dos diagnósticos, la causa neoplásica y la posibilidad de sangrado digestivo alto. Ello muestra la importancia no solo de recogerlos, hay que tenerlos en cuenta y fue clave en la sospecha de úlcera péptica. La bibliografía clásica sobre el tumor de Pancoast.

sigue siendo aún vigente.

Bibliografía

- Khosravi Shahi. Síndrome de Pancoast, revisión de la literatura. *An Med Intern (Madrid)*.2005;22:194-6.
- Miller JI, Mansour KA, Hatcher CR Jr. Carcinoma del surco pulmonar superior. *Ann Thorac Surg* 1979;28:44.

682/119. DOCTOR, ¿ESTO ES SANGRE?

Autores

Sánchez Rodríguez, J.¹, Martín Acevedo, A.¹, Fernández Díaz, L.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 50 años sin antecedentes de interés, en tratamiento los últimos 5 días con ibuprofeno 600mg cada 8 horas por lumbalgia, que acudió a urgencias hospitalarias por dolor abdominal desde hacía 3 días, acompañado de dos deposiciones diarreicas negras y dos vómitos marrones, cifras tensionales de 85/50mmHg.

Se contactó con digestivo de guardia para realizar una endoscopia urgente, diagnosticándose una úlcera bulbar Forrest IIC siendo tratada con adrenalina, sin sangrado activo en ese momento. Se procedió al ingreso para evolución y tratamiento, realizándose una endoscopia de control a las 48 horas en la que se observó resolución de la úlcera con fondo de fibrina.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente y orientado. Pálido mucocutánea y sudoración profusa. Taquicárdico a 117 latidos, En la auscultación pulmonar: sibilancias

dispersas. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada. No signos de peritonismo. Tacto rectal sin presencia de hemorroides externas, esfínter normotónico y dedil con restos hemáticos oscuros, sugestivo de melenas.

Analítica a su llegada con anemia macrocítica leve (9,8g/dL) y discreta leucocitosis. Bioquímica dentro de la normalidad.

Dos horas después: hemoglobina 8,1g/dL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hemorragia digestiva alta.

Diagnóstico diferencial

Úlcera péptica. Varices esofágicas. Síndrome de Mallory-Weiss. Carcinoma gástrico. Esofagitis. Malformaciones vasculares.

Comentario final

La úlcera duodenal supone el origen de la mayoría de las hemorragias digestivas altas, siendo causada principalmente por la infección por H. pylori y el uso prolongado de AINEs. La inestabilidad hemodinámica, la disminución de dos puntos de hemoglobina en dos horas y la presencia de melenas en el tacto rectal, nos hicieron plantearnos la posibilidad de una hemorragia digestiva alta aguda, por lo cual solicitamos una endoscopia urgente. En las biopsias tomadas de la úlcera se diagnóstico una infección por H. pylori, finalmente erradicada.

Bibliografía

- Vázquez M, Casal JR, et al. Hemorragia digestiva aguda. En: *Ofelmaga. Guía de actuación en urgencias*. 5ª Edición: 2020. p 214-217.

682/121. ¡ME DUELE UN HUEVO!

Autores

Casini Merino, M.¹, Pérez Burgos, J.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Varón de 18 años, sin antecedentes personales de interés, acude al centro de salud en atención no demorable por dolor testicular súbito e intenso de 45 minutos de

duración tras actividad deportiva, asociado a sensación nauseosa sin vómitos ni fiebre en el momento actual.

Se realiza exploración física que impresiona de síndrome escrotal agudo, por lo que se deriva al servicio de urgencias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 134/75; Frecuencia cardíaca 78 lpm; Saturación O₂ 97%.

Regular estado general, normohidratado, normocoloreado y bien perfundido.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Auscultación cardíaca: Rítmico y regular, sin soplos, extratonos ni roces pericárdicos.

Exploración Testicular derecha:

- Signo de Gouverneur positivo: Testículo enrojecido, ligeramente aumentado, elevado y horizontalizado
- Signo de Prehn negativo
- Reflejo cremastérico abolido
- Palpación de nódulo doloroso en polo superior de testículo derecho

Análítica sanguínea: Hemoglobina 14.5 g/dL, Plaquetas $220 \times 10^3/\mu\text{L}$, Leucocitos $9,90 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Polimorfonucleares dentro de la normalidad), Linfocitos $2,90 \times 10^3/\mu\text{L}$. Glucosa 89 mg/dL, Creatinina 1.1 mg/dL, Filtrado Glomerular > 90 mL/min, Proteína C Reactiva 5 g/L. Perfil hepatopancreático dentro de la normalidad. Hemostasia sin alteraciones.

Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico no aumentado de tamaño, no pinzamiento de senos costofrénicos, no infiltrados intersticiales ni condensaciones parenquimatosas, no signos de enfisema subcutáneo.

Electrocardiograma: 69 latidos por minuto, eje eléctrico normal, sinusal. Ondas P presentes, QRS estrecho, sin alteración secundaria de la repolarización, intervalo PR normal y constante, intervalo QT no alargado.

Eco- Doppler: Ausencia de perfusión testicular derecha indicativa de torsión testicular.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Torsión testicular derecha.

Diagnóstico diferencial

- Orquitis aguda

- Orquiepididimitis aguda

- Varicocele

- Hidrocele

- Tumor

- Traumatismo

Comentario final

El manejo de esta patología se basa principalmente en la detorsión manual de dentro afuera, al ser ineficaz se procedió a la intervención quirúrgica por parte de urología para la exploración del testículo, detorsión y filiación.

Al ser una detorsión de 360° se estableció un periodo de 4-6 horas de testículo recuperable.

Bibliografía

- Gómez Gómez E, Martínez Acevedo ME, Extremera Martínez MA, Cano Castiñeira R, Ruiz García J, Campos Hernández P, Jiménez Murillo L. Síndrome Escrotal Agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª ed. Barcelona: ELSEVIER; 2018. p. 570-572.

682/123. COJERA EN LA INFANCIA. ENFERMEDAD DE PERTHES.

Autores

Giménez Ramón, M.¹, Rey Berenguel, C.², Bravo Arrebola, I.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 Roquetas. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería

Descripción del caso

Niña de 5 años que consulta en Atención Primaria rural por cojera intermitente y dolor inguinal derecho desde hace una semana. No tiene alergias conocidas. Vacunada correctamente. Refiere caída accidental de bajo impacto unos días antes. No ha tenido fiebre. No procesos infecciosos previos ni concomitantes.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. No dificultad respiratoria. No exantemas ni petequias. Afebril. Exploración neurológica: pupilas isocóricas-normorreactivas. Fuerza y sensibilidad conservadas.

No alteración de la marcha, no cojea. No signos meníngeos. Exploración aparato locomotor: Limitación de rotación interna y externa de cadera derecha. Resto sin limitación. No signos inflamatorios.

Rx cadera bilateral: imagen sugestiva de infarto óseo a nivel de epífisis femoral derecha. Analítica: PCR 0,14 mg/dL y procalcitonina normal. No leucocitosis. Hemograma y coagulación normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Perthes.

Diagnóstico diferencial

Traumatismos, disimetría, artritis infecciosa, sinovitis transitoria de cadera, epifisiolisis cabeza femoral, osteocondrosis, miositis, tumores óseos, leucemia, linfoma, apendicitis, etc.

Comentario final

Al inicio se realizó tratamiento conservador, con antiinflamatorios y reposo relativo. A los 3 días se reevalúa sin mejoría de la sintomatología. Por tanto se solicita radiografía de cadera bilateral donde se aprecia infarto óseo en epífisis cabeza femoral. Finalmente, se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por traumatología. Se realiza resonancia magnética ambulatoria donde se confirma diagnóstico.

Es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico diferencial en la cojera infantil, para que patologías como la Enfermedad de Perthes, con importante repercusión en el paciente sean descartadas.

Bibliografía

- *Alcobendas Rueda RM, de Inocencio Arocena J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Cojera. AEPap. 2018 (en línea) consultado el 05/03/2023. Disponible en algoritmos.aepap.org*
- *Aguilar de la Red Y, Míguez Navarro C, Lorente Romero J. Protocolo de actuación ante un paciente con cojera en urgencias de pediatría. Sección urgencias pediátricas. Agosto 2017. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

682/124. MANEJO DE LA DISNEA EN EL PACIENTE PALIATIVO.

Autores

Martín Aguilera, A.¹, Gómez-Guillamón Revilla, M.², de Pablos Florido, V.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 49 años de edad con antecedentes de HTA, SAOS, obesidad y leiomiomas uterino diagnosticado en 2012, con aparición de metástasis pulmonares en 2013. Ha sido intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones y en 2022 se incluye en el programa de Cuidados Paliativos para control de síntomas por progresión de las metástasis pulmonares. Está en tratamiento con morfina de liberación prolongada 60mg cada 12 horas, fentanilo sublingual de rescate, dexketoprofeno 25mg cada 8 horas y oxigenoterapia domiciliaria. Acude a nuestra consulta refiriendo síntomas catarrales desde hace 2 semanas, que trató con paracetamol y acetilcisteína. Desde entonces, aumento de su disnea basal hasta hacerse de reposo. No fiebre, tos escasa sin expectoración, no odinofagia, no dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada. Bien perfundida, bien hidratada, normocoloreada. Eupneica en reposo. SatO₂ 96% con gafas nasales a 4lpm, TA 110/60mmHg, FC 70lpm, temperatura 36°C ACR: rítmica, hipofonosis en ambas bases. MMII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica: PCR 48, hemograma, bioquímica y gasometría venosa sin alteraciones. Radiografía de tórax: aumento de condensaciones compatibles con metástasis pulmonares.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico: Disnea en paciente con aumento de lesiones metastásicas pulmonares.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Disnea en paciente con aumento de lesiones metastásicas pulmonares.

Diagnóstico diferencial

-Infección respiratoria -Tromboembolismo pulmonar
-Insuficiencia cardíaca.

Comentario final

Es importante conocer el manejo de los principales síntomas que pueden aparecer en el paciente paliativo, pues en la mayoría de casos son síntomas que po-

demos manejar desde nuestra consulta de Atención Primaria e incluso desde el domicilio de los pacientes, evitando su traslado al hospital con los riesgos que supone para su patología de base el mismo. En este caso, hay que destacar que el manejo de la disnea en el paciente paliativo se realiza con morfina, por lo que debemos administrar rescates hasta que la disnea se controle. Un uso de hasta cuatro rescates al día no precisa ajuste de la morfina de liberación prolongada. Nuestra paciente mejoró utilizando seis rescates de morfina al día, por lo que en la revisión aumentamos la dosis de morfina de liberación prolongada a 80mg cada 12 horas, precisando de esta forma solo 2 rescates al día.

Bibliografía

- N. Nabal Vicuña, J. Julia Torras. Síntomas respiratorios. En: Josep P. Sales, Xavier G. Batiste, Albert T. Rodríguez. *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. 3ª edición. Madrid. Enfoque Editorial S.C.; 2013. p. 155-172.

682/126. DOCTORA, DEJÉ LA PASTILLA NUEVA.

Autores

Oliveira Dias, C.¹, Martínez del Marmol Martínez, A.², Romero Lerma, Á.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada

Descripción del caso

Varón de 59 años, acude a consulta por erupción en manos y cara, con una semana de evolución, tras toma de amlodipino. Niega toma de otra medicación en días previos y suspendió el amlodipino al segundo día. Se inició tratamiento con antihistamínico, clobetasol tópico (21 días) y prednisona 30 mg al día (5 días). Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, intolerancia a la lactosa y múltiples alérgenos.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones maculopapulares confluyentes bien delimitadas, purpúricas y pruriginosas, no descamativas ni ulcerativas, en zona lateral interna y externa del dorso

de ambas manos y zona malar bilateral. No otras lesiones ni clínica sistémica. Mejoría significativa, hasta desaparición de las lesiones violáceas, con persistencia de lesiones hiperpigmentadas post-inflamatorias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Exantema fijo medicamentoso.

Diagnóstico diferencial

La lista de fármacos que puede provocar exantema fijo medicamentoso (EFM) es cada vez más numerosa y varía según distintos estudios, así como sus formas de presentación, desde una mácula eritematopurpúrica única hasta múltiples lesiones ampollas, simulando otros cuadros clínicos como eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, penfigoide ampolloso o síndrome de Sweet.

Comentario final

El EFM es relativamente frecuente, caracterizándose por la aparición de lesiones cutáneas, máculas o placas, únicas o múltiples, bien delimitadas, eritematopurpúricas, que se localizan más frecuentemente en labios, genitales y extremidades, tras la toma de un fármaco (horas o días previos a la erupción). Tras discontinuación del mismo, las lesiones suelen desaparecer espontáneamente en una a dos semanas, pudiendo persistir una hiperpigmentación post-inflamatoria. Si ocurre nueva exposición al fármaco, las lesiones suelen reaparecer en la misma localización. EL EFM puede afectar personas de cualquier edad, sexo o raza, aunque parece haber predisposición en pacientes con antecedentes de diabetes mellitus, atopia o alergia medicamentosas. El diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente clínico, basado en la historia clínica y características de las lesiones. Se puede realizar biopsia si hay dudas diagnósticas. El tratamiento consiste en la discontinuación del fármaco, pudiendo optarse por corticoterapia tópica en lesiones únicas o, en caso de afectación generalizada, pauta corta de corticoides orales.

Bibliografía

- Flowers H, Brodell R, Brents M, Wyatt JP. Fixed drug eruptions: presentation, diagnosis, and management. *South Med J*. 2014 Nov;107(11):724-7. doi: 10.14423/SMJ.000000000000195. PMID: 25365443

682/127. VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL.

Autores

Soto Castro, C.¹, Gallardo García, L.², García Morales, V.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Hombre de 58 años, con antecedentes de DMII, HTA, dislipemia, hernia de hiato, hernia lumbar L4-L5, artrosis y duodenitis. En el 2020 se diagnostica de carcinoma de pulmón de célula no pequeña estadio IV (M1 ósea), recibiendo radioterapia sobre vértebra y quimioterapia. Sin embargo presenta progresión pulmonar a pesar de varias líneas de tratamiento, la última con Docetaxel en el 2022.

En agosto 2022 inicia con cervicalgia y vértigo, se realiza analítica delatando un hipotiroidismo iniciando tratamiento con Eutirox, AINES y relajante muscular. Al par de semanas acude de nuevo con su MAP por presentar incremento del vértigo con algo de inestabilidad a la marcha y se agrega al tratamiento sulpiride, acudiendo en 8 ocasiones más a su Centro de Salud con aumento progresivo de clínica neurológica. Coincide con cambio de médico en este periodo.

Actualmente estadio T4 N1 M1b.

Exploración y pruebas complementarias

En febrero del 2023 vuelve a consultar por el mismo motivo, en esta ocasión lo atiende otro médico. Entra a la consulta con marcha antiálgica, inestable, con amplia base de sustentación, la mano en zona occipital por el intenso dolor, exploración neurológica patológica, con enlentecimiento del lenguaje, movimientos oculares externos no presentes, pupilas con respuesta lenta a la luz, dudoso nistagmo horizontal, cierta rigidez cervical. Se deriva a urgencias hospitalarias.

TAC craneal de urgencias: lesión adyacente asta occipital izquierda, hallazgos en posible relación con metastasis que comprime dicha asta. Marcado edema digitorme y borramiento de surcos hemisféricos izquierdos. Ligera desviación de estructuras de la línea media (herniación subfalciánica).

Se gestiona ingreso en hospital de referencia para evolución y tratamiento.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome vertiginoso de origen metastásico.

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico

Cervicalgia.

Hernia lumbar.

Comentario final

La importancia de no dejarnos llevar por la inercia diagnóstica, se denota en este caso. Es un paciente al cual se le ponía escasa atención a la clínica, adjudicando sus síntomas a otras etiologías que confundían el diagnóstico. Se denota también como ha perjudicado durante varios meses el cambio constante del médico de su cupo.

Bibliografía

- Stanton M, Freeman AM. Vertigo. StatPearls Publishing; 2022.
- Tranche Iparraguirre S, Junta Permanente de semFYC. La inercia terapéutica de la Atención Primaria; 2021, 53(10):102240

682/128. “DOCTOR ESTE BULTO EN EL CUELLO NO ME DEJA COMER NI RESPIRAR”.

Autores

Bueno Navarrete, P.¹, Galán Rodríguez, G.¹, Aracil Cayuela, J.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 67 años que acude a urgencias refiriendo disnea, disfagia y aumento de volumen cervical anterior de dos meses de evolución intensificándose hace dos días. No alergias medicamentosas. AP: HTA en tratamiento con enalapril 20mg y TEP crónico en tratamiento con AAS 100mg.

Exploración y pruebas complementarias

Masa submentoniana no dolorosa a la palpación de bordes mal definidos. ACP: Rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Resto de exploración anodina. Analítica hace dos semanas con perfil tiroideo normal. Se decide realizar Tc apreciándose masa mal delimitada que parece originarse en el lóbulo tiroideo izquierdo y conglomerado adenopático que

comprime laringe y tráquea desplazándola hacia el lado contralateral disminuyendo el calibre de forma severa. Se realiza interconsulta a ORL y UCI para manejo de vía aérea descartándose la posibilidad de realización de traqueotomía. Se plantea IOT y toma de biopsia para aproximación diagnóstica realizándose con éxito con diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B. Se inicia tratamiento con corticoides y CHOP con buena respuesta y reducción de dicho tumor planteándose la retirada de IOT y/o realización de traqueotomía tras 10 días.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Linfoma difuso de células grandes B.

Diagnóstico diferencial

Cáncer de tiroides vs Linfoma difuso.

Comentario final

El linfoma difuso de células grandes B es el tipo más frecuente en los países occidentales de LNH. Es más frecuente en varones. La edad media se sitúa alrededor de los 55 años. Se ha incrementado su incidencia por exposición a factores ambientales, enfermedades autoinmunes, etc.

El diagnóstico de estos linfomas, utilizando los elementos clínicos, de laboratorio, de imagen y estudios histopatológicos permite el abordaje en etapas tempranas obteniendo mejores resultados, a pesar de ser agresivo y de mal pronóstico. La anamnesis, exploración y detección de factores de riesgo son fundamentales para un diagnóstico temprano desde atención primaria que se completará en la atención hospitalaria.

Bibliografía

- Philip J, Bierman Y, Armitage JO. Linfoma difuso de linfocitos b grandes. En: Philip J, Bierman Y, Armitage JO. Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna. 21a. ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Beltrán BE, De La Cruz JA. Características clínicas y sobrevida de los pacientes con linfoma de células grandes B difuso tratados con R-CHOP. Lima; 2017.

682/129. DOCTOR, ME PALPITA EL CO-RAZÓN.

Autores

Gómez-Guillamón Revilla, M.¹, Martín Aguilera, A.², de Pablos Florido, V.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 57 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin hábitos tóxicos con hipertensión arterial (HTA) controlada con antihipertensivos. Padre y hermano fallecidos con 65 y 70 años respectivamente por infarto agudo de miocardio. Acude a consulta por palpitaciones, sensación de mareo y disnea desde la mañana. Se deriva a urgencias ante la sospecha de Síndrome de Brugada por alteraciones en el Electrocardiograma (ECG) con hemibloqueo anterior izquierdo del haz de His (HBAIHH) y alteraciones en la repolarización V1, V2, junto con tensión arterial (TA) elevada 180/100 milímetros de mercurio (mmHg). En urgencias, tras resultados de pruebas complementarias dentro de la normalidad (Análisis general con curva de Troponinas, radiografía de tórax y ECG únicamente con el HBAIHH previamente observado), y desaparición del dolor torácico opresivo de aparición en este mismo servicio, es dado de alta con diagnóstico de dolor torácico atípico y recomendaciones para el control de la TA junto con tratamiento ansiolítico. Seguidamente, en atención primaria, se deriva a Cardiología por considerar urgente su valoración. A los pocos días el paciente vuelve a urgencias por misma sintomatología y es trasladado a críticos ante la aparición de una taquicardia ventricular monomorfa sostenida. Tras reversión de la misma de forma espontánea, el paciente quedó ingresado, ya estable, en la unidad de cuidados intensivos (UCI) cardíaca, donde posteriormente ingresó en planta de Cardiología para realización de test de flecainida, ecocardiograma y ECG, resonancia magnética (RM) cardíaca y coronariografía.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico y sudoroso. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos y taquicárdico. ECG con HBAIHH y alteración en la repolarización V1, V2. Constantes: TA de 180/100 (mmHg).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Arritmia a estudio.

Diagnóstico diferencial

Cardíacas (arritmias o enfermedad cardíaca estructural, síndrome coronario agudo) y no cardíacas (des-

órdenes psicossomático. Enfermedades sistémicas. Tromboembolismo pulmonar).

Comentario final

El médico de Familia ofrece una continuidad asistencial, valoración y conocimiento integral a lo largo de los años de sus pacientes, lo que le permite percibir matices que pueden prever una urgencia real.

Bibliografía

- Krahn AD, Behr ER, Hamilton R, Probst V, Laksman Z, Han HC. Brugada Syndrome. *JACC Clin Electro-physiol.* 2022 Mar;8(3):386-405. doi: 10.1016/j.jacep.2021.12.001. PMID: 35331438.

682/130. SON YA 24H.

Autores

de Pablos Florido, V.¹, Martín Aguilera, A.², Gómez-Guillamón Revilla, M.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente mujer de 87 años que acude al servicio de urgencias tras caída accidental en el domicilio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, colaboradora, eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Descartar proceso intracraneal agudo versus proceso cardíaco.

Diagnóstico diferencial

En el TAC se descartó proceso intracraneal agudo y en la paciente asintomática respecto al dolor torácico, la curva de troponinas fue negativa.

Comentario final

Después de tener 24 horas a la paciente de 87 años en una camilla de unos 30cm de ancho, fui a llevarle el

papel del alta, puesto que todas las pruebas habían salido bien. La paciente estaba fuera de riesgo y se podía ir a su casa. Había esperado a que fuera de día, pues me había parecido poco adecuado hacerlo a las 4am.

Con las prisas de la mañana, le imprimí el informe sin especificarle que no debía seguir ningún tratamiento nuevo, sino continuar como venía haciendo hasta ahora. En vez de eso, le solté los papeles en la camilla, me acerqué rápido a ella y le dije: Señora, está todo bien, puede marcharse a casa. Ahora mismo le hago el papel de la ambulancia.

Mientras hacía la solicitud de la ambulancia me acordé de que no había escrito el tratamiento al alta. Decidí cambiarlo, aunque eso me retrasara 3 minutos más. Entonces decidí también que como mínimo le debía una explicación a la paciente, ya que llevaba consciente y orientada, 24h en el mismo sitio y yo aún no le había explicado nada (todo por las prisas).

Imprimí un nuevo informe. Se lo llevé y le expliqué lo que había pasado y lo que habíamos hecho y las medidas a tomar.

Me dio las gracias y, cogiéndome de la mano, me dijo: "hija mía, llevo veinticuatro horas aquí y no me han dado ni un sorbo de agua". Le pedí perdón y me prometí que no volvería portarme así de mal con un paciente.

682/132. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ERITEMA FACIAL: DERMATOMIOSITIS.

Autores

Urbano Ponferrada, M.¹, García Obrero, J.², Arroyo Pérez, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 34 años sin intolerancias medicamentosas ni patologías de interés. Consulta en atención primaria por cuadro de erupción cutánea pruriginosa de 1 semana de evolución, sin fiebre ni exposición a nuevos productos cosméticos o de higiene personal. Exploración física: eritema facial que se extiende en cuello y orejas, adenopatía retroauricular no adherida a planos profun-

dos. Se contacta con tele-dermatología que diagnostica de rosácea. El cuadro progresa con malestar general, astenia y edematización generalizada, a pesar de tratamiento con loratadina, corticoides y metronidazol. Es hospitalizada en Medicina Interna para valoración tras varias consultas en urgencia. Se diagnostica de dermatomiositis y progresa con debilidad muscular, disfagia a sólido e insuficiencia respiratoria. Ante su difícil y control y por voluntad de la paciente, se la traslada a HURS donde se deriva a la Unidad de Alta Complejidad.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física expuesta previamente. Hemograma, bioquímica, coagulación, neuromoalérgenos y alérgenos alimentarios, autoinmunidad, serología virus hepatotropos y reactantes de fase aguda. TC con contraste de cuello, abdomen, pelvis y húmeros. Ecografía abdominal. Biopsia muscular. Electromiografía.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El diagnóstico se confirma por el resultado de la biopsia, con presencia de banda Mi-2 alfa y Mi-2 beta, y en el EMG con datos de patrón de afectación miopática severo compatibles con el diagnóstico de miopatía inflamatoria.

Diagnóstico diferencial

Dermatomiositis, alergia, lupus.

Comentario final

El diagnóstico puede resultar dificultoso en ausencia de debilidad muscular, por compartir clínica con otras enfermedades autoinmunes y por las formas de erupción pruriginosa que nos pueden hacer pensar en un proceso alérgico. El manejo desde atención primaria debe tratar cuadro pruriginoso y descartar el origen autoinmune del cuadro. Se debe derivar a Medicina Interna para completar el estudio y a Nutrición en el caso de disfagia por afectación avanzada.

Bibliografía

- Bielsa Marsol I. *Dermatomiositis. Reumatología Clínica [Internet]. 2009 Sep [cited 2023 Feb 2];5(5):216–22. Available from: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-dermatomiositis-articulo-51699258X09000448#tbl2>*
- Vleugels, MD, MPH, MBA RA. *Cutaneous dermatomyositis in adults: Overview and initial management. Callen, MD, FACP, FAAD J, editor. UptoDate. 2023 Feb;*

- Ramos-E-Silva M, Lima Pinto AP, Pirmez R, Cuzzi T, Carneiro S. *Dermatomyositis-Part 2: Diagnosis, Association With Malignancy, and Treatment. Skinmed. 2016 Oct 1;14(5):354–358. PMID: 27871347.*

682/133. DOCTOR, ORINO OSCURO DESDE QUE EMPECÉ A ENTRENAR EN EL GIMNASIO.

Autores

Anguita Mata, J.¹, Domínguez Rodríguez, C.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 27 años, sin antecedentes destacables ni tratamiento habitual, que consulta a su Médico de Familia por dolor, rigidez y pérdida de fuerza en brazos que relaciona con un sobreesfuerzo en el gimnasio tres días antes. Además, presenta desde hace 48 horas orinas oscuras, motivo por el cual acude muy preocupado. Por los signos y síntomas que presenta el paciente, su Médico de Familia acuerda con el paciente derivar a Urgencias Hospitalarias ante la sospecha diagnóstica de rabdomiólisis aguda.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, el paciente presenta buen estado general y está consciente y orientado. Se encuentra eufórico en reposo con cifras de saturación de oxígeno del 98%. Normohidratado y normoperfundido. La auscultación cardíaca es rítmica, sin soplos. Presenta un abdomen blando y depresible, sin palpar ni percudir masas ni megalias, no doloroso. La puñopercusión renal bilateral es negativa y no presenta edemas en miembros. La exploración neurológica es normal también.

En Urgencias se realiza una analítica de sangre y orina en la que destaca una creatina quinasa de 85.574 unidades con una función renal conservada, hemograma normal y una orina con hematíes y proteínas. La radiografía de tórax y abdomen y el electrocardiograma son normales. Se decide consultar con Nefrología que indica sueroterapia intensiva. Finalmente, ingresa a cargo de Medicina Interna para monitorización y manejo del cuadro, evolucionando este favorablemente, siendo dado de alta en pocos días.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Rabdomiólisis secundaria a ejercicio físico.

Diagnóstico diferencial

Rabdomiólisis vs hematuria por litiasis renal.

Comentario final

La aplicabilidad de este caso para la Medicina de Familia se basa en la realización de una buena anamnesis, en la correcta identificación de los signos de alarma y en la rápida actuación; en este caso, la derivación urgente al hospital para confirmación del diagnóstico sospechado y tratarlo. Es esencial saber reconocer este cuadro porque el éxito del manejo depende, sobre todo, del diagnóstico temprano.

Bibliografía

- Pérez, M. M. J. (2018). *Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación* (6.a ed.). Elsevier España, S.L.U.
- Pérez Unanua, M^o. P., Roiz Fernández, J. C., & Diazaraque Marín, R. (2001). *Rabdomiólisis inducida por el ejercicio*. *Medifam*, 11(9), 92-95.

682/134. SARNA CON GUSTO SÍ QUE PICA.

Autores

Díaz Sarmiento, S.¹, Hussein Alonso, D.¹, Clavijo López, B.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 varón de 39 años de edad. AM a Amoxicilina-Clavulánico. AP: HTA. TH: Enalapril 20mg c/24 horas. No IQ. Acude a Centro de Salud por presentar clínica de prurito generalizado que se exacerba por la noche. Refiere que hace 3 meses y medio fue diagnosticado de escabiosis, realizando tratamiento con Permetrina tópica él y sus convivientes, y obteniendo inicialmente respuesta. Es al siguiente mes cuando comienza de nuevo con la misma clínica, aplicándose el mismo tratamiento. Tras no mejorar volvió a consultar hace un mes, esta vez realizando tratamiento con Ivermectina oral. En esta ocasión el prurito es mucho mayor y se acompaña de lesiones por rascado.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se observan pápulas eritematosas en zona anterior de ambas muñecas, zona anterior del codo izquierdo, ambos pliegues axilares y en algunos espacios interdigitales, encontrándose en estos algunos surcos/túneles acarinos. En ambos miembros superiores varias y extensas lesiones por rascado. Dado fracaso terapéutico de los tratamientos anteriores se decide pautar vaselina azufrada al 5% junto con una amplia explicación de cómo debe aplicarse y recomendaciones generales, y Ebastina 10mg 1 comp diario para control de prurito.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Escabiosis.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis atópica.

Comentario final

La escabiosis es una enfermedad cuya incidencia ha aumentado en los últimos meses. Además de ser endémica en poblaciones de bajos recursos, el confinamiento debido al SARS-CoV-2 ha provocado un aumento de las infestaciones por el ácaro *Sarcoptes scabiei* hominis. El número de casos en el que el tratamiento de elección no ha sido eficaz también ha aumentado, llegando a segunda e incluso tercera línea de tratamiento como en este nuestro caso presentado.

Bibliografía

- Causín Serrano, S., Duro Mota, E., Agudo Polo, S., Martínez Ramírez, M. O., & Sánchez de la Nieta Martín, J. M. (2002). *Revista de medicina familiar y comunitaria*. In *Medifam* (Vol. 12, Issue 7). [Sociedad MEDIFAM].
- Morgado-Carrasco, D., Piquero-Casals, J., & Podlipnik, S. (2022). *Tratamiento de la escabiosis*. *Atención Primaria*, 54(3), 102231.

682/135. A PROPÓSITO DE UN CASO: ESCLEROSIS SISTÉMICA EN PRIMARIA.

Autores

Gómez García, M.¹, Royan Martín, E.², Muñoz Jiménez, R.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Prie-

go de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 59 años, antecedentes personales: Epilepsia. No alergias medicamentosas conocidas. En analítica de control, presenta elevación de GGT (66 U/L) e hipercolesterolemia. Se acuerda repetir analítica en 3 meses para evaluar posible esteatosis hepática. A los 3 meses se repite analítica con perfil hepático y serología para hepatitis, estando la GGT más elevada (79 U/L) y dando positivo para Ac anti HBs, anti HBe y anti HBe, HBsAg y VHC negativos, correspondientes con una Hepatitis B aguda en fase de recuperación. Además, la paciente refiere tener unas manchas en las palmas de las manos y piernas y síntomas digestivos de RGE con pirosis y molestias epigástricas con distensión abdominal, sin alteración del hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones petequiales en palmas ambas manos y miembros inferiores, discreta hepatomegalia y lesión compatible con lipoma en costado derecho. Se solicita ecografía hepática y analítica de sangre con perfil reumatoideo. Resultados de analítica: proteinograma normal, con elevación de Ac antinucleares (1/640), patrón centromérico (AC 3), anti centrómero (CEINO-B) > 708.90, anti RNP-U1 (70 kDa+A+C) 199.1, y anti SSA/Ro-60 78.0. Ecografía abdominal normal. Se deriva paciente a reumatología para completar estudio ante sospecha de Esclerosis sistémica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Esclerosis sistémica.

Diagnóstico diferencial

Reacciones medicamentosas, Trastornos de la coagulación, Escorbuto, Crioglobulinemia monoclonal, etc.

Comentario final

Ante lesiones petequiales y síntomas digestivos es importante realizar estudio de perfil reumatoide, a fin de estudiar al paciente para esclerodermia y descartar los otros posibles diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

• Bologna JL, Braverman IM. Manifestaciones cutáneas de enfermedades internas. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, eds. Harrison principios de medicina

interna. Vol 2. 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 405-23.

• Varga J. Esclerosis sistémica (esclerodermia) y trastornos relacionados. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, eds. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 2757-70.

682/136. LA DEJADEZ PUEDE TERMINAR MATANDO.

Autores

Díaz Sarmiento, S.¹, Romero Durán, V.¹, Doncel De La Cruz, T.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 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 50 años de edad. Albañil de profesión. NAMC. AP: Dislipemia, hernia discal L5-S1. TH: Simvastatina 20mg 1 comp diario, Paracetamol 1g cuando precisa. No IQ. Acude a consulta de AP por presentar adormecimiento de cara interna de pies de larga data, pero actualmente ha comenzado también con adormecimiento de manos. El paciente se encuentra en seguimiento por parte de mutua privada por la hernia discal, con un seguimiento deficiente según su opinión. Relata que en las últimas revisiones han achacado que su hernia discal le provocaba acorchamiento de la zona interna de ambos pies, pero cada vez se siente más acorchado todo el pie y ha comenzado con pérdida de sensibilidad en los dedos de las manos. A la anamnesis dirigida confiesa consumo de alrededor de 2litros de bebida azucarada al día, consumo habitual de alcohol y ser fumador de dos paquetes diarios desde hace más de 30 años. No se disponen de analíticas en su historia clínica. Relata que nunca ha necesitado venir al médico porque "salvo por lo del bulto de la columna, el resto está perfecto".

Exploración y pruebas complementarias

TA 150/95 mmHg. ACP sin hallazgos. A la exploración se observa úlcera plantar de 1cm de diámetro en base del cuarto dedo del pie izquierdo. Pie aumentado de temperatura con respecto a contralateral. Sin alteración en los pulsos. Pérdida de sensibilidad en ambos pies. Se solicita analítica y radiografía de tórax.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

DM2.

Pie diabético.

HTA.

Diagnóstico diferencial

Osteomielitis.

Comentario final

Finalmente este paciente fue diagnosticado de DM tipo 2. La analítica arrojó un valor de HbA1c de 10'3%. Además tras diario de toma de tensiones fue también diagnosticado de HTA. Por tanto inició tratamiento con Insulina y Enalapril. Recibió tratamiento para la úlcera, con resolución y posterior educación.

La población general cada vez es más consciente de los FRCV y las complicaciones y enfermedades que estos pueden causar. No obstante, sigue existiendo un grueso de pacientes que no son conscientes de ello y deberían existir campañas orientadas a su captación.

Bibliografía

- Reardon R, Simring D, Kim B, Mortensen J, Williams D, Leslie A. The diabetic foot ulcer. *Aust J Gen Pract.* 2020 May;49(5):250-255. doi: 10.31128/AJGP-11-19-5161. PMID: 32416652.

682/138. PENSÁNDOLO BIEN, NO ME MOLESTA TANTO.

Autores

López López, A.¹, Jurado Cabezas, M.², Navarro Robles, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 78 años sin antecedentes de interés, consulta por molestias vulvares con la micción de un año de evolución, aumento de frecuencia miccional diurna y nocturna, acompañado de urgencia miccional e incontinencia que requiere uso de pañal de seguridad. Consulta en diversas ocasiones por motivos similares, tratada con solifenacina y fesoterodina sin éxito.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen anodino. Genitales externos y vagina atróficos. Cérvix macroscópicamente atrófico. No celes ni prolapsos. Analítica: Creatinina 0.93, Filtrado Glomerular 90 mL/min/m², posteriormente 59. Orina: hematies 86, urocultivo negativo. Ecografía clínica en consulta: ectasia pielocalicial grado II-III/IV de riñón izquierdo, quiste parapiélico en riñón derecho. Pared vesical engrosada. Derivamos a Urología preferente, donde solicitan cistoscopia y UROTC: Riñón derecho: quiste Bosniak I. Riñón izquierdo: dilatación pieloureteral grado III/IV, engrosamiento e infiltración de pared ureteral con imagen sospechosa de lesión sólida en su interior en tercio medio del uréter. No imágenes de litiasis. Vejiga: pared engrosada lisa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Incontinencia Urinaria de Urgencia, Ectasia pielocalicial, carcinoma urotelial.

Diagnóstico diferencial

Litiasis renoureteral, carcinoma vesicoureteral, atrofia vulvar.

Comentario final

Ante la sospecha diagnóstica y la demora de las citas de revisión, la citamos en consulta y explicamos la sospecha de neoplasia. La paciente se encuentra en situación de duelo tras fallecimiento de su marido, vive sola, sus hijos en otro país; por lo que decide no continuar estudiándose, afirmando no tener ningún síntoma urinario que le limite. Explicamos las posibles consecuencias de su decisión y la posibilidad de retomar estudio si lo desea. La paciente reafirma su decisión de no estudiarse. En ciertas ocasiones, nos encontramos con situaciones complejas de entender y aceptar como médicos. En este caso, a pesar de nuestra insistencia y dificultad para llegar a un diagnóstico, la paciente decide no ir más allá. Es un reto que también tenemos que aceptar, ya que la autonomía del paciente es uno de los pilares básicos de la bioética. El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

Bibliografía

- León Vázquez F, Galán Cortés JC, Sanz Rodrigo C. *Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica.* *Aten Primaria* 2003;32(10):583-5 [Medline].

682/139. LESIONES VESICULARES, ¿SERÁ VARICELA?

Autores

Celis Romero, M.¹, Jiménez Lara, J.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 43 años que acude a Urgencias por lesiones dérmicas en distintos estadios extendidas por todo el cuerpo de una semana de evolución y fiebre desde hace 2 días. El cuadro comenzó con aparición de pápulas de pequeño tamaño de predominio centrípeto (tronco y cara), con afectación de ambos antebrazos. Algunas de estas pápulas dieron paso a vesículas y otras a costras. Por otra parte, otras se extendieron por ambos miembros superiores reemplazándose por pústulas e incluso ampollas. Presenta igualmente costras melicéricas en región frontal de cara. Sin antecedentes médicos de interés. No vacunación ni infección previa de varicela. Actualmente con dos hijas escolarizadas en guardería.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, además de las lesiones descritas, destaca febrícula de 37.3°C, que cede tras toma de Paracetamol. Auscultación cardiorrespiratoria anodina, hemodinámicamente estable. Se realiza una analítica con hemograma, hemostasia, perfil renal y hepático normales, resaltando únicamente una proteína C reactiva de 41mg/L. Ante la sospecha de varicela y la posibilidad de neumonía se solicita una radiografía de tórax, que resulta normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Varicela con sobreinfección de lesiones vs impétigo ampolloso primario vs impétigo ampolloso secundario a varicela.

Diagnóstico diferencial

Ante la sospecha diagnóstica se solicitan serologías de Herpes y Coxsackie, con IgG e IgM negativas, así como de varicela, que resulta IgM positiva. Se decide iniciar tratamiento oral con Aciclovir 800mg 5 veces al día a intervalos de 4 horas omitiendo la dosis nocturna. Igualmente se inician curas locales de las lesiones con

clorhexidina y mupirocina tópica tres veces al día, así como analgésicos orales. La paciente presentó buena respuesta al tratamiento sin necesidad de antibioterapia oral, con resolución de las lesiones dérmicas.

Comentario final

El diagnóstico diferencial de las lesiones dérmicas, incluyendo enfermedades infecciosas y no infecciosas, puede suponer un auténtico reto. Se trata de un diagnóstico eminentemente clínico, apoyándose de forma secundaria en otras pruebas complementarias, por lo que es necesario prestar especial atención a la forma de aparición, evolución y posibles complicaciones de las lesiones.

Bibliografía

- Martin Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2019.

682/140. ALTERACIÓN DE LA MARCHA. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA.

Autores

García Sánchez, I.¹, Miguel Urbano, D.², Morales Cortés, J.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 71 años que acude a consulta por un cuadro de debilidad e inestabilidad progresiva de 2 meses de evolución, que se ha intensificado en el último mes. Llegando a necesitar un bastón para la deambulación. Nota pérdida de fuerza en miembro superior. No cuenta episodios comiciales, mareo ni alteración visual. Además refiere, tos de larga data que no cesa con tratamiento. No cuadro constitucional. Fumador.

Exploración y pruebas complementarias

ACP: arrítmico, no ruidos patológicos sobreañadidos, mvc. Neurológica: No alteración del lenguaje. Pupilas reactivas anisocóricas. MOEC. Nistagmo y romberg negativo. Pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas. ECG: FA a 100lpm. RX de tórax: nódulo pulmonar LII. TAC CRÁNEO: lesiones intraaxiales con edema vasogénico asociado a nivel supra e infratentorial, la mayor en lóbulo occipital

derecho, que condiciona un desplazamiento de línea media, en probable relación a afectación metastásica. RMN CRÁNEO: Lesiones intraaxiales sólidas en el hemisferio cerebeloso izquierdo y mixta sólido quística occipital derecha con edema vasogénico. TAC TÓRAX: Nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, polilobulado y márgenes espiculados, sugerente a carcinoma broncogénico. Enfisema centrolobulillar y paraseptal bilateral en lóbulos superiores en relación con EPOC. No adenopatías ni derrame pleural. TAC ABDOMEN: Sin alteraciones. BIOPSIA DE PULMÓN GUIADA POR TAC: En espera de resultados.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Probable carcinoma broncogénico en LII en estadio radiológico T2a N0 M1c. - Metástasis cerebrales. - Nódulo pulmonar en LII en paciente fumador activo. - Pendiente de resultado de biopsia.

Diagnóstico diferencial

Lesiones cerebrales: abscesos, tuberculomas, neurocisticercosis, sarcoidosis, metástasis y tumores primarios.

Nódulo pulmonar solitario: Granulomas infecciosos, carcinoma pulmonar, tumor carcinoide, hamartoma, carcinoma bronquioalveolar, metástasis, linfomas, mieloma múltiple.

Comentario final

La importancia que tiene la medicina de atención primaria en la prevención primaria con programas de abandono de hábito tabáquico, estimulación de hábitos saludables y control de FRCV, en la detección temprana de enfermedad con una anamnesis y exploración clínica completa y dirigida, así como hacer un seguimiento y ajuste de tratamiento adecuado para diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

- T. Molina Nieto, F. Cañadillas Hidalgo. Síndrome meníngeo, absceso cerebral y encefalitis. En: Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. *Medicina de Urgencias y emergencias*. 5ª. España: Elsevier; 2014.403-417

682/141. CEFALEA EN TRUENO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE.

Autores

Quiroz Figuera, D.¹, Quiroz Figuera, D.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid

Descripción del caso

Paciente mujer de 52 años, con antecedente personal de obesidad y desregulación del ciclo menstrual de comienzo reciente. Sin historia de cefalea o migraña u otros antecedentes personales o familiares de interés. Consulta a urgencias por presentar clínica de 4 días de evolución caracterizada por cefalea recurrente de severa intensidad, de aparición brusca, carácter opresivo, de predominio occipital bilateral, acompañada de náuseas, vómitos, palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias presentaba una tensión arterial de 210/110 mmHg. No presentaba alteraciones en la exploración física general ni neurológica. En tomografía computarizada (TC) se observó hemorragia subaracnoidea frontoparietal derecha y en angio-TC se evidenciaron estenosis en segmentos de la arteria cerebral media y posterior derechas. Angiografía mostró múltiples estenosis en todos los territorios vasculares, y la resonancia magnética cerebral también mostró hallazgos compatibles con un síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR). Fue ingresada en el servicio de neurología, recibiendo tratamiento con nimodipino, presentando una evolución clínica favorable.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de vasoconstricción reversible.

Diagnóstico diferencial

Cefaleas primarias, hemorragia subaracnoidea aneurismática, aneurisma no roto, apoplejía hipofisaria, disección de la arteria cervical, trombosis del seno venoso.

Comentario final

El SVCR se caracteriza por cefaleas en trueno recurrentes graves con o sin otros síntomas o signos neurológicos y un estrechamiento segmentario difuso de las arterias cerebrales en las imágenes que es completamente reversible a los 3 meses. Puede ser espontáneo o idiopático, aunque a menudo se identifica un factor desencadenante, tales como, fármacos vasoactivos y el posparto. La TC y RM pueden ser inicialmente negativas en 30 a 70% de los casos, y si se sospecha

su diagnóstico, se deben repetir. En la actualidad no existen ensayos controlados aleatorios para guiar el tratamiento, sin embargo, se han utilizado fármacos dirigidos contra el vasoespasmo, incluidos los bloqueadores de los canales de calcio, nimodipino y verapamilo.

Bibliografía

- Calic Z, Cappelen-Smith C, Zagami AS. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Intern Med J.* 2015;45(6):599-608.

682/143. INFARTO CEREBRAL FRONTAL IZQUIERDO ENMASCARADO POR LUMBALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Quiroz Figuera, D.¹, Quiroz Figuera, D.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid

Descripción del caso

Paciente hombre de 61 años con antecedentes de lumbociatalgia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia. Acude a consulta por dolor en región lumbar de 5 horas de evolución con parestesias en extremidad inferior derecha (EID) y torpeza al caminar, tras dos horas de inicio de clínica presenta trastorno sensitivo en extremidad superior derecha (ESD).

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración neurológica, se encontraba orientado, colaborador, lenguaje fluente, sin afasia ni disartria, mirada centrada, hipoestesia en hemicara derecha, Miller Fisher en ESD, claudicación de EID con maniobra de Mingazzini, no presentaba dismetría ni extinción sensitiva ni visual. Presentaba 1 punto en la escala de NIHSS. Tomografía computarizada (TC) cerebral no mostró alteraciones, en TC perfusión cerebral y angio-TC de troncos supraaórticos y polígono de Willis no se evidenciaron datos de oclusión. A pesar de haber presentado lumbalgia como presentación clínica inicial, dado que la evolución no permitió descartar un evento cerebrovascular se decidió su ingreso en el servicio de neurología con doble antiagregación como tratamiento. Se realizó

RM cerebral observándose pequeña lesión isquémica frontal izquierda. En el estudio etiológico, no se evidenciaron alteraciones en electrocardiograma ni ecocardiograma transtorácico, monitorización holter durante 48 horas no mostró riesgo de fibrilación auricular (FA), tampoco se evidenciaron alteraciones en estudios serológicos e inmunológicos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Infarto cerebral frontal izquierdo, sospecha de mecanismo embólico.

Diagnóstico diferencial

lumbociatalgia, crisis comiciales, estados confusionales (tóxicos, alteraciones metabólicas, psiquiátricas) síncope, aura migrañosa, encefalopatía.

Comentario final

El infarto cerebral es un déficit vascular isquémico que se clasifica según su etiología en aterotrombótico, cardioembólico, lipohilinos de arterias perforantes, infarto venoso, entre otras causas. Es importante identificar el infarto de origen cardioembólico que es de inicio brusco con máximo déficit al principio, ausencia de IT previos, en pacientes jóvenes, evidencia de embolia sistémica, conocimiento de cardiopatía valvular o no. La TC cerebral debe hacerse de manera inmediata, se puede realizar eco-doppler de troncos supraaórticos, angiografía por TC y RM.

Bibliografía

- Calvo R, Ochoa JJ, Toledano A, Jiménez L, Castilla S, Molino T, et al. Accidente cerebrovascular. En: Jiménez L, Montero FJ. *Medicina de urgencias y emergencias, guía diagnóstica y protocolo de actuación.* 6ª Edición. España: Elsevier; 2018. p 406-416.

682/144. "DOCTORA AYUDEME VOY A QUEDARME CALVA".

Autores

Miguel Urbano, D.¹, García Sánchez, I.², Morales Cortés, J.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 39 años, con antecedentes de hipercolesterolemia, insuficiencia venosa periférica y trombosis venosa en miembros inferiores, en tratamiento con atorvastatina y sintrom. Exfumadora. Acude a consulta de atención primaria (AP), muy preocupada, por caída de pelo abundante de 1 año de evolución acompañado de prurito. Refiere que mantiene una dieta saludable y equilibrada, que no se encuentra estresada y que no tiene mascotas en casa. Ha estado en contacto con conejos en el campo hace unos meses.

Exploración y pruebas complementarias

Dermatoscopio: Placa alopecica de 4x3 cm de diámetro en región interparietal con eritema y telangiectasias. Signo del pellizcamiento positivo y signo de arrancamiento negativo. Solicito pruebas complementarias: Análítica completa con función tiroidea, cortisol sanguíneo, anticuerpos para sífilis y autoinmunidad. A pesar de resultados analíticos sin alteraciones, derivo de manera urgente a Dermatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Alopecia cicatricial.

Diagnóstico diferencial

Las alopecias cicatriciales, congénitas o adquiridas, se producen como resultado de un daño folicular irreversible. Dentro de los diagnósticos diferenciales referidos a nuestro caso clínico, tenemos los siguientes: - Por causa física: Traumatismos, radiaciones ionizantes, quemaduras, infiltraciones intradérmicas de corticoides; - Infecciones: Sífilis, dermatosis bacterianas, víricas, micóticas, parasitarias, micobacteriosis; - Tumores: Epiteliales, metástasis cutáneas (alopecia metastásica); - Dermatitis inflamatorias crónicas: Lupus eritematoso discoide crónico, liquen plano pilar, sarcoidosis, porfiria cutánea tarda, penfigoide cicatricial, alopecia frontal esclerosante.

Comentario final

La alopecia, es una entidad que, aun siendo clínicamente benigna, es una alteración importante por su frecuencia, por ser origen de conflictos emocionales y porque, a veces, es un signo de otras alteraciones orgánicas. Éstos, fueron los motivos que me llevaron a elegir dicho caso clínico, el cual, tuvo un gran impacto sobre mi formación profesional como médico, ya que no me esperaba que mi paciente terminará con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.

Creo que una exhaustiva historia clínica y una correcta exploración física, sumado al acto de saber en qué momento debemos derivar y tener un manejo multidisciplinario, son tareas fundamentales y necesarias que debemos adquirir para ser competentes como médicos de AP.

Bibliografía

- L. Lacueva Modrego y J. Ferrando Barberá. "Alopecias: orientación diagnóstica, clínica y terapéutica". Elsevier. Medicina Integral, Vol. 35, Núm. 2, Enero 2000.

682/146. MELINÓLISIS CENTRAL PONTINA Y EXTRAPONTINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Quiroz Figuera, D.¹, Quiroz Figuera, D.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid

Descripción del caso

Hombre de 52 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, síndrome depresivo y lumbalgia crónica, en tratamiento con enalapril, desvenlafaxina, gabapentina, oxicodona, dexketoprofeno. Presenta clínica de 4 semanas de evolución caracterizada por episodios de confusión y desorientación, presentado posteriormente disminución brusca del nivel de consciencia y crisis convulsiva tónico-clónica, por lo que es llevado a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración inicial presentaba estado postcrítico y 7 puntos en la escala de Glasgow. En analítica presentaba hiponatremia, que fue corregida mediante la administración de sueros hipertónicos. Posterior a su corrección, presentó deterioro neurológico progresivo, llegando a manifestar posteriormente disartria, paresia facial derecha, bradicinesia e hiporreflexia simétrica en ambos hemicuerpos. En tomografía computarizada cerebral se observó área de hipointensidad a nivel del puente, y en resonancia magnética cerebral, lesión hiperintensa en puente y en región temporal izquierda en secuencias T2 y FLAIR.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Mielinólisis central pontina y extrapontina, secundario a hiponatremia de probable etiología farmacológica.

Diagnóstico diferencial

Isquemia de la protuberancia, las enfermedades desmielinizantes, los tumores del puente y las enfermedades metabólicas.

Comentario final

La mielinólisis central pontina es un trastorno neurológico caracterizado por la lesión simétrica de la mielina y oligodendrocitos en la protuberancia con preservación de neuronas y axones. También se ha descrito la mielinólisis extrapontina con lesiones en el tálamo, cuerpo estriado, corteza cerebral y otras áreas. Entre las manifestaciones clínicas comunes se encuentran: parálisis, disartria y alteración del estado mental. Por lo general, es secundaria a la corrección rápida de la hiponatremia. La resonancia magnética puede mostrar una anomalía simétrica de la intensidad de la señal en la protuberancia central con imágenes en secuencias T2 y FLAIR. En relación con el tratamiento, no existen ensayos clínicos para guiarlo una vez que se ha establecido el síndrome, sin embargo, se ha descrito el tratamiento con plasmaféresis e inmunoglobulinas intravenosas, en algunos casos con informes de buenos resultados.

Bibliografía

- Lamotte G. Central pontine myelinolysis secondary to rapid correction of hyponatremia historical perspective with Doctor Robert Laureno. *Neurol Sci.* 2021;42(8):3479-3483.
- Bose P. Central pontine myelinolysis and the osmotic demyelination syndromes: an open and shut case?. *Acta Neurol Belg.* 2021; 121 (4): 849-858.

682/147. URETRITIS TRAS RELACION SEXUAL SIN PROTECCIÓN.

Autores

Ríos Pérez, L.¹, Ochoa Delgado, C.², Díaz Sarmiento, S.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 36 años. AP: NAMC. FRCV: no refiere. Fumador de 10 cigarrillos al día. IQ: Litotricia. AF sin interés. TH: Enalapril 10mg, 1 comprimido diario. Acude a consulta de Atención Primaria porque refiere secreción blanquecina uretral de una semana de evolución tras haber mantenido relaciones sexuales sin protección con mujer desconocida. Fiebre de hasta 39°C. No dolor abdominal, sin náuseas ni vómitos. Niega diarrea. Disuria sin poliuria. No otra sintomatología por órganos o aparatos.

Se solicita sistemático de orina junto con exudado uretral y tras realizárselo, se indica pauta con ceftriaxona durante una semana a la espera de resultados.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido, TA 125/70 mmHg. FC 80lpm. Afebril en el momento de la exploración. ACP con tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. ABD: Ruidos hidroaéreos conservados. No se auscultan soplos abdominales. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. No defensa ni signos de irritación peritoneal. Blumberg (-) y Murphy (-). Puño-percusión renal bilateral (-). Exploración genital: Eritema en meato uretral con secreción purulenta. Se solicitan las siguientes pruebas complementarias: Analítica sanguínea: PCR 10 mg/l con el resto de la bioquímica normal; Hematimetría y Coagulación anodina. Sedimento urinario negativo. Serología para enfermedades de transmisión sexual (VIH, LUES, VHB, VHC). Exudado uretral: Se aísla "Mycoplasma genitalium".

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Uretritis por Mycoplasma genitalium.

Diagnóstico diferencial

Infección urinaria de tracto inferior. Uretritis gonocócica o no gonocócica (clamidia, más frecuente). Candidiasis. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. LUES. Prostatitis.

Comentario final

Tras los resultados de las pruebas complementarias, se cita al paciente para reevaluar sintomatología y ajustar el tratamiento. El paciente refiere mejoría clínica. Se decide pautar tratamiento con doxiciclina duran-

te una semana y continuar con azitromicina durante tres días para resolución total del episodio. Se recalca al paciente la importancia de mantener relaciones con protección con vistas a evitar posibles infecciones futuras por otros microorganismos y /o desarrollar enfermedades que comprometan la vida del paciente. Conviene recalcar la importancia de la detección precoz y el tratamiento empírico ante la sospecha de uretritis para evitar complicaciones como prostatitis o llegar a desarrollar una infección sistémica.

Bibliografía

- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021; 70:1.
- Yarza AA, Machado JAQ, Muñoz MCP, Neira DVG. Protocolo diagnóstico de la uretritis en el adulto sexualmente activo. *Medicine [Internet]*. 2022;13(54):3186-91

682/148. MOTIVO DE CONSULTA: LUMBALGIA. JUICIO CLINICO: ANEURISMA DE AORTA.

Autores

Donce De La Cruz, T.¹, Castro Sosa, V.², Díaz Sarmiento, S.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 82 años. No RAM. Hábitos tóxicos: Exfumador desde 2000.

AP: HTA, DM 2, IVC MMII. Tto: Telmisartan 80 mg/24h, Doxazosina 4mg/24h, Metformina 850 mg/12h, Pentoxifilina 400 mg/24h.

Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por lumbalgia crónica de meses de evolución, sin irradiación a MMII, que no mejora con analgesia. No traumatismo ni sobreesfuerzo mecánico previo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Dolor a la palpación a nivel paravertebral lumbar, que empeora con el decúbito, marcha y movi-

lización. No apofisalgia. Lassègue positivo a 45º. ROT conservados, no alteración de fuerza/sensibilidad. Pulsos periféricos presentes.

Radiografía de columna lumbosacra: signos osteodegenerativos, estrechamiento del espacio L5-S1, imagen de aorta abdominal calcificada con dilatación sacular.

Ecografía abdominal: aneurisma fusiforme de aorta infrarrenal de 86x85 mm axial y 100 mm longitudinal, sin alteraciones significativas a nivel de intima.

Días después, el paciente acudió a Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal en estado de shock, objetivándose " hematoma en el contexto de un síndrome aórtico agudo por complicación de aneurisma de aorta descrito. Trombo mural de pared con presencia de imagen de irregularidad y ulceración del mismo en su pared derecha." Se trasladó de manera urgente para reparación endovascular (REVA) de AAA roto. Presentó buena evolución, y a día de hoy el paciente se encuentra recuperado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Aneurisma de aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial

Lumbalgia mecánica, osteoartrosis.

Comentario final

El dolor lumbar es de los motivos de consulta más frecuentes en AP. En la mayoría de los casos la causa suele ser osteomuscular, pero debemos tener en cuenta otras causas como neoplásicas, infecciosas, y como en este caso, vasculares. Normalmente los AAA son asintomáticos, pero en otros, pueden cursar con lumbalgia, por lo que deberemos tenerlo en cuenta, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo: varones, >65 años, tabaquismo, historia familiar.

La ecografía es el gold standard en la determinación del AAA y desde AP podemos tener acceso a ella, junto con una sospecha temprana, puede ser determinante para nuestro paciente.

Bibliografía

- García Martos Á, de Los Riscos Álvarez M, Fernández-Espartero C. Abdominal aneurysm: An uncommon cause of low back pain. *Reumatol Clín (Engl Ed) [Internet]*. 2018 [citado el 15 de marzo de 2023];14(5):307-8.

682/152. ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJEMPLO DE SALUD UNIVERSAL Y ACCESIBILIDAD.

Autores

Espinoza Cuevas, G.¹, Gutiérrez Ruíz, Á.², Sánchez Hologado, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alcolea de Tajo. Alcolea de Tajo. Toledo, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alcolea de Tajo. Alcolea de Tajo. Toledo, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. El Puente del Arzobispo. Toledo

Descripción del caso

Mujer de 54 años extranjera sin antecedentes personales de interés, fumadora de media cajetilla diaria desde los 18 años. Acude a consulta en atención primaria por una tumoración en brazo derecho de aproximadamente 3 cm de diámetro de unos 3 años de evolución y una mácula de 1 cm de diámetro en proximidad a la tumoración aumentando considerablemente de tamaño en los últimos meses, tras exploración y ante la sospecha de malignidad se realiza interconsulta a dermatología mediante la aplicación informática dercam. A la semana la citan a consulta presencial y la incluyen para extirpar lesión. Tras la intervención y con resultado de anatomía patológica de melanoma la remiten al servicio de oncología para seguimiento. Se le realizó estudio de extensión con ecografía axilar, TAC toraco-abdomino-pelvíca (TAP) y analítica sin alteraciones significativas ni datos de metástasis. Actualmente la paciente esta asintomática en seguimiento por oncología.

Exploración y pruebas complementarias

Piel: Tumoración en cara lateral de brazo derecho de aproximadamente 3 cm de diámetro y una mácula de 1 cm diámetro de bordes irregulares, asimétrica en proximidad a la tumoración.

Anatomía patológica: bote 1 (lesión de 3,5 x 2,5cm): Carcinoma basocelular. Bote 2 (lesión de 1,1x0,9cm): melanoma de extensión superficial, Breslow 2mm.

Analítica: sin alteraciones.

Ecografía axilar: sin alteraciones.

TAC TAP: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Melanoma cutáneo no ulcerado, breslow 2 mm, estadio pT2a. NO.

Diagnóstico diferencial

Nevus melanocítico adquirido.

Nevus de Spitz.

Carcinoma epidermoide.

Comentario final

A diferencia de otros países donde el sistema sanitario es privado, España cuenta con un sistema sanitario universal y accesibilidad para todos los pacientes, lo cual es una gran ventaja en situaciones como esta donde se tiene que realizar una intervención rápida dada la gravedad de la enfermedad, potencialmente salvando así muchas vidas. La eficacia del sistema sanitario español se debe en gran parte por el gran trabajo que se realiza desde atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario.

Bibliografía

- OECD. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU-España Perfil sanitario nacional 2021. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2021-3d1c2ed2-es.htm>.

682/153. LA IMPORTANCIA DEL CRIBADO OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS Y SU MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

García Obrero, J.¹, Urbano Ponferrada, M.², Arroyo Pérez, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Se describe un caso de fibrilación auricular (FA) diagnosticada de forma casual en consulta de Atención

primaria (AP) en una paciente asintomática con antecedente personal de hipertensión arterial crónica. Tras la orientación diagnóstica inicial y la estratificación del riesgo de la paciente, se decidió en el mismo acto médico ponerse en contacto con consulta de Cardiología de alta resolución del hospital de referencia para conciliar tratamiento. Debido al abordaje multidisciplinar, se da de alta a la paciente a su domicilio con tratamiento anticoagulante, betabloqueante cardio-selectivo y cita de revisión con Cardiología, sin ninguna demora terapéutica y sin precisar atención en el Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente acudió a su centro de salud para la revisión periódica anual, con analítica de control y electrocardiograma (ECG) de doce derivaciones. Con el hallazgo de FA en el ECG, se decidió hacer una anamnesis orientada con el estudio de cuatro pilares fundamentales: estimar el riesgo de accidente cerebrovascular, con la escala CHA2DS2-VASC de riesgo tromboembólico y la escala HAS-BLED de riesgo hemorrágico; determinar la gravedad de los síntomas relacionados con la FA, valorar el patrón temporal y controlar los factores de riesgo cardiovascular.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se concluye que se trata de una FA de novo estable con posibilidad de manejo exclusivo por AP con apoyo de interconsulta inmediata a Cardiología.

Diagnóstico diferencial

La anamnesis realizada determinó que el correcto tratamiento era heparina a dosis anticoagulante y con control de la frecuencia cardíaca con bisoprolol.

Comentario final

No es típico que los pacientes con FA de novo se diagnostiquen y se traten en la consulta de AP sin pasar por el Servicio de Urgencias. Gracias a la prevención secundaria de FA en pacientes hipertensos y a una comunicación internivel directa con la consulta especializada, un médico de familia puede conseguir el manejo global y efectivo de estos pacientes.

Bibliografía

•Romero-Morales F. B. Fibrilación Auricular. En: *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Proceso Cardiológico. Manual para los equipos de Atención Sanitaria Extrahospitalaria. 4ª edición. España: EPES; 2021. p. 89-108.*

•Barberá-Pérez D, Muniesa Urbistondo C, Isarre-García de Jalón P. Los principales problemas de salud. Fibrilación auricular. *AMF* 2022; 18(9):494-507.

682/154. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Autores

Quiroz Figuera, D.¹, Quiroz Figuera, D.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid

Descripción del caso

Hombre de 77 años, como antecedentes relevantes presentaba artritis reumatoide (AR), síndrome constitucional y hallazgos radiológicos de infiltrados pulmonares bilaterales de un año de evolución. Consultó a urgencia clínica de 15 días de evolución caracterizada por disnea de mínimos esfuerzos, acompañada de tos con expectoración hemoptoica, sin fiebre, por lo que es derivado a neumología.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física presentaba tensión arterial de 128/62 mmHg, 121 lpm, SaO₂: 92%, afebril, taquipneico, en la auscultación cardio-pulmonar presentaba sibilantes dispersos, crepitantes finos en campo inferior derecho, edema en miembro inferior derecho con fóvea, no doloroso, signo de Olow y Homans negativos. En rayos X de tórax se observó infiltrado intersticial bilateral y diseminado, con áreas de consolidación. En tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) de tórax, se observaban signos de enfisema centrilobular e imágenes compatibles con enfermedad intersticial difusa fibrosante. Se realizó gasometría arterial, en la que presentaba alcalosis respiratoria, y en analítica dímero D elevado (1427 ng/ml). La citología de broncoaspirado y lavado broncoalveolar fue negativa para células malignas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) con patrón radiológico de combinación de fibrosis y enfisema pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca, bronquiectasias, neumonía, linfangitis carcinomatosa, infiltrados pulmonares en pacientes inmunodeprimidos, hemorragias pulmonares difusas, neumonía lipoidea, tuberculosis miliar y enfermedad miliar.

Comentario final

Las EPID son un grupo amplio y heterogéneo de entidades que tienen en común la afectación del intersticio pulmonar. Es una de las manifestaciones extraarticulares más frecuentes y graves de la AR. En caso de sospecha se suele realizar una radiografía de tórax y unas pruebas funcionales respiratorias. El gold standard es una TCAR de tórax. Para el tratamiento de las exacerbaciones agudas se aconsejan los glucocorticoides, además es aconsejable la antibioticoterapia de amplio espectro, dada la dificultad de descartar un proceso infeccioso subyacente. Una vez descartada la infección, se debe intensificar el tratamiento añadiendo un fármaco inmunosupresor.

Bibliografía

- Narváz FJ, Rodríguez JA, Brito N, Díaz P, Aburto M, Bonilla MG. Recomendaciones SER-SEPAR sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) asociada a la Artritis Reumatoide (AR) [Internet]. Sociedad española de reumatología. [Consultado 14 Marzo 2023]. Disponible en: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2022/05/Recomendaciones-EPID-en-AR_DEF.pdf

682/155. LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR.

Autores

López de Priego García, V.¹, García Barbarroja, A.², García Ors, G.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 72 años con antecedentes de gonartrosis y bocio multinodular benigno, acude a consulta para control de salud rutinario. Refiere desde hace unos meses

presenta disnea con los esfuerzos que había ido a más sin otra clínica cardíaca o respiratoria. No fumadora.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la exploración se detectan crepitantes secos generalizados. Se solicita radiografía de tórax en la que destaca un patrón intersticial micronodular sobre todo en campos derechos y mayor densidad en mediastino medio. En la analítica destaca leve hiperferritinemia con índice de transferrina también elevado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la sospecha de una neumopatía intersticial se deriva a la paciente a Neumología. Solicitan una tomografía de alta resolución (TACAR) pulmonar en la que se describe parénquima pulmonar sugerente de afectación intersticial con patrón CT indeterminado para NIU. Indagando en la historia de la mujer, gran parte de su vida a vivido con pájaros.

Diagnóstico diferencial

Neumopatía intersticial idiopática.

Neumopatías secundarias a procesos infecciosos.

Neumopatías secundarias a enfermedades reumáticas.

Neumonitis por hipersensibilidad.

Comentario final

Las enfermedades pulmonares intersticiales son un grupo de enfermedades poco frecuentes que afectan primariamente los alveolos y los tejidos perialveolares. Se suelen manifestar como disnea, tos y astenia y presenta patrones radiográficos similares. Se clasifican en función de la causa, si es conocida, o como idiopáticas. En nuestro caso clínico la exposición prolongada a pájaros podría ser el origen de una neumopatía o de una neumonitis por hipersensibilidad. Para su diagnóstico es imprescindible un examen físico destacando la auscultación pulmonar, aunque también es importante prestar atención a otros hallazgos sistémicos o extrapulmonares (ejemplo dedos en palillo de tambor...). Se debe de acompañar de un examen serológico y microbiológico descartando causas infecciosas o enfermedades reumáticas y como prueba de imagen destaca el TACAR. Respecto al tratamiento destacar las medidas de soporte y las actividades preventivas como el tratamiento principal y en especial para evitar complicaciones. En otros casos se usan corticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

- King TE Jr. *Approach to the adult with interstitial lung disease: Clinical evaluation* [Internet]. 2022. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/approach-to-the-adult-with-interstitial-lung-disease-clinical-evaluation?search=neumopatía%20intersticial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- King TE Jr. *Approach to the adult with interstitial lung disease: Diagnostic testing* [Internet]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/approach-to-the-adult-with-interstitial-lung-disease-diagnostic-testing?search=neumopatía%20intersticial&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

682/156. DIAGNÓSTICO: DIABETES.

Autores

García Medero, S.¹, Gil Muñoz, J.², Barrera Martínez, Y.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Técnico de Salud. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Hombre de 35 años que acude a AP para solicitar analítica de control por glucemia elevada en reconocimiento médico laboral. Refiere que hace 15 años se detectó esta elevación, pero no continuó el estudio. No refiere síntomas cardinales de diabetes. No refiere hipoglucemias. Cambios AP: hernia de hiato. AQx: apendicectomía. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. AF: madre Diabetes tipo 2, dos primos hermanos familia materna Diabetes monogénica y varios parientes de familia materna con Diabetes tipo 1.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, CyO, BHyP, eupneico. Asintomático. TA 115/74, FC 63 lpm, SatO2 100%. Peso 76 Kg, IMC 24,5. ACP sin hallazgos. Abdomen anodino. MMII sin edema ni signos de TVP.

Se solicita analítica sanguínea con los siguientes resultados: Glucosa 138 mg/dL, Hemoglobina glicosilada 5,7%. Resto sin hallazgos. Resultados similares en

analítica del reconocimiento médico. Debido a dichas alteraciones se deriva a endocrinología para continuar y ampliar estudio.

En endocrinología se solicita nueva analítica sanguínea con marcadores específicos (péptido C, elastasa pancreática...) y marcadores inmunológicos que puedan orientar el diagnóstico de diabetes. Resultados: péptido C y elastasa pancreática en rango de normalidad; Marcadores inmunológicos en rango de normalidad excepto Ac Anti peroxidasa, que se encuentran elevados. Además, se solicita estudio genético y ecografía tiroidea, en la que se diagnostica tiroiditis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes Mellitus.

Diagnóstico diferencial

Diabetes Mellitus tipo 1 (marcadores inmunológicos) vs Diabetes monogénica (estudio genético).

Comentario final

La Diabetes es una patología muy prevalente en nuestro medio y que, en general, se realiza el diagnóstico y el seguimiento desde Atención Primaria, donde existe un programa específico. Es importante tener claro el algoritmo diagnóstico y los criterios de derivación a Atención Especializada. Además, la actualización en el manejo terapéutico de la diabetes es imprescindible, debido a los avances que se están realizando. Desde AP se puede hacer el diagnóstico en la mayoría de los casos, siendo precisa la derivación en casos particulares en los que se necesite parámetros analíticos a los que no se tiene acceso. La derivación también se realiza en casos de mal control a pesar de tratamiento óptimo.

Bibliografía

- Suárez-Pita D et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. Madrid. 2016.*

682/157. LA IMPORTANCIA DE UN SISTEMA SANITARIO ACCESIBLE.

Autores

Llorens Falcetti, L.¹, Martínez del Río, M.², Gómez Nieves, O.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque.

Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de La Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 27 años que acude al cs recién llegado de Marruecos, refiere aparición de lesiones de instauración progresiva de aspecto blanquecino, pruriginosas de predominio en miembros y afectación palmo plantar, que en los dos últimos meses se han acompañado de dolores articulares, con importante limitación funcional y picos febriles de hasta 39ª.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta lesiones polimorfas generalizadas, eritematosas en placas que afectan de manera simétrica bilateral, sobrellevadas, con aspecto circinado, descamadas y pustulosas en distintos estadios, pruriginosas y muy dolorosas.

Afectación extensa a nivel de troco y raíz de extremidades, eritematosa-descamativas, blanquecianas, posible psoriasis guttata, con lesión umbilical humedad que podría corresponder a una sobreinfección micótica local.

Afectación extensa en placas eritematopustulosas, a nivel de extremidades con afectación palmoplantar, dedos y superficie dorsal, plantopalmar desnudas que podría ser psoriasis pustulosa extensa grave.

Genitales con lesiones similares en gotas, diseminadas hasta pene y escroto, y presencia de lesiones húmedas, maceradas con pérdida de pie en región inguinal bilaterales que podrían ser un intertrigo sobreañadido.

Análítica: Hg 13,1, fórmula leucocitaria sin alteraciones, Perfil hepático con hipertransaminasemia aislada, PCR 9,7, PCT 0,05.

Por la clínica y anamnesis, cumple criterios de ingreso:

- Extensión de sus lesiones (BSA>10%)
- Empeoramiento rápido en las últimas 4 semanas
- Limitación funcional, palmoplantar y genital
- Percepción de gravedad subjetiva, con afectación de la calidad de vida del paciente (DLQI>10)
- Artropatía de aparente etiología psoriasica asociada

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Dados los hallazgos clínicos y los datos de anamnesis, se sospecha psoriasis grave con afectación articular.

Finalmente y tras la realización de pruebas complementarias y biopsia cutánea durante el ingreso fue diagnosticado de Posible Síndrome de Activación Macrofagica (SAM)) secundario a causa autoinmune, probable conectivopatía indiferenciada en contexto de LES con mal pronóstico.

Diagnóstico diferencial

Pitiriasis de Gilbert, Sífilis, Liquen plano.

Comentario final

El paciente estuvo ingresado en UCI durante varias semanas, por complicaciones secundarias. Es de destacar la importancia de un buen sistema sanitario para un correcto seguimiento y un diagnóstico precoz de este tipo de patologías.

Bibliografía

- Bordas X. Tratamiento tópico de la psoriasis. Revisión de publicaciones recientes. 2003; 18(9): 509-14.
- Ferrandiz C. Dermatología Clínica. 2ª ed. Madrid: Harcourt: 2011; p.165-75

682/158. CUIDADO CON LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS.

Autores

Llorens Falcetti, L.¹, Martínez del Río, M.², Gómez Nieves, O.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de La Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 17 años con antecedentes de atresia pulmonar con comunicación interventricular y colaterales sistémico pulmonares, no corregido al nacimiento en Marruecos, país de origen del paciente.

El paciente comenzó seguimiento por su patología a su llegada a un centro de menores de nuestra área hace 6 años, cuando es derivado al hospital de referencia donde se intenta reparación quirúrgica sin resultados deseados, aunque con mejoría patológica.

Tras lo cual el paciente refiere evolución favorable con mejoría del grado funcional y oxigenación. Como tratamiento habitual: AAS 100 y Dexametasona 6 mg/ 24h.

Acude a nuestra consulta del SUH por cuadro de fatigabilidad intensa y edemas en tobillos de rápida aparición.

Exploración y pruebas complementarias

Sat O2 76%, eupneico, tolera bien el decubito, no IY, deformidad torácica en quilla. ACP: rítmica, no soplos significativos. Murmullo conservado sin ruidos sobreañadidos. EE: cianosis acra con leve edema en tobillos.

Analítica: donde destaca una hiponatremia con una hiperpotasemia secundaria, realizándose pues analítica hormonal donde apareció una aldosterona baja y un cortisol elevado, compatible con un Sd de Cushing.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sd de Cushing iatrogénico, secundario a la larga toma de corticoides (dexametasona) por parte del paciente dada su patología de base.

Diagnóstico diferencial

Tumor de la corteza suprarrenal, Displasia adrenal micronodular, Sd de McCune-Albright.

Comentario final

El hiper cortisolismo exógeno o Sd de Cushing iatrogénico, es la causa más frecuente de Sd. de Cushing en la infancia y adolescencia, secundaria a la administración exógena de glucocorticoides ó ACTH, como parte del tratamiento de diversas patologías.

El uso de corticoides a dosis altas y de forma prolongada, sea por la vía que sea (oral, parenteral, cutánea, ocular, inhalatoria), y con cierto grado de susceptibilidad individual, conlleva la aparición clínica de un hiper cortisolismo que en muchas ocasiones es florido y se resuelve tras suprimir la medicación.

Se reduce la producción de CRF y de ACTH, y se produce una atrofia de la corteza suprarrenal que persiste unos meses tras suprimir la corticoterapia.

Bibliografía

- Rodríguez Hierro F, Ibañez L. *Hiperfunción e hipofunción suprarrenal. Tratado de Endocrinología Pediátrica y del Adolescente.*
- Lindholm J, Juul S. *Incidence and late prognosis of Cushing syndrome.*

682/159. TEMBLOR ESENCIAL CON ALTERACIÓN DE LA MARCHA.

Autores

Herrera Torres, M.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 73 años, diagnosticada hace 25 años de temblor esencial, que inició con clínica de temblor de acción en MMSS y espasmos musculares, actualmente en tratamiento con Propanolol 40 mg por la mañana. Consulta por la aparición de temblor cefálico en el último año, asociado a marcha inestable y numerosas caídas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Temblor postural e intencional generalizado en cuatro extremidades de predominio en MMSS, asociado a temblor cefálico en no-no, oromandibular y vocal. No rigidez en rueda dentada. No bradicinesia. Marcha con pasos cortos algo inestable, pero braceo presente y no dificultad en giros. Tándem dificultoso.

Pruebas complementarias: Analítica: TSH, vitamina B12 y ácido fólico en rango. Cobre en sangre y orina de 24h normal.

RMN craneal sin alteraciones significativas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Temblor esencial plus.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Parkinson, disfunción cerebelosa (accidente cerebrovascular, traumatismo o esclerosis múltiple), Síndrome de Wilson.

Comentario final

El temblor esencial se caracteriza por un temblor de acción en extremidades superiores, bilateral, de al menos 3 años de duración, con o sin temblor en otras localizaciones. Con frecuencia se manifiesta con signos neurológicos leves que no son suficientes para realizar un diagnóstico de síndrome adicional, como alteración de la marcha, postura distónica o deterioro de la memoria. Esta presentación clínica se denomina "temblor esencial plus".

Bibliografía

- *Bhatia KP , Bain P , Bajaj N , et al. Declaración de consenso sobre la clasificación de los temblores: del grupo de trabajo sobre temblores de la International Parkinson and Movement Disorder Society. Mov Disord 2018.*
- *Deuschl G , Wenzelburger R , Löffler K , Raethjen J , Stolze H . Temblor esencial y disfunción cerebelosa. Análisis clínico y cinemático del temblor de intención. Brain 2000.*
- *Stolze H , Petersen G , Raethjen J , Wenzelburger R , Deuschl G . El trastorno de la marcha del temblor esencial avanzado. Brain 2001.*

682/161. HISTIOCITOSIS X Y OSTEONECROSIS DEL MAXILAR.

Autores

Herrera Torres, M.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 62 años, fumador, expuesto laboralmente a amianto durante 20 años. En contexto de estudio por lesión necrótica mandibular, se realizó biopsia del maxilar en la que se encontraron hallazgos compatibles con Histiocitosis X.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación Pulmonar: Hipofonosis global moderada con algunos sibilantes espiratorios aislados.

TAC torácico: Afectación pulmonar bilateral con patrón intersticial en el que predominan las lesiones quísticas de pequeño tamaño. Patrón radiológico compatible con histiocitosis de células de Langerhans.

Biopsia mandibular: Histiocitosis de células de Langerhans (histiocitosis x, granuloma eosinófilo).

Espirometría: Patrón obstructivo grave (FEV1/FVC 57%, FEV1 37%, FVC 47%).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Histiocitosis X.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Linfangioleiomiomatosis.

Comentario final

La Histiocitosis de células de Langerhans pulmonar es la proliferación de células de Langerhans monoclonales con infiltración local o difusa de órganos, entre ellos la boca y el intersticio pulmonar. Entre sus manifestaciones se encuentran infiltrados pulmonares, lesiones óseas, erupciones cutáneas y disfunción hepática, hematopoyética y endocrina.

Se desconoce la causa, pero fumar juega un papel fundamental. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, fatiga y dolor torácico de tipo pleurítico. El diagnóstico se basa en los resultados del lavado broncoalveolar y la biopsia. El tratamiento se basa en dejar de fumar, e incluye quimioterapia o tratamiento local con cirugía o radioterapia según la extensión de la enfermedad. La tasa de supervivencia a 5 años es de aproximadamente 74%.

Bibliografía

- *Minkov M, Grois N, McClain K, et al: Langerhans cell histiocytosis: Histocyte Society evaluation and treatment guidelines. April 2009.*
- *Haupt R, Minkov M, Astigarraga I, et al: Langerhans cell histiocytosis (LCH): guidelines for diagnosis, clinical work-up, and treatment for patients till the age of 18 years. Pediatr Blood Cancer 60(2):175-184, 2013.*

682/162. NEUMOTÓRAX A TENSIÓN EN JOVEN FUMADOR.

Autores

Herrera Torres, M.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 29 años, fumador activo, acude a urgencias por disnea súbita y dolor punzante en hemitórax izquierdo, de 5-6 horas de evolución, sin antecedente traumático previo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Mal estado general, consciente, orientado y colaborador, taquipneico con SatO₂ al 94%. FC 120 lpm y TA 127/62. Sin ingurgitación yugular ni desviación traqueal. Carótidas rítmicas e isopulsátiles. Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular

abolido en hemitórax izquierdo. Ausencia de transmisión de vibraciones vocales. Radiografía de tórax en inspiración, espiración y lateral: Neumotórax izquierdo completo que desplaza al mediastino hacia lado contralateral.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumotórax espontáneo a tensión.

Diagnóstico diferencial

Cuadros que producen disnea y dolor torácico agudo: Hemotórax, Pericarditis, Taponamiento cardiaco, Disección aórtica, Embolismo pulmonar.

Comentario final

El neumotórax espontáneo primario se presenta habitualmente en hombres jóvenes con hábito asténico e historia de tabaquismo. El neumotórax a tensión es aquel en el que la retracción pulmonar y el desplazamiento del mediastino contralateral provocan un colapso de venas torácicas con inestabilidad hemodinámica que puede terminar en parada cardiorrespiratoria. El diagnóstico es clínico, debe sospecharse ante la existencia de disnea, hipotensión arterial con tonos cardiacos normales, ingurgitación yugular, silencio auscultatorio y ausencia de transmisión de vibraciones aéreas. Este cuadro supone una emergencia vital que obliga a toracocentesis inmediata sin necesidad de confirmación radiológica.

Bibliografía

- Jiménez U, Gutiérrez I, Ibargoyen N, Laita A, Jauregui A, Hernando F. *Guía de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento del traumatismo torácico cerrado no grave*. *GuíaSalud*; 2020. pp. 1-216.
- Reamy BV, Williams PM, Odom MR. *Pleuritic Chest Pain: Sorting Through the Differential Diagnosis*. *Am Fam Physician*. 2017 Sep 1;96(5):306-12.
- Monterrubio Villar J, Fernández Bergés D, Alzugaray Fraga RJ, Veiga MD, Córdoba López A, Corcho Díaz G. *Elevación del ST y neumotórax a tensión*. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53(3):467-70.
- Garófalo Espinel AC, Grisman Laverde JL, Quiroga Alvarez JE, Arcos Viscarra PS. *Neumotórax espontáneo, diagnóstico y tratamiento. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarrollo las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]*. 2020 [citado el 26 de abril de 2023];4(4):300-9.

682/163. "Y PASÓ LO QUE NO TENÍA QUE PASAR".

Autores

Muñoz Hinojosa, M.¹, López Sánchez, J.², Mateo Pérez, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 15 años que acude a consulta, acompañada de su madre. La madre es la que en todo momento lleva la voz. Nos refiere que su hija, tras mantener relaciones desprotegidas con su pareja con la que lleva 9 meses, ha dado positivo en un test de embarazo. Refiere que ha mostrado su deseo de no continuar con el embarazo por lo que solicita una interrupción voluntaria del mismo. La madre, que se muestra tranquila, nos transmite sus dudas acerca del proceso, cuánto tiempo se demorará, cuáles pueden ser los efectos secundarios, si le afectará a su hija psicológicamente. Ella, que pasó por un proceso igual, con 15 años tuvo a su primer hijo, nos transmite que no quiere que la niñez de su hija se vea interrumpida por el embarazo, quiere que siga siendo joven y disfrute sin la responsabilidad de tener que criar a un hijo. Le respondemos las dudas, explicando el proceso a ambas y les animamos a acudir a nuestra consulta en cualquier momento que precise. Derivamos a la trabajadora social para iniciar el proceso.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Constantes dentro de la normalidad. No alteraciones orgánicas. Test de gestación Positivo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Interrupción voluntaria del embarazo.

Comentario final

La educación sexual debe ser una prioridad en la sociedad actual en la que cada vez se adelanta más la edad de inicio de las relaciones sexuales. No solo por el riesgo de embarazo no deseado si no por el aumento de casos de enfermedades de transmisión sexual. Desde atención primaria tenemos los profesionales, materiales y espacios idóneos para poder realizarlo. Actualmente con la figura de enfermería escolar la ta-

rea sería incluso más sencilla ya que podríamos intervenir en los institutos.

Bibliografía

- Danet Danet A. *Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo [Women's emotional accounts of induced abortion]*. *Gac Sanit.* 2021 Jul-Aug;35(4):361-373. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. *Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia [Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents]*. *Aten Primaria.* 2019 Aug-Sep;51(7):424-434.

682/164. MÉDICO DE FAMILIA: PEDIATRA DE URGENCIAS EN NUMEROSAS OCASIONES.

Autores

Espinosa Contreras, F.¹, Borrallo Uclés, J.², Marin Cordero, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Mancha Real. Jaén, (2) Residente de 2º año de 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 Federico Castillo. Jaén

Descripción del caso

Paciente lactante de 9 meses de edad nacida a término, correctamente vacunada, sin antecedentes de interés, sin alergias conocidas, que acude al servicio de urgencias de atención primaria por disnea y fiebre (con temperatura máxima de 38.7°C) de dos días de evolución, junto con rinorrea abundante y tos productiva.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta un peso de 8 Kg, saturación de O₂ a 91% sin aporte de oxigenoterapia, una frecuencia cardíaca de 184 latidos por minuto, buena perfusión y coloración, no presenta exantemas ni petequias y tiraje subcostal moderado. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: sibilancias espiratorias bilaterales junto con roncus dispersos en todos los campos. Abdomen blando y depresible sin masas ni visceromegalias. Faringe normal. Otoscopia normal. No adenopatías.

Se administra oxigenoterapia en gafas nasales a 1 L/min en el centro de salud y se realiza radiografía de tórax en dicho centro. Dada la imagen hallada en la radiografía de condensación en lóbulo superior derecho y la no mejoría de la clínica con aporte de oxigenoterapia y antitérmicos se deriva a Urgencias Hospitalarias para observación y realización de pruebas complementarias.

En urgencias hospitalarias se realiza panel urgente de virus respiratorios (Virus Respiratorio Sincitial, Virus Influenza A y B, COVID19) con resultado positivo para VRS. Se procede a ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos con aporte de oxigenoterapia y tratamiento antibiótico intravenoso.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Bronquiolitis con posible sobreinfección bacteriana.

Diagnóstico diferencial

Asma; aspiración de cuerpo extraño.

Comentario final

Los médicos de familia necesitan estar formados adecuadamente en diagnóstico y tratamiento de patologías agudas y/o urgentes en pacientes de edad pediátrica, sobre todo en épocas frías del año o cuando hay un aumento de transmisión epidemiológica de cualquier tipo de agente patógeno, momentos en los cuales se produce un incremento de la asistencia de estos pacientes a urgencias de los centros de Atención Primaria.

Bibliografía

- Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison. Principios de Medicina Interna.* 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación.* 6 ed. Madrid: Elsevier; 2018.

682/166. LA MICROHEMATURIA COMO NUESTRA ALIADA.

Autores

Martínez del Marmol Martínez, A.¹, Oliveira Dias, C.², Carro Sánchez, D.¹

Centro de Trabajo

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

(2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Hombre de 55 años, fumador de 1 paquete al día desde los 18 años que presenta urgencia miccional y polaquiuria de 3 meses de evolución. Sin mayores antecedentes de interés. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Ante una exploración física normal, se realiza una analítica de sangre que resulta normal y una de orina donde se observa microhematuria.

Revisando analíticas previas constatamos que dicha microhematuria ya existía en estudios previos. Ante dicho hallazgo se solicita citología de orina. Con resultado anormal, se solicita teleconsulta a urología para citoscopia.

En consulta de Urología: única lesión pediculada de unos 3 cm en el interior de la vejiga, que no infiltra capa muscular.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Lesión tumoral vesical.

Diagnóstico diferencial

litiasis renales, glomerulonefritis agudas, menstruación en mujeres, tuberculosis genito-urinaria y con tumores renales o de la vía urinaria.

Comentario final

Desde atención primaria cuando tenemos microhematuria persistente en pacientes fumadores deberíamos de solicitar citología de orina, y posteriormente valorar la derivación a Urología para realización de cistoscopia para filiar dicha microhematuria.

Debemos de tener siempre presente que el cáncer de vejiga esta muy relacionado con las sustancias que posee el tabaco y que su principal signo es la microhematuria. Otros síntomas son urgencia miccional o polaquiuria. El tratamiento de dicho tumor depende de la estadificación en el momento diagnóstico, si es de manera precoz sin infiltrar capa muscular suele ser curable.

Bibliografía

- Lenis AT, Lec PM, Chamie K, Mshs MD. Bladder Cancer: A Review. JAMA. 2020 Nov 17;324(19):1980-1991. doi: 10.1001/jama.2020.17598. PMID: 33201207

682/169. DOCTOR, ESTOY DESESPERADA CON LA DIARREA.

Autores

LLoris Moraleja, C.¹, Ureña Moreno, L.¹, Serrano León, M.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 80 años, con hipertensión arterial e hipotiroidismo. Tratamiento: olmesartán 40mg/amlodipino5mg/hidroclorotiazida25mg/24 horas, levotiroxina 25mcg/24 horas. Acudió refiriendo diarrea, dolor abdominal tipo cólico desde dos años. En los últimos meses, deposiciones más líquidas y frecuentes, sin productos patológicos, con pérdida de peso. Se solicitaron pruebas complementarias, y tras resultados, se derivó a Digestivo. Se probaron múltiples tratamientos (probióticos intestinales, antidiarreicos, rifaximina), sin mejoría. Precisó atención urgente por parestesias, mareo, presentando hipocalcemia e hipopotasemia, con reposición electrolítica. En consulta posterior, continuaba con diarrea, se suspendió olmesartán, por hipotensión arterial. En la siguiente consulta, la diarrea había cedido.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 110/70mmHg, frecuencia cardiaca 65lpm, temperatura 36.5°C. Buen estado general, consciente, orientada, bien perfundida e hidratada, marcada delgadez, eupneica. Tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos respiratorios. Abdomen blando, sin masas ni organomegalias, ligero dolor a la palpación generalizada, murphy y blumberg negativos, ruidos hidroaéreos conservados, puño percusión renal negativa. Miembros inferiores con pulsos conservados, sin edemas, sin signos de trombosis venosa profunda. Desde Atención Primaria se solicitaron: analítica sangre; Hb 11.6, resto de hemograma, coagulación y bioquímica (función renal, hepática, perfil férrico, ferritina, velocidad sedimentación globular) sin alteraciones. IgE alimentos, anticuerpos antitransglutaminasa, antígeno Helicobacter pylori en heces, coprocultivo y sangre oculta en heces negativos. Además, colonoscopia: divertículos en colon, biopsia intestinal sin alteraciones. En interconsulta con Digestivo, solicitaron calprotecti-

na en heces, elastasa pancreática en orina; negativos, pautaron rifaximina, sin mejoría, diagnosticándola de diarrea funcional.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diarrea por olmesartán.

Diagnóstico diferencial

Múltiples causas pueden ocasionar diarrea acuosa por malabsorción, por enteropatía como enfermedad celíaca, fármacos-olmesartán, sobrecrecimiento bacteriano, insuficiencia pancreática exocrina, malabsorción azúcares o ácidos biliares, alergia alimentaria. Si diarrea inflamatoria: por infecciones, colitis ulcerosa, enfermedad Crohn, diverticulitis, colitis isquémica, neoplasias. O por diarrea funcional.

Comentario final

La diarrea es una consulta frecuente, debemos realizar una adecuada anamnesis, de antecedentes familiares, personales (viajes, prácticas sexuales de riesgo, enfermedades sistémicas, cirugías, fármacos) y exploración física detallada. Así, se evitaría solicitud de pruebas complementarias innecesarias y diagnósticos incorrectos.

Bibliografía

- Fernández-Bañares F, Accarino A, Balboa A, et al. Diarrea crónica: definición, clasificación y diagnóstico. *Gastroenterol Hepatol.* 2016;39(8):535-559.

682/170. NI LA GEA ES TAN BUENA, NI LA METFORMINA TAN MALA.

Autores

Castillo Muñoz, L.¹, Ruiz Pereira, C.², Manzano López, C.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 71 años diabética e hipertensa con cuadro de GEA de 96 horas y disminución de la ingesta presentando deterioro del estado general. Se realiza analítica y ecografía diagnosticando un fracaso renal agudo, descartando causa obstructiva.

A los 3 días reanuda por empeoramiento franco hipotensas, taquicardia y obnubilada; Tras realizar una ga-

sometría venosa se objetiva una acidosis láctica trasladándose a la unidad de Críticos por probable cuadro causado por intoxicación por Metformina.

Se inició cuadro de hemodiálisis en UCI con apoyo de noradrenalina y tras 48 horas la paciente pudo subir a planta ante excelente respuesta, mejorando clínica y analíticamente.

Exploración y pruebas complementarias

- GsV: pH 6,70; Acido láctico 16; Cr 7,8
- Ecografía renal
- ECG: Taquicardia sinusal
- Analítica al ingreso y al alta con mejoría clara de la función renal

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Acidosis láctica por metformina tras fracaso renal agudo provocado por cuadro de GEA.

Diagnóstico diferencial

Acidosis metabólicas con aumento del anión GAP (Cetoacidosis diabética, tóxicos, sepsis, farmacológico...).

Comentario final

Establecer el diagnóstico preciso y oportuno de acidosis láctica requiere como primer paso conocer los antecedentes del paciente, prestando atención a causas que afecten la función renal o hepática. En segundo lugar hacer un buen diagnóstico diferencial del resto de causas de acidosis metabólica con aumento del anión GAP.

Es vital la urgencia en el inicio precoz de terapia renal sustitutiva, eligiendo la modalidad según la disponibilidad, estado hemodinámico y experiencia del centro.

La mortalidad en pacientes con sobredosis de metformina se acerca al 40%, por lo que el inicio de tratamiento tiene como fin la eliminación del fármaco y la corrección del estado ácido base de forma simultánea, con el fin de reducir dicho porcentaje si se aplica de forma precoz.

Bibliografía

- Mellado-Orellana R, Ortega-Chavarría MJ, Rojas-Velasco G, Ruiz-Palacios P, Díaz-Greene EJ, Rodríguez-Weber FL. Acidosis láctica por metformina, manejo con diferentes estrategias de sustitución renal [Internet]. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/acidosis-lactica-por-metformina-manejo-con-diferentes-estrategias-de-sustitucion-renal/>

- Martin Gómez MA, Sánchez Martos MD, García Marcos SA, Serrano Carrillo de Albornoz JL. Metformin-induced lactic acidosis: usefulness of measuring levels and therapy with high-flux haemodialysis. *Nefrología [Internet]*. 2011;31(5):610-1. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-acidosis-lactica-grave-por-metformina-articulo-X0211699511052431>

682/171. LA ECOGRAFÍA, INDISPENSABLE EN NUESTRA CONSULTA DE URGENCIAS.

Autores

Morales Delgado, N.¹, López Estepa, M.², Aranda Domínguez, L.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 Aeropuerto. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 64 años, sin enfermedades previas conocidas ni tratamiento habitual. Antecedentes de cólico renal izquierdo hace 3 años. Fumador de 1 paquete de cigarrillos diario. Intervenciones quirúrgicas: vasectomía. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de inicio súbito e intensidad moderada a severa en flanco/fosa iliaca derecha tras masturbación en domicilio. Refiere irradiación hacia región lumbar derecha. Asocia náuseas sin vómitos. Niega episodios previos similares. Es estudiado por el servicio de urgencias con analítica, sistemático de orina y radiografía de abdomen; sin encontrar patología urgente y es dado de alta por mejoría parcial del dolor, con sospecha de posible cólico renal derecho. A las 3 horas, el paciente acude de nuevo a urgencias sufriendo pérdida de conocimiento de manera súbita en la zona de triaje.

Exploración y pruebas complementarias

En la primera visita a urgencias, presentaba palidez cutánea, postura antiálgica. TA: 150/100 FC: 67. Dolor a la palpación en flanco derecho, presentando abdomen blando, depresible, Blumberg negativo, no comentan masa pulsátil. Puñopercusión renal derecha dudosa. Analítica: Hb 16.4 g/dL, Cr 0.96 mg/dL, PCR 14.6 mg/L. Sistemático de orina: negativo. Radiografía de abdomen: difícil visualiza-

ción de calcificación en la aorta que delinea la pared del aneurisma. En su segunda visita a urgencias el paciente presentaba un Glasgow < 8, agitación, livideces generalizadas y sensación disneica intensa, siendo estabilizado por el equipo de cuidados intensivos manejando al paciente con intubación orotraqueal, fluidoterapia y drogas vasoactivas. TA 66/33 FC 130. En analítica: pH 7, Hb 9,8 g/dL, láctico 13 mmol/L. En ecografía en consulta de críticos: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal que posteriormente fue confirmado mediante angio-TAC su ruptura y sangrado activo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Rotura aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial

Cólico renal. Apendicitis.

Comentario final

Fue desestimada cualquier intervención por parte de cirugía cardiovascular. La ecografía abdominal es considerada ya un buen método diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal en atención primaria, debemos de implantarlo de manera rutinaria en urgencias ante dolor abdominal inespecífico ya que nos encontramos ante una manera rápida de diagnóstico de patología potencialmente graves y con elevada mortalidad.

Bibliografía

- Luna-Laguarta. S, Abad-Tallada. G, De-la-Villa-Vela. C, Celada-Suárez. M, Viñuales-Aranda. Caso clínico: exploradores siempre. *Sanidad militar*. 2022; 78(2), 98-100.

682/173. A PROPÓSITO DE UN CASO, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL IAM.

Autores

Aranda Domínguez, L.¹, Morales Delgado, N.², Martín Guerra, L.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 57 años, antecedentes personales de hipertensión arterial, refiere desde hace 2 semanas múltiples episodios de opresión torácica de predominio vespertino, no irradiada ni acompañada de cortejo vegetativo ni de disnea, que siempre le ocurre en reposo y que desaparece a los 2-3 minutos de forma espontánea. Acude por presentar nuevo episodio de similares características, que le despierta de madrugada pero que también cede a los pocos minutos.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Dadas las características del dolor realizamos ECG, donde se observa: Ritmo sinusal a 70 lpm. Eje eléctrico a 0°. Intervalo PR 120-140 ms. QRS estrecho, con escasa progresión en precordiales izquierdas. Elevación del ST que no llega a 1 mm en I y aVL, sin descenso especular. Intervalo QTc normal. Se administra AAS 300 mg+ clopidogrel 300 mg+ fondaparinux 2,5.

Derivamos a hospital de referencia para valoración.

Se realiza nuevo ECG a su llegada presentando normalización del mismo. Se decide ingreso en Cardiología para realización de cateterismo, con resultado final de ausencia de afectación coronarias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Angina Prinzmetal.

Diagnóstico diferencial

infarto agudo de miocardio.

Comentario final

La angina de Prinzmetal es un trastorno cardíaco caracterizado por una angina causada por el estrechamiento transitorio de una arteria coronaria causada por la contracción del músculo liso de su pared. Ocurre característicamente de madrugada. Destacar la importancia de reconocer los signos y síntomas urgentes para una actuación temprana, estableciendo un correcto diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- Sueda S, Kohno H, Fukuda H, Watanabe K, Ochji N, Kawada H, et al. Limitations of medical therapy in patients with pure coronary spastic angina. *Chest*. 2003;123:380-6

682/174. NEOPLASIA DE CABEZA DE PÁNCREAS: ECOGRAFÍA CLÍNICA, UN ARMA DIAGNOSTICA POTENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Martín Guerra, L.¹, Morales Delgado, N.², Aranda Domínguez, L.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) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 82 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, Hipercolesterolemia que acude en varias ocasiones a consulta por dolor en hipocondrio derecho que se hace resistente a tratamiento analgésico además se siente cansada y más floja. No presenta a mayores clínica digestiva ni urinaria asociada. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta un buen estado general, algo de palidez, a la auscultación: tonos rítmicos sin soplos murmullo conservado sin ruidos patológicos, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho sin defensa no se palpan masas.

En cuanto a las pruebas complementarias: Analítica y radiografía sin alteraciones. Proponemos al paciente hacer una ecografía clínica en la consulta en la que nos llama mucho la atención un conducto de wirsung muy aumentado de tamaño, unos 7mm de calibre con lo que creíamos algunas imágenes nodulares pancreáticas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante los hallazgos sospechamos que la paciente tenga una masa pancreática por lo que pedimos una eco reglada preferente y derivamos a digestivo para estudio.

Diagnóstico diferencial

- Neoplasia Pancreatica
- Obstrucción de via biliar
- Metastasis pancreática

Comentario final

El resultado de la ecografía fue efectivamente un wirsung aumentado de tamaño con una imagen nodular de

unos 19mm en cabeza pancreática, en ese mismo momento los radiólogos antes la sospecha piden un TAC abdominal para filiar bien la lesión, en el que se confirma lesiones sugestiva de neoplasia en cabeza pancreática.

Desde digestivo citan para realizar ecoendoscopia y tomar muestra para biopsia de la lesión que confirma la sospecha y derivan a oncología para valoración y seguimiento por su parte.

La ecografía clínica en la consulta de atención primaria es un arma potente para diagnosticar afectaciones graves en motivos de consultas livianos y habituales. La paciente se ha ahorrado así, varias consultas a distintas especialidades hasta que se hubiera enfocado definitivamente su patología, ya que se trataba de un dolor abdominal leve-moderado con analíticas y radiografías normales.

Bibliografía

- A. Rodríguez Lorenzo, N. Díaz Rodríguez, Grupo de Trabajo de Ecografía GTE. Manual de ecografía abdominal. (2008)
- M. D'Onofrio, G. Zamboni, N. Faccioli, P. Capelli, R. Pozzi Mucelli. Ultrasonography of the pancreas. 4. Contrast-enhanced imaging. *Abdom Imaging*, 32 (2007), pp. 171-181

682/175. "DOCTORA, ESTE DOLOR DE CABEZA NO ES NORMAL".

Autores

López Estepa, M.¹, Mengual González, C.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 Miranda Oeste. Miranda de Ebro. Burgos

Descripción del caso

Varón de 75 años con HTA y antecedentes de enfermedad de Paget diagnosticado en el 2000, que acude a consulta por cefalea en región frontal izquierda con irradiación a nivel periorbitario, de tipo opresivo y continuo de 10 días de evolución, que incluso le dificulta el descanso nocturno a pesar de analgesia. Además, comenta que durante estas semanas mantiene cifras de tensión en torno a 160/100mmHg a pesar de tratamiento que tiene pautado, motivo por el que ha consultado en urgencias en varias ocasiones. No náuseas, vómitos ni otra alteración neurológica. No pérdida de visión asociada. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

- ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos.
- NRL: PINR, Glasgow 15/15. No afectación de los pares craneales, no pérdida de fuerza ni sensibilidad en MMSS ni MMII. No disartrias, dismetrías, disdiadococinencias ni nistagmus. Romberg negativo. Disminución del latido de arteria temporal izquierda. Puntos de Arnold negativos.
- TA 180/100mmHg. Se administra tratamiento con captopril 25mgr + orfidal sl. TA 165/95mmHG
- Se intensifica tratamiento antihipertensivo y se solicita analítica con marcadores inflamatorios.
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- ANALITICA: VSG 142mgr/dl, Fosfatasa alcalina 49mgr/dl
- ANA: negativo

Se solicita TAC de cráneo, pero ante la tardanza de las pruebas se deriva de manera preferente a Neurología por sospecha de arteritis de la temporal y se pauta tratamiento con prednisona a dosis altas, con mejoría de la sintomatología del paciente.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Arteritis de la temporal.

Diagnóstico diferencial

- HTA mal controlada
- Reactivación enfermedad de Paget

Comentario final

La arteritis temporal es una vasculitis de mediano y gran vaso que afecta a las ramas extracraneales de la arteria carótida. Pueden cursar con síntomas generales como astenia, anorexia, fiebre y pérdida de peso. La cefalea es el síntoma más frecuente y la pérdida de visión el más grave. El tratamiento se basa en la administración de glucocorticoides diaria.

Es muy importante desde atención primaria saber reconocer los síntomas de alarma, así como actuar en consecuencia a estos.

Bibliografía

- V. Devauchelle-Pensec, S. Jousse, C. Destombe, A. Saraux. *Epidemiology, imaging and treatment of giant cell arteritis. Joint Bone Spine*, 75 (2008), pp. 267-272

682/178. HERPES ZÓSTER INFANTIL.

Autores

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

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibrleón. Gibrleón. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del caso

Paciente femenina de 14 años de edad, bien vacunada para su edad y sin antecedentes familiares de interés. Infección por varicela conocida con 3 años de edad.

Acude a consulta por aparición de lesiones dérmicas en abdomen a nivel de línea medio clavicular izquierda desde la noche anterior de base eritematosa y con centros redondeados, bien perfilados, dispersos. No clínica pruriginosa ni dolorosa; niega sensación de quemazón o disestesias en días previos a la aparición de las lesiones. No otros convivientes con clínica vírica ni lesiones de características similares.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones papulosas sobre base eritematosa, no descamativas. No vesículas ni desaparición de las mismas a la digitopresión.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Iniciamos tratamiento con hidrocortisona tópica cada 12 horas durante 7 días por sospecha de dermatitis. Revisión tras 5 días con persistencia de lesiones sin cambios post-tratamiento. Modificamos prescripción a crema de aciclovir tópico cada 12 horas durante 7 días valorando que pudiera tratarse de un caso de herpes zóster.

Mejoría de las lesiones tras 2 días de tratamiento con Aciclovir tópica. Desaparición de eritema y lesiones costrosas en resolución. A los 10 días resolución completa.

Diagnóstico diferencial

Picadura de insecto, dermatitis atópica, tiña corporis.

Comentario final

El Herpes zóster tiene una incidencia de 1% en población infantil (con mayor prevalencia en adolescentes) y en los últimos años su incidencia ha aumentado.

Se ha descrito que los niños con infección pasada por varicela tienen mayor probabilidad de desarrollar lesiones dermatológicas por herpes zóster a lo largo de su vida.

Al tratarse de una infección con bajo riesgo de complicación (raras sobreinfecciones y menos aún su diseminación), su tratamiento en Pediatría se basa en la instauración precoz del tratamiento tópico con aciclovir como hemos descrito. La terapia sistémica se reserva para afectación en dermatomas craneales, ramas del trigémino o pacientes inmunodeprimidos.

Bibliografía

- Gómez ME, Pérez LJ, López MT. Actualización en herpes zóster infantil. A propósito de 4 casos. Medicina de Familia. Semergen. 2016;42:47 - 9.

682/179. LOS PELIGROS DE UN CONSUMO INADECUADO.

Autores

Navarro Robles, A.¹, López Escobar, G.², Cabello Padilla, V.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga

Descripción del caso

Varón de 39 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. Acude a consulta de No Demorable de nuestro Centro de Salud por cuadro de malestar, artromialgias generalizadas, reaparición de fiebre de hasta 39º en el día de hoy tras haberse autolimitado en días previos y deposiciones blandas sin productos patológicos. Refiere tratamiento diario con Metamizol cada 6 horas desde hace 8 días tras autotest positivo para SARS-CoV2.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Rubor facial. Tensión Arterial de 122/80, Frecuencia Cardíaca de 120 latidos por minuto, Saturación de Oxígeno en sangre del 100% basal y temperatura axilar de 38º. Se palpan adenopatías submandibulares bilaterales, dolorosas, no pétreas. Orofaringe hiperémica con amígdalas hipertróficas. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. Abdomen anodino. Se deriva a Urgencias de Hospital realizándose Análítica de Sangre con disminución de serie blanca y elevación

de reactantes de fase aguda y Radiografía de Tórax sin alteraciones significativas. Se confirma diagnóstico de sospecha con Frotis de Sangre Periférica e ingresa en Medicina Interna para iniciar tratamiento con Factores Estimuladores de Colonias y evolución clínica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Agranulocitosis por metamizol.

Diagnóstico diferencial

Infección Respiratoria Aguda Bacteriana, Faringoamigdalitis, Aplasia Medular.

Comentario final

El metamizol es un derivado pirazolónico con efecto analgésico, antipirético y espasmolítico comercializado en España desde los años 50 cuyo efecto adverso más reseñable es la agranulocitosis, que aunque tiene una incidencia baja se registra una alta morbimortalidad que se desencadena de forma súbita con una evolución muy rápida; por lo que es importante a tener en cuenta en cuadros febriles recidivantes que acuden a nuestra consulta con antecedentes de toma de dicho fármaco. Desde la Atención Primaria es fundamental una correcta prescripción y posología del fármaco, la educación a la población sobre el correcto consumo de los fármacos bajo prescripción médica, así como una buena anamnesis del paciente junto con el conocimiento de patología y farmacología clínicas para realizar un correcto diagnóstico o sospecha clínica con rápida actuación para así prevenir complicaciones que supongan un riesgo vital para el mismo.

Bibliografía

- *García Del Campo C, Murcia Soler M, Martínez-Mir I, Palop Larrea V. Adecuación de la seguridad del metamizol y agranulocitosis. Aten Primaria. 2021;53(6):102047.*

682/185. ¡NO PUEDO CON ESTE SUDOR!

Autores

García Santos, G.¹, Ramos Fernández, Á.², Suárez Salgado, M.³

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Estación San Roque. San Roque. Cádiz,* (2) *Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz,* (3) *Residente de 1er año de*

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 57 años con antecedentes de fibromialgia y trastorno adaptativo en tratamiento con sertralina y duloxetina que acude a su médico de familia por cuadro de 2 meses de sudoración profusa a cualquier hora del día junto con inquietud y nerviosismo acompañado de 2 episodios de faringitis en el último mes y sensación distérmica consistente en hipotermia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración:

ACR: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos.

Abdomen: Blando, depresible, no masas, no megalias, blumberg negativo, murphy negativo, no dolor a la palpación abdominal.

No edemas en extremidades.

Pruebas complementarias:

Analítica: TSH: 0,30, Tiroxina 0,97, Tiroglobulina 235, Renina 371,5, Ac IgG Citomegalovirus y Virus de Epstein-Barr positivo. IgM Mycoplasma Pneumoniae positivo. Ac antinucleares positivos 1/80 (patrón nucleolar).

Ecografía tiroides: Ecogenicidad heterogénea en relación con tiroiditis, el LTI presenta aumento de tamaño con nódulo de 1,3 cm, solidoquístico, ovoideo. Área irregular pseudonodular de 1,2 cm en polo inferior de dicho lóbulo con calcificaciones groseras de 6mm.

Gammagrafía de tiroides: Se aprecia bocio (4.22x2.88cm) multinodular de predominio izquierdo tóxico.

PAAF de Tiroides: Atipias citológicas de naturaleza incierta. Bethesda III.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Bocio multinodular tóxico.

Diagnóstico diferencial

Hipertiroidismo subclínico, Síndrome abstinencia, Trastorno ansioso-depresivo, Abuso de medicamentos, Trastorno control de glucosa, Acromegalia.

Comentario final

La paciente había dejado el tratamiento con duloxetina de forma brusca, se decidió volver a tomar medicación y bajar dosis de sertralina para descartar síndrome de abstinencia sin mejoría, se realizó estudio en medicina

interna donde tras varias analíticas sin hallazgos a nivel tiroideo presentó alteraciones. Con inicio de tratamiento con carbimazol ha habido mejoría analítica pero no de su clínica. Se decidió tiroidectomía total ante hallazgos descritos y la paciente actualmente está asintomática.

Bibliografía

- Tabuenca-Dopico O, Boente-Varela R, Lamas-Ferreiro JL. Study of factors that influence the outcome of 131I treatment in hyperthyroidism secondary to nodular goitre. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2017 Nov-Dec;36(6):356-361. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rem.2017.03.010. Epub 2017 Jun 12.
- Gijón Román C, Balsalobre Salmerón MD, Cañones Martos ML. Incidence of incidental papillary cancer in multinodular goiter. *Med Clin (Barc).* 2023 Jan 19:50025-7753(22)00661-3. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2022.12.005. Epub ahead of print.

682/186. PATOLOGÍA CARDIACA EN PACIENTE FRÁGIL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Gutiérrez Guerrero, P.¹, Jurado Ruiz, M.², García Morales, V.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º 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 Rute. Rute. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 88 años. Solicita aviso domiciliario por disnea a mínimos esfuerzos, disminución de diuresis y edemas en MMII de varios días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

En domicilio la paciente presenta BEG, COC. Con ligera sequedad de mucosas y palidez mucocutánea.

A la ACR presentaba MVC, con buena ventilación y sin ruidos sobreañadidos. Rítmica y sin soplos audibles. Con edemas con fóvea grado 2 hasta tercio medio de ambas piernas.

Se realizó reajuste de medicación iniciando bisoprolol 2.5mg/ 24h, losartan 50mg/hidroclorotiazida 12.5mg/24h y furosemida según edemas.

Se realizó analítica de forma programada con los siguientes resultados: Hb 11.9, Hto 36.6, glucosa 94, HbA1c 5.8, ColT 193, HDL 50, LDL 104, Tgs 197, iones y TSH en rango. Pro-BNP 6040.

A la semana de la primera valoración, la paciente solicita de nuevo un aviso domiciliario por empeoramiento de su estado general:

Tras llegar al domicilio la paciente se presentaba disnea en reposo y uso de musculatura abdominal. MV disminuido y saturación basal de O₂ del 95%. Arrítmica a la exploración, con FC oscilante entre 45 y 55lpm, con soplo pansistólico de predominio aórtico.

Ante el empeoramiento sintomático de la paciente se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias. Durante su ingreso hospitalario se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

Radiografía de tórax: aumento del ICT. Derrame pleural bilateral con signos congestivos y cisuritis.

ECG: FA a 70 lpm, HAIHH, BIRDHH, sin alteraciones agudas en la repolarización.

Ecocardiografía: VI hipertrófico, no dilatado con FEVI conservada. Al ligeramente dilatada. IM leve. Válvula aórtica esclerocalcificada con apertura reducida. IT leve.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia Cardíaca; Fibrilación auricular; Estenosis Aórtica.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia Cardíaca; Anemia.

Comentario final

La insuficiencia cardíaca es una de las patologías más prevalentes de España. Por ello, desde atención primaria, es de vital importancia el adecuado manejo de esta y de sus posibles complicaciones, además de un seguimiento estrecho para así, garantizar un aumento de la calidad de vida de todos nuestros pacientes, pero sobre todo, de nuestros pacientes más frágiles.

Bibliografía

- Castillo Moraga MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, Seoane-Vicente MC, Serrano Cumplido A, Ruiz-García A, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el

abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. *Semergen [Internet]. 2022;48(2):106-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>*

682/187. EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO.

Autores

Bosi, M.¹, Reviriego Mazaira, S.², Gomes Porras, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Especialista en Endocrinología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 55 años, exfumadora, con antecedente personal de hipertensión arterial (HTA) diagnosticada a los 36 años y cólicos nefríticos. Acudió a Atención Primaria por tensión arterial (TA) mal controlada asociada a cefalea holocraneana opresiva por lo que se optimizó el tratamiento con 4 fármacos (ARA II, calcio antagonista, diurético tiazídico y betabloqueante) y se solicitó analítica con hallazgo de hipokalemia. Debido a que al momento del diagnóstico no se descartaron causas secundarias de HTA, a la sospecha clínica de hiperaldosteronismo primario e intención de descartar su asociación con hiperparatiroidismo primario en el contexto de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN-1), fue derivada al Servicio de Endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias

TA 151/98mmHg, FC 66lpm, IMC 23.2, no fenotipo cushingoide, auscultación cardiopulmonar normal, no edemas en MMII. Análisis: glucosa 77mg/dL, creatinina 0.67mL/min/1.73m², sodio 143mEq/L, potasio 3.1mEq/L, calcio 9.8mg/dL, fósforo 3.2mg/dL, TSH y PTH normales, aldosterona 65.1ng/dL, aldosterona/actividad de renina plasmática 214.29 (<30), cortisol libre urinario y metanefrininas fraccionadas urinarias 24h normales. Ecografía doppler renal sin alteraciones. TC abdominal sin CIV: nódulo adrenal izquierdo de 32mm con atenuación <10uh compatible con adenoma. Ecocardiograma trans-torácico: VI con grosor parietal levemente dilatado (SIV: 12mm) con AI levemente dilatada (38mm).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario por Síndrome de Conn. Cardiopatía hipertensiva leve.

Diagnóstico diferencial

HTA esencial, Síndrome de Cushing, Feocromocitoma. MEN-1.

Comentario final

El hiperaldosteronismo primario es una causa infra-diagnosticada de HTA resistente, especialmente a edades tempranas y, en la mitad de los casos, asocia hipokalemia. Ante diagnóstico de HTA se debe derivar al especialista para evaluar causas secundarias de HTA que incluirán análisis con ionograma, creatinina, TSH, aldosterona y renina, cortisoluria o cortisol salivar nocturno o test de Nugent, metanefrininas fraccionadas urinarias o plasmáticas y ecografía doppler renal. Se debe solicitar ecocardiograma ya que la cardiopatía hipertensiva es la principal causa de morbi-mortalidad por HTA. El tratamiento del Síndrome de Conn es la adrenalectomía unilateral consiguiendo remisión/control de TA.

Bibliografía

•Matanes F, Khan MB, Siddiqui M, Dudenbostel T, Calhoun D, Oparil S. An Update on Refractory Hypertension. *Curr Hypertens Rep. 2022;24(7):225-234.*

682/190. ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Rodríguez García, R.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 15 años que consulta por gonalgia derecha desde hace tres semanas con intensificación en las últimas 24 horas tras realizar ejercicio físico intenso. El dolor empeora con los movimientos y la actividad, no le despierta por la noche ni asocia fiebre. Niega traumatismo previo. Como antecedentes personales de interés padece asma extrínseco y sobrepeso grado II.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se registra un peso de 75 kg con talla en 165 cm y un índice de masa corporal (IMC): 27.5. Presenta dolor a la palpación en tuberosidad tibial anterior con discreta tumefacción. Ausencia de derrame articular en rodilla, bostezos, cajones y maniobras meniscales negativas. Se solicita radiografía posteroanterior y lateral de ambas rodillas donde se objetiva apofisitis de tracción en la tuberosidad tibial anterior de la rodilla derecha. No se visualizan signos de fractura ni luxación.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Osgood-Schlatter, Osteocondrosis de la tuberosidad tibial.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson (osteochondritis del polo inferior rotuliano), síndrome patelo-femoral, lesión fisaria traumática de la tuberosidad tibial, osteocondritis disecante y tumores.

Comentario final

La enfermedad de Osgood-Schlatter es una osteocondrosis, un grupo de trastornos de las placas de crecimiento que se producen cuando el niño está creciendo, con mayor frecuencia en varones adolescentes. Se piensa que está causada por la tensión repetitiva y excesiva del tendón rotuliano sobre el punto donde se une a la parte superior de la tibia (tuberosidad tibial) secundario a la práctica deportiva. Se caracteriza por dolor, hinchazón y sensibilidad a la palpación en la tuberosidad tibial. El diagnóstico es clínico, aunque la radiografía confirma la enfermedad y descarta otros procesos. El tratamiento consiste en reposo relativo, ejercicios de estiramiento del cuádriceps e isquiotibiales, frío local y tratamiento analgésico y antiinflamatorio por periodos cortos. La mayoría de las veces es autolimitado, aunque en casos poco frecuentes puede ser necesaria la inmovilización mediante escayola, inyecciones de corticoesteroides o cirugía en caso de secuelas. Nuestro paciente evolucionó favorablemente con tratamiento conservador.

Bibliografía

- Nührenbörger C, Gaulrapp. Osgood-Schlatter disease. *H. Sports Orthopaedics and Traumatology*. 2018;34(4): 393-395.
- Vaishya R, Azizi AT, Agarwal AK, et al. Apophysitis of the tibial tuberosity (Osgood-Schlatter Disease): a review. 2016;8(9):780-784.

682/191. LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMO ALIADA EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA.

Autores

Rodríguez García, R.¹, Domínguez Bejarano, L.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 59 años con los siguientes antecedentes personales de interés: hemofilia A grave y consumo de alcohol de 5 unidades de bebida estándar (UBE) al día. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho desde hace 48 horas que empeora tras las comidas, sin irradiación, con cortejo vegetativo asociado y un vómito de carácter alimenticio. El dolor ha ido progresando pese a analgésicos habituales, con un EVA de 8/10. No presenta ictericia ni asterixis ni cambios en las deposiciones o en la orina. Refiere dos episodios similares el último año catalogados como cólico biliar simple.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se registran TA 129/75 mmHg, FC 92 lpm, Tº 36.5ºC. Normohidratado y normoperfundido. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, sin signos de peritonismo. Blumberg, Murphy y Rovsing negativos. Ruidos hidroaéreos presentes y audibles. Puñopercusión renal bilateral negativa. Se realiza ecografía en consulta objetivándose imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior compatible con litiasis biliar, sin signos de colecistitis aguda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cólico biliar simple secundario a colelitiasis.

Diagnóstico diferencial

Colecistitis, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis aguda litiasica, tumores.

Comentario final

La litiasis biliar es una enfermedad frecuente, de prevalencia mayor en mujeres (2:1), especialmente a partir de los 65 años. El síntoma característico es el dolor, a veces acompañado de náuseas, vómitos o ambos. El tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática es la colecistectomía, puesto que elimina la litiasis y evita

La recurrencia. En nuestro caso, gracias a la disponibilidad del ecógrafo en el centro de salud, se pudo derivar de manera preferente a Cirugía General y controlar el episodio actual con analgésicos parenterales y posterior ajuste de analgesia domiciliaria. Se intervino posteriormente mediante colecistectomía, con la peculiaridad de requerir factor VIII y factor de Von Willebrand profiláctico. Actualmente se encuentra asintomático.

Bibliografía

- Warttig S, Ward S, Rogers G; Guideline Development Group. *Diagnosis and management of gallstone disease: summary of NICE guidance. BMJ. 2014 Oct 30;349:g6241.*
- Dimou FM, Adhikari D, Mehta HB, Riall TS. *Trends in Follow-Up of Patients Presenting to the Emergency Department with Symptomatic Cholelithiasis. J Am Coll Surg. 2016 Apr;222(4):377-84.*

682/193. A PROPÓSITO DE UN CASO: IDENTIFICACIÓN DE RITMOS DE PARADA CARDIORESPIRATORIA Y CAUSAS REVERSIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Generoso Torres, M.¹, Sánchez Cambronero, M.², Hidalgo Rodríguez, A.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Desde el centro de salud rural acudimos a un domicilio por un aviso que nos pasa el centro coordinador con motivo de "agitación" para valorar a una paciente de 40 años sin antecedentes de interés salvo tratamiento con anticonceptivos orales.

A nuestra llegada la paciente se encuentra tumbada sobre la cama, con quejas de dolor sin precisar dónde ni desde cuando, taquipneica y con dificultad para captar tensiones, saturación o frecuencia cardiaca.

Se inicia sueroterapia y decidimos desplazarla a la ambulancia para monitorizarla y trasladarla al hospital. Sin embargo al movilizarla entra en parada cardiorespiratoria (PCR) e iniciamos maniobras de RCP. Inicial-

mente sale de la parada y comienza de nuevo con la taquipnea, pero con la movilización vuelve a entrar en parada y así en dos ocasiones más.

El monitor nos muestra aparentemente un "ritmo sinusal", pero la paciente no tiene pulso. Estamos ante una Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP). Continuamos con el masaje y añadimos adrenalina cada 2 minutos según los protocolos.

Exploración y pruebas complementarias

Pérdida de conciencia, frialdad cutánea, sudoración, taquipnea a 28 rpm. SatO₂, TA: no reconocibles. Sin pulso.

ECG: ritmo sinusal a 47lpm. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

AESP.

Diagnóstico diferencial

Fibrilación ventricular (FV), Taquicardia Ventricular (TV), asistolia, AESP.

Comentario final

Los ritmos cardíacos asociados a una parada cardiorespiratoria se dividen en los susceptibles de desfibrilación (FV/TV sin pulso) y los ritmos no desfibrilables (asistolia y AESP).

La AESP muestra un ritmo eléctrico organizado en el electrocardiograma sin contracciones mecánicas del músculo cardíaco (sin pulso). Nuestra paciente presentaba AESP que salía con el masaje y la adrenalina pero volvía a entrar en PCR. En estos casos es de importancia vital buscar causas reversibles: 4 H (hipoxia, hipo/hiperpotasemia, hipo/hipertermia e hipovolemia) y 4 T (neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, trombosis, tóxicos).

Es probable que el diagnóstico de esta paciente fuera el de un tromboembolismo pulmonar debido a la clínica (taquipnea, dolor) y a sus antecedentes (toma de anticonceptivos) siendo una causa reversible que se benefició de tratamiento fibrinolítico al realizar la transferencia con el equipo del 061.

Bibliografía

- Sharabi AF, Singh A. *Cardiopulmonary Arrest In Adults. 2023 Jan 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID:33085378.*

682/194. VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA EN PACIENTE TRATADO CON RIVAROXABAN.

Autores

Generoso Torres, M.¹, Guisasola Cardenas, M.², Martín Enguix, D.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. Consultorio Local Gójar. Gójar. Granada

Descripción del caso

Paciente de 94 años de edad con antecedentes personales de fibrilación auricular, HTA y diabetes tipo 2 en tratamiento con sitagliptina 100mg, losartán 50mg, bisoprolol 2,5mg cada 12 horas y acenocumarol según control. Es parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Desde hace tiempo enfermería nos avisa por INR fuera de rango en cada control por lo que decidimos suspender acenocumarol e iniciar rivaroxaban 15mg.

Dos semanas después acude a consulta presentando una erupción sugerente de vasculitis leucocitoclástica posiblemente relacionada con el inicio del anticoagulante oral.

Suspendemos rivaroxaban e iniciamos heparina de bajo peso molecular y prednisona 60mg en pauta descendente.

Tras retirar fármaco desaparecen las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Lesiones dérmicas eritemato-violáceas palpables en tórax, abdomen y extremidades inferiores que no desaparecen a la vitropresión. No pruriginosas. Resto de exploración sin alteraciones.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Vasculitis leucocitoclástica secundaria a fármacos.

Diagnóstico diferencial

Púrpura de Schönlein-Henoch, vasculitis urticarial, vasculitis crioglobulinémica, trombosis arterioesclerótica.

Comentario final

La vasculitis leucocitoclástica o vasculitis por hipersensibilidad es un trastorno autoinmunitario que pro-

duce inflamación y necrosis en los vasos sanguíneos. Es una de los tipos más frecuentes de vasculitis y se estima que representa un 20-30%. El diagnóstico es clínico y es importante diferenciar la forma limitada o cutánea (80% de las vasculitis leucocitoclásticas) de la sistémica. La etiología del proceso puede ser idiopática (3-72%) o secundaria a infecciones (23%), fármacos (20%), enfermedades inflamatorias sistémicas (12%) o neoplasias (4%).

En atención primaria debemos de realizar una buena anamnesis y pensar en causas más probables como infecciones recientes o la introducción de nuevos fármacos, como ha sido nuestro caso con rivaroxaban, además en la literatura se ha descrito la aparición de vasculitis leucocitoclástica en relación con la toma de anticoagulantes orales.

Tras la retirada del fármaco sospechoso e inicio de tratamiento a nuestro paciente le desaparecieron las lesiones resolviéndose el cuadro clínico. En caso de haber persistido las lesiones habría sido necesario iniciar un estudio más completo para filiar la etiología y la naturaleza de las mismas.

Bibliografía

• Sainz-Gaspar, L., Pita da Veiga, G., Suárez-Peñaranda, J.M., Vázquez-Veiga, H. and Sánchez-Aguilar, D. Leukocytoclastic vasculitis associated with rivaroxaban. *Int J Dermatol*, 2018 57: 622-624. <https://doi.org/10.1111/ijd.13952>

682/197. DISNEA CON SORPRESA.

Autores

Cobos Montenegro, C.¹, Jurado Cabezas, M.², Rascón Hervás, B.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de 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 Puerta Blanca. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 25 años con antecedente de distrofia muscular de Becker. Trabaja como mecánico en un taller. Deportista. Acude a nuestra consulta por disnea de moderados esfuerzos con sensación de opresión precordial leve acompañado de mareo, epigastralgia y vómitos desde hace una semana.

Ayer acudió a un hospital privado donde fue diagnosticado de bronquitis iniciando tratamiento con symbicort y cefixima sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Vemos a un paciente con palidez mucocutánea, taquipnea en reposo, taquicardia a 120 lpm con buen pulso periférico, rítmico. Saturación 97% basal y afebril.

Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos y soplo sistólico de predominio tricuspídeo y mitral. Murmullo vesicular conservado y ligeros crepitantes bibasales. No edemas en miembros inferiores.

En ECG se evidencia taquicardia sinusal con QRS estrecho, PR normal y alteraciones inespecíficas de la repolarización.

En Rx (realizada en privado) se evidencia cardiomegalia sin condensaciones, infiltrados ni derrames.

Decidimos derivar al paciente a urgencias donde le realizan una analítica sanguínea con hemograma y bioquímica en rango excepto NTproBNP 9575.

Se realiza ecocardiograma urgente donde se describe una dilatación de ventrículo izquierdo con hipoquinesia generalizada y FEVI severamente deprimida. Insuficiencia mitral severa, insuficiencia mitral moderada, PAPS de 60 mmHg, dilatación de aurícula izquierda y cavidades derechas con disfunción limitrofe. Dilatación de cava sin colapso inspiratorio.

Se traslada desde UCI a Unidad de Trasplante del Virgen del Rocío donde lo incluyen en lista de espera e implantan mitraclip con alivio sintomático.

Actualmente en tratamiento con carvedilol, ivabradina, enalapril, eplerenona, dapagliflozina.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia cardíaca de novo.

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria, insuficiencia cardíaca, asma, ansiedad...

Comentario final

Con este caso se refleja la importancia una vez más de la actuación como médicos de atención primaria quienes, conociendo al paciente y su calidad de vida previa, tenemos la capacidad de detectar cambios que nos permiten ponernos en alerta de posibles etiologías cuyo diagnóstico precoz es crucial para iniciar un manejo adecuado que mejore la calidad de vida de

nuestro paciente y disminuya las consecuencias deletéreas de un retraso en el diagnóstico.

Bibliografía

- *Sociedad Española de Cardiología [internet]. HFA. ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. 2021. Disponible en: <https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca-y-miocardiopatia/12795-2021-esc-guidelines-for-the-diagnosis-and-treatment-of-acute-and-chronic-heart-failure>*

682/199. ÚLCERAS GENITALES POCO HABITUALES.

Autores

Medina Cobos, A.¹, Ortiz Puertas, T.², Muñoz Gámez, A.¹

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente de 45 años sin AP reseñables ni toma de fármacos que acude a consulta por múltiples úlceras a nivel genital, principalmente a nivel de labios inferiores distribuidas de forma simétrica con base de fibrina y halo grisáceo. Presentaba importante dolor e inflamación a nivel local. No presentaba adenopatías inguinales, secreción ni prurito. Se interrogó por relaciones sexuales de riesgo que la paciente negaba; última con protección hacía 1 mes aunque destacaba vida sexual muy activa. De forma concomitante, cuadro pseudo-gripal con febrícula desde hacía 4 días. Ante la duda de infección de transmisión sexual versus úlcera genital aguda no infecciosa (UGANI) o de Lipschütz, se tomaron cultivos faríngeos, de la úlcera y serologías. Se trató inicialmente dado el importante dolor con pomada Emla (lidocaína 25mg/prilocaina 25mg) y analgésicos convencionales. Mejoría clínica a los pocos días en la revisión donde se confirmó el diagnóstico tras pruebas complementarias negativas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, colaboradora, consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Talla: 167cm; peso: 53 kg. Constantes en rango. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No focalidad neurológica. No adenopatías. Abdomen sin datos de peritonismo.

Faringe ligeramente hiperémica. Lesiones anteriormente descritas a nivel genital sin datos de infección, no supuración, secreciones ni mal olor.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

úlceras de Lipschütz.

Diagnóstico diferencial

genital, sífilis, vulvovaginitis.

Comentario final

Debido a la alta incidencia de ITS en la asistencia sanitaria, la UGANI es una patología que puede pasar desapercibida sobre todo en mujeres adultas con vida sexual activa ya que es más frecuente en niñas y adolescentes que no han iniciado prácticas sexuales. Suele ser concomitante a cuadros respiratorios víricos debido a una posible reacción de hipersensibilidad. Se trata de un diagnóstico de exclusión, por lo que es necesaria la exploración, normalmente úlceras necróticas simétricas ('kissing ulcers'), unido a la negatividad de las pruebas complementarias.

Bibliografía

- Morgado-Carrasco D, Bosch-Amate X, Fustà-Novell X, Giavedoni P. Lipschütz ulcer: an acute noninfectious genital ulcer to bear in mind in adult women. *Actas Dermosifiliogr [Internet]*. 2020 [citado el 4 de abril de 2023];111(7):624-6. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-ulcera-lipschutz-una-ulcera-genital-articulo-S0001731020300806>

682/200. ESTA BARRIGA NO ES MÍA.

Autores

Medina Cobos, A.¹, Sánchez Martínez, I.², Ortiz Puertas, T.³

Centro de Trabajo

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

Paciente de 53 años sin antecedentes de interés, exfumador desde hace 9 años y sin medicación habitual que consulta por aumento del perímetro abdominal en los últimos meses. Asocia dolor abdominal intermitente y pérdida de 8 kilogramos de peso que justifica con las molestias gástricas y saciedad precoz. No fiebre, no vómitos,

no alteraciones del hábito deposicional ni otros datos de interés. Dada la exploración, se plantea estudio inicial con analítica y ecografía desde atención primaria, el paciente confiesa belonefobia (miedo a las agujas) y se niega. Se realiza ecografía en la que no es posible distinguir la anatomía por una gran masa con aspecto heterogéneo que ocupa todo el perímetro; se comenta con digestivo del hospital que indica traslado a urgencias para estudio. En TAC se describe gran masa intraabdominal de 20 x 27 x 35 cm, necrosada en su interior y contenido heterogéneo; gran vascularización colateral compatible con tumor del estroma gastrointestinal gigante. Tras valoración por comité, ha sido operado con gastrectomía parcial con reconstrucción en Y de Roux con buenos controles.

Exploración y pruebas complementarias

Estable, colaborador. Normocoloreado, deshidratación leve. Talla: 184cm; peso 70kg. Constantes en rango. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No focalidad neurológica. Abdomen muy distendido, tenso, no depresible, con matidez generalizada, palpándose masa que ocupa todo el abdomen. No oleada ascítica.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

GIST gástrico.

Diagnóstico diferencial

ascitis a tensión, vólvulo intestinal, íleo paralítico.

Comentario final

Actualmente, la mayoría de las neoplasias presentes en el estómago son de tipo epitelial; sin embargo, los tumores del estroma gastrointestinal, a pesar de que son neoplasias infrecuentes, son los tumores mesenquimales más frecuentes que se originan en el tracto digestivo. No es común que presenten un curso crónico con aumento del perímetro abdominal y clínica inespecífica, por lo que es primordial un estudio con analítica y prueba de imagen para descartar otras causas más comunes de aumento de perímetro abdominal como la insuficiencia cardíaca o la ascitis. El estudio de mutaciones, aunque sea a nivel hospitalario es fundamental para el diagnóstico y posibles tratamientos en enfermedad diseminada; inicialmente el tratamiento óptimo es quirúrgico.

Bibliografía

- Von Mehren M., Joensuu H.: *Gastrointestinal stromal tumors*. *Clin Oncol*. 2018; 36: pp. 136-143.

682/204. CUANDO EL DOLOR DESESPERA.

Autores

Fernández Porcel, A.¹, Pegalajar Moral, B.², Sillero Ureña, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

Descripción del caso

Varón de 65 años, con antecedentes de algias de origen mecánico, que acudió a la consulta de atención primaria (AP) por dolor lumbar que irradiaba a cadera izquierda, de una semana de evolución. En la exploración física inicial se evidenció que el dolor se reproducía con la deambulación y palpación del trocánter izquierdo, siendo diagnosticado de troncanteritis izquierda. En el diagnóstico diferencial se consideraron otras patologías: coxartrosis y síndrome del piramidal. Se inició tratamiento ambulatorio con antiinflamatorio y analgésico, progresándose en analgesia según protocolo, sin control del dolor. La irradiación del dolor progresó la planta del pie izquierdo. 4 meses después, durante una visita a urgencias hospitalarias por reagudización del dolor, se evidenció la existencia de lesiones maculopapulosas en territorio S1-S2. Ante la sospecha de neuritis herpética/neuralgia postherpética, iniciaron tratamiento con brivudina 125 mg/24 horas durante 7 días. Las lesiones cutáneas mejoraron, no así el dolor, que adquirió características neuropáticas. 6 meses tras el inicio del dolor, fue diagnosticado de neuralgia postherpética en la consulta de AP. Se modificó la terapia analgésica: realizó tratamiento con pregabalina, gabapentina (la segunda como alternativa tras el fracaso de la primera, ambas hasta dosis máximas), dexametasona y opioides. No se logró control del dolor. Debido a la refractariedad del cuadro, se realizó teleconsulta con neurología, que indicó inicio de eslicarbacepina 200 mg/24 horas, con escalada progresiva de dosis según tolerancia, y retirada del resto de tratamiento analgésico pautado. Finalmente se logró control del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Rx de cadera que evidenció signos de coxartrosis.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neuralgia postherpética.

Diagnóstico diferencial

Trocanteritis izquierda.

Osteoartrosis de cadera.

Síndrome del piramidal.

Comentario final

El dolor afecta a la calidad de vida de los pacientes, nuestro objetivo siempre debe ser su filiación y control. La exploración física es un elemento insustituible e imprescindible en nuestra práctica clínica habitual. El dolor neuropático precisa de un abordaje específico.

Bibliografía

- Guerra de Hoyos, JA (coordinador) ... [et al]. Dolor crónico no oncológico [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía; Consejería de Salud y Consumo; 2014 2ªed, Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956f88676_dolor_cronico_julio_2014.pdf

682/208. LUXACIÓN GLENOHUMERAL INVETERADA, UNA ARTICULACIÓN EC-TÓPICA INUSUAL.

Autores

Piñar Rueda, J.¹, Egea Millán, A.², Martínez Mesas, E.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cogollos de Guadix. Cogollos de Guadix. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baza. Baza. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cuevas del Campo. Cuevas del Campo. Granada

Descripción del caso

Paciente de 75 años acude a consulta por dolor y cierta deformidad de extremidad superior derecha de 10 días de evolución. No refiere traumatismos, aunque sí antecedentes de fractura de radio y cúbito distal por caída hace más de un año.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física encontramos cierta deformidad de muñeca derecha, dolor a la palpación de la misma y deformidad en hombro derecho, sin dolor aso-

ciado pero con limitación de la movilidad del mismo (antepulsión 100º, abducción 90º). Se solicitan rx de muñeca derecha (sin lesiones óseas agudas significativas) y de hombro derecho (signos de luxación glenohumeral).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Luxación glenohumeral inveterada.

Diagnóstico diferencial

Luxación glenohumeral aguda. Fractura proximal de Húmero. Fractura Clavicular.

Comentario final

Dado el resultado de las pruebas complementarias, se interconsulta con Traumatología de referencia apoyando el diagnóstico de Luxación glenohumeral inveterada de hombro derecho e indicando actualmente tratamiento conservador y derivación a consultas externas de Traumatología para ampliación de pruebas complementarias (TC de Hombro derecho) con posible cirugía programada posterior para reducir la luxación. La luxación glenohumeral inveterada se trata de una lesión de hombro muy infrecuente en nuestro medio, definiéndose como una luxación establecida y sin tratamiento de al menos 3 semanas de evolución. Debido a la cicatrización y adherencia instaurada en los tejidos blandos de alrededor, se produce la imposibilidad de una reducción cerrada y funciona como una articulación ectópica con movilidad disminuida. Por tanto, el tratamiento definitivo discierne entre conservador, si bien la movilidad no es muy reducida, o cirugía programada para reparación de la luxación.

Bibliografía

- Fernández-Marín R, Prada-Chamorro E, Velázquez-Carranza N. Luxación inveterada anterior de hombro tratada mediante artroplastia invertida en paciente anciana. A propósito de un caso. *Rev. S. And. Traum. y Ort.*, 2015; 32 (1/2): 79-84.

682/212. NEUTROPENIA TRAS CAÍDA.

Autores

Gándara González, E.¹, Muñoz Gallardo, Y.², Garralón Gómez, I.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz,

(2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 89 años que acude a consulta de revisión tras contusión en cadera derecha en la semana previa, en tratamiento analgésico con metamizol 575 miligramos, pautado cada 8 horas. La paciente refiere haber iniciado con deposiciones diarreas sin productos patológicos y sensación distérmica en los 3 últimos días, sin otra sintomatología asociada. Se decide derivar al Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente hemodinámicamente estable, con temperatura axilar de 38,3ºC. Resto de exploración sin hallazgos relevantes. En analítica extraída de urgencias se revela cifra de leucocitos en 3090/mm³ con 160 polimorfonucleares/mm³ (70 neutrófilos/mm³), con resto de hemograma, bioquímica con reactantes de fase aguda, coagulación y análisis de orina normales. Radiografía torácica sin hallazgos patológicos y despistaje de virus y bacterias respiratorios negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Ante la neutropenia febril del paciente se decide realizar aislamiento de la misma, e iniciar tratamiento con antibioterapia empírica y filgrastim (estimulante de colonias de granulocitos humanos) intravenosos, previa extracción de hemocultivos, urocultivo y coprocultivo, además de serologías, que finalmente resultaron negativos. Ante la ausencia de datos de infección, se asume como desencadenante del cuadro la toma de metamizol en semanas previas. La paciente recupera cifra normal de polimorfonucleares en las horas siguientes, con buena resolución del cuadro en días posteriores.

Diagnóstico diferencial

Neutropenia infecciosa, neutropenia maligna, inmunodeficiencias.

Comentario final

La neutropenia inducida por metamizol es una causa de agranulocitosis por fármacos rara (1 por 1.000.000 casos/año) y más prevalente en regiones del Norte de Europa, pero con mortalidad cercana al 10%. Su mecanismo de producción no es del todo conocido, pero se asume estar mediado por la producción de autoanticuerpos contra la membrana de neutrófilos, influido entre otros factores por la edad (mayores de

65 años), la dosis empleada, tratamiento prolongado, sexo femenino y predisposición genética.

Bibliografía

- Curtis BR. Drug-induced immune neutropenia/agranulocytosis. *Immunohematology*. 2014;30(2):95-101. PMID: 25247619.
- García GG, García M, López C, de Dios García J. Neutropenia severa secundaria a metamizol y angina desencadenada por filgrastim. *Gaceta Médica de Galicia* [Internet]. 2011 [citado el 2 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/3ec23737af3bbb2da67cc66961bc84dbd70caf38>

682/213. LA PACIENTE MILAGRO.

Autores

Gándara González, E.¹, Muñoz Gallardo, Y.², Garralón Gómez, I.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 49 años, nueva en el cupo de atención primaria, que acude a consulta por presentar cuadro de hipoglucemias frecuentes desde hace años. Como antecedentes destaca trastorno depresivo e hipotiroidismo, ambos de difícil manejo y de años de evolución, en tratamiento con Venlafaxina y Eutirox respectivamente. Tras indagar en la historia clínica de la paciente, refiere la retirada de menstruación a los 33 años, tras su último parto, sin seguimiento ni estudio posterior.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración evidente falta de vello axilar y púbico. Presenta tensión arterial de 100/70 mmHg, con glucemias capilares de 87mg/dl. Se solicita analítica de rutina, a destacar; glucemia basal 51 mg/dL, sodio 134 mEq/L, TSH 0.005 µg/dL, tiroxina libre 2.96 mg/dL, tiroxina libre 1.06 mg/dL, prolactina 12.41 ng/ml, gonadotropinas disminuidas, cortisol 1.7 mcg/dL, factor de crecimiento insulinoide (IGF-1) 15 ng/ml. Resto analítica incluyendo hemograma, perfil renal, lipídico y vitamínico normales. Densitometría ósea normal. Ante la sospecha de panhipopituitarismo se decide derivar a la paciente a Endocrinología de manera preferente y se inicia tratamiento con hidrocortisona 20 al mg al día.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se confirma el diagnóstico de Síndrome de Sheehan, tras realización de pruebas específicas por parte de Endocrinología: niveles de ACTH disminuidos, test de hipoglucemia insulínica con cortisol bajo, resonancia magnética hipofisaria con presencia de silla turca vacía...

Diagnóstico diferencial

Hipofisitis linfocitaria, adenoma hipofisario.

Comentario final

El síndrome de Sheehan es una causa de panhipopituitarismo rara (1 por 1000000 habitante/año), consecuencia tras hemorragia en parto o postparto que conlleva la isquemia y necrosis de hipófisis anterior en distinto alcance. La presentación clínica más común es la presencia de amenorrea y agalactia tras parto complicados, pudiendo retrasarse el diagnóstico ante la inespecificidad clínica en algunos casos. El tratamiento será sustitutivo, dependiendo de la repercusión hormonal de la misma.

Bibliografía

- Thyagaraj V, Kumar MJV. Diagnosis Delayed but not Denied - Sheehan's syndrome. *JNMA J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2015 [citado el 4 de abril de 2023];53(197):31-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26983045/>
- Laway BA, Baba MS. Sheehan syndrome: Cardiovascular and metabolic comorbidities. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2023]; 14:1086731. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36742387/>

682/214. SÍNDROME FEBRIL DE LARGA EVOLUCIÓN.

Autores

Velazquez Rey, L.¹, Rodríguez Sánchez, R.², Masía Perpiñan, Ó.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 47 años sin antecedentes de interés que presenta febrícula vespertina de meses de evolución.

acompañada de decaimiento y artralgias. La clínica aparece siempre por la tarde-noche y le impide realizar su actividad diaria. Heces semisólidas de coloración amarillenta sin sangre. Niega viajes a países tropicales. Niega contacto con animales. Niega relaciones sexuales de riesgo. Refiere contacto con hermano enfermo de tuberculosis hace 30 años. En la primera visita que se realiza a las semanas de la febrícula se solicitan pruebas complementarias para estudio de la fiebre dando positivo el test de Mantoux por lo que se deriva a infeccioso tratándose como una TBC, mejora clínicamente pero después reaparecen los episodios de fiebre realizando de nuevo el estudio y descartando en este caso TBC, la paciente permanece durante meses con episodios de febrícula ocasional, apreciándose en una ecografía barro biliar y litiasis biliar con signos de colecistitis crónica. Reinterrogando a la paciente refiere que se producían los episodios febriles cuando realizaba una comida más copiosa o más grasa.

Exploración y pruebas complementarias

Buena coloración de piel y mucosas.

Auscultación cardíaca rítmica a buena frecuencia sin soplos. Auscultación pulmonar con buen murmullo bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, ligeras molestias a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo y Blumberg negativo. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Rx de tórax: ICT normal. No condensación pulmonar. Mantoux: positivo (10 mm). Serología síndrome mononucleósico y zoonosis negativas. Orina: Cultivo negativo. Tinción, cultivo y PCR de micobacterias negativos. Quantiferon TBC positivo. TAC abdominal/tórax/columna vertebral: colesterosis sin signos de colecistitis como único hallazgo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Colecistopatía crónica.
- TBC

Diagnóstico diferencial

TBC.

Fiebre de origen desconocido.

Zoonosis.

Enfermedad reumática.

Comentario final

Los síndromes febriles de larga evolución provocan gran incapacidad a los paciente y a veces son diag-

nosticados de forma errónea debido a la predilección que tenemos por darle más valor a las pruebas complementarias. En nuestro caso la persistencia de la clínica debe hacernos replantear el diagnóstico y buscar otras posibles patologías que en este caso ya se intuían en la primera batería de pruebas diagnósticas. Para ello es imprescindible la longitudinalidad en la atención médica.

Bibliografía

- Bor, David H; *Abordaje del adulto con fiebre de origen desconocido; Uptodate; 2022*

682/220. PERICARDITIS NO COMPLI-CADA EN PACIENTE DE NUESTRA CONSULTA.

Autores

Sillero Ureña, M.¹, Fernández Porcel, A.², Pegalajar Moral, B.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Motivo Consulta: Dolor torácico.

Antecedentes Familiares: Padre angina de pecho a los 65-70 años.

Antecedentes Personales: NAMC, No antecedentes cardiológicos ni no cardiológicos. Sin tratamiento habitual. IABVD.

Enfermedad actual: Varón de 47 años que acude a nuestra consulta por cuadro de dolor torácico opresivo, sin irradiación ni cortejo vegetativo, que no se modifica con los movimientos posturales. Asocia pico febril de 37,2º. No dolor torácico previo, no disnea, no palpitations, no síncope, no otra sintomatología asociada.

En los días previos, había presentado episodio previo de infección de VRS.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, eupneico en reposo. TA 111/78 mmHg, FC 60 lpm, afebril.

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

MMII: no edemas ni signos de TVP.

- ECG: RS a 65 lpm, eje normal, QRS estrecho con elevación ST con concavidad superior de forma generalizada.
- Rx tórax: ICT normal, no pinzamiento de senos costofrénicos.
- Analítica: Hb 16.6 g/dL, leucocitos 7680, PMN 4390, plaquetas 345000, glucosa 115 mg/dL, urea 45 mg/dL, Cr 0.82 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4 mEq/L, Mg 2.25 mg/dL, colesterol 214 mg/dL, HDL 39 mg/dL, LDL 149 mg/dL, TGs 134 mg/dL, PCR 12.5 mg/L, HbA1c 5.2%, troponinas 13 ng/L, TSH 2.22 μ UI/mL, NTproBNP 525 pg/mL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Pericarditis aguda no complicada.
- Episodio previo de infección de VRS.

Diagnóstico diferencial

Con otras causas de dolor precordial como neumotórax, neumonía, taquiarritmia, infarto de miocardio.

Comentario final

Se inicio tratamiento con:

- AAS 500 mg 2-2-2 durante 1 semana, disminuyendo 1 comprimido cada semana hasta finalizar tratamiento.
- Colchicina 1 mg 1 comprimido por la mañana durante 3 MESES.
- Pantoprazol 40 mg 1 comprimido por la mañana mientras tome AAS

Buena evolución clínica del paciente. No ha vuelto a presentar dolor torácico.

Conclusiones: El diagnóstico de la pericarditis es clínico y su tratamiento es sintomático. Está a nuestra disposición diagnosticar y tratar este cuadro, así como reconocer signos de alarma que orienten hacia las dos principales complicaciones de la pericarditis: derrame pericárdico y taponamiento cardíaco. Anamnesis y exploración son nuestras mejores herramientas.

Bibliografía

- Zurro, A. M., Cano Perez, J. F., & Badía, J. G. (Eds.). (2019). *Atención Primaria. Problemas de Salud En La Consulta de Medicina de Familia (8a ed.)*. Elsevier.

682/222. ALERTA ANTE DORSALGIA EN PACIENTES FUMADORES.

Autores

Medina Arevalo, B.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Varón de 70 años, con los antecedentes personales de:

- No alergias medicamentosas conocidas
- Hipertensión Arterial
- EPOC
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Exfumador desde hace 3 años de dos paquetes diarios

Acude a consulta por dolor dorsal izquierdo que irradia a hemitórax izquierdo de seis meses de evolución, de carácter mecánico, acentuándose con los movimientos y la inspiración profunda.

No refiere traumatismo previo ni relación con sobreesfuerzo. Niega fiebre, disnea, hemoptisis, tos y expectoración. Tampoco pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin hallazgos.

Tras realizar tratamiento con antiinflamatorios, y obtener escasa respuesta, se solicita analítica sanguínea sin alteraciones y radiografía de tórax evidenciándose engrosamiento del hilio pulmonar izquierdo, no presente previamente, por lo que realizamos interconsulta con Medicina Interna, que cita para TC de tórax, cuyo resultado es de tumoración hilar izquierda en confluencia con adenopatías patológicas con invasión de venas pulmonares.

Ante este resultado, Neumología realiza Broncoscopia, en cuya muestra se describe proceso neofornativo pulmonar tipo carcinoma no célula pequeña, epidermoide.

Tras realizarse PET-TAC y RMN Craneal como parte del estudio de extensión, con presencia de metástasis óseas, pleurales y cerebrales, se presenta en el Comité de Oncología que decide comenzar con quimioterapia e inmunoterapia, a la espera de decisión por parte de Neurocirugía.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Carcinoma Epidermoide de Pulmón Metastásico (T4N3M1).

Diagnóstico diferencial

- Hernia discal
- Origen vertebral (aplastamientos vertebrales no traumáticos)
- Inflamatorio/Infeccioso
- Tumoral
- Funcional en relación a contractura muscular

Comentario final

La falta de respuesta a analgesia y la ausencia de clínica infecciosa, nos hizo pensar en la etiología tumoral como origen de la sintomatología del paciente, que debemos tener siempre presente en pacientes con factores de riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón, como es la exposición al tabaco. Una buena orientación clínica inicial, desde Atención Primaria, así como una detección precoz es imprescindible para un abordaje posterior adecuado, sin olvidar la importancia de nuestra labor en la prevención primaria de esta enfermedad.

Bibliografía

- F.J. Aranguren-García, J. Gayan-Ordás, F.J. Ruiz-Ruiz. *Diagnóstico diferencial de la dorsalgia crónica: a propósito de dos casos. ELSEVIER Vol. 42. Núm. 6. Páginas e96-e98 (septiembre 2016).*

682/223. CAÍDAS FRECUENTES: TRÍADA DE HAWINKS-ADAMS.

Autores

Naranjo Martín-Prieto, M.¹, Vallo Arjonilla, M.², Rodríguez González, D.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 68 años sin antecedentes de interés que consulta por caídas frecuentes con pérdida de equilibrio

y debilidad en miembros inferiores acompañado de incontinencia urinaria de urgencia y pérdidas subjetivas de memoria. Niega pérdida de conocimiento o TCE, así como parestesias u otra sintomatología neurológica.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, bien nutrida y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo sin uso de musculatura accesoria.

Consciente, orientada y colaboradora. Pupilas isométricas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. No dismetría. Rigidez en rueda dentada en ambos miembros superiores. ROT vivos y simétricos. No signos meníngeos.

ACP: Rítmica sin soplos carotídeos. MVC.

Analítica sanguínea: HB 12.7, Hto 40, plaquetas 404. Fórmula leucocitaria sin alteraciones. Glucosa 113 Urea 23 Creatinina 0.60 Ionograma normal Colesterol 206. Marcadores tumorales en rango.

TAC cráneo sin contraste: LOE frontal derecha mal definida de unos 6 x 4 cm, con edema digitiforme de sustancia blanca, impresiona de probable lesión extra-axial, con efecto masa que desplaza línea media hacia la izquierda entre 9,5 y 10 mm (herniación subfalcina).

RMN con contraste: Gran meningioma frontal parasagital derecho con gran edema perifocal y compresión de los giros frontales y herniación de la cara medial de lóbulo frontal y del asta frontal del lado derecho con las medidas descritas en el informe.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Meningioma frontal parasagital derecho.

Diagnóstico diferencial

Hidrocefalia Normotensiva del Adulto.

Otras causas de demencia (Alzheimer, demencia vascular).

Absceso cerebral.

Neoplasias Cerebrales Primarias.

Metástasis Cerebral.

Toxoplasmosis.

Comentario final

Paciente mujer de 68 años que acude a consulta de Atención Primaria por presentar ataxia marcha, incontinencia urinaria y demencia de más de un mes de evolución (Tríada Hawinks-Adams). Se realiza estudio

mediante pruebas complementarias y se realiza diagnóstico de meningioma frontal parasagital derecho, tras valoración por parte de Medicina Interna se deriva a servicio de Neurocirugía para decidir tratamiento definitivo.

Bibliografía

- *Overview of the clinical manifestations, diagnosis, and management of patients with brain metastases.* Patrick Y Wen, Jay S Loeffler. *UpToDate*
- *Tumores Cerebrales.* Pedro Pérez Segura. *SEOM, noviembre 2022.* <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/tumores-cerebrales?start=0>
- *Espay AJ, Da Prat GA, Dwivedi AK, et al. Deconstructing normal pressure hydrocephalus: Ventriculomegaly as early sign of neurodegeneration. Ann Neurol 2017; 82:503.*

682/230. DOCTOR ME DUELE EL COSTADO IZQUIERDO!

Autores

García Amador, C.¹, Eliche Vélchez, J.²

Centro de Trabajo

(1) Centro de Salud Fuente de la Villa, Martos, (2) Centro de Salud Fuente de la Villa, Martos, Jaén

Descripción del caso

Paciente de 69 años hipertensa y con arteritis temporomandibular acude a consulta de primaria por fiebre 38-39 grados de dos días de evolución, dolor en hipocondrio izquierdo, malestar general y disuria previo al inicio de los síntomas. Ama de casa, convive con su esposo y tiene dos hijos.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente muy inquieta y ansiosa, con dolor y sensación de masa en hipocondrio izquierdo (HI), no dolor pleurítico, no adenopatías palpables en cabeza y cuello, región supraclavicular, axilar ni inguinal, no visceromegalias.

- Pruebas complementarias: hemograma, examen de orina: normales, CA 125: 135 UI/L, PCR 102,7 mg/L. Analítica en medicina interna: Leucocitos 12,150, PMN 71.4%, VSG 89mm/h, Glucosa 108mg/dl, potasio 5.2mEq/L, FA 155U/L, GGT 177U/L, Hierro 30ug/dl, IST 11%. PCR 115 mg/L, Prealbúmina 11.3mg/dl, VitB12 305, Vitamina D 10.8 ng/mL, Fólico 6.6 ng/mL. No proteinuria. Proteinograma hipoalbuminemia, sin otras alteraciones. Inmunoglobulinas E:

267 UI/mL y G: 1643 mg/dL, A y M normales. Complemento sin consumo, test Coombs: negativo.

Pruebas de imagen: Radiografía tórax: imagen de derrame pleural y pinzamiento en ángulo cardio y costofrénico izquierdo.

- Ecografía lineal: imagen alargada hipoecoica heteroecoica de 1.3X4.5CC en región submamaria izquierda.
- TAC con contraste toraxabdomenpelvis: Absceso subcutáneo en región submamaria izquierda de 77 x 25 x 60 mm.
- Drenaje ecoguiado de colección en HI.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Absceso torácico cutáneo por Salmonella.

Diagnóstico diferencial

Lipoma. Quiste, Hematoma postraumático, Tumora- ción maligna.

Comentario final

El dolor torácico junto con la fiebre son síntomas inespecíficos que está presente en diversas patologías infecciosas y no infecciosas, por lo que el médico de familia debe apoyarse en la correcta anamnesis, examen físico y entorno familiar para la buena evolución y diagnóstico. Es fundamental orientar a los pacientes a asistir a consulta con su médico de atención primaria cuando aparezcan signos y/o síntomas que no permita realizar las actividades de la vida diaria así como compromiso de su salud mental.

Bibliografía

- *Dura, Gracia, Gil, Rubio, ElSevier [Internet]. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21(6):319-20 disponible: Absceso primario de psoas por Salmonella enterica serogrupo G serovar friedenaus | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (elsevier.es).*

682/231. "TENEMOS QUE HABLAR".

Autores

Ureña Moreno, L.¹, Lloris Moraleja, C.², Teruel Garrido, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina del Trabajo. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (3) Especialis-

ta en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 82 años, con AP de DM2 de más de 15 años de evolución, con aceptable control glucémico, que presentaba en analíticas rutinarias una elevación persistente de creatinina, y deterioro progresivo de función renal. Clínicamente, destacaba edematización de manos y pies. Fue derivada a Nefrología en Septiembre 2021 para valoración, siendo dada de alta e indicando ecografía renal por parte de Atención Primaria. Su médico solicitó dicha ecografía, y ante los hallazgos de la misma, se solicitó RMN desde servicio de Radiología, que se demoró 10 meses. La paciente no acudió a consulta para resultados.

Exploración y pruebas complementarias

TA 137/89 mmHg. DTT 153. Buen estado general. Consciente, orientada, colaboradora. Normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. Eupneica en reposo. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. ABD: blando, depresible, no doloroso, no peritonismo. MMII: edemas perimaleolares con fóvea +/++.

Analíticamente, deterioro de función renal.

Ecografía riñón (Enero 2022): imagen multiquística pancreática en comunicación con el conducto de Wirsung.

RMN abdominal (Diciembre 2022): Signos de pancreatitis crónica. Lesión de aspecto sólida adyacente a cabeza pancreática. Adenopatía en espacio aorto-cava.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

LOE pancreática a filiar.

Diagnóstico diferencial

Adenopatía vs proceso neofornativo vs pseudotumor por pancreatitis crónica.

Comentario final

Ante los hallazgos en la RMN, se contactó con servicio de Digestivo para que valorasen de manera urgente a la paciente. Se realizó ecoendoscopia digestiva alta con PAAF. Durante el año de demora, la paciente ha comenzado con hiporexia y pérdida brusca de peso. Actualmente, la paciente se encuentra en estudio por Oncología para filiación de tumor pancreático. Este caso es interesante para introducirnos en el mundo de Seguridad del paciente (SP). Se define como "evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de pro-

cesos de atención sanitaria", que surge de la interacción entre los componentes del sistema. Ante este tipo de situaciones, debemos preguntarnos qué (y no quién) ha fallado en el sistema. El principal factor contribuyente y evitable de este caso, ha sido el fallo de comunicación deficiente entre profesionales y con el paciente, ambos caballos de batalla del día a día en consulta.

Bibliografía

- Palacio Lapuente F, La seguridad del paciente: un problema importante y actual. AMF 2011;7(9) :496-503.

682/232. DEFORMIDAD EN RODILLA TRAS EMPEZAR EN EL GIMNASIO.

Autores

Rosa Boyer, M.¹, Martín Heredia, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chiclana - El Lugar. Chiclana de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando - Dr. Cayetano Roldan. San Fernando. Cádiz

Descripción del caso

Niño de 11 años de edad, vacunado correctamente, sin antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: sin enfermedades conocidas ni tratamiento activo.

Acude a SUH por gonalgia tras traumatismo accidental mientras jugaba al fútbol. Refiere notar deformidad en miembro inferior izquierdo desde hace unas semanas coincidiendo con el inicio de actividad deportiva en gimnasio. Niega dolor nocturno ni signos de alarma.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente orientado y colaborador, bien hidratado y persuadido normocoloreado, eupenico en reposo.

Exploración de MMII: Deformidad evidente, no crepitación, hematoma en cara medial doloroso, se palpa tumoración a nivel de tibia proximal adherida a planos profundos. No aumento de temperatura local. No limitación de balance articular. Neurovascular distal conservado.

Rx: Tumoración a nivel tibia proximal medial, bien delimitada, sin rotura de cortical y sin impresión e signos de malignidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Osteocondroma.

Diagnóstico diferencial

Exostosis cartilaginosa múltiple y el osteosarcoma parosteal.

Comentario final

Los osteocondromas son un tumor propio de individuos jóvenes; el 70% de las lesiones aparecen en las dos primeras décadas de la vida, predominantemente en varones.

Estos tumores pueden ser solitarios o múltiples, siendo estos últimos constituyentes de la exostosis hereditaria múltiple. En nuestro paciente sólo encontramos una lesión, con el antecedente de traumatismo o ejercicio vigoroso previo a la aparición del mismo.

La lesión que comienza precozmente causa trastornos de crecimiento, con acortamiento y deformidad de la extremidad afectada. Sin embargo, habitualmente es asintomática y se diagnostica como un hallazgo casual, como es nuestro caso. Finalmente, lo más importante a tener en cuenta ante la aparición del dolor deberemos descartar su posible transformación maligna (condrosarcoma), que constituye al rededor del 1% en las formas solitarias.

El tratamiento consiste en una resección simple o ampliada. El principal riesgo de la intervención es romper la cortical y la transformación de la lesión en fractura. El pronóstico generalmente es favorable en los niños, pues cesan con el crecimiento y la madurez ósea; sólo alrededor de un 1,8% de los osteocondromas recidivan.

Bibliografía

- Staals EL, Bacchini P, Mercuri M, Bertoni F. Dedifferentiated chondrosarcomas arising in preexisting osteochondromas. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:987
- Mavrogenis AF, Papagelopoulos PJ, Soucacos PN. Skeletal osteochondromas revisited. *Orthopedics.* 2008;31(10).

682/235. NO TODO TEMBLOR DE RECIENTE COMIENZO EN PACIENTES JÓVENES ES CAUSADO POR ANSIEDAD.

Autores

Damián García, R.¹, Morales Delgado, N.², Serrano Flores, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º 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, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 21 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de Atención Primaria (AP) aquejando temblor, nerviosismo y dolor torácico no opresivo de dos semanas de duración. Se muestra cabizbajo en consulta, y afirma estar más nervioso y estresado de lo habitual estas últimas semanas, aunque no explica la causa a pesar de que se le pregunta en varias ocasiones. Niega consumo de tóxicos o bebidas excitantes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, el paciente muestra temblor de manos en reposo y tendencia a la sudoración. La auscultación denota unos tonos rítmicos, a unos 125 latidos/minuto, sin soplos audibles. Se solicita EKG que denota un ritmo sinusal a unos 120 latidos/minuto, sin alteraciones agudas en la repolarización. Igualmente, se solicita analítica de control urgente y se cita al paciente en una semana para conocer resultados. Mientras tanto, y ante la sospecha de posible cuadro de ansiedad generalizada, se recomiendan medidas higiénico-dietéticas de relajación hasta conocer resultados. A la semana, en la analítica se aprecia TSH < 0,01 mU/mL y Tiroxina 7,48 ng/dL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Hipertiroidismo.

Diagnóstico diferencial

Ansiedad, temblor esencial, consumo de tóxicos.

Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar una adecuada anamnesis, exploración física y pruebas complementarias oportunas ante un cuadro de temblor y nerviosismo de reciente comienzo en pacientes jóvenes. Así, es un error en la práctica clínica relacionar estados de nerviosismo con cuadros de ansiedad sin haber descartado previamente otro tipo de patología orgánica, como denota este caso clínico. Finalmente, el paciente, fue tratado con tiamazol y propranolol, desapareciendo la clínica a la semana de iniciar dicho tratamiento.

Bibliografía

- Blanco Carrera C, Cabañas-Durán M, Tasende Fernández C, Rubio García JA. Tirotoxicosis e hipertiroidismo. *Medicine*. 2020;13(13):718-26.

682/237. SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN ESTUDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Vázquez Cros, A.¹, Ávila Álvarez, L.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 58 años que acude a consulta de Atención Primaria por astenia, hiporexia, pérdida de peso no cuantificada y dolor abdominal de un mes de evolución que ha ido empeorando progresivamente.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, caquética. TA: 126/70 mmHg, FC 75 lpm. ACR: sin hallazgos. Abdomen blando, depresible, con molestias a la palpación en epigastrio y ambos hipocondrios, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal.

- Analítica: PCR 8'4 mg/L y elevación de marcadores tumorales (CEA 15'10 ng/mL, Ca 125 84'9 U/mL). Resto normal.
- Sangre oculta en heces: positiva.
- TAC abdomen C/C: lesión de aspecto neoplásico en torno al tronco celíaco y el páncreas, aparentemente dependiente de este último, de límites mal definidos, de 4x3 cm. Dos adenopatías a nivel hepático milimétricas.

Ante los hallazgos, se deriva de forma urgente a nuestro referente de Medicina Interna, quien completa estudio con:

- TAC de tórax y craneal: sin evidencia de enfermedad metastásica.
- PET-TC: lesión metabólicamente positiva a nivel de epigastrio (podría depender de/afectar a páncreas). Al menos tres focos hipermetabólicos hepáticos.

- Ecoendoscopia con PAAF de lesión sospechosa con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma de páncreas.

Por todo ello, es derivada a Oncología Médica. Dado el estadio de la enfermedad, no es subsidiaria de cirugía, no obstante pautan quimioterapia (Abraxane DT: 180 mg + Gemcitabina DT: 1500 mg días 1,8,15 ciclos cada 28 días) con aceptable tolerancia por el momento.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome constitucional secundario a adenocarcinoma de páncreas Estadio IV (M1 hepáticas).

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis autoinmune, pancreatitis crónica, linfoma, metástasis de otros tumores sólidos, etc.

Comentario final

El síndrome constitucional es un motivo de consulta relativamente frecuente en Atención Primaria y el médico de familia tiene un papel clave en el inicio de su estudio. La primera aproximación diagnóstica consiste en una adecuada anamnesis por órganos y sistemas, una exploración física rigurosa y la petición de analítica con hemograma y bioquímica básica, sangre oculta en heces, radiografía de tórax y/o ecografía abdominal según nuestra sospecha.

Bibliografía

- Buitrago F, Alejandre J, Morales JA. Estudio inicial del paciente con síndrome constitucional en atención primaria. *FMC*. 2012; 19(5):268-77.

682/238. UN ABORDAJE INTEGRAL SIEMPRE ES IMPORTANTE.

Autores

Pegalajar Moral, B.¹, Sillero Ureña, M.², Fernández Porcel, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 29 años fumadora de 10 cigarrillos al día, obesa con IMC 34, y antecedentes de polinosis, asma

y migraña con TAC normal. Toma de forma habitual sumatriptán, naproxeno y anticonceptivos orales. Acude a nuestra consulta por dolor en ambos MMII de dos días de evolución. Indagando nos dice llevar 2 días con tos y disnea la cual no llega a ser de mínimos esfuerzos junto con astenia generalizada.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, leve disnea en reposo, sobre todo al habla. ACR rítmica, sin soplos, MVC sin zonas de hipoventilación, roncus dispersos en ambos campos pulmonares.

Exploración MMII: no aumento de diámetro, no aumento de temperatura, no eritema. Dolor a la palpación sobre ambos miembros. Pulsos conservados y simétricos. Relleno coloración dedos pies normal. SatO₂ 98% y FC 73.

Enviamos a la paciente a hospital de referencia para ampliación de pruebas complementarias dados los antecedentes de tabaquismo, obesidad y toma de anticonceptivos orales.

En hospital realizan analítica donde destaca dímero D 3314, con resto analítica dentro de la normalidad, solicitan angio-TAC tórax donde aparecen defectos de repleción en porción distal de ramas subsegmentarias para los segmentos posterobasales del LID, que se corresponden con mínimos tromboembolismos.

Además se realiza un ECG donde se aprecia ritmo sinusal a 79lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización.

Tras dichas pruebas se interconsulta con neumología quienes indican ingreso a su cargo para estudio.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar/ reagudización asmática/ Infección respiratoria.

Comentario final

Nuestra paciente acudió por un síntoma el cual no era de los más comunes para orientar el diagnóstico, sin embargo, a través de nuestra anamnesis recogimos otros datos que sí que nos orientaban hacia el cuadro clínico. Como conclusión, hay que detenerse con cada paciente, y dedicarle el tiempo que se necesita. Desde atención primaria tenemos la puerta principal para ayudar a nuestros pacientes ya que es el acceso más "fácil y rápido" y hay que estar siempre alerta.

Bibliografía

- Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016.

682/242. ¿MAREO CON GIRO DE OBJETOS ES SIEMPRE VÉRTIGO?

Autores

Díaz Merayo, C.¹, Botana Fernández, B.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrandio. San Martín del Rey Aurelio. Asturias, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sama de Langreo. Langreo. Asturias

Descripción del caso

Varón de 82 años, desplazado, acude con su hija con la que vive recientemente. Presenta mareo con giro de objeto y dificultad para la marcha de una semana de evolución, con dos consultas previas pautándose tratamiento con sulpirida y betahistina sin mejoría. Esa mañana episodio de desorientación en lugar y tiempo autolimitado, de 10 minutos. No otros síntomas. Antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Fumador de una caja de tabaco diaria.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador. Normocoloreado y normohidratado, bien nutrido y perfundido. Eupneico en reposo. glucemia 135 mg/dL, tensión arterial 157/86, frecuencia cardiaca 85 lpm, saturación oxígeno 98%.

Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica completa normal salvo prueba de Romberg positiva con leve lateropulsión posterior.

Protocolo HINTS (acrónimo formado por Head Impulse, Nystagmus y Test de Skew): no nistagmo, Head impulse normal, Test de Skew es positivo con desalineamiento vertical más llamativo en ojo derecho.

Además se realiza tira de orina con leucocitos y nitritos positivos, se recoge muestra para enviar urinocultivo.

Ante los hallazgos de la exploración neurológica se decide derivación a Servicio de Urgencias Hospitalarias para completar estudios, donde se realiza un TAC craneal sin patología aparente. Durante el ingreso se realiza RMN donde se aprecia infarto vertebro-basilar.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se sospecha posible Síndrome vestibular agudo, tras la realización de protocolo HINTS no se puede descartar origen central. Además presenta infección tracto urinario inferior.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del cuadro es amplio: desequilibrios, presíncope, vértigo periférico, origen central...

Comentario final

El mareo es una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria y Urgencias. Es muy importante una anamnesis adecuada, mediante la realización del protocolo HINTS tenemos una herramienta rápida y eficaz para poder sospechar desde nuestra consulta diaria un accidente cerebrovascular con cuadro clínico similar pero que requiere otra actuación.

Bibliografía

- *Neurología.com [Internet]. Vértigo periférico frente a vértigo central. Aplicación del protocolo HINTS. Neurología.com. [citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2014137>*
- *Millán Pérez S, Baracaldo Santamaría IC, Avella H, Ocampo Navia MI. Enfoque diagnóstico del síndrome vestibular agudo en urgencias. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2023];36(1):18-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50120-87482020000100018*

682/244. DOCTOR, NO QUIERO PERDER PESO.

Autores

Lozano Kolesnikov, V.¹, Atalaya Lucas, A.², Andrés Vera, J.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 38 años. Antecedente familiar de padre con Diabetes Mellitus tipo2. No antecedentes personales de interés. Acude a consulta por cuadro compatible con

polidipsia, poliuria y pérdida ponderal no cuantificada e involuntaria a lo largo de los últimos tres meses.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física destaca un peso de 70kg, estatura 162cm, IMC 26,7 kg/m² (sobrepeso), TA 125/80mmHg. Se realiza control de glucemia capilar con resultado de 392 mg/dL.

Ante los hallazgos, se plantea como primera posibilidad diagnóstica debut de Diabetes Mellitus tipo 1. Se remite para valoración hospitalaria descartando cuadro de cetoacidosis diabética tras realización de analítica completa incluyendo gasometría venosa y cetonuria. Durante la estancia hospitalaria se inicia insulino terapia IV. Una vez revertido el cuadro y estabilidad clínica de la paciente se inicia pauta de insulinozación bolo-basal. Se remite con carácter preferente a las consultas externas de Endocrinología y Educación Diabetológica.

En la analítica programada de Atención Primaria destaca una HbA1c de 11,2%. Tras acudir a revisión por el servicio de Endocrinología se confirma DM1 tipo LADA con antiGAD + en fase de luna de miel.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Diabetes Mellitus Tipo 1 LADA.

Diagnóstico diferencial

DM tipo1. DM tipo2.

Comentario final

Se trata de una patología autoinmune que afecta a la secreción de insulina por las células beta pancreáticas. Por tanto, son precisos requerimientos insulínicos de por vida, además de un estricto control de la dieta, promoviendo estilos de vida saludables para evitar complicaciones a medio largo plazo. El manejo óptimo de la glucemia evita principales complicaciones agudas como la cetoacidosis diabética.

El diagnóstico de esta enfermedad provoca un gran impacto en el paciente. Supone un periodo de adaptación que afecta a todo el ámbito familiar. Nuestro papel como médicos de familia es esencial, no solo en la enseñanza del manejo de la insulino terapia, sino también en tranquilizar y acompañar al paciente, enseñar hábitos de vida saludables, explicar la etiología de la enfermedad y tratamiento.

Bibliografía

- Leslie RD. Editorial: Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA). *Front Endocrinol (Lausanne)* 2022 Aug 29;13:1002776.
- Hernández M, Novoa - Medina Y, Faner R. Genetics: Is LADA just late onset type 1 diabetes? *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Aug 10;13:916698.

682/248. LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INTEGRAL.

Autores

Granado Ortiz, I.¹, Martín Fernández, C.², Huesa Andrade, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 58 años con disnea de seis meses de evolución y aumento en el último mes (grado II-III mMRC), imposibilitándole su vida laboral. Refiere expectoración matutina de forma habitual. No episodios de infecciones respiratorias en los últimos años ni ortopnea.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertenso en tratamiento con enalapril 20 mg/ hidroclorotiazida 12,5 mg. Fumador de 88 paquetes/ año.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Caquéctico (índice de masa corporal de 22).

- Auscultación cardiorrespiratoria rítmica, sin soplos, con disminución generalizada del murmullo vesicular.
- Saturación de oxígeno de 94%
- No edemas de miembros inferiores.

Solicitamos radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG) y análisis general.

Citamos de nuevo al paciente para la recogida de resultados. El análisis y el ECG resultan normales. Sin embargo, en la radiografía podemos observar hiperinsuflación de ambos pulmones con aplanamiento diafrágico, atrapamiento aéreo retroesternal y hori-

zontalización de las costillas, sugestivo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

EPOC GOLD 3.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad intersticial pulmonar.

Comentario final

Dada la sospecha, decidimos iniciar tratamiento con tiotropio 2,5 ug/ olodaterol 2,5 ug 2 inhalaciones por la mañana y bromuro de ipatropio 250 ug/ml a demanda.

Se deriva a consultas de Neumología, donde realizan una espirometría con los siguientes resultados; FEV1% 41.94, FVC 2840 (74%), FEV1 1.19 (39%), diagnóstico de EPOC GOLD 3.

Tras ello, Neumología le explica al paciente la gravedad de su situación, planteando incluso posibilidad de trasplante pulmonar. Deciden citar al paciente en consultas de deshabituación tabáquica, rehabilitación respiratoria, nutrición, solicitud de ecocardiografía y tomografía computerizada de tórax.

El paciente acude de nuevo a nuestra consulta preocupado, con ansiedad creciente debido al diagnóstico. Para ello, damos pautas para el manejo de la ansiedad.

Por ello, el abordaje integral de un paciente crónico resulta esencial en enfermedades sobre todo de reciente diagnóstico y de la gravedad descrita, ya que en este caso, la enfermedad no sólo afecta al sistema respiratorio, sino desde su salud mental hasta su estado nutricional.

El tratamiento médico no es la única opción que podemos ofrecerle a este paciente, sino pautas y medidas higiénicas para mejorar su estado general de salud.

Bibliografía

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Strategy Report 2023*

682/249. EL QUE BUSCA, HALLA.

Autores

Granado Ortiz, I.¹, Martín Fernández, C.², Huesa Andrade, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla, (2) Re-

sidente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 30 años de edad que acude a consulta por traumatismo costal tras caerse por una escalera, con persistencia del dolor a pesar de analgesia habitual. No sensación de dificultad respiratoria. No refiere otra sintomatología.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas ni patología previa conocida.

Pautamos analgesia con Ibuprofeno 600mg 1 comprimido cada 8 horas si dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Piel y anejos: no lesiones aparentes.

Solicitamos una radiografía de parrilla costal y región torácica y volvemos a citar al paciente en nuestra consulta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Traumatismo costal.

Diagnóstico diferencial

Sarcoidosis.

Comentario final

Tras la revisión de radiografía, observamos infiltrados bilaterales pulmonares que, comparando con las previas, se encontraban presentes hacía 6 meses.

Rehistoriamos de nuevo al paciente, el cual no refiere clínica constitucional, disnea o de otro tipo.

Decidimos solicitar una tomografía computerizada (TC) de tórax además de un análisis general. El análisis resulta normal, sin embargo, el TC es informado como presencia de grandes conglomerados adenopáticos hiliares bilaterales y mediastínicos, junto con áreas de consolidaciones mal delimitadas, en ambos hemitórax y patrón micronodular de distribución perilinfática parcheada, hallazgos altamente sugestivos de sarcoidosis.

Tras ello, solicitamos valoración de nuestro paciente por parte de Neumología, que deciden solicitar una fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial. Por último, el resultado de anatomía patológica resulta confirmatorio de sarcoidosis.

La principal conclusión que podemos obtener es que, en ocasiones, cuando pedimos pruebas de imagen por un motivo, en este caso un traumatismo costal, no solemos a valorar la imagen completa. Por ello, una lectura sistemática y organizada de una radiografía, nos permite obtener más información de la que creemos. Este hecho podemos observarlo en este caso clínico, ya que dichos infiltrados bilaterales pulmonares, estaban presentes hacía meses y se pasaron por alto.

Bibliografía

- *Sarcoidosis. En: Harrison, editor. Principios de medicina interna. 13.ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1994;1932-38*

682/252. LA "ANSIEDAD" QUE TERMINÓ EN TRIPLE BY-PASS.

Autores

Dionisio Flores, M.¹, Carvajal Jaén, J.², Rodríguez Quesada, M.¹

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 Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 56 años que consulta por dolor torácico. Entre sus antecedentes no constan alergias ni hábitos tóxicos. Padece Hipertensión arterial y Trastorno de ansiedad. En tratamiento con Enalapril/Hidroclorotiazida y Ketazolam. Lleva a cabo vida activa e independiente. Acude a consulta de Atención Primaria hasta en tres ocasiones por presentar cuadros autolimitados de dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo y cuello. Tras realización de ambulatoria de pruebas complementarias normales se deriva a Urgencias Hospitalarias en todas las ocasiones sin encontrar diagnóstico, por lo que achacan la clínica a su trastorno de ansiedad.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneica. A la auscultación, tonos rítmicos a buena frecuencia sin ruidos patológicos. Abdomen y miembros inferiores normales. Electrocardiograma y Radiografía de Tórax normales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se decide derivación a Cardiología para realización de Ergometría ante persistencia del cuadro. Dicha prueba resulta positiva, por lo que se decide ingreso hospitalario. Durante el mismo, se extrae analítica con enzimas de daño miocárdico (valores normales) y se realiza Coronariografía con lesión en Arteria Descendente Anterior, Arteria Circunfleja y Arteria Coronaria Derecha. Por lo tanto, con el diagnóstico de angina inestable progresiva con ergometría positiva y enfermedad coronaria multivaso, se decide realización de cirugía de revascularización miocárdica con triple By-pass. Durante el ingreso, de un mes de duración, la paciente presentó buena evolución y actualmente se encuentra en situación basal.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente Angina estable/inestable.

Comentario final

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente. Debemos estar atentos a sus características y no clasificarlo prematuramente como ansiedad. En el caso de nuestra paciente, tras varias consultas y derivaciones a Urgencias, encontrar el diagnóstico y tratamiento definitivo fue gracias a la realización de la Ergometría; solicitada a través de Atención Primaria tras ser el resto de pruebas no concluyentes. La conclusión que extraemos es que no debemos conformarnos con algunos diagnósticos, sino indagar en la sintomatología y dar solución a las patologías de nuestros pacientes siempre que sea posible.

Bibliografía

- Hoorweg BB, Willemsen RT, Cleef LE, Boogaerts T, Buntinx F, Glatz JF, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. *Heart*. 2017; 1727-1732.

682/253. MANEJO DE DISLIPEMIA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y NEFROPATIA DIABÉTICA ASOCIADA.

Autores

Ávila Álvarez, L.¹, Vázquez Cros, A.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (2)

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 79 años que acude a consulta de atención primaria para control analítico. Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, nefropatía diabética y dislipemia mixta. En tratamiento con metformina 1 g/24 horas, linagliptina, insulina 26 UI, pravastatina 20 mg. En analítica presentó hallazgo de HbA1c 10.9%, CT 379 mg/dl y TG 1748 mg/dl.

Se insistió en cumplimiento de medidas dietéticas y ejercicio físico. Se suspendió pravastatina y linagliptina. Añadimos dapaglifozina 10 mg, atorvastatina 20 mg, fenofibrato 160 mg y se aumentó insulina a 30 UI. En control analítico posterior presentó descenso de HbA1c de 3 puntos y mejoría en cifras de colesterol y triglicéridos.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica 23/12/2022: Glucemia 279 mg/dl, Creat 1.57 mg/dl, FG 32 ml/min, CT 379 mg/dl, HDL 32 mg/dl, LDL 95 mg/dl, VLDL 350 mg/dl, TG 1748 mg/dl, Colesterol no HDL 347 mg/dl, HbA1c 10.6%, albumina/creat 193.5. Peso 76 kg, Talla 160 cm, IMC 29.

Analítica 2/3/2023: Glucemia 122 mg/dl, Creat 1.38 mg/dl, FG 38 ml/min, CT 266 mg/dl, HDL 43 mg/dl, LDL 72 mg/dl, VLDL 103 mg/dl, TG 513 mg/dl, Colesterol no HDL 223 mg/dl, HbA1c 8%, albumina/creat 125.9. Peso 73 kg. IMC 28.5.

Electrocardiograma, monofilamento y retinografía: normal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

DM2 mal controlada.

Dislipemia mixta.

ERC G3bA2.

Síndrome metabólico.

Diagnóstico diferencial

Hiperlipemia familiar combinada.

Comentario final

La enfermedad renal crónica supone un riesgo cardiovascular alto. La alteración lipídica típica consiste en la hipertrigliceridemia, aumento de VLDL, disminución de HDL y LDL pequeñas y densas, por tanto, más aterogénicas. Los objetivos de LDL son la reducción mayor o igual al 50% sobre el basal, 70 mg/dl en estadio G3

y 55 mg/dl en estadio G4-G5. La atorvastatina y pitavastatina son las estatinas de elección por su eliminación hepática. Los fibratos deben iniciarse en caso de TG>1000 mg/dl ajustando dosis según función renal.

Los SGLT2 han demostrado beneficios a nivel cardiovascular. No deben iniciarse si FG<30 pero sí mantenerse si se produce una caída del filtrado por debajo de esta cifra y existía un tratamiento previo.

Bibliografía

- Alonso Álvarez Pilar, Arranz Martínez Ezequiel, Castillo Moraga María, López Simarro Flora, Pallares Carratalá Vicente, Pérez León Noemí. *Paciente cardiovascular metabólico*. 1ª ed. Madrid:Cuquerella Medical Communications; 2023

682/255. “ME DUELE LA PIERNA”, LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE FACTORES RIESGO CARDIOVASCULAR.

Autores

Díaz Merayo, C.¹, Botana Fernández, B.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrandio. San Martín del Rey Aurelio. Asturias, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sama de Langreo. Langreo. Asturias

Descripción del caso

Varón de 62 años, acude a consulta por dolor en pierna derecha “raro”, que no sabe definir desde hace dos semanas. Anamnesis difícil, parece que el dolor se produce en zona gemelar y especialmente con la deambulación. Niega lumbalgia, traumatismo o sobreesfuerzo previo. No sintomatología asociada. Antecedentes personales: fumador importante (35 paquetes-año), bebedor esporádico de alcohol. Episodio de dislipemia hace 6 años sin tratamiento farmacológico, no realiza medidas higienico-dietéticas propuestas en su momento. No ha consultado ni realizado analítica desde hace más de cinco años.

Exploración y pruebas complementarias

Talla 169 cm, peso 63 Kg, IMC 32,6, TA 159/92, FC 86 lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso. Presenta varices en ambas piernas, con mínimos edemas bilaterales. Pulsos pedios y tibiales posteriores débiles de forma bilateral. No limitación del balance articular, no doloroso.

Realizamos analítica que confirma dislipemia con CT de 295mg/dl, LDL 193 mg/dl y HDL 32 mg/dl. Glucemia basal 118 mg/ml, resto de bioquímica y hemograma sin alteraciones. ECG sin alteraciones. Se realiza RX lumbosacra con algún signo degenerativo normal para su edad. Dadas las características del dolor y los FRCV hallados se realiza índice tobillo-brazo 0,66 en pierna derecha y 0,95 en pierna izquierda.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Los síntomas y hallazgos de la exploración física impresionan de arteriopatía periférica, confirmada con el índice tobillo-brazo. Además el paciente presenta varios factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, fumador, consumo de alcohol, sedentarismo). Si nos basamos en la clasificación de Fontaine estamos ante un Estadio Ila con claudicación leve.

Diagnóstico diferencial

Lumbociatalgia aguda, estenosis de canal, rotura fibrilar gemelo.

Comentario final

Paciente con un dolor muy mal definido y una anamnesis difícil, en este caso destaca la importancia de valorar en conjunto al paciente, tanto las patologías como su estilo de vida.

Bibliografía

- Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. *Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos*. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2007 [citado el 9 de abril de 2023];60(9):969-82. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-enfermedad-arterial-periferica-aspectos-fisiopatologicos-articulo-13109651>
- Rodríguez-Morata A, Esteban-Gracia C, Fernández-Heredero A, Riera-Vázquez R, Vaquero-Lorenzo F, March-García JR. *Farmacoterapia en el paciente con claudicación intermitente*. *Angiología [Internet]*. 2011 [citado el 9 de abril de 2023];63(3):113-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-farmacoterapia-el-paciente-con-claudicacion-50003317011000332>

682/259. POR POCO ME PIERDO.

Autores

Vergel Martín, I.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuevas del Almanzora. Cuevas del Almanzora. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 71 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo II y cardiopatía isquémica con colocación de stent a finales de 2021. Intervenciones quirúrgicas: Aneurisma de aorta. Paciente acude a consulta de atención primaria en Abril de 2022 por pérdida de peso de unos 10Kg aproximadamente. Refiere que ha estado realizando ejercicio y dieta tras sufrir el infarto pero cree que el peso perdido es demasiado. Se decide control analítico y seguimiento en consulta.

Paciente acude nuevamente a consulta después de 8 meses. En analítica aparece elevación de las transaminasas. El paciente refiere haber seguido perdiendo peso y en esta ocasión presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho con nauseas acompañantes. A la exploración abdominal paciente presenta hepatomegalia de 2 traveses de dedo y dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Murphy negativo. Se decide derivación del paciente a diagnóstico rápido de digestivo.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente se realiza Angio-TC de control de aneurisma de aorta que informa de Hepatomegalia con imágenes de aspecto nodular mal definidas y sugieren cotejar con ecografía abdominal o TCtrifásica de abdomen.

Se solicita TC con contraste abdominal que refiere hepatomegalia con imágenes sólidas confluentes, que refuerzan en anillo, formando conglomerado de límites mal definidos de 90x110mm. Imágenes periféricas nodulares y dilatación segmentaria de vía biliar intrahepática.

Se decide biopsia hepática en enero de 2023 y se solicita PET-TC.

Biopsia: Infiltración por carcinoma de patrón ductulo glandular, que por morfología y hallazgos radiológicos sugiere colangiocarcinoma intrahepático.

PET-TC: En parénquima hepático áreas de aumento focal de metabolismo sospechosas de malignidad. Intenso foco hipermetabólico en hipocondrio derecho. Nódulos subpleurales bilaterales de tenue actividad metabólica.

El paciente es derivado a Oncología médica y comienza con tratamiento de primera línea con esquema de cisplatino gemcitabina.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome constitucional.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia hepática.

Neoplasia vía biliar.

Metástasis hepáticas.

Comentario final

Siempre tener en cuenta la importancia del seguimiento del paciente la evolución de los síntomas.

Bibliografía

- Síndrome constitucional - Manuales Clínicos. (2020, septiembre 22). Manuales Clínicos. <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/medicina-interna/sindrome-constitucional/>
- Colangiocarcinoma (cáncer de las vías biliares). (2021, septiembre 2). MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cholangiocarcinoma/symptoms-causes/syc-20352408>

682/261. NUESTRO CENTRO DE SALUD: PRIMER PUNTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

Autores

Carrillo García, L.¹, Diaz Crespo, B.², Mesa Ruiz, G.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Hombre de 73 años IABVD. AP: fumador de 3 cigarrillos/día, no FRCV, artrosis y hernias inguinales bilaterales. Acude a atención no demorable del CS por sensación de mareo tipo inestabilidad 3 horas de evolución. La sintomatología se ha iniciado de forma aguda mientras estaba en reposo, sentado leyendo un libro. Se acompañaba de temblor de MMSS y sudoración fría. No amnesia del episodio, no fiebre, no dolor torácico, no palpitaciones, no ortopnea ni otra sintomatología acompañante.

Refiere que desde hace un mes presenta astenia y fatiga con los esfuerzos, como subir una cuesta. Tratamiento habitual: famotidina, etoricoxib. Niega toma de medicación cronotropa negativa.

Exploración y pruebas complementarias

TA 115/72mmHg FC 37lpm Afebril SatO₂ basal 96%. BEG, COC, Eupneico en reposo, palidez mucho-cutánea. Diaforesis cutánea. BMT 180.

ACR: tonos rítmicos, bradicárdicos, sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos.

Pulsos distales conservados y simétricos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Abdomen anodino.

Combur: proteínas y hematíes++, resto negativo.

EKG: BAV completo 3 grado con escape suprahisiano a unos 35-40lpm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

BAV 3GRADO.

Diagnóstico diferencial

Disfunción autonómica, bradicardia sinusal, ortostatismo, cuadro ansioso.

Comentario final

Un BAV de tercer grado es una emergencia médica al tratarse de un paciente inestable hemodinámicamente, por lo que su identificación rápida y actuación precoz determinan el pronóstico del mismo. A pesar de que el tratamiento final es el marcapasos, AP juega un papel fundamental. Desde el diagnóstico precoz, tratamiento de soporte y estabilización del paciente hasta que se lleve a cabo el traslado al hospital. Es de especial importancia tener en cuenta su origen etiológico, hay que descartar siempre una posible intoxicación por betabloqueantes o antagonistas del calcio puesto que tienen reversor.

Este caso clínico es de gran importancia puesto que la actuación rápida y estabilización del mismo así como una buena anamnesis desde nuestro CS o punto de AP así como el trabajo en equipo junto a la unidad extrahospitalaria como hospitalaria condiciona el pronóstico de nuestro paciente.

Bibliografía

- Sigurd B, Jensen G, Meibom J, Sandoe E. Kardial synkope hos patienter med sinusrytme og paroxysmisk tredje grads atrioventrikulaert blok [Cardiac syncope in patients with sinus rhythm and paroxysmal third

degree atrio-ventricular block]. *Ugeskr Laeger*. 1972 Dec 18;134(51):2685-90. Danish. PMID: 4648658.

682/262. "SUMERGIDO EN PELIGRO: UN CASO CLÍNICO DE SCASEST DURANTE UNA INMERSIÓN DE BUCEO".

Autores

Villanueva Gil, M.¹, Hussein Alonso, D.², Nuez Ramos, G.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 48 años, en seguimiento por AP por múltiples factores de riesgo cardiovascular (HTA, HPL, Obesidad, SAHS). Mientras buceaba a 6 metros de profundidad con botella de oxígeno y traje de neopreno, nota sensación de opresión centrotorácica y disnea, por lo que sale a la superficie por medios propios. Se quita la mascarilla y respira aire ambiente manteniendo la misma sensación. Sufre cuadro sincopal y es asistido por sus compañeros, que lo suben a cubierta. Allí constatan que está cianótico y en parada respiratoria. Inician maniobras de RCP básica. El paciente recupera la conciencia y es trasladado al SUH por O61.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado, con SatO₂ 98% con Ventimask y bolsa de reinhalación. TA 170/100, FC 90 lpm, T 36.5 °C.

Obesidad. No IY ni soplos carotídeos.

ACP: Rítmico, sin soplos. Crepitantes en ambos campos pulmonares.

No edemas en MMII ni signos de TVP.

ECG: Ritmo sinusal a 82 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Analítica: BQ: Glu 212, Troponina máxima 484. GSA: acidosis respiratoria. Hemograma y coagulación normales.

AngioTC de tórax: Calcificaciones coronarias. En parénquima pulmonar se identifican consolidaciones bilaterales simétricas de distribución peribroncovascular, asociadas a áreas de aspecto nodular en vidrio deslustrado.

Coronariografía: Enfermedad coronaria severa de dos territorios, tratada con 5 DES (2 en diagonal, 1 en DA, 2 en marginal/Cx).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

SCASEST de alto riesgo, con RCP secundaria reanimada.

Diagnóstico diferencial

- TEP
- SCACEST
- TV

Comentario final

La atención primaria juega un papel fundamental en la detección, prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes. La identificación temprana de estos factores como la hipertensión, la diabetes y la dislipemia, así como su control y tratamiento puede ayudar a prevenir accidentes cardiovasculares graves.

Bibliografía

- *Sociedad Española de Cardiología. Guía de Práctica Clínica sobre la prevención cardiovascular. 2019. Disponible en: https://secardiologia.es/images/GUIAS/GPC_prevenccion_cardiovascular.pdf.*
- *Revista Española de Cardiología. El papel de la atención primaria en la prevención y control de la enfermedad cardiovascular. 2014;67(11):883-91.*

682/264. DOTAR DE RECURSOS Y DAR LA IMPORTANCIA QUE MERECE A LA ATENCIÓN PRIMARIA, SALVA VIDAS.

Autores

Duarte Fernández, J.¹, Sellamito Morales, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 54 años sin antecedentes personales destacables, que consulta por astenia marcada. Se le solicita analítica de sangre constatándose anemia, se le amplía Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) siendo positivo. Tras el resultado TSOH, solicitamos colonoscopia; a pesar de las reticencias que presentaba nuestra paciente para realizársela.

Nos planteamos la importancia del acceso a determinadas pruebas complementarias desde Atención Primaria. Así como la importancia de la relación con el paciente.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física no presentaba ningún dato relevante.

Pruebas Complementarias: analítica de sangre, TSOH y colonoscopia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neoplasia de colon descendente con infiltración de la serosa y con pequeñas adenopatías pericolónicas. Sin afectación de ganglios retroperitoneales ni lesiones a distancia.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad inflamatoria intestinal.

Diverticulosis.

Pólipos adenomatosos.

Comentario final

La paciente fue diagnosticada e intervenida realizándose una Hemicolectomía izquierda laparoscópica, transcurriendo un plazo de 3 meses desde que consulta por astenia hasta que es intervenida.

Resaltar dos puntos fundamentales: el primero es la importancia del acceso desde atención primaria a determinadas pruebas complementarias como la colonoscopia como sucede en nuestra área sanitaria. El segundo la importancia de una adecuada relación médico-paciente como la que existe en este caso.

Bibliografía

- *Doubeni C. Tests for screening for colorectal cancer. UptoDate. 8 de Noviembre de 2022. 20 de Marzo de 2023. https://www.uptodate.com/contents/tests-for-screening-for-colorectal-cancer?search=cribado%20ccr&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1*

682/266. EPIGASTRALGIA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Autores

Villanueva Gil, M.¹, Nuez Ramos, G.², Hussein Alonso, D.³

Centro de Trabajo

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

(2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 63 años que consulta por dolor epigástrico opresivo de horas de duración en relación con cifras de TA elevadas. Ya había consultado en las últimas semanas hasta en 4 ocasiones por el mismo motivo, aunque el dolor cedía una vez controladas las cifras de tensión arterial y analgesia. El dolor, si bien es opresivo, no se relaciona con el esfuerzo y tiene duración prolongada, de hasta horas. En esta ocasión el dolor no cedió y se acompañó de cortejo vegetativo, por lo que se decidió derivar a SUH para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica sin elevación de marcadores de daño miocárdico. ECG sin datos de isquemia aguda ni cambios evolutivos repetidos en varias ocasiones durante el ingreso. Se descartar síndrome aórtico agudo en ecocardiograma con excelente ventana acústica y dado perfil atípico de los síntomas para el mismo.

Tras el alta el paciente acude de nuevo por mismo cuadro, esta vez en urgencias se objetivan en la analítica los siguientes parámetros: Cr 1.02mg/Dl. BB total 2.01 (directa 1.5) GOT 394U/L, GPT 203U/L. GGT 436U/L. PCR 154.8mg/L.

En ecografía abdominal se observa vesícula biliar de morfología normal con engrosamiento difuso de pared, presentando material ecogénico en su interior compatible con barro biliar. Signo de Murphy ecográfico negativo. Valorar con clínica y analítica posibilidad de colecistitis.

Se decide ingreso para colecistectomía.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Colecistitis aguda.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome coronario agudo
- Síndrome aórtico
- Colecistitis aguda
- Pancreatitis

Comentario final

El diagnóstico diferencial de la epigastralgia es fundamental para identificar la causa subyacente y proporcionar el tratamiento adecuado. El enfoque debe ser

sistemático y basado en evidencia, ya que la epigastralgia puede tener diversas causas, incluyendo ERGE, pancreatitis, colelitiasis, EII y enfermedad coronaria. La historia clínica detallada, la exploración y las pruebas complementarias específicas son herramientas valiosas en la identificación de la causa subyacente. Un enfoque multidisciplinar y colaborativo puede ser necesario para tratar adecuadamente la epigastralgia y prevenir complicaciones a largo plazo.

Bibliografía

- Calvo González R, Martínez Vazquez C. Epigastralgia. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2020.

682/269. GLOMERULONEFRITIS POST-ESTREPTOCÓCICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

García Morales, V.¹, Soto Castro, C.², Gutiérrez Guerrero, P.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 37 años con antecedentes de Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 75mg cada 24h, sin alergias medicamentosas conocidas.

Acude a nuestra consulta por llevar 5 días con mal estar general, odinofagia y picos febriles máximos de 38.5°C. Además, nos comenta que lleva un par de meses con cuadros catarrales de repetición. Tras la exploración pautamos tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico para una amigdalitis bacteriana aguda y solicitamos analítica de rutina al finalizar tratamiento.

A los once días vuelve a acudir a nuestra consulta por llevar tres días con orinas marrón oscuras y refiere hinchazón en manos y párpados. Afebril sin otra clínica acompañante. Tras la exploración y evaluar pruebas complementarias derivamos al servicio de Urgencias Hospitalarias donde darán cita preferente a consultas de Nefrología.

Exploración y pruebas complementarias

Destacar el discreto edema sin fovea que presentaba en ambas manos y región palpebral. Resto anodino, presentando buen estado general y un abdomen blando, sin dolor a la palpación profunda y puño-percusión renal bilateral negativa. Tensión arterial: 158/86mmHg.

Analítica: Únicos datos alterados, la hemoglobina en 10.8 g/dl y Hematocrito de 33.5%, resto del hemograma y bioquímica normales (Creatinina 0.90mg/dl y Proteína C Reactiva 0.80mg/L).

Orina: Proteínas 100 mg/dl, leucocitos 250x 1/μL, hematíes 300x 1/μL.

Urocultivo para hongos y bacterias Negativo.

Ecografía de Abdomen: Hígado, Porta, Páncreas, Bazo, Riñones y Vejiga sin hallazgos patológicos.

Analítica de Nefrología: Serología Virus Hepatitis B y C Negativa. Anticuerpos Anti nucleares y Anti Citoplasma de Neutrófilos Negativos. Complemento C3: 88 mg/dl. C4 22 mg/dl. Anticuerpos anti-estreptolisina O elevados en 662 U/L.

Al mes orina normalizada y aportó AMPA con adecuado control.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Glomerulonefritis Post-estreptocócica.

Diagnóstico diferencial

Glomerulonefritis Hipocomplementemia C3.

Nefropatía por IgA.

Nefritis lúpica.

Comentario final

Destacar la importancia de conocer al paciente, poder realizar seguimientos y con esto elaborar una anamnesis y exploración como base de una adecuada orientación diagnóstica, que se confirmarán posteriormente con pruebas complementarias y que descartarán otros diagnósticos, destacando la glomerulonefritis por hipocomplemento C3, ya que la clínica puede ser indistinguible, teniendo esta una evolución más tórpida.

Bibliografía

- Rodríguez-Iturbe B, Musser JM. El estado actual de la glomerulonefritis posestreptocócica. *J Am Soc Nephrol* 2008; 19:1855

682/272. GONALGIA EN PACIENTE JOVEN.

Autores

Pascual Arrebola, S.¹, Ruíz-Canela Gallardo, M.², Mo-
león Bellido, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 20 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos de interés que consulta por gonalgia derecha de una semana de evolución. No reconoce sobreesfuerzo ni traumatismo previo. Juega al fútbol. A la exploración, dolor a nivel de la inserción de la pata de ganso. Se indica tratamiento con antiinflamatorios y reposo relativo. Consulta de nuevo un mes y medio normal por persistencia del dolor y se solicita radiografía.

Exploración y pruebas complementarias

Radiografía simple AP rodilla: imagen de hipodensidad sugestiva de posible defecto fibroso cortical en metafisis tibia derecha.

TC-RM rodilla: Lesión ósea mixta, mostrando áreas líticas asociadas a componente de matriz ósea, localizada en región epifisometafisaria de la tibia proximal con extensión desde región centromedular a meseta tibial interna y zona periférica, cuyo componente intraóseo mide aproximadamente 35x48x52 mm de diámetros. Muestra señal heterogénea con edema e hiperseñal de médula ósea tibial adyacente y de tejidos blandos en compartimento medial. Muestra realce heterogéneo tras la administración de contraste, y presenta áreas de restricción a la difusión de predominio en zonas periféricas de la lesión.

La lesión insufla y rompe la cortical ósea tibial, asociando masa de partes blandas en compartimento anteromedial la cual pierde plano de separación con la inserción del tendón del semimembranoso y rechaza a estructuras ligamentarias. No se identifica afectación de arteria-vena poplíteas ni de nervios tibial o safeno.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Osteosarcoma en región proximal de tibia derecha.

Diagnóstico diferencial

Osteocondroma.

Osteomielitis.

Condrolastoma.

Comentario final

Los tumores óseos malignos son poco frecuentes; el más frecuente es el osteosarcoma, con predominio en el sexo masculino y con máxima incidencia en la segunda década de la vida. La clínica predominante es el dolor local. Los osteosarcomas son muy agresivos localmente y se diseminan a distancia por vía hemática, con metástasis pulmonares como localización más frecuente. El tratamiento ha avanzado mucho por lo que han aumentado las posibilidades de curación.

La consulta de Atención Primaria suele ser el primer contacto ante el inicio de la sintomatología de estos pacientes, por lo que se debe tener en cuenta en el diagnóstico ante síntomas compatibles.

Bibliografía

- P. López Roldán et al. Actualización del osteosarcoma para el médico de familia. *J. Semergen* 2011; 37:22-29.

682/274. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Egea Millán, A.¹, Martínez Mesas, E.², Piñar Rueda, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baza. Baza. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cuevas del Campo. Cuevas del Campo. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cogollos de Guadix. Cogollos de Guadix. Granada

Descripción del caso

Mujer de 54 años, fumadora, sin alergias conocidas y con antecedentes personales de hipotiroidismo primario, hiperplasia de endometrio, hernia de hiato y en tratamiento con eutirox 100 mcg cada 24 horas. Acude por dolor abdominal generalizado con diarrea de 6 deposiciones/día al principio con moco y actualmente acuosa de un mes de evolución, acompañada de náuseas y pérdida de peso de 5 kg. Presentó fiebre durante dos días en las primeras semanas. Ha con-

sultado hasta tres veces por esta patología y está en tratamiento desde hace 3 días con ciprofloxacino 500 mg y metronidazol 500 mg cada 12 horas sin mejoría clínica, por lo que es ingresada en servicio de digestivo para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración abdominal presentaba dolor generalizado a la palpación, Murphy y Blumberg negativos y sin signos de peritonismo. En el análisis sanguíneo PCR 304,9 mg/L. TAC de abdomen y pelvis con hallazgos sugerentes colitis de naturaleza inflamatoria o infecciosa. Coprocultivo negativo, PCR norovirus en heces positiva y calprotectina de 3705 ug/g. Colonoscopia y anatomía patológica confirman diagnóstico de enfermedad de Crohn.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Crohn con sobreinfección por norovirus.

Diagnóstico diferencial

Colitis aguda infecciosa. Colitis ulcerosa.

Comentario final

Tras inicio de tratamiento con prednisona la paciente quedó asintomática, manteniendo hábito intestinal con tres deposiciones al día de consistencia normal. La paciente había consultado en numerosas ocasiones por dicha afección, considerando que se trataba de una colitis infecciosa. Ya en su segunda visita a urgencias se realizó cultivo de heces, detectando norovirus pero, aún así, nos hace sospechar que puede tratarse de una colitis inflamatoria debido al mantenimiento de los síntomas durante un mes. La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal que se caracteriza por dolor abdominal, diarrea, fatiga y pérdida de peso. Ante su sospecha, es necesario realizar analítica completa con PCR, coprocultivo y cuantificación de calprotectina en heces. Además, será necesario realizar una iliocolonoscopia, extrayendo muestras para su diagnóstico anatomopatológico.

Bibliografía

- Peppercorn MA, Sunanda VK. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of Crohn disease in adults [Internet]. *UptoDate*: Lamont JT, Robson KM; [revisado el 23 de marzo de 2022; citado el 8 de abril de 2023] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults/print?source=history_widget

682/276. DOCTORA, ESTOY PERDIENDO LA MEMORIA, ¿QUÉ ME PASA?

Autores

Moleón Bellido, M.¹, Jurado Ruiz, M.², Gutiérrez Guerrero, P.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º 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 Rute. Rute. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 64 años con antecedentes personales de HTA, acude a su médico de por pérdidas de memoria desde hace aproximadamente un año, empeorando progresivamente en las últimas semanas. Refiere no acordarse de nombres de personas cercanas, además de dificultad para comprender preguntas y tener un lenguaje fluido. Ya sólo se atreve a conducir por el pueblo. Se realiza Mini-Examen Cognitivo de Lobo, descartándose deterioro cognitivo. Además, se solicita analítica con perfil de demencias, TC cráneo y derivación a Neurología. En consultas de Neurología sospechan deterioro cognitivo primario de perfil cortical con afectación predominantemente del lenguaje. En pocos días, solicita aviso a domicilio y al llegar, nos recibe en la cama con cefalea intensa y bradipsíquico a la exploración; derivándose a Urgencias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado y colaborador. Sin focalidad neurológica, aunque persiste bradipsiquia. Se realiza TC cráneo con hallazgo de lesión ocupante de espacio occipital-temporal izquierda. Se ingresa para completar estudio por parte de Neurocirugía, realizándose RMN con hallazgos compatibles con glioblastoma multifocal.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Glioblastoma multifocal.

Diagnóstico diferencial

Entre enfermedades que cursan con pérdida de memoria, encontramos el deterioro cognitivo, que en nuestro caso afectaría predominantemente al lenguaje. Además, debemos descartar consumo de alcohol y abuso de medicamentos hipnóticos. Los tumores cerebrales

son otra posibilidad dentro de la pérdida de memoria asociada a alteraciones del lenguaje.

Comentario final

Ante un paciente con pérdida de memoria de forma progresiva debemos centrarnos en realizar exploraciones y pruebas complementarias hasta llegar a un diagnóstico lo más certero posible porque hay causas relativamente banales como un cuadro de estrés con falta de fijación pero otras pueden llegar a comprometer la vida del paciente, como un glioblastoma. Desde Atención Primaria debemos realizar las exploraciones y pruebas complementarias que estén en nuestra mano, pero también debemos aprender a derivar a nuestros pacientes cuando sea necesario para poder completar estudios de la forma más eficaz posible.

Bibliografía

- Amelot A, Terrier L-M, Mathon B. Natural Course and Prognosis of Primary Spinal Glioblastoma: A Nationwide Study. *Neurology*. 2023 Apr 4;100(14):e1497-509.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición. Elsevier; 2018.

682/278. “DOCTORA, MI HIJO ORINA SANGRE” A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Botana Fernández, B.¹, Díaz Merayo, C.², Bauer García, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sama de Langreo. Langreo. Asturias, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrandio. San Martín del Rey Aurelio. Asturias, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Crucero - León IV. León

Descripción del caso

Niño de 4 años, desplazado de Holanda, que acude a atención continuada del centro de salud acompañado de su madre, por fiebre de unas 12 horas y alteraciones en la orina. Alérgico a proteínas de la vaca, vacunación al día, no ingresos ni patologías crónicas.

La madre comenta cuadro febril hace 15 días, tratado posteriormente con amoxicilina oral, aunque sólo lo ha tomado durante 5 días, por cese de fiebre. Orinas coloricas en las últimas 24 horas, sin clínica miccional ni traumatismos ni esfuerzos previos. Paciente asin-

tomático aunque nuevo pico febril hace 12 horas con resolución tras toma de antitermico.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física: Peso 16 kilogramos, Talla 105 centímetros. Tensión arterial 110/ 70 milímetros de mercurio. Afebril. Triangulo de evaluación pediátrica estable. Excelente estado general, muy contento, muy activo. No lesiones cutáneas.

Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no dolor a la palpación. Faringe y oídos sin hallazgos. No edemas a ningún nivel.

Aportan orina de esta mañana con visualización de tinte colúrico. Tira reactiva con proteínas, nitritos y eritrocitos positivos.

Dado buen estado del paciente, se realiza analítica urgente en el centro, con aparición de proteinuria en rango nefrótico, sedimento con más de 100 hematias/campo, con creatina en sangre en límite de normalidad. Urocultivo pendiente.

Ante la sospecha de glomerulonefritis postinfecciosa con alteración analítica y posiblemente de tensiones arteriales, se acuerda con pediatra hospitalario derivación para ingreso para control y estudio de patología actual.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.

Diagnóstico diferencial

Lupus eritematoso sistémico, púrpura de Schönlein-Henoch, vasculitis de pequeños vasos.

Comentario final

La glomerulonefritis aguda postinfecciosa es una patología inmune desencadenada por gran variedad de patógenos, siendo la infección estreptocócica una de las más frecuentes. Podemos diagnosticar el cuadro entre los 4 a los 14 años, siendo así de vital importancia la necesidad de tratamiento antibiótico establecido en 10 días, porque de lo contrario, aparecerían complicaciones inmunes como en el paciente de este caso.

Bibliografía

•Fernandez Maseda, A. et Romero Sala, F.J. "Glomerulonefritis aguda post-infecciosa". *Protoc diagn ter pediatr*.2014;1:303-14. Página en internet: www.aeped.es

•Arroyo, D. et Mon, C. "Glomerulonefritis e infecciones" *Nefrología al día*. Actualizado a 17/03/2021. Páginas 2659-2606. Página en internet:<https://nefrologiaaldia.org/>

682/281. PATOLOGÍA BILIAR. TRÍADA CLÁSICA.

Autores

Ruíz Fernández, M.¹, Sánchez Rodríguez, C.², Acosta Navarro, G.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º 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 Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 67 años. No RAMC. AP: HTA, Ca epidermoide de laringe, SCACEST. Tratamiento habitual: Bisoprolol 5mg, AAS 100mg, Atorastatina 40mg, omeprazol 20mg.

EA: Varón de 67 años d edad que acude a urgencias del centro de salud por fiebre de hasta 38.5º, epigastralgia y astenia. Niega síntomas catarrales, cortejo vegetativo, dolor torácico, y otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, ligera ictericia cutáneo mucosa, eupneico en reposo. Glasgow 15/15. Constantes: TA 84/54, FC 103 lpm.

Exploración neurológica sin focalidad. ACP: Ritmico a buena frecuencia, sin soplos audibles. MVC sin otros ruidos sobreañadidos.

Abdomen globuloso, blando y depresible, sin masas ni megalias. Doloroso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio, sin defensa. No palpación de masa pulsátil.

MMII: No edemas, ni signos de tvp. Pulsos conservados y simétricos.

Se deriva a SUH para realización de estudios complementarios.

ANALÍTICA: Leucocitos 15.37, Bilirrubina total 6.50, bilirrubina directa 4.88, GOT 241, GPT 448, resto anodino.

URIANALISIS: Negativo.

ECG normal.

Rx abdomen: sin hallazgos patológicos.

Ecografía abdomen: Vesícula biliar con grosor parietal actual normal, con dudas de microlitiasis. Resto normal.

Triada Charcot: Fiebre + dolor abdominal + ictericia.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Colangitis aguda.

Diagnóstico diferencial

Colecistitis aguda.

Pancreatitis aguda.

Absceso hepático.

Comentario final

La colangitis aguda es una entidad que hay que sospechar a través de la Triada de Charcot. Se desarrolla como resultado de estasis e infección del tracto biliar, causada normalmente por cálculos que obstruyen la luz. Es importante sospecharla, ya que las tasas de mortalidad varían enormemente cuando se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

- Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Directrices de Tokio 2018: criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colangitis aguda (con videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018; 25:17.
- Singh A, Mann HS, Thukral CL, Singh NR. Precisión diagnóstica de la CPRM en comparación con la ecografía/TC en pacientes con ictericia obstructiva. *J Clin Diag Res* 2014; 8:103.

682/282. DOLOR LUMBAR RECIDIVANTE EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN DE DIFÍCIL CONTROL COMO SIGNOS DE PATOLOGÍA AORTICA.

Autores

Quero Fernández, N.¹, Rojas Sañudo, A.², Carretero Hidalgo, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Varón de 62 años, con antecedentes de hipertensión (HTA) y dislipemia (DL) con un mal control. En los últimos meses varias consultas en urgencias por dolor abdominal y lumbalgia que alivia parcial con analgesia.

Acude a urgencias de atención primaria (AP) por dolor lumbar irradiado a abdomen y cuadro presinco-pal vasovagal.

Exploración y pruebas complementarias

Cierta palidez y sudoración. Taquicardia. Dolor lumbar bilateral sin contractura ni apofisalgia. Abdomen anodino a exploración. Puño percusión negativa.

Ante el perfil del paciente se realiza una ecografía abdominal donde se descubre la presencia de una aneurisma aortica abdominal (AAA) infrarrenal con dimensiones de hasta 8cm, motivo por el que es derivado a Urgencias Hospitalarias para evaluación por la unidad de vascular de su zona.

Se realiza en esta una nueva ecografía y un Angio-TC abdominal para confirmar dicha patología, afinar en su medición y decidir actitud terapéutica por su parte.

Finalmente se interviene de forma programada para bypass aorto - bifemoral, por laparotomía, con puente aorto iliaco izquierdo y femoral derecho.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

AAA infrarrenal.

Diagnóstico diferencial

Lumbalgia mecánica. Cólico nefrítico. Hidronefrosis.

Comentario final

Dada su historia natural y pronóstico las guías ESC 2014 sobre las enfermedades de la aorta recomiendan el cribado poblacional con ecografía abdominal en pacientes mayores de 65 años, con un nivel de evidencia.

Los estudios han estimado que la ecografía en AP posee una sensibilidad del 93,3% y una especificidad del 98,5%, con una reproducibilidad excelente; demostrando que el diagnóstico desde AP sería equivalente al realizado en Cirugía Vascular.

Como conclusión, hasta la instauración de dicho cribado, en AP debería plantearse la posibilidad de realizar un cribado oportunista en consulta, seleccionando a aquellos pacientes con factores de riesgo de desarrollar AAA2.

Bibliografía

- *Erbel, R. et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. Eur. Heart J. 35, 2873–2926 (2014)*
- *Bravo-Merino L, González-Lozano N, Maroto-Salmón R, Meijide-Santos G, Suárez-Gil P, Fañanás-Mastral A. Validez de la ecografía abdominal en Atención Primaria para detección de aneurisma de aorta abdominal en varones de entre 65 y 75 años. Aten Primaria. 2019 Jan;51(1):11-17.*

682/283. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD).

Autores

Perez Moya, G.¹, Meseguer Gómez, M.², Abaurre Delgado, A.²

Centro de Trabajo

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla*

Descripción del caso

Varón de 56 años con pico máximo en domicilio de 39.7°C, sin focalidad aparente, de predominio vespertino. Inicialmente pareció foco urinario, siendo tratado con Cefixima oral, no existiendo ninguna mejoría. El paciente refiere síndrome constitucional asociado con sudoración nocturna profusa. Niega nueva clínica miccional acompañante.

Buen estado general y hemodinámicamente estable. Exploración física exhaustiva sin hallazgos a destacar.

Exploración y pruebas complementarias

En el estudio se solicitó: Radiografías de Tórax y Abdomen (ambas normales); analítica completa con hemograma (normal), perfil renal y hepático (normal), VSG 150 y PCR 244 mg/dL. Además se solicitaron serologías de VEB, CMV y virus hepatotropos (todos negativos). Se extrajeron hemocultivos (3 muestras) y urocultivo con resultado normal. Se descartó infección por virus Influenza A, virus Influenza B, Sars-Cov-2 y VRS.

Se concierta nueva valoración en consulta, en la que destaca la aparición de lesiones purpúricas escasamente sobreelevadas y no pruriginosas de localización en ambos MMII. El paciente refiere cefalea holocra-

neal sin datos de alarma que acompaña a la fiebre, además dolor testicular con hematuria autolimitada. Se realiza teleconsulta con Medicina Interna e ingreso programado para realización de pruebas complementarias y estudio.

Al ingreso, se realizó biopsia cutánea y se inicia Prednisona a 1 mg/Kg/día con respuesta clínica excelente. Se amplió estudio de PET-TAC (vasculitis), Eco-Doppler de arterias temporales (vasculitis de arterias temporales) y Ecografía testicular (orquiepididimitis bilateral).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Se considera que se trató de una vasculitis leucocito-clástica secundaria a un proceso de orquiepididimitis, y en este contexto se activó la Arteritis de Células Gigantes.

Diagnóstico diferencial

Infecciones, neoplasias malignas y enfermedades reumáticas sistémicas.

Comentario final

Se conoce como Fiebre de Origen Desconocido a aquella superior a 38.3°C en varias ocasiones durante al menos 3 semanas. Los aspectos más importantes de la evaluación de un paciente con FOD son obtener una historia meticulosa, realizar un examen físico detallado y volver a evaluar al paciente frecuentemente. La evaluación diagnóstica puede no identificar una etiología en hasta un 30-50% de los pacientes, la mayoría de ellos con buen pronóstico.

Bibliografía

- *Bor H. Approach to the adult with fever of unknown origin. [Monografía en Internet]. Weller P: UpToDate; 2023 [acceso 5 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/approach-to-the-adult-with-fever-of-unknown-origin/print?search=FIEBRE%20DE%20ORIGEN%20DESCONOCIDO&source=search_result&selectedTitle=1~76&usage_type=default&display_rank=1*

682/284. DOCTOR TENGO PALPITACIONES.

Autores

Díaz-Crespo Mora, B.¹, Carrillo García, L.²

Centro de Trabajo

(1) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga*

ga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 71 años sin AP de interés que acude derivada de su MAP por reciente diagnóstico de FA con RVR a 120-140 lpm. Acude por clínica de 10 días de evolución con opresión torácica que se irradiaba a cuello.

Actualmente niega dolor torácico. Insiste en unos tos que ella interpreta como falta de aire, no siente palpitaciones.

A su llegada a SUH se solicita nuevo ECG donde se encontraba en FA con RVR a 120-140lpm. Se decide pautar 5mg IV de Metoprolol, Clexane 40mg/12h y valorar evolución. En la evolución se ve que continúa taquicárdica a 120 lpm sin compromiso hemodinámico y se decide comenzar con Digoxina IV.

A la mañana siguiente se reexplora a la paciente que presenta una FC de 95-100 lpm por lo que se añade Bisoprolol de 5mg.

Se reexploro a la paciente que presenta una FC de 80lpm.

Al regularse la FC y presentar BEG en todo momento se decidió alta a domicilio manteniendo el Bisoprolol 2.5mg/24h y añadiendo NACO (Apixaban 5mg/12h).

Exploración y pruebas complementarias

Se observa a la paciente consciente y orientada con un buen estado general. Eupneica. Afebril.

TA 127/68.

SatO2 98%.

AC: Tonos arrítmicos y presencia de taquicardia.

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Globuloso, sin puntos dolorosos.

MMII: No edemas ni signos de TVP.

ECG: FA con respuesta ventricular rápida a 120-130 lpm.

Bioquímica: Gluc 95; Creat 0.83; FG 71; Na 144; K 3.81; CL 112; NT-ProBNP 1463; Tnl 9.60.

Hemograma: Hb 12.2; HTO 38.7%; PlaQ 2420000; Leucos 9960.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

FA con RVR.

Diagnóstico diferencial

FA con RVR.

Infarto de Miocardio.

Comentario final

Cuando nos encontramos una FA de novo lo primero que debemos averiguar es el tiempo de evolución. Al ser incierta la evolución de la FA de nuestra paciente debemos actuar como si llevase >48h de evolución por lo que debemos controlar el ritmo cardiaco mediante betabloqueantes como se realizó en este caso (Metoprolol) o Antagonistas del calcio. También se debe pautar HBPM en dosis terapéutica, para ello se debe calcular la escala CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.

Bibliografía

- LUIS JIMENEZ MURILLO; F.J. MONTERO PEREZ. MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. GUÍA DIAGNÓSTICA Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. VI Ed. ELSELIVIER. 2018

682/287. QUÉ TORPE ESTOY DOCTORA, ¡ME HE VUELTO A CAER!

Autores

Escudero Martínez, P.¹, Ruiz Victoria, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojonera. La Mojonera. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Descripción del caso

Mujer de 70 años, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida. Acudió acompañada de su hermana por una contusión en el hombro derecho tras una caída. En los últimos 3 meses había sufrido caídas de repetición, siempre por tropiezos, su hermana dice que “no levanta bien los pies del suelo”. Revisando su medicación, vimos recetados pañales, por lo que preguntamos y la paciente nos contó incontinencia urinaria de 1 año de evolución. Además, su hermana refería que desde hace 1 año tenía despistes y últimamente parecía que no prestaba atención cuando le habla y a veces no le salían las palabras.

Exploración y pruebas complementarias

Marcha inestable, con aumento de la base de sustentación. La escala Mini Mental, 28 puntos, dentro de

La normalidad. Solicitamos una analítica para valorar posibles causas de demencia con vitamina B12 y función tiroidea, que fueron normales. Además, tras la anamnesis dirigida decidimos solicitar una tomografía computarizada (TC) craneal que informó de ventriculomegalia predominantemente en ventrículos laterales con un índice de Evans mayor de 0,31 (0,41).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Poniendo en conjunto los datos de la anamnesis y las pruebas complementarias, nos planteamos como principal opción diagnóstica la hidrocefalia normotensiva del adulto, caracterizada por la tríada clínica de alteración de la marcha, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria, apoyada también por la TC, por lo que realizamos una derivación a Neurología, que confirmó el diagnóstico, y derivó a la paciente a Neurocirugía para tratamiento.

Diagnóstico diferencial

Como diagnósticos alternativos nos planteamos otras causas de demencia que cursan también con alteración de la marcha como la Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos.

Comentario final

El mensaje principal que quería traer con este caso es que siempre debemos prestar atención al conjunto de síntomas de los pacientes, ya que algo tan frecuente como una caída a la que podríamos no haberle dado importancia y no haberle buscado una causa, finalmente la tenía y era uno de los síntomas de la patología de la paciente.

Bibliografía

- Graff-Radford NR. Normal pressure hydrocephalus [Internet]. UpToDate. UpToDate; 2020 [citado 2023abril3]. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/normal-pressure-hydrocephalus?search=hidrocefalia+normotensiva+del+adulto&source=search_result&selectedTitle=1~25&usage_type=default&display_rank=1.
- Smith CE. Reconocer La Hidrocefalia normotensiva en Adultos Mayores. Nursing (Ed española). 2018;35(3):20-4.

682/288. AFRONTAR EL PARTO TRAS UNA MUERTE FETAL.

Autores

Oliveira Dias, C.¹, Ramirez Mallo, M.², Lacal Granados, J.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Especialista en Ginecología. Hospital Santa Ana. Motril. Granada, (3) Matrona. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

Descripción del caso

Gestante de 35 años, acude a urgencias obstétricas en trabajo de parto. Antecedentes personales de alergia a sulpirida y látex, además de tabaquismo (previo al embarazo) y, como antecedentes obstétricos, muerte intrauterina tardía (semana 37 de gestación). Durante el proceso de parto, la paciente se encontraba muy ansiosa y nerviosa, por su antecedente, expresando de forma reiterada su miedo en que volviera a ocurrir. El parto se finalizó favorablemente, con un recién nacido vivo, sano y con adaptación a la vida extrauterina satisfactoria, además de una familia agradecida y feliz.

Exploración y pruebas complementarias

Embarazo controlado y sin incidencias: fórmula obstétrica: G3A1P2; Grupo de sangre: B Rh+, serología negativas, inmune a rubéola y pesquisa de streptococcus del grupo B negativa. Parto: 38 semanas y 6 días de gestación, instrumental con ventosa (fatiga materna), distocia de hombros que se resolvió satisfactoriamente con maniobras de primer y segundo nivel y alumbramiento dirigido a los 5 minutos. Recién nacido: varón de 3800 g de peso, Apgar 6-9-10 y reanimación tipo II.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Embarazo tras muerte perinatal inexplicada.

Diagnóstico diferencial

La muerte perinatal se define como la que sucede a partir de las 22 semanas de gestación o 500 g de peso, mientras que muerte fetal tardía se define como la muerte de un feto de > 1000 g de peso y/o mayor de 28 semanas de gestación. Existe un riesgo de recurrencia, dependiendo de la causa, en futuros embarazos. En mujeres de bajo riesgo con antecedentes de muerte fetal inexplicada, el riesgo de recurrencia se sitúa en un 8-10 por cada 1000 embarazos.

Comentario final

El embarazo que sigue a una muerte fetal se considera como embarazo de riesgo muy alto. Pese a ello, no hay evidencia que respalde ningún protocolo de vigilancia es-

pecífico para mejorar el resultado de estos embarazos. La muerte previa, particularmente en los casos en que la pérdida fetal se produjo a término, puede generar una ansiedad excesiva al alcanzar el período en el que tuvo lugar el citado desenlace. Se debe, como tal, ofrecer y recomendar soporte psicológico durante la nueva gestación.

Bibliografía

- *Guía de Asistencia en la muerte perinatal. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Marzo 2021*

682/289. GRACIAS A LA DONACIÓN.

Autores

López de Priego García, V.¹, Rodríguez Pola, T.², García Rincón, L.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente varón de 20 años sin antecedentes de interés, nacido en España, aunque de ascendencia latinoamericana. Acude a consulta tras recibir una carta del centro de donación de sangre en la que le informan que presenta Enfermedad de Chagas. El paciente se encuentra asintomático, no refiere clínica cardíaca ni digestiva. Se volvió a solicitar serología del *Trypanosoma cruzi* confirmando su positividad.

Exploración y pruebas complementarias

Desde Atención Primaria el estudio completo de la infección incluye una anamnesis y exploración físicas dirigidas, un electrocardiograma y una radiografía torácica para descartar patología cardíaca y una analítica de sangre con perfiles hepático y renal, hemograma y serología VIH. En el caso de nuestro paciente las pruebas complementarias fueron normales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Enfermedad de Chagas.

Diagnóstico diferencial

Infección chagásica aguda o crónica.

Comentario final

La enfermedad de Chagas, ocasionada por el *Trypanosoma Cruzi*, en zonas no endémicas como nuestro país,

se adquiere fundamentalmente por transmisión vertical y hemoderivados. Suele manifestarse con clínica cardíaca, digestiva o mixta.

Las principales manifestaciones cardíacas son disnea, mareo, palpitaciones y síncope debido a insuficiencia cardíaca por miocardiopatía dilatada, fenómenos embólicos y alteraciones del ritmo cardíaco, como bloqueos de rama y arritmias.

En el tracto digestivo, por destrucción del plexo nervioso parasimpático intramural, se desarrolla megaezofago y megacolon.

En la fase aguda de la enfermedad se han demostrado curaciones prácticamente en el 100% de los casos con benznidazol; sin embargo, en la fase crónica, se obtienen cifras de curación mucho más bajas, hasta de un 60% en menores de 12-16 años y de un 8-25% en adultos. El criterio de curación es la negativización de la serología en los controles postratamiento 2 veces consecutivas.

En las personas infectadas que no reciben tratamiento en la fase inicial, una parasitemia de bajo grado permanecerá durante años llamada fase crónica chagásica. En el caso de nuestro paciente, que a superado los 16 años de edad y se encuentra asintomático, el tratamiento no tiene gran rentabilidad por lo que hay que centrarse en detectar patología secundaria a la infección por Chagas y, si no presentara, realizar controles periódicos de las mismas.

Bibliografía

- *Saldaña I., Hernández V., Cubero P. Enfermedad de Chagas: abordaje de una afección. FMC. 2009;16(2):68-76*

682/293. DOLOR DE RODILLA EN PACIENTE JOVEN.

Autores

Velazquez Rey, L.¹, Rodríguez Sánchez, R.², Masia Perpiñan, Ó.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Mujer de 16 años que acude por dolor en rodilla izquierda de semanas de evolución, que aumenta con los

movimientos de flexoextensión y le permite realizar la actividad física diaria de forma normal.

Exploración y pruebas complementarias

Rodilla estable sin peloteo articular ni vosteos, rótula móvil sin peloteo, cajones negativos, no dolor al varo ni valgo forzados; se palpa una zona indurada en cuadrante superior externo de consistencia dura-pétreo e inmóvil, no parece desplazarse con los movimientos de la rodilla.

Ecografía clínica se aprecia una imagen hiperecogénica con sombra posterior a nivel de vasto externo izquierdo.

RX RODILLA: Se aprecia una exostosis ósea excrecente pediculada que nace del fémur en su zona metafisaria, sin romper la cortical compatible con osteocondroma.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Osteocondroma.

Diagnóstico diferencial

Condromalacia rotuliana.

Patología meniscal.

Osteosarcoma.

Comentario final

El dolor de rodilla es una causa frecuente de consulta en atención primaria, por lo que debemos conocer perfectamente la exploración de esta patología, realizando las pruebas complementarias que consideremos oportunas en cada caso. EL Osteocondroma es un diagnóstico infrecuente pero que no debemos confundir con otros tumores de características malignas que pueden afectar a los huesos para ello debemos conocer los criterios radiográficos que nos permiten distinguir entre ambas patologías.

Bibliografía

- Martínez Ballesteros, Ó.F., y I.X. Vargas Carvajal. «Osteocondroma: una causa de dolor de rodilla». *SEMERGEN - Medicina de Familia* 34, n.º 4 (abril de 2008): 205-8. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)71881-1](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)71881-1).

682/297. ASTROCITOMA TRAS CEFALEA EN TRUENO.

Autores

Perez Huerga, L.¹, Saavedra Perales, J.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 32 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual, acudió a cita con su Médico de Atención Primaria por cefalea opresiva en región frontal de carácter intenso, de 2 semanas de evolución, que no cede con AINEs. Refirió que el dolor lo despertaba por la noche y no lo relacionaba con el ejercicio. No presentaba claros pródromos de migraña. Negaba fiebre termometrada. Ante dicha sintomatología con signos de alarmarse deriva al paciente a urgencias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratado y normoperfundido, consciente, orientado y colaborador. No presentaba focalidad neurológica, signos meníngeos negativos. Auscultación dentro de la normalidad. En la analítica de Urgencia solo destacaba la PCR en 22,8 mg/L. Se solicitó un TC craneal donde se visualizó un proceso expansivo compatible con Glioma grado I. Ante dichos hallazgos se cursó ingreso en Neurología. En la RMN se visualiza una neoformación con diagnóstico de astrocitoma difuso de alto grado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Astrocitoma genistocítico grado 2.

Diagnóstico diferencial

Con una cefalea en trueno, habría que descartar la posibilidad de una hemorragia subaracnoidea. Una cefalea que despierta por la noche, generalmente será primaria si es el único dato de alarma. Si presentara rasgos migrañosos, habría que descartar que se trate de migraña, pero si presentara focalidad neurológica no indicativa de aura, hay que descartar ICTUS. (1)

Comentario final

Se derivó al Servicio de Neurocirugía tras mejoría sintomática con corticoides. En RMN postcirugía persisten restos tumorales con criterios funcionales de agresividad biológica. Tras valoración por comité de tumores, se decide que no es candidato a reintervención quirúrgica, y comienza tratamiento con radioterapia y quimioterapia concomitante. Actualmente la lesión tumoral se encuentra estable en última RMN de

control y solo sufre cefaleas leves puntuales que ceden de forma espontánea.

Está en tratamiento con temozolamida de mantenimiento y keppra cada 12 horas. Tiene una vida activa, sin clínica neurológica.

Bibliografía

- *Fernández Fernández O, Macaya Ruiz A, Pozo Rosich P. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: LUZÁN 5, S. A.; 2016.*

682/299. DOCTOR, ME HE MAREADO.

Autores

Pérez Requena, A.¹, Hernandez Sanchez, P.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gérgal. Gérgal. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 55 años de edad que acude a consulta por presentar episodio sincopal mientras veía la televisión, con posterior recuperación de conciencia a los 2 minutos. No pérdida de control de esfínteres así como ningún otro síntoma acompañante. El paciente se encontraba con su mujer, con la que realizamos entrevista clínica. Esta refiere que ya ha presentado episodios similares en el pasado, el último mientras se encontraban de vacaciones en Disneyland, hace escasas semanas. Como antecedentes personales destaca episodio de accidente cerebrovascular hemorrágico en 2006, hiperplasia benigna de próstata y crisis comiciales repetidas en seguimiento por Neurología. Actualmente en tratamiento con candersartán 8mg 1 comprimido al día así como levetiracetam 500mg 1 comprimido diario. Mientras se procede a canalizar vía periférica para realizar el traslado, este presenta nuevo episodio de pérdida de conciencia objetivando frecuencia cardiaca de 20 lpm y saturación de oxígeno basal de 75%. Se procede a administrar sedoanalgesia para iniciar intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y posterior colocación de marcapasos transcutáneo consiguiendo estabilizar al paciente obteniendo recuperación de saturación de 95-97% y frecuencia de 70 lpm.

Una vez en el hospital de referencia el paciente es ingresado en UCI para colocación de marcapasos transitorio y posterior estudio.

Exploración y pruebas complementarias

En el momento de la consulta el paciente se encuentra consciente y orientado, bien hidratado con leve palidez cutánea, eupneico en reposo, tolerando decúbito. Presenta tensión arterial de 110/70, frecuencia cardiaca de 32 latidos por minutos así como 98% de saturación de oxígeno basal. Auscultación rítmica sin soplos audibles, aunque destaca baja frecuencia cardiaca. Murmullo vesicular conservado sin ruidos audibles. Exploración neurológica dentro de la normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síncope de origen cardiogénico.

Diagnóstico diferencial

Episodio sincopal de origen cardiaco vs nueva crisis comicial.

Comentario final

Con este caso destacamos la importancia de iniciar una óptima valoración desde nuestra consulta de Atención Primaria, teniendo en mente la clínica del paciente así como sus antecedentes además de cómo de importante es que desde nuestra consulta iniciemos todas las medidas oportunas a fin de garantizar la seguridad del paciente.

Bibliografía

- *Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. Medicina de Urgencias Y Emergencias. 6a ed. Elsevier; 2018.*

682/300. LA IMPORTANCIA DE UNA EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA: UNA APENDICITIS PECULIAR.

Autores

Guisasola Cardenas, M.¹, Vevestiersen@gmail.com, M.², Sánchez Cambronero, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella I. Coria del Río. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada

Descripción del caso

Paciente de 74 años, en cuyos antecedentes personales destaca enfermedad de Parkinson e Ictus, que le hacen dependiente para las actividades básicas de la vida diaria; acude a nuestra consulta por disnea de 4 días de evolución, que asocia tos sin expectoración sin fiebre. Niega otra sintomatología asociada. Estaba en tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino por una infección del tracto urinario.

Exploración y pruebas complementarias

Exploramos al paciente, que se encontraba estable hemodinámicamente y afebril. La exploración cardiorrespiratoria estrictamente normal; sin embargo, al explorar su abdomen, destaca defensa abdominal con Blumberg positivo. Se deriva al paciente al Urgencias Hospitalarias para valoración, diagnosticándose mediante TAC abdominal, una apendicitis gangrenosa perforada. Intraoperatoriamente, se observan implantes peritoneales, extrayendo muestras para analizar. La anatomía patológica determina que se trata de un tumor mucinoso apendicular de bajo grado con implante de moca en peritoneo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial

Diverticulitis cecal, Trombosis mesentérica, Neumonía, Alteraciones urinarias, Colecistitis, Apendicitis aguda.

Comentario final

La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuente de cirugía abdominal urgente. La apendicitis perforada es más frecuente en hombres, y su incidencia está aumentando a pesar de la caída de la incidencia de apendicitis aguda. Los casos atípicos, donde la clínica es menos característica, se dan sobre todo en ancianos, embarazadas y pacientes inmunosuprimidos. Los procesos neoplásicos apendiculares primarios suponen un 0,5-1% de los casos de apendicitis aguda.

Bibliografía

- Martin RF. *Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022. [acceso 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>*

682/301. “NO AGUANTO MÁS ESTA SENSACION DE LA BOCA”.

Autores

Ríos Pérez, L.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 26 años. AP: NAMC. FRCV: No refiere. Fumadora esporádica. IQ: Apendicectomía. Otras enfermedades: Hipotiroidismo, AF sin interés. TH: Eutirox 75mg, 1 comprimido diario. Acude a consulta de Atención Primaria porque refiere sensación de hormigueo en caras laterales de la lengua de un mes de evolución. Comenta que cuando comienza con el episodio, aumenta la sintomatología llegando a notar incluso sensación de quemazón en la misma zona. Es médico residente y todo comenzó cuando empezó su vida laboral. Se pauta nistatina oral y se vuelve a citar a la paciente en una semana para revisión. Una semana después, comenta fracaso del tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Labios agrietados. No lesiones dentarias ni signos de infección. Sin evidenciarse irritación, inflamación local o lesiones ulcerosas en la exploración visual. No signos de parestesia ni sequedad bucal. Exploración neurológica sin focalidad, conserva fuerza, sensibilidad, sin pérdida de gusto. Analítica sanguínea sin hallazgos patológico incluyendo TSH, perfil vitamínico, ferritina, VSG, FR, anticuerpos anti-Ro, anti-La y ANA negativos. IgE negativa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de boca ardiente (SBA) o glosodinia.

Diagnóstico diferencial

Infección bucal, candidiasis, síndrome de Sjögren, alergias, deficiencias de vitaminas y minerales, trastornos psiquiátricos, enfermedades de la tiroides, diabetes mellitus.

Comentario final

Síndrome de la boca ardiente o glosodinia es una patología benigna que afecta a los tejidos blandos de la cavidad bucal. Tras los resultados de las pruebas complementarias y una vez descartados los procesos posibles ya citados que pueden causar el episodio, se

aconseja a la paciente hidratación abundante y evitar consumo de alcohol, tabaco, alimentos picantes, ácidos o con gran cantidad de azúcares. Conociendo el posible componente ansioso que presenta, se pauta clonazepam para mejoría de los síntomas, sin olvidar la necesidad de requerir terapia psicológica. Conviene recordar esta rara entidad, que se perfila como una de las más frecuente en un futuro no muy lejano, porque cada vez se está dando en más consultas de AP y que en algunas ocasiones se opta por un tratamiento conservados evitando la posible causa de base.

Bibliografía

- Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The burning mouth syn- drome. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 91-8.

682/304. ¡DOCTORA, NO PUEDO TRAGAR!

Autores

Hernandez Sanchez, P.¹, Pérez Requena, A.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gérgal. Gérgal. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 32 años que acude a consulta de Atención Primaria por segunda vez en 48 horas por cuadro de odinofagia, tos con aumento de expectoración y cefalea en tratamiento con azitromicina y prednisona por sospecha de faringitis, sin mejoría, con aparición en las últimas horas de intensa dificultad para hablar y respirar. No refiere fiebre. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Fumador. Amigdalectomía en 2014. Medicación actual: prednisona 60 mg/24h y azitromicina 500mg/24h. Ante la clínica y los hallazgos exploratorios, se decide derivación a Urgencias del hospital de referencia para valoración y realización de pruebas complementarias. El paciente fue valorado y se realizó TAC de cara y cuello objetivando absceso de suelo de boca requiriendo ingreso y cirugía urgente a cargo de Cirugía oral y maxilofacial ante la sospecha de angina de Ludwig. Buena evolución postquirúrgica con alta a los 7 días.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 128/84. Saturación de oxígeno: 98% basal. Frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto.

Afebril. Consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Auscultación rítmica sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Destaca inflamación submandibular izquierda junto a edematización del suelo de la boca. Movilidad lingual conservada. Vía aérea permeable. No trismus. No se palpan adenopatías ni abscesos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Sospecha absceso de suelo de boca.

Diagnóstico diferencial

Faringitis aguda, angina de Ludwig y absceso periamigdalino.

Comentario final

La realización de una buena exploración de cavidad oral y cuello así como la aparición de síntomas de alarma es fundamental para descartar procesos potencialmente mortales, como es el caso de la angina de Ludwig.

Bibliografía

- Farfán Gutiérrez, C., & Arce Lazo, M. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la angina de Ludwig: reporte de un caso. *Odontología Sanmarquina*, 21(2), 141. <https://doi.org/10.15381/os.v21i2.14780>.
- Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. *Medicina de Urgencias Y Emergencias*. 6a ed. Elsevier; 2018

682/305. CUADRO CONSTITUCIONAL INESPECÍFICO. TUBERCULOSIS.

Autores

Rodríguez Cerro, T.¹, Martínez García, M.², Pozo Toscano, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillena Dr. Correa Charro. Guillena. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillena Dr. Correa Charro. Guillena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillena Dr. Correa Charro. Guillena. Sevilla

Descripción del caso

Antecedentes personales: fumador 1 paquete/día; ex bebedor desde hace 1 año; madre ca colon; padre ca próstata; hermano ca cavum; hermana ca mama.

Motivo de consulta: varón de 62 años que acude a consulta por cuadro constitucional de 3 meses de evolución.

Anamnesis: el paciente refiere cansancio, pérdida de peso cuantificada de 7kg y mal estado general. También síntomas depresivos: apatía, falta de autoestima y de apetito. Presenta varios episodios de náuseas y vómitos. Afebril pero con sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

Peso 69kg / talla 172cm.

IMC 23.

Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Bien hidratado y perfundido. Estable hemodinámicamente.

Exploración neurológica sin alteraciones. No rigidez de nuca.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, con buena frecuencia. Sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible. No se palpan masas, ni megalias. No signos de peritonismo. No Murphy. No Blumberg. No doloroso a la palpación. Ruidos conservados.

MMII: pulsos conservados. No edemas.

Pruebas complementarias:

Analítica: colesterol total 241; triglicéridos 209; vitamina D 18,1. Resto de estudio sin alteraciones.

Serología: negativa.

Helicobacter Pylori: positivo.

Sangre oculta en heces: negativo.

Mantoux: positivo.

Radiografía tórax anodina.

Baciloscopia: negativa.

Cultivo de esputo: negativo para micobacterias.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Helicobacter Pylori.

Tuberculosis latente.

Diagnóstico diferencial

Síndrome anémico.

Patología digestiva.

Patología tiroidea.

Enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades infecciosas.

Comentario final

Conclusión: es importante realizar un buen despistaje y diagnóstico diferencial ante un cuadro constitucional inespecífico.

Actuación:

- Ante un caso de TBC latente se debe realizar un aislamiento temporal del paciente hasta completar estudio (descartar paciente bacilífero), así como el despistaje de los contactos (Mantoux a familiares y contactos)
- El tratamiento de la TBC latente (sin signos de infección tuberculosa activa) debe consensuarse con el paciente debido al riesgo de hepatotoxicidad, pero se aconseja su realización.
- Pauta de tratamiento: Isoniazida B6 300mg al día durante 6 meses, con control de transaminasas y bilirrubina a los 15 días del inicio, y control mensual posterior.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
- García del Egido A. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Edición 2019: Curso Intensivo Mir Asturias.

682/306. EL ACNÉ PUEDE SER MÁS QUE ACNÉ.

Autores

Nuez Ramos, G.¹, Hussein Alonso, D.², Villanueva Gil, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 16 años sin ningún antecedente personal ni familiar destacable. En tratamiento con isotretinoína por acné pustuloso. Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo dolor en hombro izquierdo de una semana de evolución sin traumatismo previo que irradia hacia músculo trapecio del mismo lado. En la exploración se observa buena movilización del hombro en todos los planos, así como movilización no dolorosa. Resto normal, por lo que se pauta tratamiento analgésico. Regresa a los diez días por aumento del dolor en

la misma zona y que, además, se acompaña de parestesias en brazo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

Movilidad conservada. No limitación a la flexoextensión. No limitación a la abducción-abducción, rotación externa-interna. No alteraciones vasculo-nerviosas distales. Se observa asimetría de la clavícula izquierda respecto a contralateral. A la palpación se nota aumento del grosor de la clavícula izquierda en tercio distal, levemente dolorosa a la palpación. No se palpan adenopatías regionales.

Radiografía de clavícula: se observa engrosamiento cortical desde el tercio distal de la clavícula izquierda hasta acromio.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de SAPHO.

Diagnóstico diferencial

Callo óseo tras fractura de clavícula, tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático, osteosarcoma, tumor de Ewing, plasmocitoma.

Comentario final

Tras los hallazgos radiológicos y la clínica acompañante se deriva al paciente al Servicio de Urgencias donde le realizan resonancia magnética observando lesión expansiva lítica-blástica en tercio medio con reacción inflamatoria perilesional. Se realiza biopsia de la lesión cuya anatomía patológica revela una osteomielitis crónica no bacteriana.

Dada la clínica y los hallazgos en las pruebas complementarias, finalmente se llegó a la conclusión de que se trata de un caso de Síndrome de SAPHO debido a la presencia de acné pustuloso junto con la osteomielitis crónica y la osteítis, algunos de los síntomas que definen a este síndrome.

Bibliografía

- Vargas Pérez M, Sevilla Pérez B. Síndrome SAPHO en la infancia. Presentación de un caso clínico. *Reumatol Clín (Engl Ed) [Internet]*. 2018;14(2):109–12. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-sindrome-sapho-infancia-presentacion-un-articulo-51699258X16301309>
- Prospecto Isotretinoína 20 mg cápsulas blandas EFG. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (CIMA). Ficha técnica: Isotretinoína 20mg.

Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/82567/P_82567.html

682/307. PEQUEÑOS SANGRADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Jurado Ruiz, M.¹, Moleón Bellido, M.², Romero Soto, L.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba, (2) Residente de 2º 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 Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 32 años que acude a consulta de primaria por astenia intensa, sangrado vaginal intermitente y por dolor anal asociado a cuadro de hemorroides en tratamiento desde hace pocos días, al que se ha asociado una rectorragia que la ha asustado.

Sin antecedentes de interés salvo embarazo con parto 5 meses antes con buena recuperación post-parto.

Por último la paciente refiere un spotting mantenido en últimas semanas.

Dada la clínica de la paciente se derivó a urgencias de Hospital de referencia para completar estudio y realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, no taquipnea, no taquicardia, no disnea. TA 100/70 mmHg, Saturación de oxígeno al 98%.

Abdomen blando depresible no masas no megalias no defensa, dolor a la palpación generalizado 3/10 sin otros hallazgos valorables.

ACR: Normal.

Palidez cutánea y de mucosas, discreta deshidratación.

Exploración rectal: Hemorroide externa no congestiva, aumento de tono de esfínter anal, tacto rectal con dedil con restos de heces y hemáticos frescos.

Analítica de sangre. Pancitopenia con Leucocitosis (85.160), gran aumento de células LUC. Bioquímica normal.

Radiografía torax y abdomen sin hallazgos valorables.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Leucemia Aguda.

Diagnóstico diferencial

- Anemia Aguda
- Ca de Ovario
- Ca de colon

Comentario final

Tras la captación de la paciente derivada desde atención primaria a urgencias por parte de hematología, fue diagnosticada de leucemia aguda mieloblástica, iniciándose tratamiento quimioterápico tras completar estudio de pruebas de imagen y punción de médula ósea.

Es importante ante la aparición de clínica aguda y agresiva realizar pruebas complementarias y no ignorar los síntomas de los pacientes por el mero hecho de ser jóvenes o venir por clínica trivial como pueden ser unas hemorroides, algo tan simple como una analítica ha llevado a un diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

- Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*. 2016;127(20):2391-405.
- Figuera Álvarez A, Sierra Gil J. Leucemias. Concepto y clasificación. *Leucemias agudas*. En: Moraleda, JM. *Pregrado de Hematología*. 4ª ed. Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; 2017. p. 227-64.

682/308. LOS DIAGNOSTICOS QUE ESCONDE LA PIEL.

Autores

Escribano Lázaro, C.¹, Escalona García, C.², Clavijo López, B.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carmona Ntra. Sra. de Gracia. Carmona. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de África. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 35 años de edad, fumadora sin otros antecedentes personales de interés que acude refiriendo lesiones cutáneas de meses de evolución en extremos distales de ambos miembros inferiores. Acude por falta de mejoría y crecimiento progresivo de las mismas.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetivan dos placas eritematosas bien circunscritas de bordes sobreelevados e irregulares, con centro atrófico amarillo-pardusco y telangiectasias en sus superficies.

Ante la sospecha de Necrobiosis lipoídica se realiza dextrostix en consulta con glucemia en 450mg/dL, confirmado posteriormente el diagnóstico de diabetes mellitus por medio de analítica con glucemia basal y glicada alteradas. Se cita a la paciente en consulta conjunta con enfermería de centro de salud para explicar tratamiento y medidas higiénico dietéticas a seguir. Se deriva a consultas de dermatología para valoración y confirmación del diagnóstico de sospecha mediante estudio histológico tras lo que inician corticoterapia intralesional con buena respuesta.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Debut diabético. Necrobiosis lipoídica.

Diagnóstico diferencial

Granuloma anular. Sarcoidosis. Dermopatía diabética. Dermatitis por estasis. Liquen escleroso. Xantogranuloma necrobiótico. Lipodermatoesclerosis, entre otras.

Comentario final

La necrobiosis lipoídica es una dermatosis granulomatosa crónica, poco común e idiopática relacionada con enfermedades sistémicas como la diabetes, el lupus, la artritis reumatoide etc. Su diagnóstico puede preceder al inicio diabético o aparecer en el curso de la enfermedad y la relación de su gravedad con el control glucémico y las complicaciones micro y macro angiopáticas es dudosa. Generalmente suele afectar a mujeres jóvenes y cursa de forma asintomática aunque en ocasiones puede producir prurito, alteraciones de la sensibilidad o dolor. Habitualmente las lesiones se localizan en regiones pretibiales y caras laterales de las piernas de forma única o múltiple.

Dado que la necrobiosis lipoídica es una manifestación cutánea de una enfermedad sistémica es importante realizar una evaluación multidisciplinar del paciente y

de ahí el papel clave del médico de familia en su diagnóstico y seguimiento.

Bibliografía

- Puerta-Peña M, García-Donoso C, Rivera Díaz R. Necrobiosis lipóidica: una manifestación más de la diabetes mellitus. *Semergen [Internet]. 2020 [citado el 10 de abril de 2023];46(6):e51-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-necrobiosis-lipoidica-una-manifestacion-mas-51138359320301349>*

682/310. NO SUBESTIMES UN PRURITO: EL PODER DE LO INFRECLENTE.

Autores

Navarro Robles, A.¹, Tijeras Úbeda, M.², López López, A.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 73 años que acude a consulta de nuestro Centro de Salud por lesiones dérmicas eritematosas dolorosas y pruriginosas en la espalda que refiere tener de manera intermitente desde hace años. Sin alergias medicamentosas ni otros alérgenos conocidos. Antecedentes personales de Dislipemia Mixta, Hipotiroidismo e Hiperuricemia en tratamiento habitual con Fenofibrato 145 miligramos, Levotiroxina 50microgramos, Alopurinol 300 miligramos, Ácido Acetilsalicílico 300 miligramos. Sin hábitos tóxicos conocidos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Se observa gran lesión macular hiperpigmentada en zona media de la espalda con manchas blanquecinas y otras lesiones circundantes de menor tamaño con similares características añadiendo componente descamativo. Inicialmente se aplica tratamiento con 250 miligramos de Terbinafina oral al día durante 4 semanas. Tras finalizar dicho tratamiento se realiza revisión objetivando que únicamente han disminuido las lesiones blanquecinas, manteniendo zona hiperpigmentada y prurito asociado. Dada la escasa respuesta terapéutica se realiza Teleconsulta a Servicio de Dermatología que descartan signos de malignidad

y establecen el Diagnóstico de Notalgia Parestésica y tratamiento con Fluticasona con 2 aplicaciones diarias durante 5 días si aparición de picor y dolor, volviendo a consultar si no se consigue control de los síntomas o empeoramiento clínico.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Notalgia Parestésica.

Diagnóstico diferencial

Tinea corporis. Herpes Zóster. Ptirosis versicolor.

Comentario final

La notalgia parestésica es una patología infradiagnosticada que se da en un 10% de la población. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, no requiriendo de pruebas complementarias ni de biopsia cutánea salvo dudas diagnósticas. Habitualmente cursa con dolor de características neuropáticas y prurito hasta en un 60% de los casos. El diagnóstico temprano de sospecha en Atención Primaria es importante para mejorar la evolución y evitar tratamientos ineficaces que puedan perjudicar al pronóstico; coordinando así la atención de manera multidisciplinar con otros especialistas en caso de que así sea necesario para poder iniciar tratamiento sintomático eficaz y mejorar la evolución de dicha entidad.

Bibliografía

- Howard M, Sahhar L, Andrews F, Bergman R, Gin D. Notalgia paresthetica: a review for dermatologists. *Int J Dermatol. 2018;57(4):388-92.*

682/312. DOCTORA ESTOY ROJO Y ME PICA TODO...

Autores

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

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. 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

Varón de 30 años sin antecedentes de interés, que acude a Atención Primaria (AP) por lesiones redon-

deadas, pruriginosas con predominio nocturno y eritematosas en abdomen y miembros superiores de una semana de evolución. Niega el contacto con alguna sustancia química o familiares con misma sintomatología. Se pautan antihistamínicos orales y corticoides tópicos. Revisión a la semana con mayor número de lesiones, se inicia corticoterapia oral. A los 15 días acude a revisión con nuevos cambios cutáneos a pesar del tratamiento pautado, por ello, se deriva al servicio de Dermatología.

Exploración y pruebas complementarias

Primera visita en AP: lesiones eritematoedematosas redondeadas bien delimitadas y pruriginosas que desaparecen a la digito-presión en abdomen y miembros superiores.

Tercera visita en AP: pápulas redondeadas, eritematosas con borde sobreelevado, bien delimitadas y con centro escamoso de color blanco/plateado en abdomen, espalda y miembros.

En Dermatología: pápulas de color marrónaceas y rojas que no desaparecen a la digitopresión en cara, abdomen, espalda y miembros. En algunas lesiones persiste la zona central escamosa.

Última visita en AP: múltiples máculas hipopigmentadas confluyentes bien delimitadas y de diferentes tamaños en cara, abdomen, espalda y miembros.

Analítica: Hb 15,3 g/dL Leucocitos 9050×10^3 /pl Plaquetas 248×10^3 /pl Cr 1,24 mg/DL Urea 30 mg/DL PCR 1,5 mg/DL Transaminasas normales TSH 1,64 pUI/ml Factor reumatoide < 20 UI/mL Ac anti estreptolisina O 215 U/mL IgA 145 mg/dL Ac IgG Antinucleares < 0,50 Ac IgG Antitransglutaminasa < 1.9 U/mL.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pitriasis Versicolor.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis de contacto, Pitriasis Versicolor, Tiña Corporal, Psoriasis en gota.

Comentario final

Un mes después de la consulta de Dermatología, el paciente acude a AP por lesiones cutáneas hipopigmentadas, enfocando nuestro juicio clínico final a una Pitriasis Versicolor. Su principal agente etiológico es el hongo *Malassezia*, presentando mayor prevalencia en la juventud y los meses de verano/otoño. El trata-

miento de elección es los azoles atópicos, con una tasa curativa del 70-80%.

Bibliografía

- Juárez Jiménez MV, De La Cruz Villamayor JA, Baena Bravo AJ. Pitriasis Versicolor en Atención Primaria. *Med fam Andal [Internet] 2017 [consultado 10 Abril 2023];18 (2): 162-167.* .Disponible en: https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2018/10/v18n2_06_repasandoAP.pdf

682/313. ALGO MÁS QUE ANSIEDAD.

Autores

Sánchez Rodríguez, C.¹, Ruíz Fernández, M.², Ríos Pérez, L.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 25 años, sin AP de interés ni tratamiento habitual. Acude al centro de salud por dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a ambos brazos, asociado a pico febril de 38º. Realizan diagnóstico de ansiedad e infección respiratoria y deciden alta con diazepam y antibioterapia. Al día siguiente, acude al SUH por persistencia de dolor torácico de las mismas características, sin náuseas, ni vómitos. Niega síncope ni cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, NHYP, Glasgow 15/15, eupneica en reposo. TA 107/72, FC 115 lpm. ACP: taquicárdica sin soplos audibles, MVC sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación de musculatura intercostal bilateral. Pulsos pedios simétricos. Resto de la exploración anodina. ECG: taquicardia sinusal a 115 lpm, sin alteraciones de la repolarización. QRS estrecho, eje normal PR normal. Rx PA de Tórax: ICT < 45%; no se visualizan infiltrados alveolo intersticial en parénquima pulmonar. No pinzamiento de senos costofrénicos. Analítica: Bioquímica: Troponina I 4153, resto sin alteraciones. Hemograma: Hb 6.4, resto sin alteraciones. Coagulación: Sin alteraciones. PCR Virus Gripe A, B, Sars-COV 2: negativo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Miocarditis aguda.

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria.

Miocarditis Aguda.

Comentario final

Es muy frecuente atender en el centro de salud, al menos en nuestra área, crisis de ansiedad. Debido a que es una clínica muy frecuente, hay ocasiones que nos olvidamos de las patologías graves y menos frecuente como la descrita en este caso clínico. Es importante escuchar al paciente atentamente para que no pasemos por alto patologías graves. Nos parece importante mencionar que la falta de tiempo, en ocasiones, nos hace cometer errores.

Bibliografía

- Lampejo T, Durkin SM, Bhatt N, Guttman O. *Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. Clin Med [Internet]. 2021 [citado el 10 de abril de 2023];21(5):e505-10.*
- Olejniczak M, Schwartz M, Webber E, Shaffer A, Perry TE. *Viral myocarditis-incidence, diagnosis and management. J Cardiothorac Vasc Anesth [Internet]. 2020 [citado el 10 de abril de 2023];34(6):1591-601*

682/314. UTILIZANDO EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA PARA OTROS DIAGNÓSTICOS.

Autores

Girón Prieto, M.¹, González Moles, L.², Garzón Aguilar, J.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años con Antecedentes Personales de Diabetes Mellitus (DM), HBP e intervenido de cataratas y Enf. Dupuytren. En tratamiento con glimepiride, alfuzosina y AAS 100. Sin alergias conocidas. Refiere discreta disminución de agudeza visual que no

corrige con lentes habituales, de larga data, desde su intervención de cataratas sin evolución de la misma.

Dentro del programa de cribado de Retinopatía Diabética se realiza retinografía sin apreciarse imágenes compatibles con dicha patología, donde sí se aprecia imagen a nivel macular y perimacular. Papila con excavación fisiológica con anillo neuroretiniano conservado. Se consulta a través de aplicación con oftalmología confirmando la no presencia de Retinopatía Diabética y la presencia de Membrana Epirretiniana (MER) y Agujeros Maculares bilaterales. Se deriva a consultas externas y actualmente se encuentra en seguimiento semestral en consultas de Retina quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias

Pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados. Campimetría por confrontación normal. Pares craneales normales. Agudeza visual: Ojo derecho (OD): 6/30 est 6/7.5; Ojo izquierdo (OI): 6/15 est 6/5.

Presión intraocular: OD: 24mmHg; OI: 22mmHg.

Tomografía de coherencia óptica (OCT): OD: MER con agujero lamelar; OI: MER con agujero lamelar. Hialoides posterior desprendida.

Fondo de ojo: Agujeros maculares bilaterales.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Membrana Epirretiniana. Agujero lamelar. Hipertensión ocular.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad vascular retiniana, Retinopatía diabética, uveítis, desprendimiento retiniano.

Comentario final

El cribado de la Retinopatía Diabética forma parte de nuestro seguimiento en pacientes diabéticos en la que estamos entrenados para su diagnóstico a través de la retinografía. Es importante el conocimiento de otras patologías retinianas, entre ellas la MER, el glaucoma... ya que como Médicos de Familia realizamos un abordaje completo de nuestros pacientes y cualquier oportunidad de diagnóstico debe ser aprovechada.

Bibliografía

- Fung AT, Galvin J, Tran T. *Epirretinal membrane: A review. Clin Exp Ophthalmol. 2021 Apr;49(3):289-308. doi: 10.1111/ceo.13914.*

- Bikbova G, Oshitari T, Baba T, Yamamoto S, Mori K. *Pathogenesis and Management of Macular Hole: Review of Current Advances. J Ophthalmol. 2019 May 2;2019:3467381. doi: 10.1155/2019/3467381.*

682/315. UNA HOJA DE DOBLE FILO.

Autores

González Moles, L.¹, Muñoz Gámez, A.², Girón Prieto, M.³

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Acude a consulta sin cita previa María, de 59 años, por dolor abdominal de 24 horas de evolución. Como antecedentes de interés : exfumadora desde hace 5 meses, infarto de miocardio hace 2 años, obesidad grado 2 e hipertensión arterial.

María nos comenta que desde hace una semana presenta cuadro catarral de vías altas con tos, mucosidad y expectoración blanquecina. En el servicio de urgencias de su centro de salud se le recetó acetilcisteína e ibuprofeno. Refiere desde hace 24 horas dolor abdominal progresivo localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio izquierdo, que ha empeorado a pesar de la toma de ibuprofeno. Asocia pico febril de 38°C.

Tras exploración y pruebas complementarias (detalladas más adelante) se llega a la sospecha de perforación gastrointestinal mediado por antiinflamatorios (dado que toma ácido acetilsalicílico junto con ibuprofeno) y se decide derivación hospitalaria. Se confirmó el diagnóstico y se ingresó en la unidad de cuidados intensivos previamente a intervención quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias

- MEG, CyO, NH, NP, Taquipneica
- TA: 187/92, FC: 112, SatO2: 100%, 37'8°C
- ACR: Rítmico con MVC sin ruidos sobreañadidos
- Abdomen globuloso, depresible, muy doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo.
- En Atención Primaria: Radiografía abdominal : signos de neumoperitoneo

- En Hospital: TC abdominopélvico con contraste iv que confirma diagnóstico de perforación gástrica

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Perforación gástrica.

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis aguda, úlcera gastrointestinal, gastroenteritis.

Comentario final

Los antiinflamatorios no esteroideos deben usarse con precaución en pacientes que ya están tomando fármacos gastrolesivos como el ácido acetilsalicílico debido a que puede producir lesiones severas en mucosa gastrointestinal o empeorar lesiones ya existentes. Debe evitarse su uso concomitante en la medida de lo posible, y utilizar protectores gástricos como los inhibidores de la bomba de protones de ser necesario.

Bibliografía

- Vargas E, Cabrera L, Morón A, García M, Soto J y Rejas J. *Complicaciones gastrointestinales severas potencialmente relacionadas con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos: coste del tratamiento hospitalario para el Sistema Nacional de Salud en nuestro país. An Med Interna 2001;18(11):564-8.*

682/317. MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE RAZA NEGRA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Ruiz Victoria, M.¹, Escudero Martínez, P.¹, Pérez Romero, F.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería, (2) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 32 años, de origen subsahariano y residente en España desde hace 1,5 años. No antecedentes conocidos ni tratamiento de base.

Sin familia de origen en España. convive con varios compatriotas con los que trabaja en explotación agrícola de forma itinerante.

Consulta por cefalea holocraneal de características tensionales, refractaria a analgésicos pautados en las varias visitas a urgencias en las dos últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Se procede a exploración neurológica completa resultando normal, control de constantes observándose tensión arterial de 182/135 mmHg, así como edema de papila en el fondo de ojo.

Se realiza analítica sanguínea completa y sistemático de orina resultando normales, así como electrocardiograma que muestra un ritmo sinusal con signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo, y radiografía de tórax observándose un corazón aumentado de tamaño con índice cardio-torácico < 50%.

Además, se cita de nuevo en consulta a los 15 días para valoración de AMPA (valores todos superiores a 130/150 mmHg).

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Cefalea tensional e hipertrofia de ventrículo izquierdo en el contexto de HTA primaria

Diagnóstico diferencial

- Primaria: migraña, cefalea tensional o no asociada a lesión estructural.
- Secundaria a: traumatismo craneal, uso o supresión de sustancias, trastornos metabólicos.

Comentario final

- Una correcta anamnesis así como exploración física con toma de constantes, son determinantes a la hora de hacer un diagnóstico diferencial entre cefalea primaria y secundaria.
- Es importante tener en cuenta HTA grave en personas de raza negra a temprana edad, así como sus peculiaridades a la hora de indicar un determinado tratamiento debido la falta de respuesta a IECA/ARA II en monoterapia NI a la combinación de: IECA/ARAI + diurético tiazídico (a diferencia de la favorable respuesta en personas de raza blanca), siendo en este caso de elección, el uso de Calcioantagonistas (comenzando con monoterapia, y si es necesario tras dosis máxima, asociar diurético tiazídico)
- Además, como médicos de familia, debemos de tener en cuenta factores sociocomunitarios a la hora de instaurar dicho tratamiento y la pérdida de continuidad asistencial para el correcto seguimiento ante el poco arraigo en la localidad.

Bibliografía

- Brent M Egan, MD. Burden of hypertension in Black individuals. UpToDate. George L Bakris, MDWilliam B White, MD; 2022. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/burden-of-hypertension-in-black-individuals?search=HTA+en+raza+negra&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

682/320. ESCOMBROIDOSIS. A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Autores

Martínez Mesas, E.¹, Piñar Rueda, J.², Egea Millán, A.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cuevas del Campo. Cuevas del Campo. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cogollos de Guadix. Cogollos de Guadix. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baza. Baza. Granada

Descripción del caso

Varón de 59 años, fumador, sin alergias conocidas y con antecedentes personales de asma bronquial e hiperplasia prostática benigna en tratamiento con tamsulosina 400 mcg cada 24 horas. Acude por rubor en cara y urticaria en tronco que aparece a la hora de haber consumido una dorada que él mismo había capturado. Ha venido acompañado por dos miembros de su familia que también presentan la misma sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presentaba TA en 130/79 mmHg, saturación de oxígeno del 97%, urticaria en tórax, flushing facial, sin dolor a la palpación abdominal. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Escombroidosis.

Diagnóstico diferencial

Alergia a pescado, anisakis o ciguatera.

Comentario final

La escombroidosis es una intoxicación por pescado muy frecuente pero poco diagnosticada. Se produce

cuando los peces no se almacenan adecuadamente a bajas temperaturas tras ser capturados, la masa muscular del pescado libera histamina y está es la causante del cuadro, ya que no se anula al conservarse ni al cocinarse el pescado.

Los síntomas más frecuentes son el flushing facial y la urticaria, pero pueden aparecer también diarrea o cefalea, entre otros. Suelen aparecer en las tres horas próximas al consumir el pescado.

Debemos de realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como alergia al pescado, cuadro con mayor dificultad para hacer el diagnóstico diferencial, pero el no tener antecedentes de alergia al pescado y el afectar a varias personas del mismo entorno nos debe hacer pensar en escombroidosis. Es posible medir los niveles de histamina en el pescado, lo que ayuda en el diagnóstico de escombroidosis.

Bibliografía

- Erin N Marcus. *Scombroid (histamine) poisoning* [Internet]. UptoDate: Daniel F Danzl y Michele Ganetsky; [revisado el 9 de febrero de 2022; citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scombroid-histamine-poisoning?search=escombroid&source=search_result&selectedTitle=1~10&usage_type=default&display_rank=1#H1059540

682/321. ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA POR MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

Autores

Saavedra Perales, J.¹, Perez Huerga, L.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 17 años, sin antecedentes de interés. Acude a su Médico de Atención Primaria por dorsalgia de 3 semanas de evolución, persistente a pesar de antiinflamatorios y fisioterapia, con aparición de parestesias en ambas piernas con dificultad para la deambulacion (marcha espástica) al despertarse. Asimismo, dificultad para la micción. No clínica en miembros superiores. No síntomas catarrales. Afebril. No infecciones ni vacunaciones recientes. No viajes ni contacto con animales. No traumatismos.

Se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

- Funciones superiores y pares craneales normales. Cerebelo sin alteraciones. Signos meníngeos negativos. Motor normal en miembro superior.
- Miembro inferior: espasticidad con reflejos exaltados, clonus aquileo inagotable bilateral y Babinsky bilateral. Hipoestesia tactoalgésica y térmica con nivel sensitivo T10. Propioceptiva preservada.
- Cutáneo abdominales presentes superiores y medios, en inferiores hipoactivos.
- Pruebas complementarias:
 - Analítica: Proteína C Reactiva 36.6, Leucocitosis con neutrofilia. alteración coagulación (tiempo protrombina 59%)
 - Anticuerpos anti-MOG positivo (título 1/160) y anti-glucoproteína del oligodendrocito asociado a la mielina positivo fuerte.
 - Serología: citomegalovirus IgG y virus Epstein-Barr IgM positivo
 - Estudio neurofisiológico sin hallazgos
 - Punción lumbar normal
 - Radiografía tórax: masa mediastínica (timo hiperplásico)
 - Resonancia magnética columna completa con contraste: D3-D8 aumento señal longitudinal en T2 (patología infecciosa/inflamatoria), masa/s cervico-mediastínicas (adenopatías/timo hiperplásico)
 - Body-Tac: adenopatías paratraqueales superiores e inferiores bilaterales, prevasculares izquierdas e hiliares derechas (linfoproliferativo)
 - Pet-Tac: adenopatías supradiaphragmáticas (linfoproliferativo o inflamatoria/infecciosa), hiperreactividad medular ósea difusa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

- Síndrome poliadenopático en relación a infección aguda por Virus Epstein-Barr.
- Mielitis aguda transverso asociada a anticuerpos anti-MOG en el contexto anterior.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad hematológica linfoproliferativa (proceso tumoral) en contexto de síndrome poliadenopático.

Comentario final

Durante su ingreso, evolución favorable tras tratamiento esteroideo.

Dado que la médula ósea fue negativa, inicialmente no se realizó ecobroncoscopia. Tras el tratamiento, las adenopatías desaparecieron: se confirmó que el síndrome poliadenopático y la mielitis ocurrieron como reacción inmunitaria al virus de Epstein-Barr.

Por otro lado, en general, la desmielinización asociada a anticuerpos anti-MOG se inicia sin un factor desencadenante. Sin embargo, existen estudios que describen un factor predisponente para su desarrollo como los procesos infecciosos (infecciones víricas).

Bibliografía

- Gorelick et. al "Tratado de Neurología Clínica de Hankey". 2ª edición. Tomo 1. Editorial Amolca.

682/322. ¡DOCTORA, ME CUESTA RESPIRAR!

Autores

Peman Castellano, M.¹, Martín Martín, M.², Martínez Díaz De Argandoña, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 53 años. No alergias medicamentosas conocidas. No fumadora. No factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes familiares: madre con TVP no provocada a los 85 años, hermano con TVP provocada por cirugía a los 37 años. Acude a consulta de urgencias de Atención Primaria (AP) por episodio de disnea brusca en reposo al levantarse. Niega clínica presincope asociada. No dolor torácico. No antecedente trombotico. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Tensión arterial: 130/88. Afebril. FC: 110 lpm. Saturación de oxígeno: 93%. ACP: Corazón rítmico sin soplos ni roces. Hipoventilación sin ruidos añadidos. Miembro inferior derecho con leve edema y aumento del perímetro hasta tercio distal sin eritema ni dolor a la palpación.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa profunda (TVP).

Neumotórax.

Taponamiento cardiaco.

Insuficiencia cardiaca izquierda con edema de pulmón.

Síndrome distrés respiratorio del adulto.

Síndrome antifosfolípido (APS).

Comentario final

La disnea es un síntoma cardinal muy frecuente en los servicios de urgencia, consecuencia de amplia variedad de patologías. En nuestro caso, la paciente se derivó al servicio de urgencias hospitalarias. Se detectó un Dímero-D alto en la analítica, en el Ecodoppler de MMII se confirmó TVP poplítea derecha y el Angio-TAC se informó con lo siguiente: TEP bilateral muy extenso con signos de sobrecarga de cavidades cardiacas derechas sin infartos asociados. Posteriormente, el paciente continuó su estudio en consulta de AP donde se confirmó un Síndrome antifosfolípido. En estudios recientes se ha descrito que los anticuerpos (AC) anti-beta2gpi parecen ser fundamentales para la patogenia del APS. Tienen un efecto llamado "anticoagulante lúpico" (LA) que interfieren con la coagulación y prolongan los tiempos de coagulación dependientes de fosfolípidos, como el tiempo de trombo-plastina parcial activada (aPTT). Por lo que LA actividad está fuertemente asociada con la trombosis y supone un factor de riesgo para presentar un evento trombotico.

Bibliografía

- Khamashta MA, Amigo MC. Síndrome antifosfolípido: descripción general de la patogénesis, diagnóstico y manejo. En: Rheumatology, 6, Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Eds), Elsevier, Philadelphia 2015.
- Garcia D, Erkan D. Diagnóstico y Manejo del Síndrome Antifosfolípido. N Engl J Med 2018; 378:2010.

682/325. ¡DOCTORA, NO PUEDO ANDAR!

Autores

Peman Castellano, M.¹, Carmona Pérez, I.², Martínez Díaz De Argandoña, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla,
 (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla,
 (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 41 años. No alergias medicamentosas conocidas. No fumadora. No factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes personales: polineuropatía inflamatoria recidivante en seguimiento por Neurología. Acude a consulta de urgencias de Atención Primaria (AP) por visión doble tras administración de vacuna de la gripe el día anterior. Además, refiere haberse levantado con debilidad flácida proximal y distal de los brazos y piernas esa mañana. No dolor torácico. No disnea. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Tensión arterial: 130/88. Afebril. FC: 90 lpm. Saturación de oxígeno: 98%. ACP: Corazón rítmico sin soplos ni ruidos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Neurológico: No signos meníngeos. Diplopía horizontal. Déficit de fuerza 3/5 en miembros superiores y 2/5 en inferiores. Disminución de los reflejos tendinosos profundos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome de Guillain-Barré (GBS).

Diagnóstico diferencial

Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

Trastorno de la medula espinal.

Trastorno de la unión neuro-muscular.

Comentario final

La paciente se derivó al servicio de urgencias hospitalarias donde se contactó con Neurología ante la debilidad flácida simétrica en zona distal tanto en miembros superiores como inferiores junto con la diplopía. Se decidió ingreso en planta de Neurología ante la normalidad de TAC craneal y analítica. Durante el ingreso se realizó una punción lumbar con disociación albuminocitológica (proteína LCR elevada con un recuento de glóbulos blancos normal), que junto con la debilidad progresiva de los brazos y piernas y la oftalmoplejía apoya el diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré debutada por la vacuna de la gripe.

Tras realizarle tratamiento con plasmaféresis, se siguió al paciente en consulta de AP y tras tratamiento fisioterápico mejoró de forma global y actualmente puede andar con andador.

En recientes estudios se han descrito casos de Síndrome de Guillain-Barré con vacunas de vectores adenovirales. Los reguladores europeos afirman que los beneficios de estas vacunas superan sus riesgos y los datos de observación sugieren que el riesgo de GBS después de la infección supera el riesgo después de la vacunación.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Borrador del panorama de las vacunas candidatas contra el COVID-19. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
- Yuki N., Hartung HP. Síndrome de Guillain-Barré. *N Engl J Med* 2012; 366:2294.

682/328. CONTRA TODO DIAGNÓSTICO.

Autores

Nuez Ramos, G.¹, Hussein Alonso, D.², Villanueva Gil, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 15 años sin antecedentes personales ni familiares destacables. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar lesiones eritematosas ampollosas de inicio en mejilla derecha y posteriormente en cuello y en abdomen, con sensación de ardor previa a la aparición. Desaparición espontánea en aproximadamente 36 horas. Regresa a la semana por aparición de nuevas lesiones y pérdida de visión en ojo izquierdo, por lo que se deriva al Servicio de Urgencias. Tras ser valorada por Oftalmología se decide ingreso por sospecha de neuritis óptica retrobulbar. Se pauta tratamiento con corticoides y doxiciclina. Durante el ingreso no aparecen nuevas lesiones cutáneas ni mejoría a nivel visual.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes y analítica básica en rango. Exploración neurológica normal.

Exploración dermatológica: lesiones de tipo mácula eritematoampollosas violáceas.

Cribado serológico: negativo. Estudio de autoinmunidad: normal. Resonancia magnética cerebral con contraste: sin hallazgos. Potenciales evocados: normales bilateral. Estudio completo de LCR: normal. Test de la visión estereoscópica: normal. PCR viral de exudado ampolla: negativo. Biopsia lesión cutánea: espongiosis y dermatitis perivascular superficial con queratinositos con ambios núcleares vesiculosos y cromatina rechazada a la periferia. No se observan lesiones vasculíticas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Dermatitis artefacta.

Diagnóstico diferencial

Brucelosis, vasculitis, esclerosis múltiple, excoariciones neuróticas, picaduras de insecto, reacción cutánea alérgica.

Comentario final

Tras realizar todos los estudios pertinentes siendo todos normales, descartando patología orgánica, se llega a la conclusión que se trata de un caso de dermatitis artefacta. En este caso es fundamental hacer una buena entrevista clínica para indagar en causas que pudieran precipitar que la paciente se autoprovocara las lesiones. En este caso, al entrevistarnos con la paciente nos confiesa que en los últimos seis meses ha cambiado de centro escolar y que desde entonces tiene problemas con sus compañeros de clase, aunque niega ser la responsable de las lesiones. Ante estos casos es esencial crear una relación de confianza con el paciente para poder realizar una buena intervención, que siempre debiera ser multidisciplinar.

Bibliografía

- Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. *Dermatitis artefacta: revisión. Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(10):854-66. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-dermatitis-artefacta-revision-articulo-50001731012004784>
- A.H. Ehsani, S. Toosi, M. Mirshams Shahshahani, M. Arbabi, P. Noormohammadpour.
- *Psycho-cutaneous disorders: an epidemiological study. J Eur Acad Dermatol Venereol*, 23 (2009), pp. 945-947. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03236.x>

682/329. ¡DOCTORA, ME ASFIXIO!

Autores

Martín Martín, M.¹, Peman Castellano, M.², Martínez Díaz De Argandoña, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Hombre de 54 años. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador y consumidor activo de cocaína y heroína inhaladas. Ingreso hace 5 años por neumonía neumocócica. Coinfección VHB y VHC genotipo 3 (sin tratamiento). Aspergilosis cavitada con ingreso reciente. Acude a urgencias de Atención Primaria (AP) por disnea y fiebre de hasta 39°C de evolución asociado a aumento de su disnea basal y dolor en la espalda. Situación basal independiente.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientado y colaborador. Taquipneico. Sat O2 a 82 que aumenta hasta 85% con GN. Ponemos ventimask pasando a 94%. T 35°C. ACP rítmico taquicárdico con sibilantes dispersos, crepitantes en ambos campos más acentuados en derecho. Abdomen anodino. MMII sin edema ni signos de TVP. Test Covid negativo. Radiografía de tórax: Infiltrados algodonosos bilaterales que ocupan tercios inferiores y medios.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Neumonía en paciente con aspergilosis crónica cavitada.

Diagnóstico diferencial

- Atelectasia
- Toxicidad pulmonar por fármacos
- Hemorragia pulmonar
- Fibrosis pulmonar
- Derrame pleural

Comentario final

La situación basal y no adherencia a tratamientos del paciente dificultan su seguimiento. Al llegar tan inestable el paciente a nuestro centro, tuvimos que mandarlo a urgencias hospitalarias para estabilizarlo y continuar

con el estudio. Se comienza antibioterapia con ceftriaxona + levofloxacin.

La neumonía adquirida en la comunidad se define como una infección aguda del parénquima pulmonar en un paciente que ha adquirido la infección en la comunidad, a diferencia de la neumonía adquirida en el hospital. Es una enfermedad común y potencialmente grave. Se asocia con una morbilidad y mortalidad considerables, particularmente en pacientes adultos mayores y aquellos con comorbilidades importantes como el caso de nuestro paciente.

Bibliografía

- *Coordinadora: R. Fernández Urrusuno. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3a edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe>*
- *Medicina de urgencias y emergencias - 6ª edición: Guía diagnóstica y protocolos de actuación.*

682/330. DOCTORA, ME SIGUE DO- LIENDO EL CUELLO.

Autores

Peman Castellano, M.¹, Carmona Pérez, I.², Diaz De Argandoña, C.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bormujos. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Hombre de 65 años. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 1 paquete/día. Sin factores de riesgo cardiovascular. Sin antecedentes de interés. Reconsulta en consulta de Atención Primaria (AP) por cervicalgia que no mejora desde hace un mes y parestesias en mano y brazo derecho. Está en tratamiento con tramadol y paracetamol.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Tensión arterial: 130/88. Afebril. FC: 90 lpm. Saturación de oxígeno: 98%. ACP: Corazón rítmico sin soplos ni roces. Hipoventilación

en vértice superior derecho. No ingurgitación yugular. Exploración cervical: No apofisalgia. Dolor a la palpación en zona paracervical derecha. Fuerza conservada y sensibilidad en miembro superior derecho más débil con hormigueo.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Cervicalgia.

Diagnóstico diferencial

Carcinoma quístico adenoide.

Hemangiopericitoma.

Mesotelioma.

Comentario final

Ante la reconsulta y la no mejoría de la cervicalgia se pidió una radiografía de tórax donde se objetivó un nódulo de 5x4 cm aproximadamente. Se derivó a consulta de Pumon en Hospital de San Juan De Dios donde se continuó el estudio y se confirmó el nódulo en el TAC. La anatomía patológica determinó un cáncer espinocelular que se había manifestado como Síndrome de Pancoast. Es un tumor en el vértice pulmonar con extensión local hacia el plexo braquial inferior, la cadena simpática cervical inferior, los primeros cuerpos vertebrales y las costillas. Cursa con dolor cervical irradiado a hombro y espalda. Actualmente en tratamiento con quimioterapia.

Bibliografía

- *Pancoast, Hong Kong. Tumor del surco pulmonar superior. JAMA 1932; 99:1391.*
- *Paulson DL. Carcinomas en el surco pulmonar superior. J Thorac Cardiovasc Surg 1975; 70:1095.*

682/332. LINFOMA CUTÁNEO VS C. BASOCELULAR. DIAGNÓSTICO DIFE- RENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Rodríguez Espejo, M.¹, Vázquez Montiel, M.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Varón de 34 años que acude a nuestra consulta de atención primaria por lesión en brazo izquierdo de 4 meses

de evolución, milimétrica y parecida a un angioma según refiere, que ha aumentado de tamaño considerablemente. Asintomática, niega prurito, cambio de coloración o lesión previa. Como antecedentes de interés, anteriormente lo tratamos de molluscum contagiosum remitiendo las lesiones. Fototipo II de sensibilidad solar. Niega hábitos tóxicos, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos. Sin antecedentes oncológicos familiares.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión violácea, de 4 cm sobreelevada y brillante, no reperfundió a la vitropresión. Con la dermatoscopia vemos vasos irregulares, algunos dilatados, telangiectasias y estructuras en forma de espiral y en forma de coma características del linfoma cutáneo. Solicitamos análisis de sangre con hemograma, bioquímica con enzimas hepáticas y renales, proteínas totales y niveles de inmunoglobulinas.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Linfoma cutáneo Vs Carcinoma Basocelular. Teleconsultamos con dermatología para valoración y posible biopsia que permitirá determinar la naturaleza de las células que lo componen.

Diagnóstico diferencial

Aunque vemos una lesión sobreelevada sin centro deprimido, el linfoma cutáneo puede también tener un centro ulcerado. En la dermatoscopia no observamos características del c. basocelular como hojas de arce o ruedas de carro, pero sí otras descritas en la literatura científica como estructuras en espiral y coma.

Comentario final

La dermatoscopia sigue siendo una herramienta transcendental en la consulta de atención primaria que nos ayuda a aproximarnos y a orientar de una manera más precisa los diagnósticos finales, agilizando gracias a una mejor sospecha clínica las teleconsultas en este caso, de dermatología.

Bibliografía

- Gerami P. *Dermoscopy for the diagnosis of cutaneous lymphoma. Dermatologic Clinics.* 2018;36(4):437-444. doi:10.1016/j.det.2018.05.005.
- Cerroni L, Massone C, Kutzner H, Mentzel T. *Cutaneous lymphomas: basics and beyond.* In: Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R, eds. *WHO Classification of Skin Tumours.* 4th ed. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2018:362-373.

- Lallas A, Apalla Z, Argenziano G. *Dermoscopy of Cutaneous Lymphomas.* In: Lallas A, Zalaudek I, Longo C, Moscarella E, Argenziano G, eds. *Dermoscopy in General Dermatology.* Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2018:297-307. doi:10.1007/978-3-319-77152-3_19.

682/335. DOCTOR, ME DESMAYO.

Autores

Sánchez Rodríguez, J.¹, Mundt Fernández, I.², Rodríguez González, D.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. 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

Paciente varón de 87 años sin antecedentes patológicos que acude al Servicio de Urgencias Hospitalario por síncope en vía pública presenciado con pérdida de conocimiento de segundos de duración y recuperación espontánea, sin relajación de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos, con amnesia del episodio.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presenta buen estado general, hemodinámicamente estable, exploración física por aparatos anodina.

Electrocardiograma en ritmo sinusal a buena frecuencia, con presencia de extrasístoles ventriculares frecuentes y pausas compensadoras.

Se le realiza analítica completa que resulta dentro de la normalidad y TAC Craneal donde destacan signos de atrofia cortico subcortical.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome del seno carotídeo.

Diagnóstico diferencial

Arritmia, hipotensión ortostática, hipoglucemia.

Comentario final

Durante su estancia sufre nuevo síncope de características similares, cursándose ingreso hospitalario para estudio del cuadro.

En el ingreso avisan a Internista de guardia por pérdida de conocimiento mientras el paciente miraba hacia abajo estando en sedestación. Se constata hipotensión marcada 80/40mmHg y bradicardia que recupera tras Trendelemburg, permaneciendo posteriormente con tensiones de 110/80mmHg.

Ante sospecha de síndrome del seno carotídeo se realiza masaje del mismo apareciendo pérdida de conocimiento de segundos de duración, hipotensión mantenida y bradicardia extrema que se recupera tras el cese del masaje. Considerándose masaje del seno carotídeo positivo se indica colocación de Marcapasos definitivo por Unidad de Cuidados Intensivos.

Tras implantación de MCP definitivo se realiza nuevamente masaje del seno sin producirse bradicardia, hipotensión arterial ni pérdida de conocimiento.

El paciente permanece en la actualidad totalmente asintomático.

Bibliografía

- Walsh, R, J Fang, and V Fuster. *Hurst El Corazón. Manual de Cardiología. 13th ed. MCGRAW-HILL.*

682/343. ¿QUÉ SON ESTAS MANCHAS DOCTORA?

Autores

Villalba García, Á.¹, Bazuzaga Portillo, J.²

Centro de Trabajo

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

Descripción del caso

Varón de 48 años que consulta por lesiones descamativas y en ocasiones pruriginosas de predominio en tronco y brazos, también algunas lesiones hiperpigmentadas en cuello. Empeoran con el calor.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta máculas hipopigmentadas con borde eritematoso y descamativas distribuidas por el tronco y brazos de distinto tamaño. Aumento de la pigmentación en cuello sin lesión clara. Desaparecen a la vitropresión. Se realiza analítica con autoinmunidad siendo de resultado normal y negatividad de ANA.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Pitiriasis Versicolor.

Se trató inicialmente con Flutrimazol crema sin mejoría. Ante esto, se comenta caso con Dermatología que indica que dada la gran extensión de las lesiones, iniciar tratamiento oral con Itraconazol 50 mg/24h durante 14 días. A la valoración en dos semanas presenta disminución en tamaño y número de lesiones. No empeoramiento de las lesiones tras la ducha. Mantiene piel seca. Se aconseja baños de sol de 10 a 15 minutos e hidratación de piel. Al mes se reevalúan las lesiones con desaparición completa de lesiones en abdomen y brazos, pero persisten algunas aisladas en tórax por lo que se indica ketoconazol en gel para la ducha y crema con mejoría de las lesiones.

Diagnóstico diferencial

Pitiriasis Alba.

Cloasma.

Pitiriasis rosada.

Comentario final

Las distintas patologías presentes en Dermatología, en ocasiones puede hacer dudar en el diagnóstico. En este caso el paciente no había mejorado en el inicio con la exposición solar, además de presentar leve halo eritematoso de las lesiones. Pero una buena coordinación con la especialidad de Dermatología y tratamiento dirigido hace que hubiese una mejoría de las lesiones sin perder el seguimiento del paciente en Atención Primaria.

Bibliografía

- Fernández-Vozmediano JM, Armario-Hita JC. *Etiology, pathogenesis and treatment of pityriasis versicolor.* Elsevier. 2006; 126: 7-13.
- Juárez-Jiménez MV, De La Cruz-Villamayor JA, Baena-Bravo AJ. *Pitiriasis versicolor en Atención Primaria.* Med fam Andal. 2017; 18: 162-167.

682/345. EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR, EVITANDO LA DICOTOMÍA DE TVP O CELULITIS.

Autores

Quero Fernández, N.¹, Hinojo García, H.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería,

(2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Aguadulce. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Varón de 56 años, antecedentes de fibrilación auricular y neuropatía sensitivo motora. Reconsulta a urgencias de Atención primaria por cuadro de dolor e inflamación en rodilla y muslo derecho. Acudió por mismo motivo hace cuatro días, derivado a urgencias hospitalarias ante sospecha de trombosis venosa profunda (TVP). Se realizó ecografía que descartó lesión en territorio venoso, dado de alta con diagnóstico de celulitis y tratamiento antibiótico sin mejoría. Hace dos días sufrió caída desde propia altura, con traumatismo en rodilla derecha que frenó la caída, desde entonces aumento del edema y dolor hasta imposibilidad de apoyar extremidad.

Exploración y pruebas complementarias

Edema sin rubor ni calor a nivel rodilla derecha, con miembro empastado que progresa hasta 1/3 cara interna de muslo. Muy doloroso a palpación en zona lesionada. Hematoma de 5x5cm sobre edema. Imposibilidad de flexión de rodilla por tensión y dolor. Sensibilidad y pulso distal conservados, sin dolor.

Tras exploración aparición de flictenas en cara interna de rodilla, con progresión de estas a cara interna de muslo, aumento y confluencia de estas.

Se solicita ecografía que es diagnóstica para síndrome compartimental en rodilla que disecciona planos hasta 1/3 distal cara interna de muslo.

Se consulta para realización de fasciotomía urgente por traumatología.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome compartimental.

Diagnóstico diferencial

Celulitis, TVP.

Comentario final

El síndrome compartimental puede ocurrir por traumatismo sin lesiones óseas, este produce un aumento de la presión intracompartimental causando isquemia tisular. Es importante recordar que la presión arterial estará mantenida, ya que las arterias que colapsan son las tisulares. Debemos de sospechar de este ante un paciente con un dolor desproporcionado, pudiendo acompañarse de edema y aumento de tensión en la zona, así como factores de riesgo asociados.

No siempre se presentará tras una fractura, debiendo tenerlo en mente como diagnóstico diferencial tras traumatismo, mas en paciente anticoagulado, tras descartar una TVP y si la clínica o exploración no son sugestivos de celulitis.

Bibliografía

- Mazur M, Jabaly N, Ebraheim N. Acute compartment syndrome in patients on long-term anticoagulation therapy. *J Trauma Crit Care*. 2018;3(1):1-5
- Brooker V, Brown R, Thornton L, et al. Emergency fasciotomy in an anticoagulated patient with low energy posterior thigh injury *BMJ Case Rep* 2020;13:e232709. doi:10.1136/bcr-2019-232709

682/346. DIAGNÓSTICO PEDIÁTRICO EN EL ADULTO.

Autores

Rodríguez Quesada, M.¹, Carvajal Jaén, J.², Dionisio Flores, M.¹

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 Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 36 años sin antecedentes personales de interés salvo hábito enólico ocasional, consulta en su médico de Atención Primaria por disnea de meses de evolución con empeoramiento progresivo, astenia generalizada y cuadro de palpitaciones de 10 minutos autolimitadas y de aparición en reposo con aumento de la frecuencia en los últimos meses. Se realizó una exploración física completa y se mandaron las pruebas complementarias de las que disponemos, cuando vimos los resultados se derivó a consultas de cardiología desde nuestras consultas para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

A la auscultación ritmo sinusal con soplo sistólico en foco aórtico II/VI. Rx de tórax con cardiomegalia. Electrocardiograma sin alteraciones. Analítica anodina. Ecocardiograma, RMN cardiaca y Angio-TC se visualizan fístula arteriovenosa de arteria circunfleja a seno coronario con dilatación cardiaca predominante en cavidades izquierdas. En coronariografía: arterias coronarias sin lesiones. Arteria circunfleja muy dilatada

con trayecto tortuoso hasta seno coronario drenando a aurícula derecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Fístula de arteria circunfleja a seno coronario con shunt izquierda-derecha.

Diagnóstico diferencial

Habría que realizarlo con una miocardiopatía dilatada, derrame pericárdico, arritmia o insuficiencia cardiaca.

Comentario final

Como conclusión de este caso podemos obtener la importancia de una buena anamnesis y exploración desde Atención Primaria ya que somos el primer contacto que tiene el paciente y es importante el diagnóstico temprano de algunas enfermedades para evitar consecuencias posteriores. En nuestro caso con una sola visita pudimos orientar al paciente y sospechar con una correcta exploración y una simple radiografía una patología cardiaca importante que al final acabó siendo una cardiopatía congénita con necesidad de intervención quirúrgica. En mi opinión el diagnóstico de este paciente se podría haber hecho con anterioridad ya que es algo que tendría de nacimiento y con un correcto seguimiento quizás se hubieran podido evitar las complicaciones que conlleva para el corazón mantener a largo plazo esta anomalía cardiaca.

Bibliografía

- Senra L, Tápanes H, Díaz F, Peña M, Díaz E. Hallazgo fortuito de fístula arteriovenosa coronaria izquierda en escolar de 6 años. *CorSalud* 2014 *Ene-Mar*;6(1):119-122
- Lara I, Estrada I, Villagomez D, Pastor L. Fístula coronaria como causa de insuficiencia cardiaca. *Cardioco-re*. 2013;48(3):124-126

682/350. ASTENIA SEVERA Y LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DESPISTAJE.

Autores

Martínez García, M.¹, Rodríguez Cerro, T.²

Centro de Trabajo

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillena Dr. Correa Charro. Guillena. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillena Dr. Correa Charro. Guillena. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 54 años de edad. Hábito tóxico: fumador de 2 paquetes diarios y como antecedente a destacar una trombosis venosa profunda el mes previo, estando anticoagulado con aldocumar desde este evento. Acude a consulta para mostrarnos que fue valorado en urgencias por astenia intensa de cuatro días de evolución, siendo dado de alta tras analítica y exploración normal. No refiere pérdida de peso ni otra clínica asociada. El paciente refiere clara mejoría de dicha astenia al llegar a la consulta. Aun así decidimos realizar un despistaje completo y solicitamos ECG, Rx AP y lateral de tórax y analítica completa con sistemático de orina.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: hemograma con las tres series dentro de la normalidad y bioquímica con glucemia, función renal, perfil abdominal, e iones en rango. Sistemático de orina: no patológico. Tensión arterial en consulta: 134/78. Saturación oxígeno 97%, frecuencia cardiaca 120 lpm. ECG: eje normal, ritmo sinusal a 60lpm, QRS estrecho, PR no alargado. Exploración: aceptable estado general. Aspecto caquéctico. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo y al habla. Bien perfundido e hidratado. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar con tono rítmico, sin soplo y murmullo vesicular conservado. Rx tórax AP y lateral: se observa aumento de la densidad en parénquima superior derecho con broncograma aéreo que sugieren bronquiectasias de tracción y acompañados de múltiples nodulos milimétricos en dicha área. Realizamos teleconsulta a Neumología en ese preciso momento. Se realiza espirometría, fibrobroncoscopia y TC tórax confirmando nuestra principal sospecha.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Tuberculosis bacilífera.

Diagnóstico diferencial

Neumonía lobar, Carcinoma broncogénico.

Comentario final

La importancia de una buena anamnesis y de un buen seguimiento protocolizado permite poder alcanzar en muchas ocasiones un diagnóstico cierto, que implica el bienestar y por supuesto la mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes y de la comunidad.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6a ed. Madrid: Elsevier; 2018. García del Egido A. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Edición 2019: Curso Intensivo Mir Asturias.

682/354. ECOGRAFIA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DIAGNOSTICO DE ETIOLOGIA DE COLICO BILIAR.

Autores

Delgado Zamorano, A.¹, González Martínez, F.², Espino García, M.³

Centro de Trabajo

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 4º año de 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 Lucano. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 53 años que acude por varios episodios esta semana de dolor en epigastrio, irradiado hacia hipocondrio derecho, acompañado de vómitos, coluria y leve ictericia conjuntival, refiere que había tenido esta semana 3 episodios de más de 4h de evolución, que habían cedido parcialmente con metamizol, pero que empeoraba con la digestión, el paciente seguía una dieta exenta de grasas.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril con buen estado general, normohidratado, normoperfundido.

Leve ictericia conjuntival, Abdomen con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, murphy positivo, no signos de irritación peritoneal, no hepatomegalia, resto de exploración abdominal normal.

Se solicita analítica y se le cita para consulta de ecografía en el centro de salud.

Analítica: Hemograma: leucocitos 7.340, Hb 15,7 g/dl, plaquetas 166000, Bioquímica: glucemia 105mg/dl, creatinina e iones dentro de la normalidad. Bilirrubina total 1,50 mg/dl, GGT 326 U/L, AST 65 U/L, ALT 182 U/L, ALT 201 U/L.

Ecografía del centro de salud se observa vesícula con escasa luz ocupada casi por completo por litiasis, en riñón derecho se observa quiste tabicado de 6cm.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

El paciente había presentado un cuadro de dolor abdominal irradiado hacia hipocondrio derecho acompañado de vómitos, cedía parcialmente con analgesia, no obstante tenía Murphy positivo que junto con la hipertransaminasemia, nos hizo pensar en pedirle ecografía para estudiar la causa del episodio de cólico biliar complicado.

Diagnóstico diferencial

CÓLICO BILIAR COMPLICADO.

COLECISTITIS AGUDA.

COLANGITIS AGUDA.

NEUMONIA BASAL DERECHA.

COLICO RENAL DERECHO.

DISPEPSIA FUNCIONAL.

Comentario final

El cuadro de episodios repetidos en la última semana que sólo mejoraba con analgesia parcialmente, nos hizo pensar junto con el cuadro de dolor abdominal que se trataba de un cólico biliar complicado, teniendo a mano el ecógrafo en el centro de salud observamos abundante litiasis que obstruía totalmente la luz de la vesícula y derivamos a cirugía que valoró al paciente operándolo de manera programada resolviéndose el cuadro de dolor.

Bibliografía

- D. Suárez Pita et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª Edición 2016. Publicado por MSD.
- Grupo de Ecografía SAMFyC. *Escenarios clínicos de la ecografía en medicina familiar*. 1ª Edición 2016. Publicado por SEMFYC.

682/357. DOCTOR ESTOY PERDIENDO PESO CON LA PASTILLA DEL AZÚCAR.

Autores

González Martínez, F.¹, Castro Moreno, J.², Delgado Zamorano, A.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 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 68 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin AF de interés y con antecedentes personales de hipertensión arterial (Candesartán), diabetes mellitus II (Metformina-Empafligozina e Insulina) e hiperlipemia mixta (Rosuvastatina-Ezetimiba) como FRCV (angioTAC coronario con lesiones intermedias); bronquitis crónica y TEP crónico (Apixabán).

Acude por primera vez a consulta de atención primaria por astenia marcada y pérdida de peso (-6Kg) de un mes de evolución desde que inició tratamiento con Metformina 1g-Empaglifozina 12.5mg. En esta primera visita se solicita analítica completa, SOH y marcadores tumorales por cuadro clínico de síndrome constitucional a estudio.

Acude 10 días después a consulta para resultados analíticos asociando edema de miembro superior derecho, lesiones dérmicas en tórax anterior y disfonía de reciente aparición, por lo que se solicita radiografía urgente de tórax.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física presenta buen estado general, consciente y orientado. Eupneico en reposo. Normotenso y afebril. Ausencia de signos patológicos a la ACR ni en ambos miembros inferiores; pero se detecta edematización de miembro superior derecho y edema en esclavina (Pemberton +), circulación colateral en tórax anterior e ingurgitación yugular junto a disfonía de reciente aparición.

En pruebas complementarias (Atención Primaria):

- Solicitamos analítica completa donde destaca la presencia de anemia microcítica (Hb 8.9g/dL, VCM 68.8) con NT-ProBNP (<300) en rango de normalidad y sin elevación de marcadores tumorales. DM II mal controlada con HbA1c 8.9%.
- Solicitamos radiografía simple de tórax con hallazgos de masa en vértice pulmonar derecho compatible con neoplasia pulmonar.
- En pruebas complementarias (Hospital Universitario Reina Sofía):
- TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste IV: masa pulmonar en vértice derecho con síndrome de vena

cava superior asociado y dos ganglios probablemente metastásicos.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome vena cava superior secundaria a neoplasia pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar.

Insuficiencia cardiaca derecha.

Trombosis de vena cava superior.

Neoplasia pulmonar.

Linfoma mediastínico.

Comentario final

En la segunda consulta de AP y tras los hallazgos encontrados el paciente fue derivado a Urgencias de Hospital de Referencia para ingreso y estudio por sospecha de Síndrome de Vena Cava Superior secundario a neoplasia pulmonar confirmada posteriormente.

Bibliografía

- Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J L, et Loscalzo J. Harrison. Principios de la Medicina Interna. 15a edición. Mexico DF. McGraw-Hill Interamericana; 2015.

682/361. SINTOMATOLOGÍA PERSISTENTE.

Autores

Oliveros Ruíz, I.¹, Rodríguez Cerro, T.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillena Dr. Correa Charro. Guillena. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 80 años, con los siguiente antecedentes personales: no RAMc; hipertenso; hipertrofia benigna de próstata. Tratamiento habitual: Tamsulosina clorhidrato, Zolpidem, Pygeum africanum/glicina/alanina/acido glutámico y Enalapril. Presenta dolor en región mesogástrica de un mes de evolución, con empeoramiento postprandial. No alteraciones del hábito intestinal. No otros síntomas. En tratamiento con Pantoprazol 20mg/24h sin presentar mejoría.

Tras un estudio inicial, se diagnostica infección por *Helicobacter Pylori*, que es tratada. A pesar de ello, el paciente se ve en la necesidad de acudir a Urgencias (durante y post-tratamiento) hasta en tres ocasiones, por persistencia del dolor abdominal. Es derivado a Digestivo, donde amplían el estudio con test de intolerancia a la lactosa y gastroscopia, donde se objetiva un engrosamiento parietal en el antro, lo que lleva a la solicitud de colonoscopia. Esta última prueba no llega a realizarse ya que el paciente acude a urgencias hospitalarias, y en este episodio es diagnosticado mediante TAC abdominal de una obstrucción intestinal en colon transverso, por posible neoplasia. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada a colon descendente de urgencia. Al mes de la intervención, revisión por parte de Cirugía General y primera consulta con Servicio de Oncología.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal ni megalias. Hernia umbilical sin signos de alarma. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño-percusión renal bilateral negativa.

Análítica con hemograma, bioquímica, perfil abdominal y de alergias alimentarias, celiaquía y *Helicobacter pylori*, resultado este último positivo. Resto de parámetros dentro de la normalidad.

Radiografías abdominales anodinas.

SOH negativa.

Prueba de intolerancia a la lactosa negativa.

Gastroscopia: hernia de hiato por deslizamiento, gastritis atrófica y engrosamiento parietal del antro.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome dispéptico.

Obstrucción intestinal.

Cáncer de colon ascendente.

Diagnóstico diferencial

Patología biliar/gástrica/intestinal.

Comentario final

El cáncer de colon ascendente origina una sintomatología muy inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico. En atención primaria trabajamos con un nivel de incertidumbre importante, y ante consultas repetidas de un paciente por persistencia de un mismo síntoma debemos pensar que hay alguna patología que justifica

dicho síntoma, replanteándonos los distintos diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

- *Empleo de manuales MIR Asturias, edición 2021.*
- *Libro de Medicina Interna Harrison, 19ª edición.*
- *Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre, 6ª edición.*

682/367. ME CUESTA LA VIDA.

Autores

González González, P.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 60 con AP de hipotiroidismo y DM 2 con diagnóstico previo de bronquitis. Refiere disnea a mínimos esfuerzos (NYHA 3/4) y edemas en miembros inferiores. En un primer momento se pauta, a parte de sus broncodilatadores, furosemida y se solicita analítica. Al cabo de un mes acude refiriendo "Doctor, me cuesta la vida", refiere retención brusca de líquido con disnea paroxística nocturna, ortopnea compatible con clínica de insuficiencia cardiaca. Se ajusta tratamiento con Ramipril 2.5mg/24h, bisoprolol 2.5mg/224h; dapaglifozina 10mg/24h espirinolactona 25mg/24h y furosemida 40mg/12h. Además ajustamos tratamiento del tiroides. Tras una semana esta paciente duerme mejor, con una gran respuesta al tratamiento. Volvemos a citar a la paciente tras resultado de ecocardiograma y reajustamos tratamiento, pasamos de ramipril a sacubitrilo/valsartán 24MG/26M / 24h tras 36 horas de limpieza del IECA.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, BHyP, COC, normocoloreada. Eupneica con saturación basal de O₂ 95%. ACP: rítmica sin soplos audibles. MVC con crepitantes bibasales. Edemas en miembros inferiores, sin signos de TVP.

Analíticamente destada TSH 9.43 mU/L y proBNP 12.800 pg/ml. En Rx tórax se observa ICT agrandado con refuerzo perihiliar y pinzamientos de seno costofrénico derecho. En el ecocardiograma se observó FEVI < 45%.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Insuficiencia cardíaca congestiva.

Diagnóstico diferencial

- Bronquitis aguda
- Insuficiencia cardíaca

Comentario final

La importancia de elaborar estrategias de tratamiento global adecuada e individualizada para cada paciente. La conciliación de la medicación después de cada intervención o modificación. En general, la importancia del seguimiento del Médico de familia a su paciente, ajustando y conciliando tratamiento en función de su respuesta.

Bibliografía

- *Guías ACC/AHA/HFSA 2022 para el manejo de la IC - Sociedad Española de Cardiología (secardiologia.es)*
- *Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria | Medicina de Familia. SEMERGEN (elsevier.es)*
- *Manuales, M. S. D. (2023, enero 16). Generalidades sobre la insuficiencia cardíaca.*
- *Manual práctico de manejo integral del paciente con insuficiencia cardíaca crónica :Editor Luis Manzano Espinosa Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid Universidad de Alcalá. Madrid Grupo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)*

682/371. GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores

Moraira González, P.¹, Morán Marín, S.¹

Centro de Trabajo

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del caso

Paciente, mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por hinchazón de piernas y ganancia de hasta 6 kg en dos meses. Previamente había consultado por edemas bimaleolares sin fóvea.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida, consciente, orientada y colaboradora. Constantes nor-

males. Auscultación normal. Se observan edemas con fóvea hasta muslos en ambos miembros inferiores, sin signos de trombosis venosa profunda ni de insuficiencia venosa. Discreto edema palpebral.

Se realizó tira de orina en el centro de salud con proteinuria+++ . Se solicitó posteriormente una analítica donde aparecen datos de síndrome nefrótico bioquímico (proteínas en orina 13209,0 mg/dL, albúmina en orina 863,80 mg/dL, índice Albúmina/creatinina en orina 6143.7 mg/g, hipercolesterolemia 300 mg/dL, hipoalbuminemia 2'3 mg/dl). Urea, creatinina y filtrado glomerular normales. Se derivó a Urgencias y se decidió ingreso en Nefrología para estudio.

En la planta solicitaron estudio de inmunidad con IgG elevada (resto, incluido complemento, negativo) y Ac antiPLA2R positivo. Proteinograma compatible con síndrome nefrótico. Serología negativa.

Se realizó Doppler Renal normal. Finalmente la Biopsia renal mostró alteraciones propias de glomerulonefritis membranosa.

Orientación diagnóstica / Juicio Clínico

Síndrome Nefrótico Secundario a Glomerulonefritis Membranosa anticuerpos antiPLA2R positivo.

Diagnóstico diferencial

Otras causas de síndrome nefrótico: Glomerulonefritis de cambios mínimos, GN focal y segmentaria, GN mesangiocapilar, nefropatía diabética o amiloidosis.

Comentario final

El síndrome nefrótico se caracteriza por una proteinuria superior a 3'5 g/día. Dentro sus causas se encuentra el diagnóstico final de nuestra paciente: la glomerulonefritis membranosa. En el 75% de los casos se presentan como formas primarias autoinmunes con anticuerpos antiPLA2R positivo.

Nuestra paciente realizó tratamiento con corticoides a altas dosis y ciclofosfamida, alcanzando la remisión en siete meses. Los edemas desaparecieron y la analítica se normalizó. El anticuerpo antiPLA2R se negativizó.

Este caso pone en valor cómo desde la Atención Primaria se inician procesos diagnósticos que desembocan en entidades clínicas tan importantes como una glomerulonefritis membranosa.

Bibliografía

- *Beck LH, et al. Membranous nephropathy: Pathogenesis and etiology. UpToDate (Con-*

sultado Mar 2023) Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/membranous-nephropathy-pathogenesis-and-etiology?search=glomerulonefritis%20membranosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- Beck LH, et al. Membranous nephropathy: Clinical manifestations and diagnosis (Consultado Mar 2023) Disponible en: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/membranous-nephropathy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=glomerulonefritis%20membranosa&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
- Alsharhan L, Beck LH Jr. Membranous Nephropathy: Core Curriculum 2021. *Am J Kidney Dis* 2021; 77:440.

Índice de autores

A

Abad Naranjo, A.	105
Abaurrea Ortiz, M.	113
Abaurre Delgado, A.	101-102, 239
Abril Rubio, A.	34-35
Acosta Navarro, G.	238
Aguayo López, M.	72, 76
Aguilar Calahorro, L.	113
Aguilar Morillo, S.	99
Aguirre Rodríguez, J.	26, 32
Alcalde Agredano, R.	33
Alfaro Greciano, R.	21, 24
Álvarez Garcés, S.	89
Álvarez López, I.	84, 88
Amaro-Gahete, F.	46
Andrés Vera, J.	91, 100-101, 225
Anguita Mata, J.	182
Aracil Cayuela, J.	179
Aranda Domínguez, L.	202-204
Arjona González, P.	17, 34-35, 40-41
Arriaza Gestoso, M.	83-85, 89
Arroyo Pérez, A.	166, 181, 192
Asensio Sánchez, C.	40
Atalaya Lucas, A.	87, 91-92, 225
Atienza Martín, F.	18, 40
Ávila Álvarez, L.	223, 228

B

Baca Osorio, A.	29
Baró Rodríguez, L.	42
Barrera Martínez, Y.	162, 194
Bauer García, A.	237
Bazuzaga Portillo, J.	261
Becerra Barba, M.	110, 113, 118
Bedoya Belmonte, J.	44
Bermúdez Torres, F.	93, 104
BERNAD, A.	69
Bernal Pavón, L.	115-116
Berteli Fuentes, C.	90, 107
Blasco Martínez, M.	15, 114
Boix Cebolla, V.	99
Bonilla Roldán, M.	144
Bonilla Ruiz, S.	68, 95
Borralló Uclés, J.	199
Borrego García, A.	132-133
Bosi, M.	42, 208

Botana Fernández, B.	225, 229, 237
Boza Moriana, M.	85
Bravo Arrebola, I.	64, 152, 170, 176
Briones Barreiro, M.	30
Buendía Moreno, T.	162
Bueno Navarrete, P.	119, 137, 154, 179

C

Caballero Morgado, J.	106
Caba Martín, A.	31, 104
Cabello Morales, V.	33
Cabello Padilla, V.	206
Cabrera García, P.	117-118
Cabrerizo Carvajal, A.	26
CALDERÓN RÍO, V.	47
Calderón Rodríguez, A.	58-59, 98, 111
Cámara Sola, E.	152
Cano Talavera, M.	54
Cantarero Ortiz, M.	55-56
Capilla Díaz, S.	12
Carmona Pérez, I.	103, 257, 259
Carmona Rivas, A.	33
Carretero Hidalgo, A.	238
Carrillo García, L.	231, 240
Carro Sánchez, D.	200
Carvajal Jaén, J.	14, 99, 228, 263
Casares Gomez, N.	113
Casas Sola, L.	136
Casini Merino, M.	167, 175
Castañeda Hernández, A.	49
Castaño Durán, C.	70
Castillo Bueno, H.	61, 78, 117
Castillo Moraga, M.	22, 24
Castillo Moreno, A.	145
Castillo Muñoz, L.	155-156, 201
Castillo Reina, R.	86
Castillo Romero, V.	40-41
Castro Martín, E.	66
Castro Moreno, J.	265
Castro Sosa, V.	142-143, 147, 150-151, 159, 190
Castro Torres, M.	40
Castro Vargas, J.	62, 105
Cejudo Casas, M.	65
Celis Romero, M.	141, 185
Cerezo Molina, C.	134
Chico Espín, J.	115-116

Chinchurreta Capote, P.	26
Cintado Sillero, M.	117-118
Cisneros, A.	46
Clavijo López, B.	182, 249
Cobos Montenegro, C.	212
Colchero Calderón, M.	36
Colchón Castilla, J.	82
Corral Ortega, L.	146
Cuadrado Quintana, M.	84, 88
Cubillas Quero, A.	55-56

D

Daga Navarta, G.	94, 96
Damián García, R.	145, 222
Dantas Cayuela, P.	133
de Dios Rodríguez, M.	69
De Hita Molina-Bailén, L.	124, 155, 164
De La Oliva Rodríguez, I.	54
De La Rosa Guillen, J.	155
De León Zulategui, M.	66-67
Delgado Cuesta, E.	48
Delgado Zamorano, A.	264-265
Del Río Manzano, C.	12
de Pablos Florido, V.	169, 176, 179-180
Díaz Amorín, A.	122, 129
Díaz Crespo, B.	231
Díaz-Crespo Mora, B.	240
Díaz De Argandoña, C.	259
Díaz García, R.	93, 104
Díaz Mengibar, M.	56
Díaz Merayo, C.	225, 229, 237
Díaz Sarmiento, S.	182, 184, 189-190
Dionisio Flores, M.	99, 228, 263
Domínguez Bejarano, L.	210
Domínguez Rodríguez, C.	182
Donce De La Cruz, T.	190
Doncel De La Cruz, T.	184
Drabovich Drabovich, O.	75, 79
Duarte Fernández, J.	232
Dueñas Vargas, R.	69
Durán Barrantes, I.	63

E

Egea Millán, A.	215, 235, 255
Eliche Vilchez, J.	220
Escalona García, C.	249
Escribano Lázaro, C.	249
Escudero Martínez, P.	39, 241, 254

Espejo Pérez, B.	95
Espino García, M.	130, 134, 145, 264
Espinosa Contreras, F.	199
Espinoza Cuevas, G.	172, 191

F

Fernández Bonilla, C.	122, 129
Fernández Caro, D.	93, 104
Fernández Cuenca, F.	63
Fernández de Retana Corres, K.	140
Fernandez Diaz, L.	161, 168, 174
Fernández-Escabias, M.	46
Fernández García, E.	157
Fernández García, F.	71
Fernández Martín, E.	64-65
Fernández Ocaña, F.	53
Fernández Porcel, A.	214, 218, 224
Ferrera Rodríguez, M.	61
Ferrer López, I.	53
Fons Díaz, A.	130
Forján Delgado, M.	48

G

Gala González, A.	80-81, 88
Galan Muriel, I.	80-81, 88
Galán Rodríguez, G.	137, 154, 159, 179
Gallardo Arcos, I.	44
Gallardo García, L.	59, 160-161, 178
Gallego Martínez, J.	153
Gallego Montiel, A.	29
Gamero de Luna, E.	45, 53
Gándara González, E.	215-216
García Amador, C.	220
García Barbarroja, A.	193
García Barea, G.	71
García Cruz, E.	173
García Fernandez, T.	97
García García, A.	165
García Gómez, M.	140
García González, L.	40
García González, S.	114
García Linares, M.	48
García Madero, S.	162
García Martínez, M.	90
García Martín, S.	251
García Matarín, L.	26
García Medero, S.	36, 49, 194
García Morales, V.	178, 207, 234

García Obrero, J.	166, 181, 192	Hernández Sánchez, L.	91
García Ors, G.	193	Hernandez Sanchez, P.	244, 246
García Redondo, A.	97	Herrera Torres, M.	197-198
García Rincón, L.	38, 242	Hidalgo Martín, F.	34-35
García Sánchez, F.	124, 128, 168	Hidalgo Requena, A.	12, 38
García Sánchez, I.	186, 188	Hidalgo Rodríguez, A.	32, 81, 210
García Santos, G.	206	Hinojo García, H.	262
García Teillard, D.	119	Hita Rodríguez, M.	52, 121-122, 131
García Vicente, S.	37, 137	Huesa Andrade, M.	226-227
Garralón Gómez, I.	215-216	Hurtado de Mendoza Medina, Á.	51
Garrido Garrido, R.	42	Hussein Alonso, D.	182, 232-233, 248, 258
Garzón Aguilar, J.	16, 252		
Gasset Giráldez, J.	86	I	
Generoso Torres, M.	32, 81, 210-211	Iglesias Muñoz, M.	172
Gil Domínguez, H.	89		
Gil Muñoz, J.	194	J	
Giménez Ramón, M.	69, 152, 170, 176	Jiménez Bellido, M.	48
Ginel Mendoza, L.	12, 21, 26	Jiménez del Marco, N.	58-59, 98, 111
Girón Prieto, M.	252-253	Jiménez Jara, J.	141
Gomes Porras, M.	208	Jiménez Lara, J.	185
Gómez García, M.	138, 150, 183	Jiménez Miranda, B.	48
Gómez-Guillamón Revilla, M.	169, 176, 179-180	Jiménez Muñoz, N.	86
Gómez Ibarra, V.	57	Jurado Cabezas, M.	152, 184, 212
Gómez Montalbán, D.	140	Jurado García, E.	43
Gómez Nieves, O.	195-196	Jurado, J.	46
Gómez Quevedo, L.	84, 88	Jurado Ruiz, M.	170, 207, 236, 249
Gómez Sánchez, C.	23, 103	Justicia Gómez, L.	31
Gómez Valdés, P.	41		
González Becerra, L.	37, 137	L	
González Blanco, V.	27	Lacal Granados, J.	241
González González, A.	147, 149, 171	Lamela Rivero, S.	51
González González, P.	267	Lara Carvajal, A.	25, 68, 95
González Martínez, F.	264-265	Lavado López, F.	43
González Moles, L.	252-253	Lendínez Hernández, E.	76-77
González Rodríguez, E.	44	León Dugo, A.	66
González Soria, M.	110	Linares Canalejo, A.	205
González-Venegas Caba, C.	31, 104	Llamas Castillo, M.	42
Gonzalo Gutiérrez, C.	40	Llorens Falcetti, L.	195-196
Granado Ortiz, I.	226-227	LLoris Moraleja, C.	201, 221
Guirado Sánchez, M.	173	Lluch Gómez, J.	155
Guisasola Cardenas, M.	32, 211, 245	López Áviles, E.	73, 96
Gutiérrez Guerrero, P.	170, 207, 234, 236	López de Priego García, V.	38, 193, 242
Gutiérrez Nieto, C.	144	Lopez Diaz, A.	109
Gutiérrez Ruíz, Á.	172, 191	López Escobar, G.	94, 206
		López Estepa, M.	124-125, 202, 204
H		López Gómez, J.	66-67
Heredia Aladro, J.	37, 137	López González, J.	36
Hernández Ríos, E.	61	López López, A.	61, 94, 117, 152, 184, 250

López Martí, A.....	44, 47	Medina Romero, M.	76
López Martí, H.	44, 47	Melgares Ruiz, R.	158
López Moreno, E.....	25	Mendoza Santana, A.	139
López Sánchez, J.	199	Mengual González, C.....	123-126, 204
López Téllez, A.	44, 47	Merino Borrego, B.....	64
López Vázquez, P.....	120	Mesa Ruiz, G.	231
Lozano Kolesnikov, V.	87, 91-92, 225	Meseguer Gómez, M.	101-102, 239
Luque de Haro, E.	121	Miguel Urbano, D.....	186, 188
Luque Escalante, M.....	74, 94, 96	Moleón Bellido, M.	235-236, 249
Luque Menacho, L.	110, 113, 118	Molina Borreguero, M.....	142, 147, 149
<hr/>		Molina Moreno, J.	62, 105
M		Molina Moreno, P.....	62
Maestre Moreno, M.....	57	MOLINERO TORRES, F.	47
Mancera Romero, J.	34-35	Montero López, J.....	148
Manzano López, C.	201	Montero Lopez, R.....	78
Marín Corencia, C.	199	Montijano Colomo, V.....	127
Marín Peralta, Á.	144	Montilla López, A.	135-136
Márques Mayor, M.	33	Montoro Caba, M.....	80-81
Márquez Estudillo, M.	119	Montoro Ortiz, M.....	71
Márquez Serrano, F.....	33	Montoro Sánchez, E.	31, 104
Marti Garnica, M.....	42	Moraira González, P.....	267
Martín Acevedo, A.	161, 168, 174, 251	Mora Jiménez, A.....	20
Martín Aguilera, A.	169, 176, 179-180	Morales Cortés, J.	186, 188
Martín Castaño, B.....	68	Morales Delgado, N.	202-204, 222
Martín Enguix, D.....	16, 23, 30, 32, 46, 81, 158, 211	Morales Ocaña, C.	53, 78
Martínez Barroso, E.....	48	Moral Merchán, M.....	69
Martínez Carrión, A.....	54	Morán Marín, S.....	267
Martínez del Marmol Martínez, A.	177, 200	Moreno Jiménez, I.	100-101
Martínez del Río, M.	132-133, 195-196	Moreno Sánchez, Á.....	40-41
Martínez Díaz De Argandoña, C.	256-257, 259	Morocho Malho, P.....	29
Martínez Garcia, M.	247, 263	Moya Moreno, A.	71
Martínez Lopez, R.	36	Mundt Fernández, I.	153, 261
Martínez Martínez, E.....	88	Muñiz Grijalvo, O.....	26
Martínez Mesas, E.....	215, 235, 255	Muñoz Gallardo, Y.....	215-216
Martínez Ruíz, M.	33	Muñoz Gámez, A.	213, 253
Martin Fernández, C.....	226-227	Muñoz Hinojosa, M.....	199
Martín Guerra, L.	203-204	Muñoz Jiménez, R.....	138, 150, 183
Martín Heredia, M.	222	Muñoz López, M.	42
Martín Martín, M.	256, 259	Muñoz Olmo, L.	29
Martos Borrego, M.....	115-116	Muñoz Pérez, M.....	112
Martos Fábrega, V.	31	Muñoz Pradilla, M.	44
Masia Perpiñan, Ó.	159, 217, 243	<hr/>	
Mateo Pérez, M.	199	N	
Medero Canela, R.	36, 49	Naranjo Martín-Prieto, M.	165, 219
Medina Arevalo, B.....	219	Navarro Robles, A.....	184, 206, 250
Medina Cobos, A.....	213	Nestares, T.	46
Medina Gámez, J.....	16	Nievas López, S.	53
Medina Moruno, I.....	15	Noguera Sánchez, L.	90, 107

Nuez Ramos, G.232-233, 248, 258

O

Ochoa Delgado, C. 87, 92, 189
 Oliva Márquez, M. 51
 Olivares Carril, P. 155, 164
 Olivares Loro, A.63
 Oliveira Dias, C. 177, 200, 241
 Oliveros Ruíz, I. 266
 Ortega Sánchez, A. 127
 Ortiz Puertas, T. 16, 24, 213
 Osuna Ortiz, A.72
 Otero Harana, M.78

P

Padilla Restoy, R. . 137, 142-143, 147, 150-151, 154, 159
 Palmero Olmo, E. 76-77
 Pardo Delgado, A. 107
 Pascual Arrebola, S. 235
 Pavón Mata, J. 29
 Pedrosa Arias, M. 26
 Pegalajar Moral, B. 214, 218, 224
 Peman Castellano, M.256-257, 259
 Peran Urquizar, C. 113
 Perejón Díaz, M. 82
 Pérez Burgos, J. 167, 175
 Pérez Pérez, F. 29
 Pérez Requena, A. 244, 246
 Pérez Romera, F.39, 254
 Pérez Sánchez, J. 20, 109
 Piedra Ruiz, F. 38
 Piñar Rueda, J. 215, 235, 255
 Piña Vera, M. 18
 Posik Rosati, S. 26
 Pozas Gavilan, C. 173
 Pozo Toscano, A. 247
 Pueyos Rodríguez, S. 157

Q

Quero Fernández, N. 173, 238, 262
 Quero Martin, A. 128, 165
 Quintano Jiménez, J. 26
 Quiroz Figuera, D. 186-187, 189, 193

R

Ramírez Álvarez, C. 156
 Ramirez Mallo, M. 241
 Ramos Alonso, S. 40

Ramos Fernández, Á. 206
 Ramos Rufo, M. 45
 Rascón Hervás, B. 212
 Raya Gómez, J. 139
 Redondo Salvador, M. 61, 109, 112
 Reviriego Mazaira, S. 208
 Rey Berenguel, C. 152, 170, 176
 Reyes Álvarez, M. 52, 121-122, 131, 148
 Rico Pereira, A. 74, 94, 96
 RIO RUIZ, J.47
 Ríos Pérez, L. 189, 246, 252
 Rivero Infantes, M. 83-84
 Rodríguez Alvarez, E.110, 118
 Rodríguez Buza, C.57
 Rodríguez Carrasco, J.59, 160-161
 Rodríguez Carrillo, M. 64
 Rodríguez Casado, M. 51
 Rodríguez Cerro, T. 247, 263, 266
 Rodríguez Espejo, M. 173, 260
 Rodríguez García, R.209-210
 Rodríguez González, D.153, 165, 219, 251, 261
 Rodríguez Jimenez, B. 64-65
 Rodríguez Martínez, M.56, 60
 Rodríguez Masegosa, T. 146
 Rodríguez Onieva, A. 38
 Rodríguez Peña, C.52, 131
 Rodríguez Pola, T.38, 242
 Rodríguez Quesada, M. 228, 263
 Rodríguez Salas, F. 44
 Rodríguez Sánchez, R.159, 217, 243
 Rodríguez Valdes, A. 73, 96
 Rojas Campos, M. 60
 Rojas Sañudo, A. 238
 Román Álvarez, M. 156
 Romero Durán, V.184
 Romero Fernández, E. 133
 Romero Lerma, Á. 158, 177
 Romero Soto, L.38, 170, 249
 Romero Varo, C.17
 Rosa Boyer, M. 222
 Rosales Molina, M. 117
 Royan Martín, E. 138, 150, 183
 Ruano Mayo, A. 142, 149, 163
 Ruf Sánchez, P.58-59, 98, 111
 Ruíz Bautista, A. 122, 146, 148
 Ruíz-Canela Gallardo, M. 235
 Ruiz Carrión, D.59, 160-161
 Ruíz Fernández, M.238, 252

Ruíz Granada, D.	40
Ruiz Hinojosa, R.	83-85
Ruiz Pereira, C.	201
Ruiz Tajuelo, S.	55-56
Ruiz Torres, M.	127
Ruiz Vela, A.	22, 34-35
Ruiz Victoria, M.	39, 241, 254

S

Saavedra Perales, J.	243, 255
Salado Gerena, M.	41
Salazar Bruque, I.	31
Sánchez Aranda, C.	29, 99
Sánchez Cambronerero, M.	32, 210, 245
Sánchez González, M.	29, 75, 79
Sánchez Holgado, J.	191
Sánchez Jiménez, B.	108
Sánchez Martínez, I.	22, 73, 213
Sánchez-Palencia Morillo, P.	45
Sánchez Pérez, M.	20
Sánchez Rodríguez, C.	238, 252
Sánchez Rodríguez, J.	161, 168, 174, 261
Santana Martínez, I.	64
Santos Estudillo, M.	205
Sanuy Perdrix, I.	43
Sanz Ortega, T.	34-35
Secilla Cabezuelo, M.	168
Segura Torre, M.	22
Sellamito Morales, M.	232
Sepúlveda Muñoz, J.	44
Sepúlveda Muro, C.	108
Serrano Cárdenas, E.	165
Serrano Flores, C.	130, 134, 145, 222
Serrano León, M.	201
Sillero Ureña, M.	214, 218, 224
Solano Jimenez, L.	124, 128, 165, 168
Soto Castro, C.	178, 234
Soto Ponce, N.	107, 109
Suárez Salvado, M.	206

T

Tejero Carmona, E.	40
Tena Santana, G.	70, 106, 205
Teruel Garrido, M.	221
Tijeras Úbeda, M.	94, 250
Toro Hinojosa, B.	82
Torres Aguilera, P.	147, 163, 171
Torrubia Fernández, M.	61, 112

Trujillo Díaz, N.	70, 106
------------------------	---------

U

Uclés Peña, M.	69
Ulloa Jerez, C.	133
Urbano Ponferrada, M.	166, 181, 192
Ureña Moreno, L.	201, 221

V

Valenzuela de Damas, M.	30
Valenzuela Mancebo, P.	40-41
Valenzuela Molina, A.	127
Valero Rocamora, J.	139
Vallo Arjonilla, M.	219
Vaquero Onrubia, P.	133
Varo Morilla, M.	100-101
Vázquez Benítez, A.	167
Vázquez Cros, A.	223, 228
Vázquez González, N.	117-118
Vázquez Montiel, M.	260
Vázquez Morales, Á.	142, 163, 171
Vergel Martín, I.	230
Vida Pérez, M.	135-136
Villalba García, Á.	261
Villalón Mir, M.	33
Villanueva Gil, M.	232-233, 248, 258
Viola Caro, P.	142-143, 147, 150-151

X

Xia Ye, S.	97, 108
-----------------	---------

Z

Zambrana Medina, J.	155
Zambrano Quevedo, F.	53
Zorrilla Moreno, M.	72, 76
Zuazagoitia de la Lama-Noriega, J.	22