XIII Jornadas de Residentes de la semFYC
7 y 8 de mayo de 2009
Programa final
Libro de comunicaciones
XIII Jornadas de Residentes de la semFYC

del 7 al 8 de mayo de 2009

Programa final
Libro de comunicaciones
ÍNDICE

COMITÉS ......................................................................................................................................................... 5
CUADRO HORAÑO .................................................................................................................................................. 7
PROGRAMA ......................................................................................................................................................... 9
CONFERENCIA INAUGURAL ............................................................................................................................. 11
MESAS ............................................................................................................................................................... 13
TALLERES .......................................................................................................................................................... 15
COMUNICACIONES ACEPTADAS Y PRESENTADAS (CRITERIO CUANTITATIVO) ......................................................... 17
COMUNICACIONES LIBRES .................................................................................................................................. 17

SESSION ORAL 1: JUEVES, 7 DE MAYO, DE 17.30 A 19.30 H

CASOS CLÍNICOS
C-01. Celiac a en el adulto ..................................................................................................................................... 17
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
C-02. «Discúlpeme un momento...» Filtrado de llamadas en la consulta de un médico de familia ............... 17
C-03. Enfermedad renal crónica: ¿oculta? ............................................................................................................ 18
C-04. Neuropatía alcohólica y deterioro psico-social .......................................................................................... 18
C-05. Estudio del patrón de hipertensión en una población urbana ................................................................. 18
C-06. Perfil de la solicitante de anticoncepción de emergencia ........................................................................ 19
C-07. Etiología de la bacteriemia en urgencias de un hospital universitario ..................................................... 19
C-08. Estudio acerca del nivel de conocimiento de inglés de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria españoles ................................................................. 20
C-09. ¿Estudiámos correctamente la hepatopatía en pacientes con diabetes mellitus tipo 2? Resultados de un estudio piloto ............................................................................... 20
C-10. Evolución del número de casos por cardiopatía isquémica en mujeres tras la implantación de la ley antitabaco......................................................................................... 20
C-11. Cobertura vacunal para el virus papiloma humano en un área sanitaria. ¿Es seguro seguir vacunando con la vacuna del virus del papiloma humano? ......................................................... 21
C-12. Enfermedad cardiovascular en ancianos con diabetes mellitus.................................................................. 21

SESSION ORAL 2: VIERNES, 8 DE MAYO, DE 09.30 A 11.30 H

CASOS CLÍNICOS
C-13. Ya le vale, que esta tos me va a matar........................................................................................................ 23
C-14. Mastocitosis sistémica: utilidad de la triptasa sérica ................................................................................. 23
C-15. Síndrome tóxico interesante ....................................................................................................................... 23
C-16. Lumbalgia no tan típica ................................................................................................................................ 24
C-17. Varón de 14 años con tos persistente ........................................................................................................ 24
C-18. Himen imperforado ...................................................................................................................................... 25
C-19. Mi madre tiene molestias al orinar .............................................................................................................. 25
C-20. Cuando la fiebre más la odinofagia no son amigdalitis ............................................................................. 25
C-21. Lumbalgia mecánica que cambia. ¡Ojo!, algo esconde .............................................................................. 26
C-22. Varón físicamente activo con debilidad ...................................................................................................... 26
C-23. Alteraciones electrocardiográficas de etiología vasovagal. A propósito de un caso .................................. 27
C-24. «Doctor, me paso todo el día durmiendo» ................................................................................................. 27

SESSION ORAL 3: VIERNES, 8 DE MAYO, DE 12.00 A 14.00 H

CASOS CLÍNICOS
C-25. Trombosis venosa profunda en una usuaria de anticonceptivos orales e inmovilización. ¿Anticoagular o no? Controversias a propósito de un caso .................................................................................. 28
C-26. Supuración umbilical: motivo infrecuente de consulta en el adulto .......................................................... 28
C-27. Un sollo po malformado .......................................................................................................................... 28
C-28. Síndrome de Takó-Tsubo. A propósito de un caso ................................................................................... 29
C-29. Yo pienso en diabetes y ¿tú? ....................................................................................................................... 29
C-30. Una de enfermedades raras: el complejo de Carney ................................................................................ 30
C-31. Fiebre recurrente ........................................................................................................................................ 30
C-32. «Doctora, se me duermen los pies y tropiezo fácilmente, ¿qué me está pasando?» .................................. 30
C-33. ¿Qué importante es acudir al médico que te conoce .............................................................................. 31
XIII JORNADAS RESIDENTES.qxp: 27/4/09 13:26 Página 4

C-34. Dificultades en el diagnóstico diferencial en un caso de paniculitis
C-35. Dolor abdominal y prurito
C-36. Suboclusión intestinal recidivante

PANELES

CASOS CLÍNICOS

P-01. Algo más que una psoriasis
P-02. Dermatitis herpetiforme
P-03. El calcio también existe
P-04. Embarazada desmemoriada
P-05. Unos “acúfenos” un poco especiales

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

P-06. Análisis de la indicación de densitometría ósea según diferentes escalas en Atención Primaria
P-07. Riesgo cardiovascular en mujeres tomadoras de estatinas en prevención primaria
P-08. ¿Nos sirve la cifra de presión arterial de la consulta para el control de pacientes diabéticos hipertensos?
P-09. Estudio epidemiológico de casos de hepatitis A de una zona básica de salud
P-10. TBC y quinolonas
P-11. Prescripción de anticoncepción de emergencia en Atención Primaria
P-12. Influencia del medio de procedencia en la edad del paciente sometido a biopsia diagnóstica en el cáncer de próstata
P-13. Preferencia de especialidades y conocimiento de MFyC de los estudiantes de medicina

CASOS CLÍNICOS

P-14. La consulta de una carnicera
P-15. Pustulosis por amoxicilina
P-16. Fractura patológica y anemia
P-17. Tratamiento: cafeína
P-18. A mi paciente le han hecho una resección transuretral y no tiene clínica miccional. ¿Puedo quedarme tranquilo?
P-19. El tumor endocrino pancreático de origen insular como causa de hipoglucemia sintomática
P-20. «Doctora, tengo fiebre y un bullo en el cuello»
P-21. Parasitosis delurios. Presentación de un caso
P-22. Displasia fibromuscular. A propósito de un caso de accidente cerebrovascular en una mujer de 15 años
P-23. El retorno de la gran imitadora
P-24. Interconsulta dermatológica por Internet en ancianos institucionalizados
P-25. ¿Será una gastroenteritis?
P-26. Lesiones dermatológicas en Atención Primaria
P-27. Parálisis facial, no siempre

CASOS CLÍNICOS

P-28. «Doctor, el baño caliente me quita los vómitos»
P-29. Piel y faringes: algo más que la superficie
P-30. Síndrome de Paget-Schroetter
P-31. «Doctor, me pica»
P-32. Quiste hidatidico hepático en el estudio de síncope de repetición
P-33. Odinofagia de 15 días de evolución, no todo es faringitis
P-34. Cefalea por AINE
P-35. Manifestación inicial de un tumor neuroendocrino en la consulta de Atención Primaria
P-36. Cuanto menos tiemblo, más me canso
P-37. El paciente que no sabía lo que leía
P-38. «Robertdoctora, tengo una mancha en la uña» A propósito de un caso de síndrome de Laugier
P-39. Más allá de la piel..., busca en el interior

COMUNICACIONES ACEPTADAS (CRITERIO CUALITATIVO)

ÍNDICE DE AUTORES

BLOC DE NOTAS
COORDINADORA DEL COMITÉ ORGANIZADOR
Beatriz García Mozún • Vocal de Residentes de la Sociedad Ríojana de MFyC

COORDINADOR DEL COMITÉ CIENTÍFICO
Sonia Cibrián Sánchez • Vocal Residentes Sociedad Balear de MFyC

COMITÉ ORGANIZADOR
Manuel Sarmiento Cruz • Vocal Residentes semFYC
Diego Terceiro López • Vice vocal Residentes semFYC
Salvador Pendón Fernández • Vocal de Residentes de la Sociedad Andaluza de MFyC
Sergio Muñoz Jacobo • Vocal Residentes Sociedad Aragonesa de MFyC
Paz González-Quirós Fernández • Vocal Residentes Sociedad Asturiana de MFyC
Pilar M.ª González Romero • Vocal Residentes Sociedad Canaria de MFyC
José Luis Martín Rodrígigo • Vocal Residentes Sociedad Extremadura de MFyC
Ángel Piñeiro López • Vocal Residentes Sociedad Gallega de MFyC
David Navarro González • Vocal Residentes Sociedad Navarra de MFyC
Sara Del Olmo Fernández • Sección Internacional Residentes semFYC
Susana Valiente Hernández • Sección Iberoamericana Residentes semFYC

ENLACE semFYC
Ana Pastor Rodríguez-Moñino • Vocal enlace semFYC

COMITÉ CIENTÍFICO
Sociedad Andaluza MFyC
Ana M.ª Martín Tarragona

Sociedad Aragonesa MFyC
Loreto Espuis Albas
Jonathan Fortit García

Sociedad Balear MFyC
Pedro Fávila Escobio Rodríguez

Sociedad Canaria MFyC
Rosario Romero Rodríguez

Sociedad Cántabra MFyC
Carmen De Santiago González
Verónica Parent Mathias

Sociedad Castellana y Leonesa MFyC
Gemma Almonacid Canseco
Teresa Mondéjar Solís

Sociedad Castellano-manchega MFyC
Miguel Ángel Martínez

Sociedad Catalana MFyC
Lucas Supersaxco Macia
Iria Muño Bové

Sociedad Extremeña MFyC
Ignacio Salguero Bodes

Sociedad Gallega MFyC
Vanessa García-Ciudad Young

Sociedad Madrileña MFyC
Raquel Gómez Bravo
Virginia Hernández Santiago

Sociedad Murciana MFyC
Julián Illana Rodríguez
José Luis Barbosa Orellana

Sociedad Navarra MFyC
Irantzu Huarte Labiano

Sociedad Riojana MFyC
Silvia Fernández García

Sociedad Valenciana MFyC
M.ª Carmen Galindo Martí
Cristian Greco
## CUADRO HORARIO

### Jueves, 7 de mayo

<table>
<thead>
<tr>
<th>HORARIO</th>
<th>SALA PLENARIA</th>
<th>SALA 6</th>
<th>SALA 9</th>
<th>ÁREA PÓSTERS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>14.00-14.30 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.30-16.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.30-16.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.00-16.30 h.</td>
<td>ENTRADA DE DOCUMENTACIÓN</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.30-17.00 h.</td>
<td>ACTO INAUGURAL</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.00-17.30 h.</td>
<td>CONFERENCIA INAUGURAL</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tabaquismo</td>
</tr>
<tr>
<td>17.30-18.00 h.</td>
<td>MESA 1</td>
<td>SESIÓN</td>
<td>MESA 2</td>
<td>SESIÓN PÓSTER 1</td>
</tr>
<tr>
<td>18.00-18.30 h.</td>
<td>Paciente conflictivo</td>
<td>ORAL 1</td>
<td>Vasco de Gama</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.30-19.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.00-19.30 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.30-20.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Viernes, 8 de mayo

<table>
<thead>
<tr>
<th>HORARIO</th>
<th>SALA PLENARIA</th>
<th>SALA 6</th>
<th>SALA 7</th>
<th>SALA 8</th>
<th>SALA 9</th>
<th>ÁREA PÓSTERS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>09.00-09.30 h.</td>
<td>MESA 3</td>
<td>SESIÓN</td>
<td>TALLER 3A</td>
<td>TALLER 2A</td>
<td>TALLER 1A</td>
<td>SESIÓN PÓSTER 2</td>
</tr>
<tr>
<td>09.30-10.00 h.</td>
<td>¿Con cuántos antibióticos te manejas en tu consulta?</td>
<td>ORAL 2</td>
<td>Anticoncepción</td>
<td>Inhaladores</td>
<td>McGiver</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.00-10.30 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.30-11.00 h.</td>
<td>MESA 4</td>
<td>SESIÓN</td>
<td>TALLER 3B</td>
<td>TALLER 2B</td>
<td>TALLER 1B</td>
<td>SESIÓN PÓSTER 3</td>
</tr>
<tr>
<td>11.00-11.30 h.</td>
<td>Y después de la residencia... ¿qué?</td>
<td>ORAL 3</td>
<td>Anticoncepción</td>
<td>Inhaladores</td>
<td>McGiver</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.30-12.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>PAUSA-CAFÉ</td>
</tr>
<tr>
<td>12.00-12.30 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.30-13.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.00-13.30 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.30-14.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.00-14.30 h.</td>
<td>CLÁUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>CÓCTEL</td>
</tr>
<tr>
<td>14.30-16.00 h.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Jueves, 7 de mayo de 2009

15.30-16.30 h  ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

16.30-17.00 h  ACTO INAUGURAL

17.00-17.30 h  CONFERENCIA INAUGURAL sobre TABAQUISMO: Impacto de la legislación en la prevención del tabaquismo
Ponente: Rodrigo Córdoba García

17.30-19.30h  MESA 1: Entrevistas “díficiles”... Del paciente, como amenaza, a la hostilidad, como oportunidad
Moderadora: Verónica Parent Mathias
Ponentes: Jesús Esteban Pellón, Ana Sobrino López, José Ramón Gómez-Navío

MESA 2: Vasco de Gama
Moderadora: Sara Del Olmo Fernández

sesión Comunicaciones Orales 1
Moderadoras: Silvia Fernández García, M.ª Carmen Galindo Martí

sesión Comunicaciones Póster 1
Moderadoras: Teresa Mondéjar Solís, Sonia Cibrián Sánchez

Viernes, 8 de mayo de 2009

09.30-11.30 h  MESA 3: ¿Con cuántos antibióticos te manejás en tu consulta?
Moderadora: Beatriz García Mozún
Ponentes: Jesús Ortega Martínez, Santiago Verade Pedro

TALLER 1A: McGiver, recursos alternativos en situaciones de urgencias
Docentes: Xan García Moure, Nuria Cedeira Iglesias, María Iglesias Caamaño

TALLER 2A: Inhaladores
Docentes: Lourdes Clemente Jiménez, Carmen Quintana Velasco

TALLER 3B: Implante anticonceptivo subcutáneo
Docentes: Tania Cedeño, Salvador Duarte, Ana Mª Saavedra

sesión Comunicaciones Orales 2
Moderadores: Raquel Gómez Bravo, Ignacio Salguero Bodes

sesión Comunicaciones Póster 2
Moderadores: Jonathan Fortit García, José Luis Barbosa Orellana

11.30-12.00 h  Pausa-café

12.00-14.00 h  MESA 4: JMF – Y después de la residencia,... ¿qué?
Moderador: Manuel Sarmiento Cruz
Ponente: Enrique Gavilán Moral

TALLER 1A: McGiver, recursos alternativos en situaciones de urgencias
Docentes: Xan García Moure, Nuria Cedeira Iglesias, María Iglesias Caamaño

TALLER 2A: Inhaladores
Docentes: Lourdes Clemente Jiménez, Carmen Quintana Velasco

TALLER 3B: Implante anticonceptivo subcutáneo
Docentes: Tania Cedeño Benavide, Salvador Duarte Vallejo, Ana Mª Saavedra Ruiz
SESIÓN Comunicaciones Orales 3  
Moderadoras: Vanesa García-Ciudad Young, Carmen De Santiago González

SESIÓN Comunicaciones Póster 3  
Moderadores: Pedro Fávila Escobio Rodríguez, Virginia Hernández Santiago

14.00-14.30 h  CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS
14.30-16.00 h  Cóctel
CONFERENCE INAUGURAL

IMPACTO DE LA LEGISLACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Ponente:
Rodrigo Córdoba García
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Profesor asociado de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Representante de la semFYC en el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

«La solución a muchos problemas médicos actuales no se encontrará en los departamentos de investigación de nuestros hospitales, sino en el Parlamento. Para el posible paciente, puede que la respuesta no se encuentre en la incisión en la mesa de operaciones, sino en la prevención por decisión en la mesa del gabinete»

SIR GEORGE YOUNG.
Ex ministro de Sanidad del Reino Unido

RESUMEN:

Después de la aprobación de la legislación española sobre tabaco (Ley 28/2005), se han podido comprobar impactos importantes en la salud pública. El tabaco ha desaparecido de escena en las empresas, las administraciones públicas y los centros de transporte por tierra, mar y aire. También, en el comercio, en los centros sanitarios y educativos se ha reducido el problema significativamente. En todos esos lugares, los niveles de contaminación por nicotina han descendido significativamente y el número de locales públicos totalmente limpios de nicotina ha pasado del 10%, en 2005, al 40%, en 2007, por lo que se ha multiplicado por cuatro. En el 85% de las empresas españolas hay buen cumplimiento según los propios trabajadores. Habrá que insistir en la necesidad de actuaciones de información y sensibilización para conseguir que los trabajadores conozcan el contenido de la Ley y se consiga que, a corto plazo, el 100% de las empresas cumplan adecuadamente la Ley. En la Región sanitaria de Barcelona se ha estimado que después de la entrada en vigor de la ley se han reducido los infartos en un 14% en los varones, tal como ha sucedido en diversos puntos de EEUU, Italia, Irlanda y Reino Unido.

La hostelería es el punto débil de la Ley puesto que sólo regula los locales de 100 m² o más (un 20% del total). Aunque gran parte de los locales regulados cumplen la ley, únicamente 40.000 de los 350.000 locales de hostelería son totalmente libres de humo o están compartimentados. Es un porcentaje bajo pero es un número importante de locales (equivale a todos los establecimientos que hay en Bélgica u Holanda). En los locales libres de humo, los trabajadores de hostelería tienen menos síntomas respiratorios y unos niveles de cotinina un 56% más bajos que los de los locales con humo. Los derechos de millones de españoles no fumadores a tomar un café, una bebida o una comida sin humos no se están respetando. Es casi imposible encontrar un local sin humos en muchos pueblos y barrios urbanos. Se ha demostrado de nuevo que las medidas voluntarias de autorregulación no funcionan en los locales de menos de 100 metros. Dado que es un sector de mucha visibilidad social, este hecho altera en gran medida la percepción social sobre el éxito de la Ley. Se observan diferencias de cumplimiento entre Comunidades Autónomas, pero es todavía prematuro valorarlas de forma precisa, dado que no disponemos de datos oficiales. En estos momentos hay 11 países europeos con una población conjunta de 212 millones de habitantes que tienen leyes estrictas y que no permiten fumar en ningún espacio público cerrado. Alcanzar esa situación es posible también en España. «Spain isn’t different.»
MESA 1
ENTREVISTAS “DIFÍCILES”… DEL PACIENTE, COMO AMENAZA, A LA HOSTILIDAD, COMO OPORTUNIDAD

Ponentes:
Jesús Esteban Pellón
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Águeda.
Programa de Comunicación y Salud de la semFYC.

Ana Sobrino López
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina.
EAP Dávila. GAP 1 del Servicio Cantábrico de Salud.
Programa de Comunicación y Salud de la semFYC.

José Ramón Gómez Novo
Psicólogo clínico. Hospital Psiquiátrico de Parayas.
Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.
Programa de Comunicación y Salud de la semFYC.

«La agresividad es, pues, en el fondo una solicitud de diálogo; la violencia, un diálogo frustrado.»
(ROF CARBALLO J, «Violencia y Ternura»)

Enfrentar a una entrevista con un paciente hostil es una experiencia frecuente en nuestro que hacer clínico, independientemente del ámbito donde este se desarrolle, y que genera un coste emocional muy elevado para los profesionales. A partir de esta situación inten- taremos generar recursos que en última instancia nos faciliten con- templar estas situaciones como una oportunidad; una oportunidad para reflexionar, para probar y acrisolar habilidades comunicativas, para con- nocernos mejor a nosotros mismos y nuestras respuestas (lo que nos dispara, lo que nos centra, lo que nos sirve y lo que no).

Para ello dialogaremos sobre tres aspectos nucleares como son el control del clima emocional, la comunicación asertiva y los princi- pios para el abordaje de conflictos.

Y pondremos todo nuestro empeño para que lo anterior sea abor- dado de una forma práctica, orientada a las necesidades de los asis- tentes y divertida.

Mesa 2
VASCO DE GAMA

Moderadora:
Sara del Olmo Fernández

Ponentes:
Virginia Hernández Santiago
Miembro del Comité Científico de las XIII Jornadas de Residentes de la semFYC.

María Rebollo Bertía
Farmacéutica, Máster en nutrición.

Francisco Gascón Juste
Economista.

El movimiento Vasco de Gama es una corriente de jóvenes médicos y residentes que conforman un grupo independiente de trabajo en WONCA Europa. Sus diferentes proyectos a nivel europeo e interna-

cional incluyen una importante actividad en el intercambio de médi- cos jóvenes de familia, y en la primera parte de esta mesa se trata- rán diferentes tipos de intercambio que pueden llevarse a cabo en Europa. La segunda parte será dedicada a la comparación de dife-


MESA 3
¿CON CUÁNTOS ANTIBIÓTICOS TE MANEJAS EN TU CONSULTA?

Moderadora:
Beatriz García Mozún
Miembro del Comité Organizador de las XIII Jornadas de Residentes de la semFYC.

Ponentes:
Jesús Ortega Martínez
Miembro del grupo trabajo Enfermedades Infecciosas de la semFYC.

Santiago Vera de Pedro
Responsable del grupo Enfermedades Infecciosas de La Rioja.

El 80% del consumo de antibióticos, que se prescribe a través de receta médica, se realizan en Atención Primaria. Dos de cada tres infecciones que vemos en la consulta son infecciones respiratorias, en las que la etiología bacteriana es infrecuente. El médico habitua- lmente prescribe sobre diagnósticos empíricos, lo que le ocasio- na tomar una de las decisiones más inconfiables de la prescrip- ción médica. Teniendo en cuenta todo esto, intentaremos crearmos, en esta mesa redonda, nuestro propio vademécum de antibióticos basado en tres puntos principales:

1. Utilizaremos todas las pruebas de diagnóstico rápido que estén a nuestro alcance y que nos ayuden a disminuir el grado de incerti- dumbre de la prescripción (strep-core, en amidalitis aguda, y PCR, en sinusitis, bronquitis y neumonías).

2. Deberemos conocer las resistencias locales y, en su defecto, las nacionales de los gérmenes más frecuentes en infecciones respiratorias y urinarias.

3. Trabajaremos las expectativas del paciente que mediatizan nuestra prescripción diaria.

Mesa 4
JMF - Y DESPUÉS DE LA RESIDENCIA..., ¿QUÉ?

Moderador:
Manuel Sarmiento Cruz
Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria.
Vocal de residentes semFYC.

Ponente:
Enrique Gavilán Moral
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Técnico docente de la UD de MFyC de Plasencia (Cáceres).
Ex coordinador de la sección JMF de la semFYC.
El período tras la residencia está lleno de incertidumbres, de interrogantes y de emociones. Cambian las prioridades y necesidades, y aparecen posibilidades nunca antes planteadas, pero también temores y problemas nuevos. El joven médico de familia se siente un poco perdido en todo este panorama y, al mismo tiempo, lleno de ilusión.

Conocemos la mayor parte de las salidas laborales del médico de familia, pero otras sin embargo no, y algunas veces esa falta de información puede hacernos perder oportunidades profesionales interesantes. Cobra mayor importancia que nunca conocer qué componentes tienen una nómina. No conocemos las diferencias entre un contrato de sustituto y uno eventual. Miramos con lupa lo que firmamos, pero generalmente no entendemos muy bien qué significa cada cosa. Hemos oído hablar mil veces de lo que son las oposiciones y las bolsas de trabajo, pero a la hora de la verdad no conocemos cómo funcionan. Durante la formación MIR nos hemos preguntado montones de veces lo que puntúa de cara a las oposiciones y lo que no. Seguir formándose tras la residencia es una de nuestras pri-

mordades, porque es cuando más conscientes somos de nuestras lagun

as formativas; sin embargo, es precisamente el momento en el que

se hace más difícil acceder a los cursos. Y por si no fuera poco, para

muchos comienza la aventura de tener hijos, y es entonces cuando
cobra más sentido que nunca la expresión «conciliación de la vida

laboral y familiar».

Muchas de estas preguntas y dudas resultan difíciles de resolver y

aclarar. No entran dentro de la esfera de lo asistencial, ni forman par-
te del perfil clínico del médico de familia, ni están dentro del progra-

ma de la especialidad, ni se enseña durante la residencia. A veces

sólo contamos con los testimonios y experiencias de los compañeros

recién salidos. Recogerlos en un libro y darles cuerpo y forma ha sido

una tarea que la sección de Jóvenes Médicos de Familia se planteó

corno meta desde su inicio, hace ahora tres años. Próximo a su lan-

zamiento, resumiremos en esta mesa sus principales contenidos, en
definitiva, lo que interesa a los jóvenes médicos de familia.
TALLERES

MCIVER, RECURSOS ALTERNATIVOS EN SITUACIONES DE URGENCIAS

Docentes:
Xan García Moure
Médico del Servicio de Urgencias Sanitarias 061 de Galicia Base de Ourense.

Nuria Cedeira Iglesias
Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Santiago de Compostela (A Coruña).

María Iglesias Caamaño
Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Santiago de Compostela (A Coruña).

RESUMEN
Tenemos la impresión de que las urgencias ocupan más bien poco espacio en la literatura de atención primaria y tenemos la certeza de que somos los profesionales de primaria los primeros (y con frecuencia definitivos) respondedores a las urgencias y emergencias de gran parte del estado. El objetivo primero es hacer más presentes los temas relacionados con urgencias en las actividades formativas de atención primaria.

Un segundo objetivo sería comunicar una ansia y una necesidad: la de buscar respuestas en literaturas que no son la nuestra. Porque siendo escasas en ellas y porque nuestra medicina linda con todas y cerquita de la frontera, pero del otro lado, hay conocimientos útiles con la adaptación necesaria.

Finalmente, creemos que un popurrí de habilidades como las mostradas en el taller será refrescante en un tiempo en el que la teoría en medicina general, especialmente en el campo de la prevención, puede estar ahogando al médico sanador que muchos de nosotros llevamos dentro y que pensamos es la esencia de las profesiones sanitarias. En fin, entretener, enseñar algo y dar ganas de más.

OBJETIVOS
Proporcionar conocimientos y habilidades, así como los fundamentos teóricos, de técnicas en general sencillas y útiles para atender una variada serie de problemas urgentes. Al mismo tiempo se muestra la utilidad de varias de ellas para la atención de casos no urgentes, lo que es una amplificación de las indicaciones más allá de lo estrictamente urgente.

INHALADORES

Docentes
Lourdes Clemente Jiménez

Carmen Quintana Velasco

OBJETIVO GENERAL
Contribuir a la mejora en la atención a la patología respiratoria despensada en Atención Primaria mediante la formación del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en la actualización de conocimientos y la adquisición de habilidades en el manejo de los dispositivos utilizados para la aplicación terapéutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
– Reconocer la importancia del manejo correcto de los dispositivos para alcanzar la eficacia terapéutica de los fármacos utilizados.
– Conocimiento de los diversos dispositivos y formulaciones existentes en el mercado para la administración de fármacos en patología respiratoria.
– Incrementar las habilidades en el manejo de los miasmos.

IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTÁNEO

Docentes:
Tania Cedeño Benavide
Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada.

Salvador Duarte Vallejo
Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada.

Ana Mª Saavedra Ruiz
Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada.

RESUMEN
Taller impartido por médicos del centro de salud de La Chana, en Granada, pionero en España en anticoncepción y atención a la mujer.

La cada vez más alta incidencia de IVE en las mujeres de nuestro país nos indica que quizás muchas cosas no se están haciendo bien en anticoncepción. El implante anticonceptivo subcutáneo se ha demostrado como uno de los métodos anticonceptivos reversibles y de larga duración más efectivos. El uso de este método por los médicos de Atención Primaria, previo asesoramiento a las mujeres, así como su conocimiento debería ser algo usual en nuestros centros de salud, dada la efectividad, facilidad de la técnica, reversibilidad y seguridad de la misma.

En el taller se explicarán con detalle la técnica de inserción y de retirada de este tipo de implantes, su efectividad y los resultados obtenidos en este centro de salud.

En la segunda parte del taller, en el apartado práctico con simuladores y dispositivos de placebo, los asistentes al taller podrán realizar la inserción y retirada de dichos implantes en dispositivos de simulación.
CASOS CLÍNICOS

CELIAQUÍA EN EL ADULTO

Barreiro Martínez C, Carrasco Marín C, Recio Gállego M, Avilés Vargas J, Lázaro Lafuente Y
CS La Paz. Madrid. Comunidad de Madrid

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Mujer de 32 años es remitida por su ginecóloga por anemia y osteopenia. El ginecólogo se encuentra actualmente estudiando la polimenorrea e infertilidad de la paciente.

Antecedentes familiares: su madre falleció de cáncer de colon a los 60 años.

Enfermedad actual: astenia, pérdida de 10 kg en los últimos 2 años, insomnio, dieta normal, aerofagia.


Resto de la exploración normal.

Ses solicita analíticas de sangre. Los resultados muestran una anemia microcítica e hipocrómica y déficit de hierro, por lo que se inicia un tratamiento con hierro diario (2 comprimidos) VO, que deberá controlar al cabo de 2 meses con otra analítica.

En la revisión, la paciente continúa con misma sintomatología y pese al tratamiento no se corrige la anemia. Tras una nueva anamnesis, la paciente refiere que desde hace meses realiza unas dos deposiciones diarias más blandas de las habituales. Solicitamos coprocultivo, enema opaco (por AF descritos) y PIC a digestivo (colonoscopia). Los resultados son: enema opaco normal; coprocultivo: estatorrea. Se descartan productos patológicos.

Como resumen, la paciente presenta estatorrea, osteopenia, astenia, talla baja, pérdida de peso y anemia resistente al tratamiento.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: enfermedad de Crohn, colon irritable, celiacia en el adulto, linfoma de células T, intolerancia a la fructosa, enteropatía autoinmune, etc.

Se solicitan anticuerpos antitransglutaminasa (sensibilidad 96%) y anticuerpos antiendomisio (especificidad 100%) a la espera de descartar otras patologías por el servicio de Digestivo. Los resultados son positivos.

Juicio clínico: enfermedad celiaca en adulto. El tratamiento consiste en instaurar una dieta sin gluten (educación alimentaria), a la que se pueden aportar complementos nutricionales de los que los productos sin gluten suelen carecer como hierro, calcio, fibra, Vit D, Vit B, cinc y magnesio.

CONCLUSIONES
El servicio de Digestivo deberá completar las pruebas diagnósticas y programar el seguimiento. Igualmente, una vez realizado el diagnóstico de celiacia en el adulto, es preciso realizar una densitometría.

En mujer joven con infertilidad no justificada y anemia refractaria al tratamiento debería descartar enfermedad celiaca.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

«DISCULPEME UN MOMENTO...» FILTRADO DE LLAMADAS EN LA CONSULTA DE UN MÉDICO DE FAMILIA
Llompart Cerdá A, Salamanca Seguí M, García Rodríguez V, García Elvira A, Bestard Reus F
CS Son Gotlieu. Palma de Mallorca. Illes Balears

OBJETIVOS
– Evaluar la presencia de las interrupciones en consulta.
– Evaluar la opinión de los médicos de familia sobre las interrupciones.
– Evaluar la reducción de las interrupciones mediante un filtrado de llamadas.

DISEÑO
Ámbito del estudio: centro de salud urbano docente con 24.035 adscritos.
Sujetos: 12 médicos de familia; se excluye el personal sustituto y los residentes.
Material y métodos: registro y clasificación (evitables/inevitables) de las interrupciones en la consulta antes/después del filtrado; registro de la opinión sobre las interrupciones del médico de familia antes/después del filtrado.
Mediciones e intervenciones: filtrado de llamadas por parte de personal administrativo entrenado.
Análisis: estudio casi experimental antes y después.

RESULTADOS
Al 83,3% (10/12) de los médicos de familia les molestan las interrupciones y el 100% considera que atienden mejor a sus pacientes sin interrupciones. Antes de la intervención se obtuvo una media de 10 interrupciones/consulta/día. El 37,6% de ellas (173/460) fue por llamadas al teléfono fijo de la consulta; casi la mitad de las llamadas, el 45,6% (79/173) fueron externas al centro.

Con la intervención, se redujeron en un 24% (60/79) las llamadas externas, con una reducción del 37% (29/46) de las llamadas externas catalogadas como evitables (con significación estadística, p = 0,047). El 58,3% (7/12) de los médicos de...
familia pensaron que atendían y trabajaban en mejores condiciones durante el filtrado. El 100% de ellos consideraron que el filtrado fue eficaz.

**CONCLUSIONES**

Las interrupciones son un hecho en el trabajo del médico de familia, y casi siempre se deben a llamadas telefónicas. La aplicación del filtrado de llamadas es útil en la reducción de las interrupciones y podría suponer una mejoría en la actividad laboral del médico de familia.

**C-03**

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ¿OCULTA?**

Morales Castilhon C, Torra Solé N, Mari López A, Bartolomé Mateu S, Perelló García I, Fabregas Sanjuan J

ABS Balafia-Pardinyes-Séc de St. Pere. Lleida. Cataluña karolmc23@hotmail.com

**OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica oculta (ERCO) y su asociación con los factores de riesgo cardiovascular (FCV), según el consenso sobre la enfermedad renal crónica de la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

**DISEÑO**

Ámbito del estudio: Atención Primaria.

Sujetos: pacientes mayores de 60 años que acuden a la consulta entre mayo de 2008 y febrero de 2009. Criterios de exclusión: pacientes diagnosticados de enfermedad renal crónica y obesidad.

**Material y métodos**: se utilizó la definición de ERCO: pacientes afectados de filtrado glomerular (FG) < 60 y/o microalbuminuria (MAO) y/o cociente albúmina/creatinina (CAC) positiva.

**Mediciones e intervenciones**: determinación de creatinina en sangre, MAO y CAC en orina de primera hora de la mañana y sedimento. Cálculo del FG según la ecuación de MDRD (186 × Crp) – 1,154 × (edad) – 0,203 × (0,742 si es mujer) e índice de masa corporal (kg/m²).

**Análisis**: prevalencia. Asociación de factores de riesgo.

**RESULTADOS**

De los 85 pacientes, 32 (37,65%) son varones y 53 (62,45%) mujeres; 61 (71,77%) son hipertensos, 34 (40%) diabéticos y 28 (32,94%) con ambos FRCV. Hay 18 (21,18%) que presentan patología cardiovascular previa.

Hay 6 (7,05%) pacientes con FG < 60 y 16 (18,82%) con CAC positiva (12, un 14,18%, tambien con MAO positiva); 3 (3,5%) presentan MDRD < 60, con MAO y CAC positiva.

Hay 19 (22,35%) pacientes afectados de ERCO, 5 (26,3%) hipertensos, 1 (5,26%) diabético, 3 (15,79%) diabéticos e hipertensos, 1 (5,26%) hipertensos con patología cardiovascular, 7 (36,84%) hipertensos diabéticos con afectación cardiovascular, 1 (5,26%) presenta patología cardiovascular y 1 (5,26%) sin antecedentes.

**CONCLUSIONES**

Dos de cada diez pacientes presentan ERCO; de éstos, casi la mitad padecen hipertensión, diabetes y patología cardiovascular.

Sólo 3 pacientes presentan MDRD < 60, con MAO y CAC positiva.

---

**C-04**

**NEUROPATÍA ALCOHÓLICA Y DETERIORO PSICO-SOCIAL**

Otegi Altolaguirre I, Altzaga Amoradañain A, Amieta Bernar M, Noyo Armes I, Larrea Arranz I, Berruezo Cifeti M

CS Ordizia. Guipúzcoa. País Vasco ibai.otegi@altolaguirre@osakidetza.net

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto (Atención Primaria, hospitalaria).

**PRESENTACIÓN**

Motive de consulta: mujer de 46 años con dolor lumbar y dificultad para la marcha.

Antecedentes personales: incapacidad laboral absoluta desde 2003 por síndrome depresivo. Fumadora de 3 paquetes/d y bebedora de 10 g/d de etanol en los últimos 2 años. Historia crónica de dolor lumbar y parestesias en EEL. No ha acudido a la consulta del médico en los últimos 3 años.

Enfermedad actual: pérdida de fuerza progresiva hasta imposibilitar la marcha y la bipedestación; aumento de parestesias en pies y manos.

**Exploración física**: normal, con la excepción de la imposibilidad de bipedestación. Disminución sensitivo-motora simétrica y bilateral en EEL (pies, piernas y muslos). Disimetría en maniobra deadañado y talón rodilla. Areflexia del rotuliano y Aquileleo bilaterales.

En el domicilio se da un importante deterioro tanto físico como de la higiene personal y del domicilio. La paciente ingresa en el hospital para un estudio por polineuropatía y ataxia.


El abordaje de este caso se apoya en los siguientes puntos: instaurar Vit B como parte del tratamiento; control del psiquiatra; rehabilitación de la paciente; intervención de la asistencia social y de la familia para mejorar las condiciones de la vivienda.

Después de 3 meses se nota una franca mejoría en la paciente.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: polineuropatía sensitiva de predominio distal; de causa tóxica, farmacológica, carencial, metabólica, neoplásica y vascular.

Juicio clínico: polineuropatía sensitiva alcohólica junto con afectación del SNC.

**CONCLUSIONES**

En muchos casos, es necesaria la coordinación de la Atención Primaria, diversas especialidades y la asistencia social para conseguir la recuperación psico-física de una persona.

---

**C-05**

**ESTUDIO DEL PATRÓN DE HIPERTENSIÓN EN UNA POBLACIÓN URBANA**

Flores Silva M, Gata Mayo M, Gragera García Y, Rangel Tarifa M, Abauarea Ortíz P, Carrasco Fernández I

CS San Roque. Badajoz. Extremadura lolaflores80@hotmail.es

**OBJETIVOS**

Estudio integral del patrón de HTA en pacientes de población urbana.
DISEÑO
Tipo de estudio: estudio transversal.
Ámbito del estudio: centro de salud urbano docente (16.000 habitantes).
Sujetos: 100 pacientes hipertensos a los que se les realizó un MAPA en un período de 4 años (2005-2009).
Mediciones e intervenciones: se analizaron todos los MAPA realizados en centro de salud urbano. Las variables estudiadas eran las siguientes: edad, sexo, patrón HTA, RCV, presión de pulso (PP), indicación de la prueba y tratamiento previo antihipertenso que realizaba el paciente.
Análisis: análisis descriptivo de variables: cualitativas (porcentajes y frecuencias); cuantitativas (media y desviación estándar). Análisis bivariantes con t de Student y chi-cuadrado.

RESULTADOS
Del total de pacientes, un 57% son hombres y un 43% mujeres; con edad 56,66 +/- 13,305 años. El patrón HTA más frecuente (41,8%) es el non dipper, seguido del patrón dipper (39,8%). El 16% de los pacientes presentan RCV bajo; el 40% moderado; el 17% alto, y el 23% muy alto (tabla Score). En un 4% no pudo calcularse. La indicación de MAPA más frecuente (31%) es comprobar la eficacia del tratamiento. El 39% de los pacientes estaban tomando dos o más fármacos, sobre todo IECA y ARB. La PP patológica en 38 pacientes. No encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar la relación entre patrón HTA y RCV. Existen diferencias estadísticamente significativas al 95% entre PP y RCV con una chi-cuadrado asociación lineal de 7,310 con df = 1.

CONCLUSIONES
El patrón HTA más prevalente el non dipper. La PP patológica se relaciona con mayor RCV.

C-06
PERFIL DE LA SOLICITANTE DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA
Fernández López F, García Reina M, Salguero Bodes I, Martín Pérez Á, Martín Rodrigo J, Casado Blanco M CS La Paz, Badajoz. Extremadura javimma777@yahoo.es

OBJETIVOS
Primero, determinar el perfil de las mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia en un centro de planificación familiar urbano.
Segundo, determinar el motivo de la solicitud y las circunstancias que acompañan a dicha solicitud y que influyen en la atención solicitada.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal.
Ámbito del estudio: Atención Primaria.
Sujetos: 63 pacientes elegidos mediante aleatorización simple con las historias clínicas configuradas en base a dos formularios, cuyo motivo de consulta es la solicitud de anticoncepción de emergencia durante un periodo de 3 meses.
Material y métodos: criterios de inclusión: haber realizado el coito sin protección; ser mujer mayor de 16 años en edad fértil; entre los 12 y 15 años con juicio facultativo de madurez suficiente o insuficiente acompañada de un tutor legal; menor de 12 años acompañada de un tutor legal; antes de las 72 horas del coito desprotegido.

Mediciones e intervenciones: por un lado, las variables fueron cualitativas: sexo, tipo de pareja, relación, estado civil, enfermedad de transmisión sexual, coitos anteriores desprotegidos, abortos previos y anticoncepciones de emergencia previas. Por otro lado, fueron variables cuantitativas: edad, gestaciones previas, princi- pio de relaciones coitales, horas desde el coito desprotegido.
Análisis: las variables se analizaron mediante el programa de base de datos SPSS v.15.0.1.

RESULTADOS
Se representan en unas gráficas adjuntas en el estudio, mediante diagrama de barras, sectores e historigramas.

CONCLUSIONES
El perfil de la mujer es una joven de 22 años, al menos con estudios secundarios, dependiente económicamente, que usa el preservativo como método anticonceptivo habitual y ha tomado al menos una vez anticoncepción de emergencia. La causa de la demanda más frecuente es la rotura del preservativo.

C-07
ETIOLOGÍA DE LA BACTERIEMIA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

OBJETIVOS
Descripción de la incidencia y etiología de la bacteriemia en el servicio de Urgencias de un hospital universitario.

DISEÑO
Ámbito del estudio: Urgencias hospitalarias.
Sujetos: estudio transversal de los hemocultivos positivos de los pacientes atendidos en Urgencias de un hospital universitario entre el 23/10/07 y el 23/02/08. Se excluyen los que corresponden al área pediátrica y ginecológica.
Material y métodos: la indicación del hemocultivo se llevó a cabo según el criterio del médico responsable. Se definieron como bacteriemia el aislamiento de una o más bacterias en los hemocultivos y como contaminante el aislamiento de difteroides, Baci-

lieus spp o S. Coagulasa negativo en un solo set de hemocultivos. Mediciones e intervenciones: datos de filiación, hora de inicio de la fiebre, hora de llegada a Urgencias, hora de extracción de hemocultivos, hora de inicio del tratamiento antibiótico empírico, resultados microbiológicos.
Análisis: SPSS.

RESULTADOS
Durante dicho período se atendieron 59.707 urgencias. Se detectaron 221 episodios de bacteriemia, 48 (21,7%) se excluyeron del análisis (criterios de contaminantes); se halló una incidencia de 2,8 episodios/1000 pacientes atendidos. La etiología predominante fue: E. Coli en 56 (32,5%) pacientes, S. Coagu-

lasa negativo en 36 (20,9%), S. Pneumoniae en 18 (10,5%), S. Aureus en 13 (7,6%), S. Viridans 12 (6,9%), K. Pneumoniae en 8 (4,6%), S. Pyogenes en 5 (2,9%), P. Mirabilis en 4 (2,3%), entre otros.
CONCLUSIONES
La alta incidencia de contaminación en nuestro estudio nos obliga a revisar la indicación del hemocultivo y su técnica de realización. El alto poder patógeno de los microorganismos aislados y el problema creciente de las resistencias hace necesario utilizar este método diagnóstico en Urgencias para orientar los tratamientos empíricos y facilitar la terapia secuencial.

Sería conveniente que se hicieran estudios similares para conocer de forma periódica los gérmenes implicados en las distintas patologías y su sensibilidad.

C-08
ESTUDIO ACERCA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE INGLÉS DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA ESPAÑOLES
Pendón Fernández S, García-Ciudad Young V, Sarmiento Cruz M, Cibrán López S, Gómez Bravo R, Vallenite Hernández S
CS de Nerja, Málaga. Andalucía
megasalva@hotmail.com

OBJETIVOS
Conocer la importancia que los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) españoles dan al conocimiento del idioma inglés en el desarrollo de su trabajo y su formación. Conocer si los residentes de Medicina de Familia en España están habilitados a leer literatura científica en inglés, así como si están capacitados para presentar una comunicación a un congreso internacional o un workshop.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal.
Sujetos: residentes de MFyC españoles.
Material y métodos: realizado mediante una encuesta a 350 residentes de diversas provincias españoles durante el mes de septiembre de 2008.
Mediciones e intervenciones: autónomo de conocimientos de inglés. Capacidad para presentar una comunicación en inglés y para atender a un paciente con dicho idioma. Se investiga si suelen leer literatura científica en inglés.
Análisis: pretendemos conocer cuál es el nivel de inglés de los residentes de MFyC españoles, así como su capacidad de manejo con dicho idioma en facetas tan importantes como las de leer literatura científica, atender a un paciente o presentar una comunicación.

RESULTADOS
El 79% de los residentes opinan que su nivel de inglés es medio o bajo.
El 45% de los residentes no se consideran capacitados para atender a un paciente usando el inglés. El 83% de los residentes creen que tienen un nivel adecuado para poder leer literatura científica en inglés, aunque sólo el 52% suelen leer literatura científica y el 68% no son capaces de presentar una comunicación o una sesión clínica en inglés.

CONCLUSIONES
El nivel conocimientos de inglés de los residentes, así como el manejo con este idioma en nuestro trabajo diario, es francamente mejorable.

C-09
¿ESTUDIAMOS CORRECTAMENTE LA HEPATOPATÍA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2?
RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO
Santigosa Ayala A, Vidal Rojas F, Salazar Esteban A, Arends Sambró R, Torres Font M, Bessó Carreras E
ABS Reus 4, Reus (Tarragona). Cataluña
tonisantigosa@hotmail.com

OBJETIVOS
Conocer el espectro clínico de la hepatopatía en pacientes con DM de tipo 2, grado de estudio y el papel del VHC.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio piloto de tipo transversal observacional.
Sujetos: 122 pacientes diabéticos de un cupo de 1.228 (prevaleciencia DM tipo 2 = 10%).
Material y métodos: revisamos la historia clínica de 122 pacientes.
Mediciones e intervenciones: registramos edad, sexo, GPT, GGTP, ecografía, anti-VHC y diagnóstico clínico-ecográfico de hepatopatía.
Análisis: prevalencia de VHC, hepatopatía más frecuente en DM tipo 2, grado estudio hepatopatía en DM tipo 2.

RESULTADOS
De los 122 pacientes analizados, 66 presentan elevación de alguna de las enzimas hepáticas (54,1%). La prevalencia de infección por VHC es 4,1 veces superior a la de la población general (1%).

CONCLUSIONES
Los pacientes con DM tipo 2 presentan alteración de las enzimas hepáticas con una gran prevalencia, generalmente asintomática.
La infección por VHC es cuatro veces más prevalente en la población de pacientes con DM tipo 2 que la esperada en la población general, pero al tratarse de un estudio piloto, el tamaño muestral no permite extraer conclusiones significativas.

C-10
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS POR CARDIOPATÍA ISQUIÉMICA EN MUJERES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY ANTITABACO
Espuís Albas L, Ferreras Arnez J, Miranda Arto P, Pardo Vintaneil L, Muñoz Jacobo S, Montesa Lou C
CS Delicias Sur, Zaragoza. Aragón
loretoespuis@hotmail.com

OBJETIVOS
Determinar si se ha producido un cambio en el número de ingresos por cardiopatía isquémica en mujeres desde la implantación de la ley antitabaco.
DISEÑO
Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo.
Ámbito del estudio: hospitalario.
Sujetos: un total de 1.415 pacientes.
Material y métodos: recogida de datos de los ingresos hospitalarios por cardiopatía isquémica en mujeres de nuestro sector sanitario durante un periodo de 3 años; dos antes y uno después de la implantación de la ley antitabaco en España en enero de 2006.
Análisis: los datos se registraron en una base de datos electrónica y el análisis se realizó mediante el programa SPSS. La prueba estadística aplicada fue la chi-cuadrado. Nivel de significación estadística p < 0,05.

RESULTADOS
Entre los 45 y los 65 años se muestra una reducción de ingresos por IAM en 2006 con respecto a 2005 de un 44 % y con respecto a 2004 de un 20 % (p < 0,05).
En mayores de 65 años se observa un incremento de ingresos en 2006 por IAM del 9,52 % con respecto a 2005 y del 17 % con respecto a 2004 (p < 0,05).
En menores de 45 años no se observan diferencias estadísticamente significativas (p > 0,05) entre los ingresos por IAM durante 2006 con relación a 2005 o 2004.

CONCLUSIONES
En mayores de 65 años se observa un incremento de ingresos por IAM en los últimos años que podría reflejar el envejecimiento de la población.
Entre los 45 y los 65 años se observa una importante reducción de los ingresos por IAM porque son los que más pueden beneficiarse de la ley.
En menores de 45 años se observa una reducción considerada no significativa por la menor incidencia de cardiopatía en este grupo de edad.

C-11
COBERTURA VACINAL PARA EL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN UN ÁREA SANITARIA. ¿ES SEGURO SEGUIR VACUNANDO CON LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?
CS María Jesús Herraiz, UD de MFyC del Servicio madrileño de Salud, Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid
ibalsalobre@hotmail.com

OBJETIVOS
Describir la cobertura vacunal por el virus del papiloma humano (VPH) en un área sanitaria desde la inclusión de la vacuna en el calendario vacunal de la comunidad autónoma. Revisar las alertas farmacológicas emitidas sobre la seguridad de la vacuna.

DISEÑO
Tipo de estudio: descriptivo transversal.
Sujetos: todas las niñas con indicación de vacunación del VPH. N = 1.816.
Material y métodos: variables: vacunación, tipo de vacuna, número de dosis, efectos adversos graves.
Mediciones e intervenciones: primer objetivo: registro de vacunas; segundo objetivo: revisión de las alertas farmacológicas: The European Medicine Agency (EMEA), Adverse Drug Reactions Advisory Comittee, Agencia Española del Medicamento (AGEMED), Food and Drug Administration (FDA), Australian Goverment (ADRAC).
Análisis: descripción de las variables cualitativas con frecuencias, porcentajes o ambos.

RESULTADOS
El 76,32 % de las niñas habían recibido la primera dosis de la vacuna a fecha de 31 de enero de 2009 frente al 70 % de las niñas de la comunidad autónoma. No se ha declarado en nuestra población vacunada ningún efecto adverso grave en este periodo.
El sistema español de farmacovigilancia registró 103 notificaciones de sospechas de reacciones adversas. De las 35 calificadas de graves inicialmente, sólo 5 presentaron convulsiones, incluidos los dos casos hospitalizados.

CONCLUSIONES
La cobertura vacunada alcanzada en nuestra área sanitaria hasta la fecha es alta y superior a la media de la comunidad autónoma.
Tras la revisión de las alertas emitidas en la actualidad, es seguro continuar con la vacunación. Los residentes tenemos que ser consciente de la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas y conocer dónde y cómo deben comunicarse.

C-12
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS
Gómez García S, Irazo Luna A
CS de Cuevas del Almanzora. Almería. Andalucía
silviagomezgarcia@hotmail.com

OBJETIVOS
Describir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes ancianos con diabetes mellitus (DM).

DISEÑO
Tipo de estudio: descriptivo transversal.
Sujetos: 66 sujetos mayores de 65 años con DM, de una muestra de 215 pacientes pluripatológicos.
Material y métodos: registro informatizado del Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico y recogida de datos de historia clínica. Archivo de datos utilizando Microsoft Excel.
Mediciones e intervenciones: variables: sexo, edad, HTA, dislipemia, obesidad, tabaquismo, dificultad en la marcha (sedentarismo) y antecedentes de enfermedad cardiovascular.
Análisis: las variables cualitativas se expresan como proporciones. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar. Cálculo del intervalo de confianza (IC = 95 %) con el programa R Sigma. Los datos se analizaron mediante aplicación del paquete estadístico SPSS v.15.

RESULTADOS
De los 66 pacientes diabéticos, 34 eran varones (51,5%) y 32, mujeres (48,5%); su media de edad fue de 78,7 ± 6,6 años.
La prevalencia de HTA en sujetos con DM fue de 68,2% (IC 95%: 55,4-78,8). Presentaban dislipemia un 43,9%, obesidad un 24,2%, dificultad en la marcha un 74,2% (IC 95%: 61,8-83,9), antecedentes de ictus isquémico un 34,8% y de cardiopatía isquémica un 25,7%. Únicamente se encontró registrado el hábito tabáquico en el 31,8 % de los sujetos del estudio (25,8 % fumadores o ex fumadores; 6,1 % nunca había fumado).

CONCLUSIONES
Parece existir mayor riesgo cardiovascular en los ancianos con DM, ya que padecen a la vez distintos factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de enfermedad cardiovascular. La mayoría de ellos presentan dificultad en la marcha, lo que hace que sean más sedentarios. Destaca la prevalencia de pacientes diabéticos con HTA.
CASOS CLÍNICOS

C-13
YA LE VALE, QUE ESTA TOS ME VA A MATAR
Ortega Sánchez G, Obrégón Díaz R, Torres Baile J
CS Rodríguez Paterna. Logroño (La Rioja). La Rioja
gortega@riojasalud.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
Varón de 54 años, fumador de 60 cig/d, hipertenso, dislipémico y con DM tipo 2 y claudicación intermitente, acude a la consulta por presentar tos persistente no productiva de 24 h de evolución.

La exploración física muestra faringe hipertónica. Se le autopa tratamiento con paracetamol-codeína cada 8 h. Siete días más tarde vuelve a la consulta por persistencia de la tos sin otra clínica acompañante. Se insiste en que debe dejar de fumar. Se sustituye el tratamiento con IECA por ARA II para evitar un posible efecto secundario. Dos semanas después, el paciente acude nuevamente a la consulta debido a la persistencia de la tos. La EF es anodina, el paciente mantiene buenas constantes, está afibril y no refiere síntomas de alarma. Se solicita una Rx de tórax en la que se aprecia un aumento de la densidad del hilio derecho, sin que pueda descartarse un efecto masa. Se realiza una TC torácico abdominal en la que se detecta un aneurisma de aorta torácica descendente (6 /4 1003 8 cm) y abdominal (4 /4 1003 2 cm). Se practica una intervención quirúrgica colocándose endoprótesis torácica y abdominal. El cuadro de tos mejora.

Actualmente, el paciente continúa fumando, pese al consejo médico, y refiere ocasionalmente tos.

DESARROLLO
Tos secundaria a aneurisma de aorta torácica descendente.

CONCLUSIONES
Los síntomas de un aneurisma de aorta torácica descende nente están relacionados con la ubicación y el tamaño del aneurisma. Los más frecuentes suelen ser respiración sibilante, tos no productiva, disnea ocasionada por la presión sobre la tráquea, hemoptisis, disfonía por la presión sobre las cuerdas vocales, disfagia debido a la presión sobre el esófago y dolor en el pecho o la espalda.

C-14
MASTOCITOSIS SISTÉMICA:
UTILIDAD DE LA TRIPHTASA SERICA
Díaz Noain M, Grau Suarez-Varela M, Arregui Adrian L, Santesteban Muruzabal R, Videarte Sota M, Galañena Jamar B
CS Chantrea. Pamplona (Navarra). Navarra
mdiaznoai@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: urticaria y angioedema.

Antecedentes personales: no tiene alergias conocidas. RAM: Vernies®, Masdil®. HTA, DLP, RGE, osteoporosis, cardiopatía isquémica, artrosis, cefaleas. Sigue diversos tratamientos con ideos, enalapril, carduran, higrotona, nexion, orfidal, simvastatina y tromalit.

Antecedentes familiares: hija con esclerosis múltiple. Dos hermanas con cáncer de mama.

Enfermedad actual: paciente de 82 años que acude a Urgencias por erupción cutánea en EII y edema labial que ha aparecido a la hora de haber tomado nolotil, carduran, noctamid y simvastatina.

Exploración física: PA: 144/80 mmHg; FC: 96 lpm; SatO2: 97%. Lesiones habonasas pruriginosas en genitales, espalda y EII. Edema en labio. Úvula normal. ACP: normal.

Pruebas complementarias: analítica de sangre, ECG y Rx de tórax: normales. Se solicita triptasa sérica a las 12 h del inicio del cuadro: 35 µg/dl. Se administra urbisan 80 mg y polaramine iv. Se deriva a la paciente al servicio de Alergología, donde se repite la triptasa y, como sigue elevada (25), se diagnostica una mastocitosis. Se pauta cromoglicato disódico y se recomienda a la paciente que evite los AINE.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: reacción alérgica, síndrome carcinoide, feocromocitoma, edema angioneurótico.

Juicio clínico: mastocitosis sistémica.

CONCLUSIONES
La mastocitosis sistémica está provocada por la acumulación de mastocitos en uno o varios tejidos (de forma cutánea o sistémica). Estas células liberan mediadores (proteasas), que están implicados en la clínica.

La mastocitosis puede producir osteoporosis, prurito, flushing, dolor abdominal, síncopes, anafilaxia, cefaleas, etc., y como desencadenantes se encuentran el ejercicio, la comida, los fármacos, el estrés, etc.

En el caso de que un paciente sufra una reacción alérgica sistémica, debe solicitarse una triptasa sérica (proteasa). Si a la semana el paciente permanece asintomático y la triptasa sigue elevada (> 20), cabe sospechar que presenta una mastocitosis y lo enviaremos al servicio de Alergología.

Gracias al diagnóstico, el paciente se beneficia de un tratamiento correcto (cromoglicato disódico, PUVA, bifosfonatos) y también se evita que se deriven consecuencias negativas. En este caso, la paciente mejoró con cromoglicato y actualmente permanece asintomática.

C-15
SÍNDROME TÓXICO INTERESANTE
Barquero Bardón E, Costa Bugalit G, Ortiz Gil E, Fernández S, Figuerola García M, Sierra Moreno A
ABS de Castelldefels. Barcelona. Cataluña
39518ebb@comb.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: la higiene bucal es un aspecto que debe tenerse en cuenta en la historia clínica de los pacientes.
Motivo de consulta: varón de 56 años con tos seca y síndrome tóxico de 3 meses de evolución.

Antecedentes personales: fumador de 1 paquete/día desde hace 30 años. DM tipo 2, en tratamiento con metformina.

Enfermedad actual: en la anamnesis se manifiesta pérdida de peso de 6 kg, astenia y anorexia acompañantes. No presenta expectoración ni síndrome febril ni otra sintomatología.

Exploración física: BCG. Boca séptica. AR: MVC, hipofonosis base pulmonar derecha.

Pruebas complementarias: en el ambulatorio se realizan las siguientes pruebas: Rx de tórax: aumento de densidad focal en LID con broncograma aéreo; TC de tórax: infiltrado pulmonar segmento 6 de LID con nivel hidroaéreo y PPD > 20 mm a las 48 h.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: neoplasia pulmonar, tuberculosis, neumonía neumocócica, neumonía atípica.

Juicio clínico: imagen pulmonar en estudio.

CONCLUSIONES

Con el resultado de las pruebas complementarias, se derivó al paciente al hospital, donde quedó ingresado en el servicio de Medicina Interna para que se completase el estudio de su caso. La broncoscopia fue normal con baciscopias; la bacteriología y las citologías resultaron negativas. Se orientó el diagnóstico como neumonía necroizante y se dio de alta al paciente con un tratamiento empírico: dosis elevadas de amoxicilina, clavulánico. Se realizaron controles por TC seriados y ante la ausencia de mejoría a los 2 meses, se realizó una PAAF pulmonar, que mostró bacilos gramnegativos anaerobios compatibles con Actinomyces, propios de bocas sépticas. Con ello se confirmó una neumonitis necroizante por Actinomycetes, de la que el paciente está tratado y curado.

C-16

LUMBALGIA NO TAN TÍPICA

Alonso Moralejo R, Martín Muñoz M, López García E, Cortés Troyano E
CS de Las Rozas. Madrid. Comunidad de Madrid
raquelam@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto (Atención Primaria, Medicina Interna, Ginecología).

PRESENTACIÓN

Mujer de 47 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, de profesión profesora de baile, acude a la consulta por un dolor lumbar no irradiado, sin clínica neurológica asociada, y que aparece tras una sesión intensiva de ejercicio. La lumbalgia no cede con las medidas habituales y empeora por la noche. Exploración física: no destacan apofisalgias, ni afectación radial, sólo una pufoperiscopía renal derecha positiva. Pruebas complementarias: en Atención Primaria: sangre elemental, bioquímica y orina normales. VSG 98. Rx abdominal y lumbar: normales. Ecografía abdominal: hidronefrosis derecha.

Se deriva al paciente a Medicina Interna, donde se le hacen más pruebas: TC abdomino-pélvico: masa ovárica derecha; pielografía: hidronefrosis obstructiva; marcadores tumorales: CA 125 54 U/ml.

Por último, se deriva a la paciente a Ginecología, donde se le practica una ooforectomía bilateral y una hysterectomía. La anatomía patológica da como resultado un carcinoma seroso papilar ovárico.

C-17

VARÓN DE 14 AÑOS CON TOS PERSISTENTE

CS Lucena 2. Lucena (Córdoba). Andalucía
cpavon@medynet.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón de 14 años que consulta por cuadro de tos disneizante, poco productiva, de unos 15 días de evolución y acompañada de períodos de opresión torácica. El paciente había sido atendido en varias ocasiones, en los últimos 3 años, por el mismo cuadro en Urgencias, donde se le administró metilprednisolona IM.

Antecedentes personales: ingreso hospitalario por neumonía a los 3 años, así como repetidos episodios de cuadros catastróficos, diagnosticados como bronquitis asmática. Exposición pasiva al humo del tabaco. No hay otros antecedentes de interés.

Exploración física: auscultación con algunas sibilancias espiratorias, muy diseminadas. Ligera hiperemia faringoesofágica sin exudados.

Pruebas complementarias: función respiratoria, con espirometría no obstructiva y prueba broncodilatadora negativa.

Ante estos resultados se decide hacer una medición domiciliaria del FEM, que no muestra variabilidad diaria. Se decide realizar una prueba de provocación con ejercicio controlado, el cual no muestra disminución significativa del FEV1.

ANTE la persistencia sintomática, se realiza un ensayo terapéutico con glucocorticoides inhalados, que permite establecer el diagnóstico.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: cálculos, TBC extrapulmonar, hiperneumonía, masas ginecológicas, metástasis, linfomas, sarcomas retroperitoneales.

Juicio clínico: carcinoma seroso papilar.

CONCLUSIONES

Lo particular de este caso es que no siempre se llega al diagnóstico por los caminos más correctos y que, en Atención Primaria ante una gran sospecha, el ensayo terapéutico puede dar el diagnóstico.
HIMEN IMPERFORADO

Álvarez Villanueva E, Casarriz Martín M, Lumbier Martínez de Morentín M, Baztarrica Echarte E, Sotil Arrieta A, Ruíz Alzuagaray I
CS San Jorge. Pamplona (Navarra). Navarra
elenalvi@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias de Pediatría.

PRESENTACIÓN
Niña de 13 años que presenta desde hace 4 meses un episodio cada mes de dolor abdominal hipogástrico de 3-4 días de duración. Desde hace 1 semana nota en las piernas y en el hipogastro un dolor constante con reagudizaciones, lo que se acompaña de estreñimiento de 3 días y dificultad para la micción. Ausencia de náuseas y vómitos, afibril, amenorrea. En tratamiento con gelocatil (1 g/6 h), sin que mejore la clínica.

DESARROLLO

Se realizan las siguientes pruebas: Rx de abdomen: heces en colon izquierdo, sin alteraciones significativas; Combur test: sin alteraciones.

Ante la sospecha, se realiza una exploración ginecológica, que observa un himen imperforado y prominente.

CONCLUSIONES

MI MADRE TIENE MOLESTIAS AL ORINAR

Ordóñez Ruiz M, Rodriguez Alonso D, Cedeño Benavides T, Rodríguez Melgarejo M, Cortés Molina S, García Caballos M
CS La Chana. Granada. Andalucía
t_091@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: paciente de 86 años que acude a la consulta del centro de salud acompañada por su hija.
Motivo de consulta: molestias al orinar de varios días de evolución, sin fiebre ni polaquiauria.
Antecedentes personales: histerectomía más doble anexectomía (miomas uterinos), marcapasos, obesidad, dispesia, HTA, gotarrosis, bloqueo AV de grado II, insuficiencia venosa crónica, hernia crural intervenida.
Enfermedad actual: desde hace 3 semanas refiere que nota un bulto en la vulva que progresivamente se ha hecho sintomático, con disuria al orinar.

Exploración física: tumoral indurada en los labios mayor y menor izquierdos de 7 × 6 cm, sensible, eritematoso y ulcerada. Tacto vaginal: induración de la pared vaginal izquierda, algo sensible. No se palpan adenopatías inguiinales.

Pruebas complementarias: TC abdomen-pélvico: masa en vulva de aproximadamente 7 cm de extensión × 4,2 × 2,5 cm de diámetro transverso con signos de degeneración; no se pueden descartar cambios inflamatorios con infiltración de la grasa adyacente. Adenopatía inguinal izquierda de 22 × 16 mm y derecha de 13 × 13 mm, con captación central. Punch-biopsia: cáncer de vulva invasor escamoso.

CUANDO LA FIEBRE MÁS LA ODINOFAGIA NO SON AMIGDALITIS

CS Concepción Arenal. Santiago de Compostela (A Coruña). Galicia
vilayo@msn.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN

Dada la mala evolución del paciente a pesar del tratamiento pautado, se decide completar el estudio y realizar una interconsulta al servicio de Medicina Interna.

Pruebas complementarias: analítica: TSH 0,06 mUI/l (TSH al cabo de 1 semana 7,21 mUI/l), VSG 91 mm; resto normal. Anticuerpos antitiroglobulina 600 UI/ml; anticuerpos TPO 150 UI/ml. Ecografía de cuello y abdomen: agrandamiento de LDT con distorsión de la arquitectura glandular. Se completa el estudio con T. PAAF nódulo en LDT: bocio nodular con tiroiditis linfocítica crónica asociada (tiroiditis de Hashimoto).

TIROIDITIS DE HASHIMOTO

ÁMBITO DEL CASO
Mixto. Tiroideos de Hashimoto. Bocio nodular.
CONCLUSIONES
La tiroiditis de Hashimoto es un proceso inflamatorio crónico del tiroides en el que intervienen factores inmunitarios. Suele darse en pacientes asintomáticos, con bocio de tamaño medio-no y con títulos elevados de anticuerpos tiroideos, aunque el diagnóstico definitivo será anatómopatológico.
Su diagnóstico es muy importante porque existe un riesgo de que se desarrollen linfomas y otras neoplasias, y además puede coexistir con otros trastornos autoinmunes; por este motivo, estos pacientes necesitan un seguimiento clínico y anatómopatológico periódico.

C-21
LUMBALGIA MECÁNICA QUE CAMBIA.
¿OJO, ALGO ESCONDE
Montero Alarcón R, Pérez Herrera C, Alonso Rios F, Albarracín Moreno B, Muñoz Moreno M, Vázquez Rodríguez L
CS Guayaba. Mad. Comunidad de Madrid
luizumaravazquez@yahoo.es
ÁMBITO DEL CASO
Mixto.
PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: varón de 52 años, que trabaja como monitor de gimnasia, acude a la consulta por dolores en la zona lumbar y apofisalgia a nivel de L3, por lo que se solicita Rx lumbar, en la que se evidencia el pinchazo de L2-L3 y signos de artrosis. Se pauta un tratamiento antiinflamatorio.
A los 20 días, el paciente vuelve por persistir la lumbalgia intensa, que además se irradiía al muslo izquierdo, sin focalidad neurológica y Lassegue negativo. Se decide el ingreso del paciente en el hospital para continuar el estudio.
Exploración física: sólo destaca el dolor de la musculatura lumbar y apofisalgia a nivel de L3, por lo que se solicita Rx lumbar, en la que se evidencia el pinchazo de L2-L3 y signos de artrosis. Se pauta un tratamiento antiinflamatorio.
A los 20 días, el paciente vuelve por persistir la lumbalgia intensa, que además se irradiía al muslo izquierdo, sin focalidad neurológica y Lassegue negativo. Se decide el ingreso del paciente en el hospital para continuar el estudio.
DESARROLLO
Diagnóstico final: carcinoma broncogénico epidermoide de grado IV con metástasis lumbares.
Recibe tratamiento con radioterapia en la lesión ósea lumbar. El paciente presenta también un tumor pulmonar inoperable.
CONCLUSIONES
La lumbalgia es un motivo de consulta muy frecuente, y en la mayoría de los casos es de origen osteomuscular, sobre todo si se asocia a un esfuerzo físico. Sin embargo, debemos estar atentos por si existen señales de alarma, como en el caso de este paciente, para completar el estudio y hacer el diagnóstico etiológico lo antes posible.

C-22
VARÓN FÍSICAMENTE ACTIVO CON DEBILIDAD
Sarmiento Cruz M, Cervantes Guijarro C, Hernández Aznar M, García Mozún B, Fernández García S, Andreu Lope A
ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña
msarmiento1979@hotmail.com
ÁMBITO DEL CASO
Mixto.
PRESENTACIÓN
La debilidad es un síntoma y, por lo tanto, resulta totalmente subjetiva.
Motivo de consulta: varón de 79 años que acude a su médico por debilidad y disnea de pequeños esfuerzos desde hace 2 semanas.
Antecedentes personales: HTA sin tratamiento.
Enfermedad actual: paciente con astenia, disnea de pequeños esfuerzos. También refiere pérdida de peso de unos 10 kg desde hace unos 2 meses. Realiza una actividad física intensa. No presenta alteraciones en el ritmo deposicional ni sangrados. Disfagia progresiva (se agravando) desde hace 3 años; come únicamente alimentos triturados.
Exploración física: PA 133/50 mmHg. T° 36 °C. Tonos cardiacos rítmicos con soplo sistólico mitral. MCV. Abdomen normal. No hay focalidad neurológica. Tacto rectal normal.
DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: neurológicos: acalasia, enfermedad de Chagas, espasmo esofágico difuso, hipertonia de EEI, neuropatía autonómica, EM; musculares: escleroderma, LES, distrofia miotónica; mecánicas: estenosis fibrosa (RGE, anillo de Schatzki, fármacos o venenos corrosivos, Behçet, radioterapia), cuerpos extraños, neoplasias (carcinoma de esófago, cardias, leiomioma), extrínsecas (carcinoma bronquiolar, adenopatías mediastínicas, bocio torácico, aneurisma de aorta, poscirugía), divertículos esofágicos; inflamatorias: esofagitis por RGE, candidiasis, herpessimple.
Juicio clínico: tras obtener el resultado de la analítica urgente, se derivó al paciente a Urgencias, donde se quedó ingresado. Utilizamos como síntoma guía la disfagia: tenía una disfagia esofágica progresiva, de larga evolución y acompañada de pérdida de peso y anemia importante, en paciente mayor de 50 años, lo que hizo descartar un tumor sin encontrar indicios. Por la gastroscopia se diagnosticó su enfermedad de anillo de Schatzki.
CONCLUSIONES
Posiblemente el paciente toleró la anemia gracias a que estaba en forma física. Aunque con la gastroscopia se detectó una disfagia, dados los signos de alarma tuvimos que descartar una patología tumoral y controlar la evolución. Ante una debilidad u otros síntomas inespecíficos hay que descartar siempre una patología grave y urgente, y ello se puede hacer desde Atención Primaria.
ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS DE ETIOLOGÍA VASOVAGAL. A PROPÓSITO DE UN CASO
AB S alou, Hospital Joan XXIII. Salou (Barcelona). Cataluña
martahernandezanadon@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN
En la literatura médica se describen casos en que aparecen alteraciones electrocardiográficas transitorias secundarias a reacción vasovagal por dolor. Es un fenómeno poco frecuente y que, en ocasiones, puede hacer pensar que el paciente presenta una patología isquémica si hay una clínica compatible.

Motivo de consulta: paciente de 51 años que acude por epigastria de 3 h de evolución que hace que se despierte por la noche con vegetalismo. No refiere otros síntomas. Acude a su ambulatorio.

Antecedentes personales: HTA, HVI secundaria, colelitiasis. En tratamiento habitual con felodipino/metoprolol 10 (100 mg/d).

Exploración física: palidez mucocutánea, abdomen doloroso al palpación en el hipocordio derecho y el epigastro. El resto de la exploración es normal.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 50 lpm, T negativas en DI, aVL y V3 a V6. Se deriva al paciente a Urgencias, donde le realizan un ECG tras analgesia y cuyos resultados son normales en la negatividad de las T. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, función hepática alterada y curva de troponinas negativas. Rx de tórax y de abdomen: normales. Durante su estancia en el hospital, se comenta el cuadro en el servicio de Cardiología, que concluye que los cambios son secundarios a una reacción vasovagal por dolor.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: cardiopatía isquémica, patología digestiva, pancreatitis aguda, patología de la vesícula, patología renal, gastroenteritis, neumonía.

Juicio clínico: cólico biliar con reacción vasovagal y alteraciones electrocardiográficas.

CONCLUSIONES
La reacción vasovagal por dolor puede producir alteraciones electrocardiográficas que acaban normalizándose.

Sería de interés tener la posibilidad de acceder a pruebas rápidas como la determinación de troponinas en Atención Primaria para poder descartar la patología isquémica en casos con alteraciones electrocardiográficas, y así evitar las derivaciones innecesarias de los médicos de familia a los especialistas.

DOCTOR, ME PASO TODO EL DÍA DURMIENDO
Valcárcel Martínez A, González García I, Vargas Neigrín F, Molina López G, Rodríguez Cabrera A, Delgado Sosa A
CS Dr. Guigou. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias
ayam30@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN
Los trastornos del sueño son motivos de consulta frecuentes, y si es posible debe determinarse su causa.

Motivo de consulta: varón de 52 años que consulta por fatiga e hipersomnias progresivas, que en las 2 semanas anteriores ha sido de más de 20 horas diarias.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica (triple bypass en 2003), DM tipo 2 y espondiloartropatía indiferenciada HLAB27+. No tiene hábitos tóxicos ni alergias.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: hipersomnias diurnas con episodios transitorios de actividad seguidos de somnolencia inmediata. No consume de tóxicos, ni hipnóticos.


Pruebas complementarias:
- Hemograma normal; bioquímica: Hb A1c 7,1; resto normal; proteínaemia normal; ANA normales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: narcolepsia, hipersomnias idiopáticas, SAOS, hipohipotensión, insuficiencia suprarrenal, lesión orgánica cerebral, depresión.

Juicio clínico: hipersomnias secundaria, probable daño cerebral del troncoencefálico o de los núcleos talámicos de origen vascular.

CONCLUSIONES
Los trastornos del sueño por falta (insomnio), por exceso (hi- persomnias) o por alteración del patrón circadiano representan un problema diagnóstico y terapéutico complejo. La hipersomnias subjetiva requiere ser objetivada. El tratamiento de elección es modafinilo (200-400 mg/d) y como alternativas están metilfenilo o D-anfetamina.
CASOS CLÍNICOS

C-25
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UNA USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES E INMOVILIZACIÓN. ¿ANTICOAGULAR O NO? CONTROVERSIAS A PROPÓSITO DE UN CASO
Amor Valero J, Guerra Villa O, Gonzáles Reynolds L, Balsalobre Arenas L, Pasco Odar L, CS María Jesús Hereza. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid jaimeamorvalero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
En la población general, la incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) es de 1/1.000 habitantes y en mujeres que toman anticoncepción hormonal es tres veces mayor.

Motivo de consulta: mujer de 28 años con empañamiento y dolor en gemelo derecho de 4 días de evolución.


Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: inmovilizada desde hace 20 días por un esguince de tobillo derecho y fisura ósea. El riesgo ajustado de TVP era de 1 a 3, y no estaba indicada la profilaxis TVP según las recomendaciones de la guía PRETEMED 2007.

Exploración física: aumento del volumen y de la temperatura en la zona gemelar derecha con Homans positivo.

Pruebas complementarias: coagulación sin alteración. ECG: ritmo sinusal a 78 lpm sin alteraciones de la repolarización. Eco-Doppler: trombosis de vena poplítea distal derecha y de su trifurcación. Estudio de hipercoagulabilidad sin alteraciones.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: rotura fibrilar, síndrome compartimental.

Juicio clínico: TVP en paciente inmovilizada que toma anticonceptivos orales.

Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular y posteriormente dicumarínicos durante 6 meses y se utilizan medias de compresión fuerte.

CONCLUSIONES
La inmovilización en mujeres que toman anticonceptivos orales constituye un factor de riesgo de TVP. Se debe calcular el riesgo individualizado de TVP para valorar la indicación de profilaxis. En los casos en que el riesgo es bajo y sin indicación de profilaxis de anticoagulación, se debe estar alerta ante signos o síntomas clínicos que orienten a una mayor probabilidad de TVP.

C-26
SUPURACIÓN UMBILICAL: MOTIVO INFRECUENTE DE CONSULTA EN EL ADULTO
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid rbfsfl@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN
El dolor abdominal constituye para el médico de familia un reto diagnóstico y es uno de los principales motivos de consulta. Una correcta anamnesis y una exploración minuciosa son las claves para su correcto manejo.

Motivo de consulta: varón de 23 años acude a la consulta por dolor intenso y supuración en la región umbilical de 7 días de evolución. En tratamiento con amoxicilina/clavulánico por su cuenta, sin experimentar mejoría.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Exploración física: salida del material purulento por el ombligo, con una zona indurada y muy dolorosa a la palpación que se intuye localizada por debajo del ombligo.

Pruebas complementarias: analítica urgente: leucocitosis de 12.800 con neutrófilos. Ecografía abdominal: colección subyacente al ombligo, con burbujas de gas en su interior y afectación de la grasa adyacente, que se continúa hacia la vejiga siguiendo una trayectoria de 5 cm con un diámetro de 6 mm; no puede demostrarse su comunicación con la vejiga.

Dada la sospecha de que el paciente presente sinusal del uraco, se le deriva al hospital para que el cirujano o el urólogo de guardia, o ambos, valoren su cuadro. Se solicita una TC abdominal con la que se confirma una colección que alcanza la vejiga. Parece tratarse de un remanente uracal. Los hallazgos son compatibles con una infección del seno uracal. El paciente es intervenido quirúrgicamente y su evolución es favorable.

CONCLUSIONES
A ante una supuración umbilical que no responde a antibioterapia, debemos considerar la existencia de una causa subyacente, generalmente un cierre incompleto del uraco.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** soplos cardíacos: prolapse mitral, defectos valvulares congénitos y adquiridos (arteriosclerosis, fiebre reumática), miocardiopatías congénitas y adquiridas (IAM, ICC, HTA de larga evolución), orificios anormales persistentes (defectos septales, conducto arterioso persistente), endocarditis, pericarditis, mixoma cardíaco; soplos extracardíacos; fistulas arteriovenosas.

**Juicio clínico:** malformación arteriovenosa paravertebral dorsal.

**CONCLUSIONES**

La paciente fue derivada a Cirugía Vascular para que se hiciera una valoración de su caso y se estudiera la actitud terapéutica que debía seguirse. Gracias a la auscultación del tórax, en un contexto en el que se esperaba que fuese normal, se oyó un soplo que posiblemente habría quedado enmascarado si se hubieran dado ruidos patológicos pulmonares. No se debe banalizar las patologías; es básico explorar de manera detallada y sistemática a los pacientes.

**SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Raya Collados D, García Caballos M, Cortés Molina M, Ramos Díaz F, Rodríguez Rivas T, Santos García A
CS La Chana, Granada. Andalucla
diraco76@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria y Urgencias (en un primer momento atención especializada, y control por Atención Primaria).

**PRESENTACIÓN**

El síndrome de Tako-Tsubo se da mayoritariamente en mujeres (> 80%) de edad avanzada (> 70 años). El cuadro se desencadena en casos de estrés físico o emocional/psicológico. Es importante diferenciar este cuadro del de IAM o de una crisis de ansiedad (representa una probabilidad de 0,5 y un 1% de las sospechas de IAM), puesto que las opciones terapéuticas no sólo son innecesarias sino también potencialmente peligrosas. Se trata de una patología de pronóstico benigno. Las alteraciones segmentarias de la contractilidad se recuperan en 2-3 semanas, tiempo en que también se normaliza la función ventricular.

**DESAÑIDEO**

**Diagnóstico diferencial:** IAM, crisis de ansiedad, síndrome de Tako-Tsubo.

**CONCLUSIONES**

El síndrome de Tako-Tsubo se da mayoritariamente en mujeres (> 80%) de edad avanzada (> 70 años). El cuadro se desencadena en casos de estrés físico o emocional/psicológico. Es importante diferenciar este cuadro del de IAM o de una crisis de ansiedad (representa una probabilidad de 0,5 y un 1% de las sospechas de IAM), puesto que las opciones terapéuticas no sólo son innecesarias sino también potencialmente peligrosas. Se trata de una patología de pronóstico benigno. Las alteraciones segmentarias de la contractilidad se recuperan en 2-3 semanas, tiempo en que también se normaliza la función ventricular.

**YO PIENSO EN DIABETES Y ¿TÚ?**

Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja). La Rioja
mbazan@riojasalud.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**


**Motivo de consulta:** acude por mal control de la DM.

**Antecedentes personales:** en 2007 sufre una pancreatitis por coleódo-litiasis con múltiples complicaciones, que debuta meses más tarde con una DM.

**Antecedentes familiares:** abuela y madre diabéticas.

Inician un tratamiento con dieta, ejercicio y metformina. Ante la falta de respuesta, asociamos insulina, pero la DM persiste, con cifras actualmente de HBAc1 de 11,8 g/dl.

**DESAÑIDEO**

Centrada en la DM, su médico de familia intenta, sin éxito, modificar los hábitos alimentarios de la paciente.

Ante esta situación, se reevalúa la historia de la paciente y se explora su cumplimiento terapéutico, los hábitos de vida y la situación personal, y se detecta que la paciente se alimenta exclusivamente de arroz, que ha perdido su empleo y tiene una economía precaria, que le impide mejorar su dieta y seguir las pautas indicadas.

Una vez detectado el problema, se consulta el caso con la trabajadora social, quien:
- Calcula el presupuesto del tratamiento.
- Solicita ayuda social de emergencia.
- Activa la búsqueda de trabajo.
- Trabaja la red de apoyo familiar.

**CONCLUSIONES**

El modelo biomédico olvida el salto a la esfera social del paciente. El abordaje bio-psico-social debe incluir, en la entrevista, preguntas que, simultáneamente a lo orgánico, exploren el contexto social del paciente y permitan adecuar la actitud terapéutica.
C-30
UNA DE ENFERMEDADES RARAS:
EL COMPLEJO DE CARNEY
Navarro González D, Beguiristain Reparaz A, Arñáez Solís R,
Huarte Labiano I
CS San Jorge. Pamplona (Navarra). Navarra
davidoslos@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: el síndrome de Carney es una enfermedad multi-
sistémica, de transmisión AD, caracterizada por la asociación de
múltiples neoplasias, que incluyen el mixoma de varias localiza-
ciones (cardiaco, cutáneo, mamario), manchas pigmentadas
cutáneas, hipercatividad endocrina (síndrome de Cushings, acro-
megalia), tumores testiculares y schwannomas.
Motivo de consulta: crisis convulsiva.
Antecedentes personales: en 1984, mixoma auricular izquierdo con
episodio de ictus embólico tumoral, epilepsia focal sintomática
secundaria al ictus embólico, en tratamiento con fenitoína y pre-
del seno maxilar derecho. Múltiples carcinomas basocelulares.
Enfermedad actual: mujer de 56 años que acude a Urgencias por
episodio de cinco crisis parciales en 2 h. Toma la medicación
del seno maxilar derecha. Múltiples carcinomas basocelulares.
Exploración física: facies acromegálica con prominencia mândi-
rular y macroglosia. AC: rítmica. SS I-II/VI. AP: normal. Cons-
ciente y orientada, lenguaje normal. Examen neurológico normal.
Pruebas complementarias: analítica: normal. ECG: R a 60 lpm.
La paciente ingresa en observación y no vuelve a presentar una
crisis. Ecocardiograma: masa redondeada de 16 × 15 mm suges-
tiva de recidiva de mixoma auricular izquierdo. Masa de 1 × 1 cm
sugestiva de un mixoma auricular derecho. RM cerebral; hallaz-
gos compatibles con macroadenoma hipofisario lateral izquierdo.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial:AIT, acromegalia, epilepsia refractaria.
Juicio clínico: complejo de Carney.

CONCLUSIONES
Los tumores cardiacos primarios constituyen una afección poco
frecuente. Entre de ellos, el mixoma cardiaco constituye la estir-
pe histológica más frecuente.
Lo interesante del caso es su rareza (150 casos hasta 1985),
y la posibilidad de diagnosticarlo ante la recidiva de un mixoma
cardio o en un paciente con lesiones cutáneas pigmentadas
(lentigines, nevus azules o efélides) y mixomas.

C-31
FIEBRE RECURRENTE
Gajate García A, Pinilla García D, Martín Pelayo S, Salado García T,
Repiso Gento I, Vicario Jiménez N
CS Artoye Eyrías. Valladolid. Castilla y León
peluzzi@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: varón de 22 años, estudiante, con fiebre de
origen desconocido.
Antecedentes personales: no tiene alergias medicamentosas
conocidas. Mononucleosis infecciosa en 2007. Sin tratamiento
actual.
Enfermedad actual: el paciente acude al centro de salud por tres
episodios de fiebre de 39 ºC, que comienzan por la noche y
ceden en horas con los antitérmicos. Entre los episodios febriles
transcurren 3 o 4 días, en los que el paciente permanece com-
pletamente asintomático. Los episodios se acompañan de odin-
ofagia y una adenopatía submaxilar no dolorosa. No presenta
síntomas urinarios, ni digestivos. No tiene hábitos tóxicos ni
mantiene relaciones sexuales de riesgo. Viajó hace 1 mes a
Extremadura a un campamento.
Exploración física: consciente, orientado, colaborador. PA:
125/80 mmHg; FC: 95 lpm; Tª: 39 ºC. Faringe levemente hipe-
rémica, sin exudados. Otoscopia normal. No hay signos de
meningitis. Adenopatía submaxilar no dolorosa. Auscultación
tóraxica normal. Abdomen normal. No existen alteraciones cutá-
neas.
Exploraciones complementarias: analítica: hemograma, VSG y
bioquímica: normales. Glucosa: 89; parámetros renales y hepá-
ticos normales; perfil lipídico normal. Lacticodehidrogenasa
hemática normal. Astaemoglobina, VNA, factor reumatoide:
normales. Neumonías atípicas; antígeno de Legionella y Nema-
co en orina: negativo. Serología VHB, VHC, VIH, CMV,
Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, sifilis y Brucella: nega-
tivo. Borrelia: IgM positivo. Sistématico de orina normal. Rx de

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: origen infeccioso, neoplásico o reumatoló-
ógico de una fiebre de origen desconocido.
Juicio clínico: fiebre recurrente por Borrelia.

CONCLUSIONES
Se debe discutir la posible etiología infecciosa, neoplásica o reu-
matológica de una fiebre de origen desconocido en un paciente
joven. Cabe resaltar la importancia de la anamnesis en la orienta-
tión diagnóstica del caso en Atención Primaria.

C-32
«DOCTORA, SE ME DUERMEN LOS PIES Y TROPIEZO FÁCILMENTE, ¿QUÉ ME ESTÁ PASANDO?»
Valencia Alvarado A, Fernández Terrón M
CS Pamplona-Pamplona. Álava. Navarra
avadrm@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 39 años que presenta desde hace 2 años sensación de
pesadez, adormecimiento y acroarriamiento de los pies, hasta los
tobillos, y dolor lumbar, junto a pérdida de peso de 7 kg. No ha
presentado fiebre, cefaleas, vómitos ni mareos. No recuerda
haber hecho un sobreesfuerzo físico.
Exploración física: IMC 18. Hiperpigmentación cutánea. Adeno-
patías rodaderas laterocervicales no dolorosas. ACP sin hallaz-
gos. Extremidades con atrofia de eminencia tenar en ambas
Manos, con pulsos conservados. Fueza en EEII de 5/5 proximal, 3/5 flexión dorsal y 4/5 flexión plantar de pies. ROT ½ en EESS y abolidos en inferiores. RCP indiferente bilateral.

La paciente es derivada a Urgencias e ingresa en Neurología para completar el estudio. Inicia un tratamiento con corticoides orales.

**Pruebas complementarias:** analítica: Hb 11,3; Hto 21,6; VCM 64; plaquetas 592.000; leucocitos 69700; coagulación, proteína grama, perfil lipídico, renal, hepático, Vit B12, fólico, lues y marcadores hepáticos: sin hallazgos. TSH 7,94; T4 14,1; ferritina 4.

Marcadores tumorales negativos. Rx de tórax, TC craneal y de tórax, y RM craneal y medular: sin hallazgos. TC abdominal: quiste hepático y en anejo izquierdo. Electromioneurograma: signos de polineuropatía demielinizante y afectación axonal secundaria de predominio en EEII.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

**Diagnóstico diferencial:** polineuropatía subaguda-crónica de origen axonal (tóxicos, diabetes, uremia, déficit de Vit B12, malabsorción) o desmielinizante (neuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, infecciosa, autoinmune, disproteinemia, paraneoplásica).


**CONCLUSIONES**

Tras el estudio inicial de las posibles causas de polineuropatía, el electrodiagnóstico clasificará finalmente el trastorno en axonal y/o desmielinizante. El tratamiento consiste en inmunoglobulinas.

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Limitaciones del proceso diagnóstico en pacientes que consultan sistemáticamente a través de PAC.

**Antecedentes personales:** HTA, fumador 20 cig/d desde los 18 años.

**Enfermedad actual:** varón de 66 años que acude en dos ocasiones al PAC por un cuadro cataral de 3 semanas de evolución con fiebre, cefalea y congestión nasal que no mejora a pesar del tratamiento con antitéticos y expectorantes. En los últimos días, ha aparecido una tos con escasa expectoración purulenta. Se remite al paciente a Urgencias para una valoración radiológica.

**Exploración física:** normotensos; Tª 38 °C; ACP: sin alteraciones; voz nasal; lagrimeos en el ojo derecho. Destaca durante la entrevista la conducta poco apropiada del paciente y su desinhibición.

**Pruebas complementarias:** analítica: leucocitosis con neutrófilos. Rx de tórax normal. TC craneal: masa paranasal bilateral de predominio derecho que invade la órbita y se extiende a los lóbulos frontales con un importante edema vasogénico.

**DIFÍCULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UN CASO DE PANICULITIS**


CS Calle Cuba. Vigo (Pontevedra). Galicia

maiteku_sabi@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Las paniculitis son un conjunto de enfermedades con una clínica similar, pero muy heterogéneas en su etiología y hallazgos histopatológicos. Hasta en un 60% puede demostrarse el agente etiológico.

**Motivo de consulta:** mujer de 32 años que presenta un cuadro de lesiones nodulares eritematosas en los EEII de 3 semanas de evolución, a lo que en las últimas 24 h se acompañan artralgias en los tobillos.

**Antecedentes personales:** obesidad, epilepsia, peritonitis por appendicitis (1988).

**Antecedentes familiares:** sin interés.

**Enfermedad actual:** paciente que acude a la consulta para presentar lesiones dolorosas en los EEII, que han aumentado en número y tamaño pese al tratamiento antiinflamatorio y al reposo que ha seguido. En las últimas 24 h se asocia inflamación y dolor en ambos tobillos. Refiere pérdida de peso.

**Exploración física:** subcrepitantes biaisiales. Abdomen anodino. Lesiones eritematovioláceas de entre 0,5 y 2 cm de diámetro, nodulares a la palpación, calientes. Signos inflamatorios en ambos tobillos. Antes sospecha de sarcomiosis aguda, se decide derivar a la paciente.

**DESA RRO LLÓ**


Juicio clínico: tuberculosis ganglionar.

**CONCLUSI O NES**

En este caso fue importante un buen diagnóstico diferencial del proceso subyacente a la paniculitis. El resultado de las pruebas complementarias, así como la buena respuesta al tratamiento antituberculoso, apoyan el diagnóstico final. Además, fue un caso que supuso un manejo complejo por la información que debía darse a la paciente (sospecha neoplásica tras la TC).

---

**D O L OR A B D OM INAL Y PRURITO**

Falcés De Andrés E, Fernández García A
CS Siete Infantes de Lara. Logroño (La Rioja). La Rioja efalcés@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Urgencias y atención especializada.

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 54 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y prurito de 24 h de evolución. Antecedentes personales y familiares: sin interés. Enfermedad actual: refiere una otitis media aguda en tratamiento con Augmentine® durante 7 días.

Exploración física: dolor en la palpación del hipocondrio derecho y Murphy positivo. Afibril.
Pruebas complementarias: analítica: GOT 257; GPT 779; bilirrubina sérica 2,7. Resto de la bioquímica y el hemograma: normales. ECG y ecografía abdominal: normales. Posteriormente, se realizan determinaciones analíticas de autoinmunidad y serología, que resultan normales.

**DESA R RO LLÓ**

Las hepatitis agudas son procesos anatómoclínicos que se caracterizan por la inflamación aguda con necrosis del parénquima hepático. Su etiología es multifactorial.

Diagnóstico diferencial: se plantea entre hepatitis de origen viral, alcohólico, autoinmunitaria, obstrucción de vía biliar, enfermedad de Wilson y, por último, hepatitis por fármacos.

Tras descartar una obstrucción, infección vírica o etiología autoinmune, y teniendo en cuenta que la paciente estuvo tomando Augmentine® durante 7 días por otitis media aguda, parece razonable pensar que nos encontramos ante una hepatitis colostática tóxica.

**CONCLUSI O NES**

La incidencia del daño hepático causado por fármacos se estima desde 1/10.000 hasta 1/100.000, aunque se han informado incidencias de hasta el 14/100.000. Los fármacos que con más probabilidad lo pueden causar son: amoxicilina-clavulánico, paracetamol, AINE, antidepresivos tricíclicos, antidiabéticos orales y amiodarona, entre otros. Es importante tener en cuenta estos fármacos a la hora de prescribirlos en pacientes con problemas hepáticos y pensar en ello cuando nos encontremos con perfil hepático alterado con o sin clínica.

---

**SUBOCLUSIÓN INTESTINAL RECIDIVANTE**

Rodríguez Garrocho A, Molí Molí Iniesta A, Falguera Vilamajo M, Quesada Almacellas A, Sarmiento Cruz M, Pena Arnaiz M
CAP Mollerussa. Mollerussa (Lleida). Cataluña povidon@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: dolor abdominal de 7 meses de evolución, intermitente con períodos asintomáticos.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento farmacológico. Cáncer de endometrio en el año 2005 tratado con histerectomía, doble ooforectomía y radioterapia. Actualmente, la paciente se encuentra libre de la enfermedad.

Enfermedad actual: mujer de 74 años que consulta en Atención Primaria por cuadros de dolor abdominal en mesogastrio e hipogastrio, de tipo cólico, acompañado de náuseas, vómitos postpandriales, distensión abdominal y alternancia de diarrea y estreñimiento. Refiere 7 meses con cuadros clínicos similares que se han autolimitado y que presentan períodos de intercrisis asintomáticos.

Actualmente está asintomática. En uno de los episodios anteriores acudió al hospital de otra ciudad, donde se le realizó una gastroscopia que la paciente informa como normal.

Exploración física: BEG, normohidratado, normocoloreado. Exploración cardiorrespiratoria, abdominal y neurológica anodinas.

**DESA RRO LLÓ**

Diagnóstico diferencial: adherencias posquirúrgicas; enteritis rácica, enfermedad inflamatoria, síndrome del colon irrigable.

Juicio clínico: ante los antecedentes quirúrgicos y radioterápicos, se sospecha de un cuadro de suboclusiones intestinales.

Se deriva a la paciente a Digestivo para realizarle una colonoscopia, que confirma la fijación de sigma. Una TC abdominal posterior revela el engrosamiento y la hipercaptación de la pared y el aplastamiento de las asas en la hemipelvis izquierda, compatible con enteritis rácica.

**CONCLUSI O NES**

La enteritis rácica o peritonitis plástica es una entidad que debe tenerse en cuenta en pacientes que han recibido radioterapia a nivel abdominal. Existen dos formas, la aguda y la crónica, siendo el caso presentado un ejemplo de enteritis rácica crónica, que afecta al 5-15% de los pacientes irradiados. El tratamiento es quirúrgico.
CASOS CLÍNICOS

ALGO MÁS QUE UNA PSORIASIS
Fernández López F, García Reina M, Salguero Bodes I, Martín Rodrigo J, Martín Pérez A
CS La Paz. Badajoz. Extremadura
javimmal77@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN
Varón de 61 años, hipertenso, dislipémico, con psoriasis de años de evolución y dos episodios de artritis de etiología psoriásica. Acude a la consulta por ojorojo, dolor ocular, fotofobia y visión borrosa de 24 h de evolución. En la exploración presenta inyección ciliar y conjuntival del ojo izquierdo, con leve edema palpebral y reflejo pupilar enlentecido con tendencia a la miosis comparando con el ojo contralateral. Se realiza una tinción con fluoresceína y se evidencia imagen de captación de punteado corneal.

DESARROLLO
El diagnóstico diferencial se realizó sobre la patología de ojo rojo: hipofagisma, conjuntivitis, queratitis, uveitis anterior y glaucoma agudo.

Por las características exploratorias del ojo rojo, con dolor ocular, tendencia a la miosis y visión borrosa, se optó por derivar al paciente a urgencias de Oftalmología, ya que se sospechaba que presentaba uveitis anterior aguda.

CONCLUSIONES
El dolor ocular agudo es una afección frecuente en nuestro medio y motivo importante de consulta para el médico de familia. Una de las causas más comunes de dolor ocular es la uveitis, segunda causa de ojo doloroso después del glaucoma agudo.

De los tipos de uveitis, la que origina un dolor más intenso, relevante e incapacitante es la uveitis anterior aguda, por lo que saber reconocerla, conocer su etiología, diagnóstico y tratamiento resulta esencial para que la atención médica sea la adecuada, como en el caso de este paciente en relación con la psoriasis.
PRESENTACIÓN
Los cuadros depresivos constituyen un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Es importante realizar una adecuada valoración de estos cuadros, puesto que pueden enmascarar procesos orgánicos subyacentes.

Motive de consulta: mujer de 59 años, HTA, diagnosticada recientemente de depresión que consulta por cuadro de 1 mes de evolución de tristeza, astenia, anorexia y pérdida de 10 kg de peso. Además, refiere un cambio de hábito intestinal y ahora padece un estreñimiento persistente.

Exploración física: anodina.

Pruebas complementarias: analítica: Ca: 12,8, como único hallazgo. Colonoscopia: no se encuentran hallazgos patológicos. Se amplía el estudio: hormonas tiroideas normales, proteinograma normal, pero PTH de 621. Eco cervical: en la glándula tiroidea se observa un aumento de tamaño con múltiples nódulos. Se identifica un nódulo hipoecoico homogéneo que sugiere como primera posibilidad un aumento de tamaño de las glándulas paratiroides.

Derivamos a la paciente a la Unidad de Pluripatología del hospital para completar el estudio. Se solicita una gammagrafía nuclear con MIBI: depósito residual patológico a nivel del polo superior del lóbulo tiroideo izquierdo. Con el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y bocio multinodular se deriva a la paciente a Cirugía, donde se le realiza una tiroidectomía total con adenectomía, lo que conlleva una clara mejoría de los síntomas depresivos.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: depresión, hiperparatiroidismo, síndrome constitucional secundario a patología tumoral.

Juicio clínico: hiperparatiroidismo primario.

CONCLUSIONES
Ante todo paciente que consulte por síntomas depresivos debemos realizar un control de calcemia de forma habitual debido a la relación que existe entre el hiperparatiroidismo y los mencionados síntomas.

Sería recomendable incluir la calcemia en los autoanalizados automáticos de Atención Primaria.

Pruebas complementarias: analítica completa; hipopotasemia, resto normal. RM craneal: hiperintensidad en tálamo medial, sustancia gris periacueductal, cuerpos mamilares, tegumento mesencefálico.

UNOS “ACÚFENOS” UN POCO ESPECIALES

Sartolo Romeo M, Jaraba Becerril C, Aldea Molina E, Espuis Albas L, Saenz Lafuente L, Suárez Bonel M
Hospital Lozano Blesa. Zaragoza. Aragón
maitefonom@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 75 años que es remitida a Urgencias por su médico de familia para que se valoren los acúfenos.

Antecedentes personales: diabetes no insulinodependiente, depresión, HTA e hipoacusia bilateral secundaria a fármacos desde hace 40 años.

Enfermedad actual: en los últimos 15 días, de manera intermitente, escucha voces desconocidas de predominio en el oído izquierdo. La paciente hace una crítica sobre la irrealidad de éstas.


Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y sedimento urinario: con valores dentro de la normalidad. Rx de tórax: sin hallazgos.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: en colaboración con el psiquiatra de guardia: delirium, depresión mayor con síntomas psicóticos, demencia.

Juicio clínico: síndrome de Charles Bonnet auditivo.

CONCLUSIONES
Los pacientes con síndrome de Charles Bonnet se caracterizan por presentar alucinaciones visuales o, con menos frecuencia, auditivas. Se considera que la causa es la depresión sensorial, ya que éstas aparecen en personas con déficit visual o auditivo adquirido. Las alucinaciones auditivas pueden ser de tipo musical o, como en este caso, de voces. El enfermo es consciente...
de la irrealtad de estas, y sin embargo su persistencia puede provocar ansiedad. El tratamiento se fundamenta en la psicoeducación, explicando al paciente la benignidad del cuadro y su etiología. El tratamiento farmacológico con benzodiacepinas, antiepilépticos o antipsicóticos es poco efectivo.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

P-06
ANÁLISIS DE LA INDICACIÓN DE DENSITOMETRÍA ÓSEA SEGÚN DIFERENTES ESCALAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Díaz Mayan M, De Santiago González C, Pérez Martín A, López Lanza J, Rodríguez Pellín E, López Douel M
GAP2 Torrelavega. Torrelavega (Cantabria). Cantabria
cakidesantiago@hotmail.com

OBJETIVOS
Analizar si está indicada la realización de una densitometría ósea para el estudio de osteoporosis según diferentes escalas basadas en factores de riesgo en la población que acude a una consulta de Atención Primaria.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio de corte transversal.
Material y métodos: se han aplicado los criterios de indicación de densitometría (DEXA) de la OMS, del Comité Internacional de Guías Clínicas en Osteoporosis (CIGCO), de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (AETM), de National Osteoporosis Foundation (NOF), Age Body Size No Estrogen (ABONE) y Osteoporosis Index of Risk (OSIRIS).

RESULTADOS
Si se aplican los criterios de la OMS, la DEXA estaría indicada en el 19,2% de los pacientes, con una media de factores de riesgo de 0,21 ± 0,4; con los criterios CIGCO, en el 70,5%, con una media de 1,01 ± 0,8; con los criterios AETM, en el 18,5%, con una media de factores de riesgo elevados de 0,5 ± 0,6 y 1,32 ± 1,1 moderados; con NOF, en el 67,1%, con media de factores de riesgo de 0,82 ± 0,7; con ABONE, en el 61,6%, con una media de factores de 0,9 ± 0,6 y con OSIRIS, en el 53,4%.

CONCLUSIONES
Existen muchas variabilidades en la indicación de la DEXA según los diferentes criterios aplicados: los de CIGCO son los que incluyen más candidatos, mientras que los de la OMS y AETM son los más selectivos. La edad y el sexo femenino son los factores de riesgo presentados más frecuentes.

P-07
RIESGO Cardiovascular en mujeres tomadoras de estatinas en prevención primaria
Pampin Gutiérrez N, Goenaga López de Munain A, Pacho Beristain M, Amondarain Ibarrañen N, Cabañas Goikoaetxea A, Pérez Izurza I
CS de Billabona. Guipúzcoa. País Vasco
amaia.goenagalopezdemunain@osakidetza.net

OBJETIVOS
Analizar el riesgo cardiovascular (RCV) de las mujeres a las que se les prescribió una estatina en los 2 años previos al estudio.

DISEÑO
Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo.
Ámbito del estudio: dos unidades de Atención Primaria (UAP).
Sujetos: mujeres adscritas a estas UAP a las que se les prescribió de nuevo una estatina como PP (N = 146).
Material y métodos: a través de la historia clínica informatizada se ha recogido de forma retrospectiva la edad y el nivel de colesterol HDL, colesterol LDL, colesterol total, triglicéridos, PA y tabaquismo previo al inicio del tratamiento con estatinas.

RESULTADOS
Presentaban un RCV bajo: según REGICOR (< 10%) el 99%, según Framingham (<20%) el 99%, y según SCORE (< 5%) el 90%.

CONCLUSIONES
En estas dos UAP la prescripción de estatina en PP se está haciendo en mujeres con un RCV bajo.

P-08
¿Nos sirve la cifra de presión arterial de la consulta para el control de pacientes diabéticos hipertensos?
Martín Rodrigo J, García Reina M, Salguero Bodes I, Fernández López F, García Cáceres M, Díez Herranz S
CS La Paz. Badajoz. Extremadura
jluis_es@hotmail.com

OBJETIVOS
Determinar el grado de correlación existente entre las cifras de la PA en consulta y del MAPA en pacientes diabéticos hipertensos.

DISEÑO
Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.
Sujetos: pacientes diabéticos hipertensos de más de 10 años de evolución, derivados para control de la PA en la consulta de MAPA.
Material y métodos: se estudian pacientes diabéticos e hipertensos de un cupo de Medicina de Familia a los cuales se les ha realizado una toma de la PA en la consulta y posteriormente un MAPA de 48 h en el último año. Se considera mal control cifras superiores a 140/90 mmHg para la PA en la consulta y superiores a 135/85 mmHg para MAPA en presiones diurnas.

RESULTADOS
Muestra de 50 sujetos con distribución similar entre sexos y con una media de edad de 65,2 ± 5 años.
Se realiza un análisis estadístico con tablas de contingencia $2 \times 2$ y se obtiene, según cifras de la consulta, treinta pacientes con mal control de PA (62%), cifra que se reduce a nueve pacientes (17%) analizando las cifras del MAPA.

CONCLUSIONES

Si para el diagnóstico/control de los casos de HTA sólo utilizáramos la metodología tradicional, se obtendría un sobrediagnóstico de hipertensos, ya que en un 45% de los casos no se confirmarían al realizarse un MAPA. Por ello, lo que se propone es no tomar la PA en la consulta tradicional para control o diagnóstico de la HTA en pacientes diabéticos y valorar el uso de AMPA previo a la realización de un MAPA.

P-09

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE HEPATITIS A DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Valencia Álvarez A, Fernández Terrón M, Baena Martín J
CS Palma-Palmilla, Málaga, Andalucía
avadm@hotmail.com

OBJETIVOS

Describir los casos de hepatitis A y sus características epidemiológicas, así como las medidas de control dispuestas, en un centro de salud urbano, en el contexto de un brote detectado en el distrito sanitario al que pertenece dicha zona básica de salud.

DISEÑO

Tipo de estudio: epidemiológico descriptivo.

Ámbito del estudio: centro de salud urbano en una zona considerada de transformación social.

Sujetos: se incluyen todos los casos de hepatitis A detectados entre enero 2006 y enero 2008.

Material y métodos: se realizó una detección prospectiva de casos, revisando notificaciones de enfermedades de declaración obligatoria. Se rellenó una encuesta epidemiológica con las siguientes variables: edad, sexo, trabajo/colegio, lugar habitual de comida, lugar de residencia, inicio de síntomas, sintomatología, positividad a IgM frente a VHA, antecedentes de contacto y número de convivientes.

Análisis:

Mediciones e intervenciones: se calcularon la media y el rango de edad, la curva epidémica, los casos expuestos a factores de riesgo y la incidencia acumulada en la población general.

Análisis: pruebas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se detectaron 20 casos de hepatitis A, con una media de edad de 11,25 años (rango, 2-28 años). El 100% de los casos se confirmaron con IgM del virus de la hepatitis A (20/20). La incidencia acumulada en la población de la zona básica fue de 0,09% (20/20378). La curva epidémica fue congruente con una transmisión persona a persona. Se administró la Ig (inmunoglobulina) al 97% de los convivientes.

CONCLUSIONES

La hepatitis A es un problema de salud pública. Nos encontramos ante un brote comunitario (índice epidémico > 1), con transmisión de persona a persona, en ausencia de una fuente ambiental común.

P-10

TBC Y QUINOLONAS

Farran Torres N, Madrid Valls M, Falguera Sacrest M, Villalba Tost L, Soler Elcacho C, Sarmiento Cruz M
ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña
fures79@hotmail.com

OBJETIVOS

– Analizar la toxicidad global del tratamiento con quinolonas en una población de tuberculosos.
– Describir la toxicidad articular secundaria al uso prolongado de quinolonas en adultos tuberculosos.

DISEÑO

Tipo de estudio: retrospectivo.

Ámbito del estudio: caso-control realizado en la consulta de TBC de un centro hospitalario entre enero 1996 y junio 2007.

Material y métodos: se recogió información de todos los enfermos tratados con quinolonas y se seleccionó como grupo control un paciente aleatorio de la misma edad y sexo. Se comparó la toxicidad medicamentososa que presentaron los pacientes según la historia clínica.

Análisis: análisis univariante (chi-cuadrado o test de Fisher para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas); análisis multivariante para variables asociadas a toxicidad articular, según regresión logística múltiple.

RESULTADOS

Se estudió una población total de 100 enfermos: 50 tratados con quinolonas y 50 que no las habían tomado. El análisis univariante detectó diferencias significativas: antecedentes personales de TBC ($p = 0,070$), localización pleural ($p = 0,009$), haber tomado etambutol ($p < 0,001$), estreptomicina ($p < 0,001$) o fármacos de segunda línea ($p = 0,001$), duración del tratamiento > 9 meses ($p < 0,001$) se asociaron al tratamiento con quinolonas. Los efectos secundarios articulares resultaron más frecuentes entre los tratados con quinolonas, aunque no fue estadísticamente significativo ($p = 0,057$). El estudio multivariante, variable dependiente de la toxicidad articular, identificó el tratamiento con quinolonas ($p = 0,040$) y la duración del tratamiento > 9 meses ($p = 0,057$) significativamente asociadas.

CONCLUSIONES

El tratamiento prolongado con quinolonas presenta mayor riesgo de efectos secundarios articulares.

La toxicidad articular se manifiesta como poliartralgias sin artritis, preferentemente en grandes articulaciones. Puede mantenerse el fármaco, aunque requiere un tratamiento sintomático.

P-11

PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Manzano Carmona R, Miguel Llamas F, García Caro A, Abaurrea Ortiz P
CS San Fernando, UD de MFyC de Badajoz. Badajoz. Extremadura
fernando.migueia@gmail.com

OBJETIVOS

Conocer la prescripción de la anticoncepción de emergencia (AE) por parte de médicos de familia de un área de salud (AS) durante el año 2008.
DISEÑO
Tipo de estudio: descriptivo cualitativo.
Ámbito del estudio: 17 centros de salud del AS.
Sujetos: 102 de 198 médicos de familia con actividad asistencial.
Material y métodos: cuestionario de elaboración propia, con 16 preguntas cerradas (respuesta múltiple), enviado por correo dos veces.
Mediciones e intervenciones: prescripción, ámbito de trabajo, edad, sexo, motivo de la no prescripción, edad, años trabajados, actitud si se trata de una menor, etc.
Análisis: estadística descriptiva de variables y analítica con las pruebas de chi-cuadrado y t de Student, usando programa SPSS v.12.

RESULTADOS
Tasa de respuestas del 52%. El 55% son varones y el 45% mujeres, con 48,96 ± 6,35 años y 20,42 ± 7,03 años de profesión, respectivamente. De los médicos de familia, el 34% pertenece a un centro de salud docente y el 65%, a uno no docente. El 75% han prescrito AE en últimos 6 meses, con el 71% entre 0-5 demandas, el 24% de 6-10 demandas. Edades más demandantes: 17-18 años, el 34,9%; 19-21, el 24,4%; 14-16, el 20,9%. Los no prescriptores (25%) derivan a planificación familiar (COPF) (13%). La actitud del médico de familia si la demandante es menor es: el 50% prescriben si > 16 años; el 23% si > 13 años y madura; 4% no (por motivos legales); 5% avisan a los padres; resto otros. El 43% de los médicos niegan tener formación específica y el 60% sienten la necesidad de formarse. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexo, edad, años trabajados y ámbito con la prescripción.

CONCLUSIONES
La mayoría de los médicos de familia del AS prescriben AE a los demandantes a 13 años, o mayores si son maduras, y a las mayores de 16 años. Los no prescriptores derivan a las demandantes a COPF. Los médicos de familia sienten la necesidad de una mayor formación. La mayoría de las demandantes son mayores de 16 años.

P-12
INFLUENCIA DEL MEDIO DE PROCEDENCIA EN LA EDAD DEL PACIENTE SOMETIDO A UNA BIOPSIA DIAGNÓSTICA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA
Reinoso Hermida S, Díaz Grávalos G CS de O Carballiño. Ourense. Galicia santiago.reinoso@sergas.es

OBJETIVOS
Valorar si existe relación entre la edad del paciente en el momento de la biopsia diagnóstica y el medio de procedencia (rural/urbano) del paciente afectado de cáncer de próstata.

DISEÑO
Ámbito del estudio: atención hospitalaria.
Sujetos: la totalidad de los pacientes con sospecha de cáncer de próstata a los que se les realizó una biopsia en el hospital de referencia del Servicio de Salud de la provincia entre enero de 1993 y diciembre de 2006.
seguida de Cardiología, con un 7,9% (1.º: 5,9%; 4.º: 10,6% y 6.º: 6,9%). La última opción sería MFyC, con un 8,6% (1.º: Medicina Legal 12,8%; 4.º: MFyC 11,6% y 6.º: Anatomía Patológica 11,5%).

La MFyC en 6.º constituye el 3,4% de las elecciones, igual que resto de las especialidades médicas, excepto Cardiología y Pediatría.

El conocimiento de MFyC se debe a: 44,8% amigos/familiares; 35,2% prácticas; 10,4% asignatura MFyC; 9,6% otras (su MF, TV, etc.).

Funciones/valores del MFyC según estudiantes: paciencia, cercanía, conocimiento general.

CONCLUSIONES
El conocimiento de MFyC varía según ciclo, primero por familiares/amigos y segundo, prácticas.

Los estudiantes prefieren trabajar en la ciudad y en un hospital; posiblemente tienen poco contacto con el medio extrahospitalario durante carrera.

La MFyC no es una de las especialidades más demandadas, aunque está ascendiendo en los últimos cursos.
CASOS CLÍNICOS

P-14

LA CONSULTA DE UNA CARNICERA
Salguero Bodes I, Martín Rodrigo J, Fernández Núñez J, García Reina M, Fernández López F, Martín Pérez Á
CS La Paz. Badajoz. Extremadura
idsbodes@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Mujer de 28 años, de profesión carnicera, que acude por segunda vez a la consulta por una gonalgia sin traumatismo previo de 1 mes de evolución que no responde de forma eficaz al reposo ni a los antiinflamatorios o a los baños de contraste frío-calor.


Exploración física: llama la atención el aumento de temperatura en la rodilla derecha comparada con la izquierda, con cajones y cepillos normales. La paciente muestra incapacidad para la flexo-extensión forzada, dolor a la palpación de la línea interarticular interna, consignos meniscales negativos.

Pruebas complementarias:
- Analítica: valores dentro de la normalidad.
- RX de rodillas bilaterales: microcalcificaciones dispersas y muy numerosas de 1 o 2 mm de longitud. Se adjunta una radiografía muy ilustrativa.

DESARROLLO
Según la evidencia radiológica, se considera como primera posibilidad etiológica que la paciente sufra una cisticercosis localizada en la rodilla. Tras recibir un tratamiento con albendazol como cestocida, la paciente, que continúa en casa con un tratamiento con antiinflamatorios, mejora a los 10 días.

CONCLUSIONES
En España, en la actualidad se está dando de nuevo un aumento de los casos de cisticercosis, con una mayor incidencia en personas dedicadas a la manipulación de alimentos cárnicos (la forma larvaria puede parasitar tanto al humano como al cerdo como hospedadores intermediarios) y en inmigrantes.

P-15

PUSTULOSIS POR AMOXICILINA
Fernández Martínez C, Arancibia Freixa I, Oliva Maza E, Sala García A
CAP Terrassa Est. Terrassa (Barcelona). Cataluña
40526cfm@comb.cat

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.

PRESENTACIÓN
Varón de 16 años consulta por lesiones pustulosas en el tronco y en las EEII.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril (20 mg); ICC en tratamiento con furosemida (40 mg/24 h); insuficiencia venosa crónica; bronquitis aguda en tratamiento desde hace 3 días con amoxicilina-clavulánico.

Enfermedad actual: presenta un eritema generalizado morbiliforme sobre el cual se asientan numerosas pústulas de 2 a 3 mm de diámetro.

Exploración física: normotenso y con Tª 38,2 ºC.

Pruebas complementarias:
- Analítica: leucocitosis con neutrófilia;
- Bioquímica normal; RX de tórax normal; sedimentación urinaria normal; cultivos bacteriológicos y micológicos de las pústulas negativos.

Diagnostico diferencial: a nivel cutáneo, debemos considerar varias causas: la primera de ellas, una toxicodermia por fármacos. También es preciso descartar una candidiasis generalizada, así como pustulosis subcárnnea, exantema vírico, psoriasis pustulosa, pustulosis aguda generalizada postestreptocócica o pustulosis aguda exantemática generalizada.

Juicio clínico: es importante realizar una completa anamnesis, que deberá incluir el examen de los nuevos fármacos que el paciente toma, así como cuadros virales previos y una descripción y un estudio de las lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES
Tras ser derivado al servicio de Dermatología, al paciente se le realizó una biopsia de una de las lesiones, que mostró una pústula subcórnea con infiltrado perivascular eosinofilico. Se le retiró la amoxicilina, lo que dio lugar a una remisión completa de la afectación cutánea y a la mejoría de su estado general. Se diagnosticó pustulosis aguda exantemática generalizada por amoxicilina, una enfermedad cuya etiopatogenia se basa en la activación de linfocitos T fármao-específicos que captan neutrófilos, lo que produce la aparición de pústulas como mecanismo inflamatorio. Se trata de una entidad de inicio agudo, entre 2-18 días. El tratamiento se basa en retirar el fármaco y evitarlo. Si la afectación es importante, se puede administrar prednisona a 0,5-1 mg/d hasta que remitan las lesiones.
Pruebas complementarias: Hb: 10,3; Hto: 30,2; VCM: 77,4; TSH y T4 normales; IgA 5,37 (0,47-2,49); Ca, P y Vit D normales; DMO L2-L4 Z-Score -2,98; anticuerpos antigliadina, antitransglutaminasa y antiendomisio positivos. Biopsia intestinal: atrofa villoesitoria con incremento de linfocitos intravillorreticos. Estudio genetico: HLA-DQ2-DQ8 positivo.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: enfermedades óseas (infecciosas, neoplasias, displasias) y enfermedades que provocan malnutrición o malabsorción intestinal.

Juicio clínico: fractura patológica en un paciente joven que se produce sin traumatismo o por un traumatismo mínimo. La resistencia del hueso está disminuida debido a un proceso patológico predisponente a sufrir una fractura. Resulta frecuente en procesos que se acompañan de osteoporosis, lesiones quísticas, tumores osteolíticos o displasias.

**CONCLUSIONES**

Se trata de una osteoporosis secundaria a una celiachia. La celiachia es una intolerancia permanente al gluten (trigo, cebada, centeno y triticale) que puede manifestarse a cualquier edad en individuos genética amen predispostos. Clínicamente abarca desde la ausencia de síntomas hasta un cuadro de déficit nutricional. El diagnóstico se establece mediante pruebas serológicas, aunque la prueba gold standard sigue siendo la biopsia intestinal con histología típica. El tratamiento debe basarse en una dieta sin gluten. La causa más frecuente de falta de respuesta es el incumplimiento de la dieta.

**PRESENTACIÓN**

Juanos Lanuza M, Muñoz Mora A, Vila Pulijet I, Astais Bota M, Mari López A

Mjlanuoz1@telefonica.net

**ÁMBITO DEL CASO**

Mjox.

**PRESENTACIÓN**

Mjoto de consulta: cefalea.

Antecedentes personales: fumador de 1 paquete/día, etilismo leve, ansiedad.

Enfermedad actual: varón de 38 años que consulta a su médico por presentar cefalea holocranial de 5 días de evolución, que empeora con la bipedestación y no se calma con los analgésicos habituales.


Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica: normales; TC craneal normal; punción lumbar: presión de salida disminuida (resto normal); RM normal; cisternografía isotópica con múltiples fugas a nivel dorsal y bilateral.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: cefalea tensional, migraña, tumor cerebral, meningoencefalitis, neumogástrica, afectación oftálmica o ORL.

Juicio clínico: síndrome de hipotensión líquida Secundaria a múltiples fugas dorsales de LCR de carácter idiopático.

**CONCLUSIONES**

Paciente al que, debido a la mala evolución y la ausencia de respuesta al tratamiento habitual, se deriva a Urgencias hospitalarias para hacerle unas pruebas complementarias. Al salir éstas negativas, se solicita la valoración de su caso al servicio de Neurología, que concluye un diagnóstico.

Por tanto, ante una cefalea variable en intensidad con los cambios posturales que no cede con analgesia, debe considerarse un tratamiento que consiste en mantener al paciente en decúbito supino y administrarle cafeína en comprimidos cada 8 h. La duración del tratamiento depende de cada caso, por lo que no se puede establecer una media.

**P-18**

¿PUEDE QUEDAR ME TRANQUILO?

Buela Castell M, Haro Iniesta L, Arias Moliz M, De la Fuente Gelabert S, Mendizabal Condón I, Sellanes Gómez N

EAP El Clot. Barcelona. Cataluña

marla_buela_castell@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto (Atención Primaria y asistencia especializada).

**PRESENTACIÓN**

La neoplasia prostática es el tumor más común en varones, si se excluyen los carcinomas de piel.

Motivo de consulta: varón de 74 años con tos y edemas en las piernas, que consulta al médico por cansancio, anhedonia, tristeza y pérdida de 5 kg en 2 meses.


Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración física: consciente y orientado, palidez cutáneo-mucosa. PA: 115/67 mmHg; FC: 71 lpm; FR: 25; SatO2: 97 %. En la exploración destacan crepitan tes bipasales, hepatomegalia leve, dolorosa y edemas con fóvea en ambos pies. El resto es normal.

Pruebas complementarias: analítica: anemia moderada (Hb: 9,7 g/dl; VCM: 95; Hto: 28%); con elevación de la FA (2045 U/L) y del PSA (163 µg/L). Rx de tórax y ECG: normales.

**DESARROLLO**

Por un lado, el paciente presenta una clínica compatible con ICC, junto con un cuadro constitucional, ambos de etiología no filiada. Dentro del diagnóstico diferencial también cabe considerar el TEP y la neoplasia oculta, así como valorar la esfera anímica para descartar un probable trastorno depresivo asociado.

Basándonos en la clínica y los resultados obtenidos, derivamos urgentemente al paciente al servicio de Urología para completar el estudio, pues existe la sospecha de que padece una neoplasia prostática y metástasis óseas.

Al mes, el paciente inicia una clínica miccional. Finalmente, la biopsia prostática y la gammagrafía ósea confirman el diagnóstico de adenocarcinoma prostático con metástasis pélvicas, por lo que se inicia hormonoterapia, que tiene una evolución satisfactoria. Actualmente, el paciente tiene el PSA 0,4 y las gammagramas de control son negativas.
CONCLUSIONES
El cáncer prostático puede mantenerse asintomático durante mucho tiempo, lo que dificulta el diagnóstico, pero siempre hay que descartarlo en varones mayores de 50 años con un cuadro constitucional no filiado. La resección transuretral mejora la clínica, pero no exime de desarrollar esta patología.

P-19
EL TUMOR ENDOCRINO PANCREÁTICO DE ORIGEN INSULAR COMO CAUSA DE HIPoglUCEMIA SINTOMÁTICA
Lamagrande Obregón A, Vallejo Tabarés E, Demetrio Pablo R, González Novoa V, Casanova D
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). Cantabria

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: la hipoglucemia de origen hiperinsulinico se caracteriza por síntomas como debilidad, mareos, pérdida de conciencia, convulsiones, etc. La causa más frecuente es la existencia de un tumor pancreatico productor de insulina.

Motivo de consulta: paciente de 31 años, sin antecedentes médicos quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos, consulta por un episodio de amnesia global transitoria con alteraciones en la marcha, hiperhidrosis, conducta ilógica y visión borrosa.

Exploración física: confusión y somnolencia, sin otros hallazgos de interés. Se detecta una glucemia capilar de 33 mg/dl, por lo que se deriva al paciente al servicio de Urgencias.

Pruebas complementarias:

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Aumento del hígado y los ganglios linfáticos.

ECOGRAFÍA TÓRAX: Sin alteraciones.

PRUEBA DE AYUNO: La glucemia capilar es de 34 mg/dl, insulina de 5,8 y péptido C de 1,8. La ecografía abdominal y TC abdominal.

CONCLUSIONES
Es preciso descartar el tumor endocrino en pacientes con síntomas de hipoglucemia.

P-20
«DOCTORA, TENG0 FIEBRE Y UN BULTO EN EL CUELLO»
Miranda Arto P, Pardo VillanuevT, Espuis Albás L, Esteban Villacampa A, Montesa Lou C, Martínez-Raposo Piedrafita C
CS Valdefierro. Zaragoza. Aragón

P-21
PARASITOS DELUSORIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO
Argüelles Vázquez R, Molero Alfonso C, Boronat Moreiro J, Oliva Fariña B
CS de Calvià. Palma de Mallorca. Illes Balears

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: fiebre, adenopatías y bulto.

Antecedentes personales: HTA, fibrilación auricular crónica y síndrome depresivo.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración física: sin datos de interés.

Se realizó un estudio de heces para parásitos y coprocultivo, en el que se detectó la presencia de Dientamoeba fragilis, por lo que se instauró un tratamiento con metronidazol. El posterior control de heces fue negativo. Sin embargo, la paciente seguía...
refiriendo la existencia de «unos animales parecidos a mosquitos grandes que salían con las heces y llenaban la casa». Fue derivada a Psiquiatría e inició un tratamiento antiinflamatorio. Se solicitó también una interconsulta con Neurología, que realizó una RM (normal) y se diagnosticó que la paciente padecía deterioro cognitivo leve. La paciente seguía refiriendo la presencia de esos “mosquitos”. Se decidió administrar risperidona, con lo que desaparecieron los síntomas.

**DESARROLLO**

Ante este cuadro clínico, deben descartarse patologías psiquiátricas como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, condiciones neurológicas como demencia (una de las más frecuentes), infecciones, deficiencias vitamínicas, así como secundaria a medicamentos.

**Juicio clínico:** parasitosis delusoria.

**CONCLUSIONES**

La delusión se define como una falsa creencia. La delusión para-sitaria es un cuadro clínico en el que el paciente se encuentra firmemente convencido de estar infectado por parásitos u otros organismos. Se han descrito tres formas: primaria, secundaria a patología psiquiátrica o asociada a una condición médica subyacente, como abuso de sustancias o medicamentos. Es más común en mujeres mayores de 50 años. Tiene un comienzo insidioso de meses o años.

El tratamiento de elección es un antipsicótico, siendo el pimozide y las risperidona los más usados.

---

**P-22**

**DISPLASIA FIBROMUSCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA MUJER DE 15 AÑOS**


CS de Condado de Treviño. Burgos. Castilla y León
elichi@elh@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

La displasia fibromuscular (DFM) es una enfermedad vascular infrecuente (1% necropsias) de etiología desconocida. Afecta a arterias de pequeño y mediano calibre, fundamentalmente las renales y las cervicocranales, y en especial la arteria carótida interna (95%), de manera que en dichas arterias se detectan cambios histológicos heterogéneos en la pared vascular que originan un estrechamiento arterial. La clínica es variable y depende del vaso afectado: HTA (arterias renales), accidente cerebrovascular (arterias cardíacas), etc.

**Motivo de consulta:** una paciente de 15 años refiere cefalea parietal de 2 días de evolución, mareo e inestabilidad.

**Antecedentes personales:** cefaleas leves.

**Antecedentes familiares:** sin interés.

**Exploración física:** examen neurológico: inicialmente normal, horas más tarde continúa la sintomatología y se observa hipohipoestesia izquierda. Se deriva a la paciente al hospital.

**Pruebas complementarias:** analítica: normal. RM: se observan múltiples ACV isquémicos. La angiografía y angiorenosonancia muestra estenosis en segmento P1 de arterias cerebrales posteriores, aneurisma en segmento V2 distal y mínima dilatación de arteria vertebral en segmento P2 contralateral y estenosis en arteria carótida interna derecha sugestivas de DFM.

La paciente es dada de alta con tratamiento antiagregante y no presenta secuelas. Meses más tarde, se produce un nuevo episodio con pérdida de conciencia, hemiparesia izquierda y disartria que precisan rehabilitación. Actualmente, la paciente ya se ha recuperado.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** arteriosclerosis, arteritis de Takayasu, angiitis granulomatosa, disección arterial, arteriopatía medial segmentaria.

**Juicio clínico:** displasia fibromuscular.

**CONCLUSIONES**

La DFM puede ser asintomática. La presentación habitual es el ictus isquémico, tromboembolismos arteriales o ruptura de aneurisma intracraneal.

La inexistencia de síntomas específicos y la necesidad de realizar estudios complejos para detectarla dificultan su abordaje. Puede sospecharse DFM en jóvenes cuando éstos presentan alteraciones neurológicas.

La angiografía y el estudio histológico, cuando procede, determinan el diagnóstico.

La prevención se centra en controlar los factores de riesgo: HTA, FA, tabaquismo, sistemas anticonceptivos.

El tratamiento es individualizado según la etiopatogenia, la localización y el pronóstico natural de la DFM, y puede ser desde farmacológico (antiagregación o anticoagulación en déficit neurológicos o aneurismas) hasta quirúrgico (endarterectomía, stent).

---

**P-23**

**EL RETORNO DE LA GRAN IMITADORA**

López Doueil M, Cañizal Casuso M, Demetrio Pablo R, De Santiago González C

GAP 1 Santander Laredo, CS Cañizo. Santander (Cantabria). Cantabria
cakidesantiago@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria, Dermatología y urgencias hospitalarias.

**PRESENTACIÓN**

Varón de 35 años derivado por su médico de Atención Primaria a la consulta de Dermatología por erupción cutánea eritematosquamosa. Técnica no presenta historia personal de interés.

El paciente refiere erupción cutánea eritematosquamosa y prurito desde hace 2 meses. Se presenta con una erupción generalizada con lesiones pruriginosas y desquamosas de localización en la cara, tronco y extremidades inferiores.

Se solicita estudio dermatológico, realizándose una biopsia cutánea que evidencia una displasia fibromuscular.

El diagnóstico diferencial incluye: dermatitis seborreica, psoriasis, dermatitis seborreica, eccema atópico, eccemaヘルペス等.
**Pruebas complementarias**: P. treponémica +, RPR+ (1/32). Sero- 
logía VHB, VHC y VIH negativas. Hemograma y bioquímica: nor-
males. TC del tórax: nódulo pulmonar solitario de 3 × 2,5 en 
lóbulo inferior izquierdo.

**DESARROLLO**
Diagnóstico diferencial: sífilis secundaria, erupción cutánea 
medicamentosa, exantema vírico, tiña del cuerpo, sarna, psoria-
sis en gotas, liquen plano.
Juicio clínico: sífilis secundaria.

**CONCLUSIONES**
Buena evolución clínica, radiológica y serológica del paciente, 
tras recibir tratamiento con penicilina G benzatina 2,4 millones 
de unidades/semana (3 dosis). 
La sífilis rebota con fuerza en los países desarrollados. En los 
últimos 10 años su incidencia en España se ha duplicado. 
El pronóstico de los pacientes infectados por el *Treponema pallidum* está directamente relacionado con un diagnóstico pre-
coz y la instauración del tratamiento correcto.
El diagnóstico de la sífilis exige un alto grado de sospecha y su 
desconocimiento contribuye a que se infradiagnostique.

**P-24**

**INTERCONSULTA DERMATOLÓGICA POR INTERNET 
EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS**
Pérez Feito D, Landeo Fonseca A, Mendo Giner L, Martín Pascual I,
Garde Borao M
Hospital Reina Sofia. Tudela (Navarra). Navarra
doctor_landeo@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**
Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**
Valoración del uso de Internet en la resolución de consultas de 
Atención Primaria y especializada.

**Motivo de consulta**: dos ancianas encamadas en una residencia 
tienen problemas dermatológicos.

**Antecedentes personales**: demencia Alzheimer evolucionada en 
ambos casos.

**Enfermedad actual, exploración física y pruebas complementarias:**
– Caso 1: mujer 86 años con púpulas eritematosas, no desca-
mativas, pruriginosas en tronco y extremidades. Tratamien-
to con hidratación y antihistamínico, sin que experimente 
mejora.
– Caso 2: mujer 93 años con cáncer colon no intervenido y 
ampolas flácidas en el dorso de los pies, con extensión a 
extremidades superiores e inferiores, que se rompen dejando 
ulceraciones de fondo eritematoso; no hay afectación a las 
mucosas.

**DESARROLLO**
Dada la situación basal, desplazar a las pacientes al hospital 
supone unas molestias innecesarias, por lo que se realizan unas 
photografías de las lesiones y se envían al servicio de Dermatol-
gía por Internet.

**Diagnóstico diferencial**: en el caso 1, miliaria con otras lesiones 
eritematosas (ecceoma dishidrótico, pityriasis versicolor y rosada, 
dermatitis de contacto) y, en el caso 2, con enfermedades ampo-
llosas generalizadas (exantema fijo medicamentosos, reacciones 
fototóxicas, penfigoide ampolloso, síndrome piel escalada).

**Juicio clínico**: caso 1, miliaria rubra; caso 2, pénfigo paraneoplá-
sicose.

Se inicia el tratamiento pautado por Dermatología con hidrata-
ción con uréa, en el caso 1, y prednisona vía oral, en el caso 2. Las 
pacientes mejoran en ambos casos.

**CONCLUSIONES**
La interconsulta por Internet ha evitado el desplazamien-
to hospitalario, las pruebas complementarias y ha permitido 
una mejor resolución de la patología. Labor de Atención Pri-
maria.

**¿SERÁ UNA GASTROENTERITIS?**
Siles Cangas M, Peña y Lillo Echeverría G, Alonso Rodríguez E,
Herrero Martínez M, Castro Arias L, Chico Cuerva R
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
monisiles@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**
Mixto.

**PRESENTACIÓN**
Las complicaciones neuromáticas son cuadros que aúnan se ven en 
nuestro medio, pero no siempre cursan con clínica respiratoria.

**Motivo de consulta**: varón de 31 años, con retraso mental leve, 
que acude a su centro de salud por vómitos persistentes de 
2 semanas de evolución. Inicialmente mejora con la medicación 
antiemética, pero en las últimas 24 h se asocia febrícula, dolor 
costal y deterioro del estado general, por lo que es derivado a 
Urgencias.

**Exploración física**: PA: 90/60 mmHg; FC: 132 lpm; mal estado 
general, disminución del murmullo vesicular y crepitantes en 
mídia inferior de hígado derecho.

**Pruebas complementarias**: bioquímica: Na+ 120; K+ 3,3 mEq/L;
creatinina: 1,4; GPT: 346; GGT: 478; colesterol LDH: 943. Hematología: normal. Rx de tórax: pérdida de volumen del 
lóbulo medio e inferior derecho con zona aérea en su interior. TC 
toracicoadominal: hidroneumotórax derecho con atelectasia 
del lóbulo medio, inferior y, parcialmente, del lóbulo superior. Se 
procede a la colocación de un tubo de tórax con la salida de 
material purulento, y se envía la muestra a analizar. Líquido 
pleural: 28.500 leucocitos; 90% de mononucleares; glucosa 
< 1 mg/dl; colesterol LDH: 154. Cultivo: *Streptococcus conste-
lius*. Se inicia cobertura antibiótica con meropenem y se ingre-
sa al paciente en el hospital. A los 5 días, el paciente presenta 
un empeoramiento clínico importante, por lo que se realiza una 
toracotomía urgente de limpieza, desbridamiento y drenaje de 
colecciones.

**DESARROLLO**
Diagnóstico diferencial: tumor maligno asociado y tuberculosis.

**Juicio clínico**: hidroneumotórax secundario a neumonía, con 
empieza asociado.

**CONCLUSIONES**
Las complicaciones neuromáticas son frecuentes en pacientes 
con ciertos factores de riesgo; su diagnóstico y tratamiento pre-
coz son importantes para evitar una alta mortalidad.
P-26
LESIONES DERMATOLÓGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Salguero Bodes I, Martín Rodrigo J, Fernández López F, García Reina M, Martín Pérez Á
CS La Paz. Badajoz. Extremadura
idsbodes@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Varón de 25 años que acude a la consulta quejándose de dolor abdominal en la fosa iliaca derecha de tipo cólico de 2 días de evolución, acompañado de febrícula, sensación nauseosa y una deposición más blanda de lo habitual.

Antecedentes personales:
TBC pulmonar hace 5 años.

Exploración física:
abdomen blando, depresible, sin masas ni megalías, doloroso a la palpación en FID.

El juicio clínico es una probabilidad gastroenteritis con tratamiento con dietay paracetamol.

Pasados 6 días, acude a Urgencias del centro de salud por persistencia del dolor abdominal; además presenta dolor en la cara antero-lateral de ambas piernas, con lesiones cutáneas de diferente tamaño, palpables, eritemato-equimósicas y dolorosas sin traumatismo previo. El resto de la exploración resulta anodina.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: contusión tibial-pretibial, vasculitis sistémica, celulitis, paniculitis (como más probable el eritema nodoso).

Ante la sospecha, se deriva al paciente al servicio de Reumatología, donde se le practica una colonoscopia en la región ileocecal que objetiva imágenes compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal. La biopsia de colon evidencia una enfermedad de Crohn.

CONCLUSIONES
Se trata de un síndrome plurietiológico caracterizado por brotes de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos, que afectan de forma predominante a la superficie pretibial de las extremidades inferiores, y que con menor frecuencia se localizan en los muslos y los antebrazos. La remisión de las lesiones se da en 1-6 semanas sin dejar cicatrices ni atrofia residual.

Esta patología se encuentra relacionada con diversas situaciones y enfermedades. Generalmente, la sintomatología digestiva en estos pacientes es muy escasa, como ocurre en nuestro caso. Hasta el 35% de los pacientes presentan manifestaciones extraintestinales, lo que hace que el diagnóstico sea muy complicado.

P-27
PARÁLISIS FACIAL, NO SIEMPRE
Franco Sánchez-Horneros R, Castro Arias M, Sanz Palomo A, Muñoz Moreno M, Sánchez Pulgarín I, García Marín A
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
rbkhsh@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La parálisis facial constituye un motivo de consulta relativamente frecuente en Atención Primaria. Debemos realizar semiología y examen neurológico para realizar un correcto diagnóstico, pues aunque la parálisis es idiopática en la mayoría de los casos, también puede ser secundaria a tumores intracraneales.

Paciente de 22 años, natural de Paraguay, migrañoso, que refiere dificultad para la movilidad de los músculos de la hemi cara izquierda y torpeza en las extremidades izquierdas de 48 h de evolución, con cefalea holocraneal opresiva diaria y vómitos ocasionales desde hace 6 meses. La cefalea es de intensidad creciente y no cede con los analgésicos habituales.

Ante la sospecha de parasitosis cerebral y/o proceso expansivo intracraneal se deriva a la paciente al hospital para realizarle una TC craneal urgente. En Urgencias realizan una analítica, que sale normal, y una TC craneal, en la que se detecta una lesión de 4 x 5 x 4 cm en el ángulo pontocerebeloso izquierdo, con efecto masa y colapso del IV ventrículo. La masa parece adentrarse en el CAI izquierdo.

Con sospecha de neurinoma del VIII par, se ingresa a la paciente en Neurocirugía. En la RM se observa una masa con abundantes vacíos de flujo, que se introduce en el CAI; se confirma el diagnóstico de Schwannoma. Se realiza una craneotomía de fosa posterior con resección completa de la masa y la paciente evoluciona favorablemente.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: parálisis facial idiopática, neurinoma del acústico, parasitosis intracraneal, neoplasia intracraneal.

Juicio clínico: neurinoma del acústico.

CONCLUSIONES
Ante todo paciente que consulta por parálisis facial es fundamental llevar a cabo una correcta anamnesis y una minuciosa exploración neurológica para descartar una patología central subyacente que pueda ser de carácter vital.
**CASOS CLÍNICOS**

**P-28**

«DOCTOR, EL BAÑO CALIENTE ME QUITA LOS VÓMITOS»
Ruiz Clavijo D, Arnáez Solis R, Navarro González D, Huarte Labiano I
Hospital de Navarra, Pamplona (Navarra). Navarra
davidlos@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Introducción: los vómitos son un síntoma frecuente que los pacientes refieren en la consulta en Atención Primaria y en Urgencias, pero su causa no siempre está clara.

Motivo de consulta: vómitos.

Antecedentes personales: ingresos repetidos en los servicios de Digestivo y de Medicina Interna por vómitos y dolor abdominal, sin un diagnóstico claro.

Enfermedad actual: varón de 27 años que acude al médico por vómitos y dolor abdominal difuso de 72 h de evolución. No productos patológicos. Refiere una mejoría de los síntomas con baños y duchas de agua muya calientes, que repite constantemente a lo largo del día. Se encuentra febril. Es fumador habitual de cannabis.

Exploración física:
PA: 120/70 mmHg; pulso: 90 lpm; SatO₂: 95%; Tª: 36,5ºC. REG. ACP: normal. Abdomen blando y despiable, con dolor fijo, sin signos de defensa. Blumberg negativo. Sucusión renal negativa. Examen neurológico: normal.

Pruebas complementarias:
Analítica: Hb: 15,5 g/dl; leucocitos: 8.000 (fórmula normal); fibrinógeno: 285 mg/dl; ALT: 18 u/l; B: 1,2; iones normales. Orina normal. Tóxicos en orina: cannabinoides positivo. ECG: RS a 90 lpm. Rx de tórax: normal. Rx de abdomen: gas y heces en marco cólico hasta ampolla rectal.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: hiperemesis gravídica, hiperemesis cannabinoida, enfermedad de Addison, vómitos psicógenos.

Juicio clínico: hiperemesis cannabinoida.

Tratamiento: cese del consumo de cannabis. Tratamiento de apoyo.

**CONCLUSIONES**

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España. Aunque la marihuana es un antiemético conocido, puede causar, paradójicamente, este cuadro en algunos pacientes por un mecanismo desconocido. La hiperemesis cannabinoida, un cuadro frecuentemente infradiagnosticado, se caracteriza por vómitos cíclicos sin causa orgánica acompañado de baños calientes compulsivos. El cese del consumo produce el cese del cuadro, pero la reincidencia, incluso como fumador pasivo, provoca nuevamente el cuadro.

La hiperemesis cannabinoida debe tenerse en cuenta en el diagnóstico de los vómitos de origen desconocido.

---

**P-29**

**PIEL Y FANERAS: ALGO MÁS QUE LA SUPERFICIE...**
Ríos Calderón V, Momblan Trejo C, Mateescu D, Bentué Ferrer C
ABS Viladecans 2 (CAP María Bernades). Viladecans (Barcelona). Cataluña
vianeth36@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Las alteraciones ungueales son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Habitualmente obedecen a un problema local, pero no debemos olvidar que en ocasiones la expresión de una enfermedad sistémica.

Motivo de consulta: «Me parten las uñas.»

Antecedentes personales: anodinos.

Antecedentes familiares: madre y tía materna con hipotiroidismo.

Enfermedad actual: mujer de 36 años comenta que se le parten las uñas desde hace 2 meses, cree que se debe a su trabajo de peluquería y al uso de productos para el tinte. No refiere ningún otro síntoma.


Pruebas complementarias:

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: dermatológico (micosis, dermatitis de contacto, psoriasis), traumático (físico: quemaduras, traumatismo; químico: detergentes, productos cosméticos), sistémico (cardiopatía, neumopatía, anemia), endocrinológico (hipertiroidismo), congénito, medicamentoso (antibióticos).

Se trata de una paciente que sólo manifiesta un problema ungual y que lo relaciona con su profesión. Ante las lesiones de las uñas hay que pensar que puede haber una enfermedad sistémica, por lo que se deben averiguar los síntomas y signos de las enfermedades que pueden cursar con onicólisis. En este caso, la paciente presentaba una clínica de hiperfunción tiroidea a la que no le había dado importancia. Las pruebas complementarias confirmaron el diagnóstico de hipertiroidismo.

**CONCLUSIONES**

El hipertiroidismo puede comenzar con síntomas diversos. En este caso, la onicólisis (uñas de Plummer) orientan hacia un diagnóstico de enfermedad sistémica.

---

**P-30**

**SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER**
Lista Arias E, Rodríguez Pascual M, Ruipérez Guijarro L, Herrández Stegmann M
ABS Viladecans 2 (CAP María Bernades). Viladecans (Barcelona). Cataluña
39929ela@comb.cat
ÁMBITO DEL CASO
Mixto:
- Suspecha diagnóstica en Atención Primaria.
- Confirmación diagnóstica en Urgencias de un hospital de referencia (tercer nivel asistencial).
- Estudio etiológico en consultas externas.

PRESENTACIÓN
Varón de 17 años, jugador de baloncesto, fenotipo marfanoide, sin antecedentes médicos de interés, que acude al centro de salud por edema, tumefacción y dolor de la extremidad superior izquierda progresivo de 10 días de evolución. Destaca clínicamente asimetría entre ambas extremidades con edema y circulación colateral en zona deltoidea, pulso distales presentes, no acrocianosis ni frivaldad.

DESARROLLO
Suspecha de trombosis venosa en la zona braquial.
Se remite al paciente al hospital de referencia, donde se confirma el diagnóstico de trombosis subclavio-axilo-humeral izquierda y se programan unas vistas para consultas externas en Medicina Interna y Cirugía Vascular para el estudio de la etiología. Las pruebas realizadas orientan finalmente el diagnóstico como una trombosis venosa primaria de extremidad superior, dentro de la que se define el síndrome Paget-Schroetter como la causa primaria más común atendiendo al fenotipo: varón joven que practica ejercicio de brazos extenuante de tipo abducción.

CONCLUSIONES
La trombosis venosa de las extremidades superiores es una enfermedad tromboembólica de localización atípica. Nos debe alertar de un posible origen neoplásico (pulmón o linfoma), lo que en menores de 40 años es más infrecuente. Dentro de las causas secundarias y por gravedad debe descartarse trombofilia, y en cuanto a las primarias, se asocia a malformaciones anatómicas como costilla cervical o síndrome de órbita torácico superior. El síndrome Paget-Schroetter se caracteriza por ser una causa primaria, y se da típicamente en varones jóvenes, en el 75% de los casos con trombosis de la zona axilo-humeral izquierda.

Enfermedad actual: reiere prurito generalizado que no cede a pesar de la toma de antihistamínicos pautados 5 semanas atrás en otro centro de salud. No presenta ningún otro síntoma acompañante.
Pruebas complementarias: analítica completa (con perfil hepático e IgE): proteínas totales de 9,5 g/dl. Electrofisiología de proteínas: cifras de IgG de 2,960 ng/dL y de cadena Lambda de 815 ng/dL (componente monoclonal IgG lambda). El aspirado de médula ósea revela una infiltración por células plasmáticas del 28%.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: prurito inducido por patología dermatológica (xerosis, infecciones, picaduras), sistémica (patología renal, biliar obstructiva, endocrinológica, trastornos hematológicos, neoplasia interna), psicológica o fármacos.
Juicio clínico: prurito por mieloma múltiple.

CONCLUSIONES
El prurito es un síntoma que puede parecer inespecífico, pero por ello mismo debe realizarse un diagnóstico etiológico del paciente con prurito a fin de poder establecer un tratamiento adecuado y, sobre todo, detectar de forma precoz patologías de elevada morbi-mortalidad.

P-32
QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL ESTUDIO DE SÍNCOPE DE REPETICIÓN
García Reina M, Ferrándiz López F, Martín Rodrigo J, Salguero Bodes I, Martín Pérez Á, Molina Martínez L
CS La Paz. Badajoz. Extremadura
mgrdoctor@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Presentamos un caso de una paciente con un síncipe de repetición. Mujer de 50 años que acude a la consulta por 3 episodios sincopales, sin relación con el esfuerzo, espaciados durante unos meses, con pérdida de conciencia completa, de minutos de duración, sin sintomatología premonitoria ni movimientos convulsivos o relajación de esfínteres.
Antecedentes personales: alergia a estreptomicina y kanamicina, y anemia por pérdidas menstruales en tratamiento con ferrotapia y pendiente de valoración por Ginecología.
Antecedentes familiares: sin interés.
Exploración física: vigil, orientada, colaboradora, buen estado general, tolera decúbito, normohidratada y perfundida, normocoleuada. ACP normal, abdomen sin hallazgos, EEG normal y exploración neurológica básica normal.
Pruebas complementarias: analítica completa normal; ECG normal; TC cráneo: no se objetivan alteraciones de significado patológico; EEG actividad fundamental de valores normales; ecocardiografía: quiste hepático. Ecografía abdominal: lesión poliquística en LHD con tabiques gruesos hiperecogénicos, líquido intraóptico con eos internos, lesión próxima a la cava y adyacente a la vena suprahepática derecha, a la que parece desplazar en sentido medial. Eco-Doppler de abdomen: no se identifica señal Doppler significativa. TC de abdomen: LHD imagen quirústica redondeada de 10 × 9,2 × 11,5 cm.
DESAFÍOS

Diagnóstico diferencial: sincope de etiología cardiovascular, neurológico, psicogénico, metabólico y compresivo por efecto masa.
Juicio clínico: sincope de repetición de etiología compresiva vascular por quiste hidatídico hepático.

CONCLUSIONES

Por el sexo y la edad de la paciente, se tiende a pensar en un sincope de causa vasovagal, pero no debemos olvidar el resto de las etiologías si no queremos llevarnos sorpresas.
Cabe destacar la importancia de la ecografía en Atención Primaria para diagnosticar algunas patologías.

P-33

ODINOFAGIA DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN, NO TODO ES FARINGÍTIS
Ruiz Molina T, Cimas Balesteros M, Dorado Rabanedo S, Benito Alonso E, García Álvarez J
CS Pintores. Parla (Madrid). Comunidad de Madrid
tanya_ruiz2000@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 36 años consulta por odinofagia desde hace 15 días, sin fiebre, con clínica cataral previa.
Antecedentes personales: sin interés, salvo apendicitis.
Exploración física: faringe hiperémica, otoscopia bilateral normal, AP: MVC. Dolor a la palpación en la región cervical anterior izquierda, sin palparse bocio. Se observa temblor distal fino. Se pautan antiinflamatorios y se solicita una analítica con hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos.
Al día siguiente, la paciente acude a la consulta para que le hagan la analítica y refiere mialgias, fiebre, deposiciones líquidas sin productos patológicos, vómitos y empeoramiento del dolor.
Pruebas complementarias: analítica: GOT 29; GPT 59; GGT 45; hierro 22; ferritina 231; PCR 34; leucocitos 10320 con 8480 neutrófilos; VSG 44; TSH 0,02; T4 3,29; anticuerpos antititroglobulina 398 (normal menor de 280).
Pruebas complementarias: analítica: hemograma, ionograma y coagulación: normales. Creatinina 0,67 mg/dl; aclaramiento creatinina 90 ml/min; glucemia 77 mg/dl; colesterol 274 mg/dl y colesterol HDL 48 mg/dl. Orina/proteinuria: negativa. Microalbuminuria 18 mg/día. Rx de tórax, sedimento urinario y ECG: normales.

DESAFÍOS

Diagnóstico diferencial: cefalea tensional, crisis hipertensiva, rinosinusitis, feocromocitoma.
Juicio clínico: crisis hipertensiva desencadenada por la toma de AINE en una paciente con HTA esencial de reciente diagnóstico.
Se pautó captopril sublingual, control tensional posterior a 160/100 mmHg, y se instauró al alta tratamiento con enalapril 20 mg e hidroclorotiazida. Durante el seguimiento se realizó una ecografía renal que resultó normal y un fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado II de Keith Wagener, con lo que la paciente se mantenía con las cifras tensionales adecuadas.

CONCLUSIONES

Cualquier tipo de AINE, incluidos los inhibidores selectivos de la COX-2, pueden desencadenar una crisis hipertensiva, menos frecuente con dosis bajas de AAS. Los AINE disminuyen el efecto antihipertensivo de grupos de fármacos como los IECA, los diuréticos y los betabloqueantes adrenérgicos, pero no interactúan con los calcioantagonistas ni con las drogas de acción central.

P-34

CEFALÉA POR AINE
ABS Pia d’Urgell. Mallorussa (Leida). Cataluña
mireiafalguera@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: cuadro de vías altas con cefalea progresiva. Antecedentes personales y familiares: sin interés.
Enfermedad actual: mujer de 57 años que acude a la consulta por un cuadro cataral con rinorrea, congestión nasal y cefalea, por lo que ha estado tomando ibuprofeno (600 mg/8 h) durante 6 días y xilometazolina tópica nasal durante 3 días. Refiere mejoría de la congestión nasal y de la rinorrea, pero un aumento progresivo de la cefalea de localización occipital y predominio matutino, que se acompaña de la sensación de que los objetos giran.
Exploración física: peso 58 kg; talla 160 cm; IMC 21,5; PA 200/120 mmHg; FC 88 lpm. Exploración cardiopulmonar y neurológica normales, con pulsos periféricos conservados y simétricos, sin soplos carotídeos ni abdominales.
Pruebas complementarias: analítica: hemograma, ionograma y coagulación: normales. Creatinina 0,67 mg/dl; aclaramiento creatinina 90 ml/min; glucemia 77 mg/dl; colesterol 274 mg/dl y colesterol HDL 48 mg/dl. Orina/proteinuria: negativa. Microalbuminuria 18 mg/día. Rx de tórax, sedimento urinario y ECG: normales.

DESAFÍOS

Diagnóstico diferencial: cefalea tensional, crisis hipertensiva, rinosinusitis, feocromocitoma.
Juicio clínico: crisis hipertensiva desencadenada por la toma de AINE en una paciente con HTA esencial de reciente diagnóstico.
Se pautó captopril sublingual, control tensional posterior a 160/100 mmHg, y se instauró al alta tratamiento con enalapril 20 mg e hidroclorotiazida. Durante el seguimiento se realizó una ecografía renal que resultó normal y un fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado II de Keith Wagener, con lo que la paciente se mantenía con las cifras tensionales adecuadas.

CONCLUSIONES

Cualquier tipo de AINE, incluidos los inhibidores selectivos de la COX-2, pueden desencadenar una crisis hipertensiva, menos frecuente con dosis bajas de AAS. Los AINE disminuyen el efecto antihipertensivo de grupos de fármacos como los IECA, los diuréticos y los betabloqueantes adrenérgicos, pero no interactúan con los calcioantagonistas ni con las drogas de acción central.
ÁMBITO DEL CASO
MIXTO.

PRESENTACIÓN
El mareo es un síntoma inespecífico, y puede ser una manifestación de diferentes patologías.

Motivo de consulta: mareo.

Antecedentes personales y familiares: ausencia de alergias y de DM. No existen hábitos tóxicos. Tratamiento crónico con orfidal.

Enfermedad actual: mujer de 68 años que refiere mareos de 20 días de evolución, con sudoración fría y molestias abdominales que ceden con la ingesta. Desde hace 3 días sufre mareos más intensos. En la consulta se evidencia hipoglucemia y se la deriva a Urgencias.

Exploración física: constantes vitales normales. Exploración por aparatos sin hallazgos de interés, salvo dolor difuso a la palpación abdominal, sin masas ni megasal, ni signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Rx de tórax y ECG: normales. Hemograma, VSG, coagulación, vitB12, ácido fólico, ferritina, bioquímica de orina: normales. ACTH, cortisol, anticuerpos antiinsulina y glucagón normales. El paciente atribuye el cuadro a un exceso de estrés laboral en las últimas semanas.


CONCLUSIONES
La anemia hemolítica autoinmune se debe a anticuerpos directos contra los hematies. Puede ser primaria o secundaria a otras entidades, entre ellas fármacos como la levodopa. Al ser éste un hecho infrecuente, debe sospecharse ante la disminución repentina de hemoglobina tras un tratamiento con dicho fármaco. Debe investigarse si la retirada del mismo induce la remisión del cuadro. El diagnóstico se realiza en presencia de anemia, hemólisis, haptoglobina disminuida, incremento de lactato deshidrogenasa y de bilirrubina indirecta, test de Coombs directo o indirecto positivo. El tratamiento de primera línea en la anemia hemolítica por anticuerpos directos son los corticoides, cuya dosis se ha de procurar disminuir progresivamente tras la remisión inicial.

EL PACIENTE QUE NO SABÍA LO QUE LEÍA
Plana Mirallas E, Marco Gracia M
CS Torrejón-La Paz. Zaragoza. Aragón
eplanas@salud.aragon.es

P-37

ÁMBITO DEL CASO
URGENCIAS.

PRESENTACIÓN
Varón de 59 años presenta, desde hace 48 h, alteración en la lectura en voz alta, confusión de palabras durante el discurso y repetición de frases, sin otra sintomatología orgánica acompañante. El paciente atribuye el cuadro a un exceso de estrés laboral en las últimas semanas.

Antecedentes personales: adenocarcinoma de próstata, tratado con radioterapia y hormonoterapia.

Pruebas complementarias: bioquímica, hemograma y hemostasia, Rx de tórax y ECG: normales. TC craneoencefálico: masa de 5 cm de diámetro localizada en la región temporoparietal izquierda, que se extiende hasta el tálamo, con abundante edema perilesional.

Tras la administración de gadolinio, se produce un realce periférico y abigarrado con centro necrótico. Se encuentra muy adherido al asta posterior del ventrículo lateral con dilatación del asta temporal del mismo.

DESARROLLO
Antes de hacer la TC se baraja la existencia de una lesión ocupante de espacio (LOE), accidente cerebrovascular y trastorno convulsivo como posibles diagnósticos. Se acepta el primero como juicio clínico, lo que motiva el ingreso del paciente en el hospital. Tras un estudio de extensión se filia un glioblastoma multiforme y se inicia un tratamiento corticoideo, con lo que desaparece la clínica y se puede programar una ulterior cirugía.

CONCLUSIONES
En una exploración neurológica básica no debe olvidarse el lenguaje del paciente, un signo muy útil y que permite sospechar la topografía lesional.

Ante la gran relación de estos síntomas con la existencia de LOE, resulta imprescindible emplear precozmente pruebas de imagen.

Se remite a la paciente a Dermatología para su estudio, donde se realiza una dermatoscopia digital semestral. No precisa tratamiento.

Juicio clínico: síndrome de Laugier.

CONCLUSIONES
Para establecer el diagnóstico de las máculas ungueales se realiza un examen semiológico completo, diversas serologías, TSH y colonoscopía a fin de descartar el síndrome de Peutz-Jeghers.

Ante la sospecha de que se trata de una patología neoplásica, se remitirá al paciente a Dermatología.

El síndrome de Laugier es un desorden esporádico raro, benigno, sin manifestaciones sistémicas y caracterizado porque el paciente presenta manchas hipermelánosicas en labios y dedos.

P-39
MÁS ALLÁ DE LA PIEL..., BUSCA EN EL INTERIOR
Talegón Martín R, Iglesias Rodríguez V, Briongos Figuero L
CS Parquesol. Valladolid. Castilla y León
chapillabc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Niña de 7 años que acude a la consulta de Atención Primaria con unas lesiones dÉrmicas de 3 meses de evolución. Exploración física: se observan en ambas regiones pretibiales placas eritemato-violáceas, infiltradas, dolorosas. Se realiza un tratamiento sintomático y se mantiene una actitud expectante.

Dada la persistencia del cuadro, la paciente es remitida a Dermatología. Se plantea como diagnóstico diferencial eritema nodoso, necrobiosis lipídica y granuloma anular.


Al constatarse una hiperglucemia, y después de que la familia refiera una abdominalga de 4 días de evolución, acompañada de poliuria y polidipsia, la paciente ingresa en Pediatría para hacer un estudio de debut diabético. Se completa la historia clínica, en la que destacan antecedentes familiares con DM.

Durante el ingreso, se confirma el diagnóstico de DM tipo 1, se inicia insuliniterapia y se pauta un tratamiento antibiótico por la faringoamigdalitis estreptocócica.

DESARROLLO
Las características, la localización de las lesiones y las pruebas de laboratorio plantean dos posibilidades diagnósticas: eritema nodoso (postestreptocócico) y necrobiosis lipídica. El eritema nodoso es la forma más común de paniculitis septal granulomatosa sin necrosis; en este caso, y dada la evolución (más de 3 meses) y la frecuente asociación con DM, no descartamos la posibilidad de necrobiosis lipídica, ya que existen casos atípicos en los que no se observa necrosis histológicamente.

CONCLUSIONES
Es de gran importancia hacer una correcta evaluación y seguimiento de las lesiones dermatológicas, ya que más allá de la patología cutánea puede existir una enfermedad de origen sistémico que de otro modo podría pasar desapercibida.
COMUNICACIONES ACEPTADAS
(por Criterio Cualitativo)

A PROPÓSITO DE UNA ODONTALGIA. ¿SIEMPRE ES UN PROCESO BANAL?
CAP Reus 1. Reus (Tarragona). Cataluña
martaripollpons@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
La odontalgia es un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en Urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 37 años que acude a Atención Primaria por odontalgia.

Antecedentes personales: natural de Marruecos. Sin antecedentes médicos.

Enfermedad actual: consulta por un dolor a nivel dentario infeccioso derecho de 6 meses de evolución por el que ha ido al médico en varias ocasiones y ha seguido diversos tratamientos antibióticos y antiinflamatorios. No se le han realizado pruebas complementarias anteriormente por ser gestante hasta hace 15 días. Se le administró analgesia y se la deriva al odontólogo.

Una semana más tarde acude a Urgencias hospitalarias por no experimentar mejoría clínica, donde deciden realizarle unas pruebas complementarias. Dados los resultados ingresa en Cirugía maxilofacial.

Exploración física y pruebas complementarias: caries dental, no trismus. Flemón dentario inferior derecho, dolor a la palpación del arco mandibular. Adenopatías submandibulares indoloras. TC mandibular: masa sólida en el espacio parafaringeo y afectación periódica de apófisis pterigoides derecha. Rx de tórax y analítica dentro de la normalidad.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: flemon dentario, absceso mandibular agudo o crónico, litiasis glandular salivar, parotiditis, neuralgia del trigémino, disfunción temporomandibular y proceso neoplastico.

Juicio clínico: dado el largo tiempo de evolución, la gran afectación y la mala evolución de la sintomatología, se decidió realizarle unas pruebas complementarias que permitieron establecer el diagnóstico de proceso neoplastico maligno en una clínica de 6 meses de odontalgia.

CONCLUSIONES
En todo dolor con un tiempo de evolución es prudente poner en duda la patología más frecuente dada cierta clínica, y pensar que puede subyacer algún proceso con pronóstico más grave.

ABDOMEN AGUDO. RUPTURA DE ARTERIOLA EPIPLIOICA
Esquivias Campos M, Álvarez Galán M, Moreno Caycedo C
Gerencia de Atención Primaria de Albaceite. Albacete. Castilla-La Mancha
maesquivias@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: varón de 73 años que acude a Urgencias por vómitos y dolor abdominal inespecífico de 12 h de evolución. Después de que se le realicen unas analíticas y una ecografía abdominal se le diagnostica un cólico biliar, se le pauta un tratamiento sintomático e ingresa en la Unidad de Corte Estancia Médica (UCEM). Durante la estancia en el hospital, presenta un deterioro súbito del estado general con hipotensión.

Antecedentes personales: no presenta RAMC. Cardiopatía isquémica crónica, foramen oval permeable, ictus isquémicos/secuelas, depresión, appendicectomía. En tratamiento con pregabalina, escitalopram, lorazepam, lansoprazol y sintrom.

Exploración física: PA 68/40 mmHg; FC 110 lpm; SatO2 89%. MEG, estuporoso, palidez. AP normal. AC: arrítmicos. ABD: leve induración. RHA abolidos, facies dolorosa a la palpación.

Pruebas complementarias: hematimetría: Hb 6,2 g/dl; Hto 18,1% (al ingreso Hb 9,8, Hto 28,3%). Bioquímica: glucosa 221; urea 40; creatinina 1,7; GOT 124; LDH 1185; CK 280; CKMB 82. Coagulación INR 2-3. Gasometría hipoxemia. TC abdominal: hemoperitoneo, sin determinar el origen del sangrado. ECG: FA a 104 lpm.

En la UCEM le estabilizan hemodinámicamente: OIT y fluidoterapia agresiva. Se revierte la FA con Trangorex.

Hallazgos intraoperatorios: hemoperitoneo masivo 4.000 cc por arteriolar epiploica sangrante. Hemostasia.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cólico biliar, pancreatitis aguda. Juicio clínico: shock hipovolémico por hemoperitoneo secundario a la ruptura de la arteriolar epiploica; insuficiencia renal aguda por rhabdomiólisis.

CONCLUSIONES
La ruptura de la arteriolar epiploica atraumática es infrecuente. El sangrado hacia el peritoneo tiene una elevada mortalidad. En raras ocasiones, se confina al saco epiploico, lo que permite la estabilidad hemodinámica para la cirugía.

ABORDAJE DE UN SÍNDROME FEBRIL
Vázquez Ramos V, Honrado Galán B, De La Luz Santón J, Fuentes Ponte M, Urbanos Martínez C
CS María Jesús Hereza. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid
belix5@yahoo.es
ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y hospitalario).

PRESENTACIÓN
Abordaje de un síndrome febril.
Motive de consulta: fiebre y dolor abdominal de 6 días de evolución en un varón de 32 años.

Antecedentes personales y familiares: 

Enfermedad actual: fiebre de hasta 39,5 ºC de 6 días y dolor abdominal, sin otro foco de la fiebre y con una exploración física normal. Tras acudir varias veces a Urgencias se le diagnostica un síndrome febril y tendinitis del supraespinoso por dolor en el hombro derecho que aparece al octavo día de fiebre. Al acudir posteriormente a su médico de Atención Primaria se objetiva hombro eritematoso, caliente, por lo que se le deriva a Urgencias.

Exploración física: normal, incluida la exploración neurológica y abdominal, salvo por el hombro derecho eritematoso, empastado en la zona deltoidea, con aumento de la temperatura local, doloroso a la palpación, con limitación de la movilidad, sin evidencia de celulitis ni de lesiones cutáneas. Llama la atención la hipertrofia de la musculatura de cintura escapular.


El paciente precisa un ingreso hospitalario para practicarle un drenaje quirúrgico y antibióterapia intravenosa, y entonces reconoce, después de que su médico de Atención Primaria le haya interrogado en múltiples ocasiones, que realizó una pauta mensual de esteroides intramusculares en la región deltoidea bilateral para conseguir una hipertrofia muscular con una finalidad estética.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: artritis infecciosa, enfermedad neoplásica, artritis de origen inmunológico.

Juicio clínico: absceso deltoideo secundario a esteroides intramusculares.

CONCLUSIONES

Debe valorarse la importancia de realizar una minuciosa anamnesis, así como que haya confianza entre el médico y el paciente para llegar al diagnóstico final.

ABORDAJE DE UN VARÓN CON ASTENIA, ARTRITIS Y LESIONES CUTÁNEAS

Fernández Terrón M, Valencia Alvarado A
CS Palma-Palmilla. Málaga. Andalucía
avadrmm@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN

Varón de 32 años consulta por cuadro de astenia de 4 días de evolución y edematización de manos, sin cuadro febril previo ni otra sintomatología acompañante.


Exploración física: eritema, tumefacción y aumento de la temperatura en ambas muñecas, carpo y articulaciones interfalángicas. También se observan lesiones papulares, vitírea negativa en articulaciones carpo-falángicas, hueso poplíteo derecho y pala ilíaca derecha. El resto de la exploración no presenta hallazgos relevantes.

El paciente niega tener relaciones sexuales de riesgo, haber viajado recientemente a otros países y tener contacto con animales. Se le deriva a Urgencias para el estudio de la poliartritis aguda. Es valorado por internista de guardia, que inicia una pauta descendiente de corticoides orales, y es derivado a la consulta de enfermedades autoinmunes para filiar el cuadro.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica, pruebas reumáticas, serología virus B y C, VIH, íeses, ANA, anti-ADN y ENA, además de cultivo de orina. Sólo destaca Hbs-Ag positivo. Rx de tórax normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: olliartritis agudas con causa infecciosa (bacteriana, artritis por Neisseria, enfermedad reumática, virales, relacionadas con VIH, enfermedad de Lyme) y causa no infecciosa (arteritis reumatoides al inicio, artritis reumática juvenil, enfermedades del tejido conectivo, enfermedad del suero, artritis por cristales, espondiloartritis, púrpura de Henoch-Schönlein).

Juicio clínico: infección aguda por hepatitis B.

CONCLUSIONES

La hepatitis B aguda puede cursar de forma anictérica con manifestaciones extrahepáticas, mediadas por inmunocomplejos, como en este caso, un síndrome conocido en pediatría como Gianotti-Crosti. Sólo el 10-20% de los casos cursan con artralgias.

ABSCESO DE CLÍTORIS

Galindo Martí M, Greco C, Sacristán González-Mataix C, Barrado Solís V, Bauer Izquierdo S
CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana
galirnc@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Mujer de 29 años, nuligesta, sin antecedentes personales de interés, acude al centro de salud por vulvovaginitis, que se trata con ciprofloxacino. Refiere haber ido con ropa ajustada en los días previos y haber estado montando a caballo.

A los 3 días acude de nuevo a la consulta por dolor, calor, engrosamiento e hinchazón vaginal. En la exploración se observa un absceso en el clítoris. Se toma una muestra de flujo vaginal para un cultivo y se continúa el tratamiento con ciprofloxacino 1 comp/8 h durante 10 días, e ibuprofeno.

Pasados 2 días, la paciente acude de nuevo al centro porque el absceso ha drenado extópantemente esa mañana en su domicilio; se le realizan curas locales en enfermería y continúa con el antibiótico. Al mes tiene la revisión anual en Ginecología, donde le hacen una ecografía vaginal, que es normal, con un clítoris normal. El cultivo de flujo vaginal informa de células epiteliales y bacilos de Döderlein.
**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** masa vulvar que afecta al clítoris, úlceras aftosas en labios mayores y menores.

**Juicio clínico:** absceso del clítoris.

**CONCLUSIONES**

Lo destacable de este caso es que decidimos documentarnos y tratar primero a la paciente en Atención Primaria y no derivarla al servicio de Ginecología. En muchas ocasiones derivamos al paciente, ya en un primer momento, al especialista sin hacer detección ni prescripción. En este caso, se trató el cuadro con un antibiótico, como se indica en los pocos casos descritos, y la paciente evolucionó satisfactoriamente. Como segunda opción de tratamiento está la marsupialización si fracasa el tratamiento antibiótico, lo que en nuestro caso no fue necesario.

**ADECUACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIRESORTIVOS EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD URBANA**

*Borrego Yanes I, Maxenchs M, Juárez Laiz M, Hospital Guardiola L*, Vila Corcoles A, Velázquez Vanegas C

ABS Valis Urbá. Valíss (Tarragona). Cataluña

*iselborrego@yahoo.es*

**OBJETIVOS**

Conocer la adecuación en la prescripción de antiresortivos.

**DISEÑO**

Tipo y ámbito del estudio: estudio descriptivo de prescripción—indicación en Atención Primaria.

Sujetos: muestra representativa de 50 pacientes, reclutados el día 31/01/2009 por muestreo aleatorio sistemático, del total de las prescripciones de antiresortivos en un ABS urbana.

Material y métodos: la adecuación de la prescripción se valoró mediante la densidad mineral ósea (DMO) y otros factores de riesgo de fractura ósea.

Se consideró la prescripción adecuada si:

- a) DMO baja (T-Score < 2,5).
- b) DMO normal y 2 factores de riesgo mayor.
- c) DMO normal y 4 factores de riesgo menor.
- d) DMO normal con un factor de riesgo mayor y 2 factores de riesgo menor.

Mediciones e intervenciones: consulta de historia clínica y entrevista telefónica.

Análisis: análisis descriptivo estadístico univariante.

**RESULTADOS**

Edad media: 70,16 años (DE 9,3). Un 92% eran mujeres.

El 12% de las prescripciones eran genéricas. El 6% de las prescripciones se las habían aconsejado en el ámbito privado. Prescritos inicialmente por el servicio de Traumatología (42%) y por Atención Primaria (10%).

De 34 pacientes (68%) que referían la realización de DMO, pudieron localizarse 23 (44%); de éstos, 14 (28%) tenían osteoporosis. Pertenecían a la categoría b) 4 pacientes (8%) y a la d) por 2 (4%). En 5 pacientes (10%), la prescripción fue considerada inadecuada.

**CONCLUSIONES**

En la mitad de los casos de pacientes que se encuentran en tratamiento con antiresortivos, no es posible valorar su indicación al no conocerse su DMO.

Sólo un 40% de los pacientes cumplen con el criterio de una correcta prescripción.

La indicación la hacen mayoritariamente los especialistas hospitalarios, sobre todo los traumatólogos.

**AGOTAMIENTO ADRENAL**

*Vicario Jiménez N, Repiso Gento J, Gajate García A, Pinilla García D, Santamarta Solla N, Salado García T*  
CS Casa del Barco. Valladolí. Castilla y León

*repigento@hotmail.com*

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria en colaboración con especializada.

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 62 años sin alergias medicamentosas.


Antecedentes familiares: padre fallecido de cáncer de pulmón (57 años), madre fallecida por insuficiencia cardíaca (69 años) y hermano con IAM e intervenido de carótida; dos hijos sanos.

Enfermedad actual: consulta en Atención Primaria por astenia, debilidad, mareo, anorexia, plenitud, dos episodios de pérdida de conciencia, ánimo deprimido, náuseas y vómitos de varios meses de evolución, todo ello acompañado de hiperpigmentación cutánea generalizada, más acusada en las palmas y las plantas.

Exploración física: consciente, orientada y colaboradora, deshidratada y eunépica. PA: 109/63 mmHg; FC: 80 lpm; T°: 37°C, carótidas rítmicas y pulsátiles, bocio primario, ausencia de adenopatías. ACP: rítmico, no soplos; MVC. Abdomen normal con peritonitis, pulsos presentes. Examen neurológico normal.

Pruebas complementarias: analítica: cortisol basal 5,2 µg/dl; aldosterona 0,08 mmol/l y DHEA-sulfato < 15 µg/dl; sodio 142 meq/l y potasio de 4,9 meq/l. Ecografía abdominal: nódulo de 34 mm en adrenal derecha, por lo que se decide el ingreso de la paciente para su estudio.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** insuficiencia adrenal primaria y secundaria, TBC, acantosis nigricans, melasma, lentigo, melanoma, desórdenes de la pigmentación, anorexia nerviosa, hipotiroidismo.

**CONCLUSIONES**

Se completa el estudio analítico con TSH 1,15. Test de Nuvacthen: sin respuesta pico de cortisol 3,8 µg/dl. TC craneal normal, y TC abdominal con nódulo adrenal derecho. PPD negativo. Autoanticuerpos circulantes negativos.

Se diagnostica una enfermedad de Addison, nódulo adrenal derecho no funcionante.

En tratamiento con dieta con sal e hidroaltesona 20 mg (1-0-1-0), lo que mejora la sintomatología.

**ALGO MÁS QUE UN CASO DE LUMBALGIA**

*Álvarez Sádaba M, Colomo Elduayen P, Secades B, Castro Neira M, Beramendi García F, Lombier Martínez de Morentín M*  
CS Iturrama. Pamplona (Navarra). Navarra

*correomlas@yahoo.es*
ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. La mayoría de las lumbalgias son de etiología banal, pero en algunos casos subyacen patologías graves.

Motive de consulta: lumbalgia.


Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 57 años que presenta un dolor lumbar mecánico, no irradiado, sin desencadenante previo. Se pauta tratamiento con AINE.

Tras 2 semanas, el dolor es continuo, irradia a los glúteos y el territorio ciático derecho, y hace que se despierte por la noche. Se intensifica el tratamiento con tramadol. Progresivamente, el paciente presenta debilidad en las EEl, estreñimiento, dificultad para la micción y diplopía ocasional. Se le deriva a Urgencias.

Exploración física: palpitación dolorosa en la región lumbosacra. La marcha sobre los talones y las puntillas es imposible. La marcha sobre los talones termina en una ataxia y el paciente se desplaza de forma inestable. El paciente tiene una anemia ferropénica y patologías más graves.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: espondiloartritis, espondilitis, hernia discal, estenosis de canal, tumores (próstata, colon, SNC, peritoneales o metastásicos), abcesos óseos.

Juicio clínico: carcinoma de base que no desorientaba respecto a otras posibilidades diagnósticas. Tras la análisis se halló el mieloma múltiple, que explicaba gran parte de la sintomatología.

CONCLUSIONES
El paciente ingresó en el hospital, tras observarse los resultados analíticos, para recibir una transfusión sanguínea de 2 CH; posteriormente se siguió con el estudio de la anemia. Se inició tratamiento quimioterápico (VBAD, Zolendronato), eritropoyetina y analgesia, y su sintomatología experimentó una mejora.

Los criterios para diagnosticar un mieloma son los siguientes: presencia de proteína monoclonal > 3 g/dl en suero u orina, y > 10% de células plasmáticas en médula ósea, además de, al menos, uno de los siguientes criterios: hipercalemia, insuficiencia renal aguda, anemia y lesiones líticas en serie ósea.

Antes de la anemia feropénica es la más frecuente, tenemos que considerar la posibilidad de descartar otras causas de anemia y pensar en su coexistencia.

ALTERACIÓN EN LA MARCHA SECUNDARIA A...

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: paciente con inestabilidad y alteración de la marcha de 1 mes de evolución.

Antecedentes personales: hipertenso, diabético y dislipémico, y está en tratamiento con IECA, estatina y metformina. Tomar vino con las comidas. Diagnostico de Parkinson y en tratamiento con levodopa.
Enfermedad actual: trastorno de la marcha (pasos cortos) e inestabilidad de 1 mes de evolución asociado a caldas y temblores de intención en extremidades.


Pruebas complementarias: analítica: creatininina 3,63 mg/dl; urea elevada; Hb 8,8 g/dl; hematies 2,83.10(12)/L; plaquetas 132.10(9)/L; Ca 14 mg/dl; proteínas totales 9 g/dl; IgA 5070 g/dl. Reactantes en fase aguda elevados. El resto de los parámetros están dentro de la normalidad. Rx de hombro: fractura patológica. TC craneal: atrofia global. RM craneal normal. PL normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: vértigo periférico, accidente cerebrovascular, enfermedad hematógena, enfermedad de Parkinson o parkinsonismo, demencia.

Juicio clínico: paciente que presenta inestabilidad con anemia, plaquetopenia, insuficiencia renal aguda, hipercalemia, proteínas elevadas con IgA por encima del límite superior, alrededor de una proptosis (pasos cortos) e inespecificidad. Biopsia renal: se confirma el diagnóstico renal con amiloidosis.

CONCLUSIONES

La amiloidosis es una enfermedad en la que la amiloide, una proteína rara que normalmente no está presente en el cuerpo, se acumula en varios tejidos. Existen muchas formas, en la primaria la causa es desconocida. La secundaria se llama así por ser consecuencia de otra enfermedad (tuberculosis, etc.). Los síntomas vienen determinados por la pérdida de función del órgano afectado y muchas veces están enmascarados por la enfermedad que determina su aparición.

Tras la sospecha clínica, el diagnóstico sólo puede confirmarse con una biopsia.

El tratamiento es exclusivamente sintomático, por lo que debe dirigirse hacia la causa subyacente, ya que ésta es la única opción para poder modificar el curso de la patología. La enfermedad es progresiva y el pronóstico desalentador.

Es importante conocer la existencia de esta enfermedad para poder sospechar que un paciente la presenta.

ANÁLISIS DE LOS UROPATÓGENOS Y SUS RESISTENCIAS ANTIMICOTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Doce Bartolomé V, Diez-Cascón González P, Mas Heredia M, Torres Oliveros M, Sitiar Martínez De Sas S, Bosch Mestres J
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
vadoce@hotmail.com

OBJETIVOS

Conocer los uropatógenos aislados más frecuentes en los urocultivos (UC) solicitados en Atención Primaria y su perfil de resistencia a los antibióticos.

DISEÑO

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Ámbito del estudio: centro de Atención Primaria urbano.


Material y métodos: se recogieron los resultados microbiológicos y antibiógramas de los citados UC, así como el sexo y la edad de los pacientes.

Medicines e intervenciones: se analizaron 491 UC.

Análisis: la media de edad fue de 64 años (DE: 20,03), y el 84,5% de los pacientes eran mujeres. Escherichia coli fue el germen aislado más frecuente en los UC (62,1%), seguido de Klebsiella pneumoniae (9,4%). En mujeres, el 63% de UC fueron positivos para E. coli y en hombres, el 44,7%, con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,0007). En los pacientes menores de 74 años, el 63,3% de los UC fue positivo para E. coli frente a un 36,7% en mayores 74 años, con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,04).

RESULTADOS

Los gérmenes aislados presentaron una elevada resistencia a ampicilina (55,6%), ciprofloxacin (23,8%), cotrimoxazol (28,9%) y amoxicilina-clavulánico (20,4%).

E. coli presentó una alta sensibilidad a cefotaxima (94,4%), fosfomicina (92,8%), cefuroxima (91,1%) y una elevada resistencia a ciprofloxacin (31,5%).
CONCLUSIONES
Los bacilos gramnegativos, y en especial E. coli, son los uropatógenos aislados más frecuentes en UC solicitados en Atención Primaria, sobre todo en mujeres y pacientes menores 74 años. E. coli presenta una alta sensibilidad a cefalosporinas y fosfomicina y una elevada resistencia a las quinolonas.

ANASARCA EN ANCIANO
Gutiérrez De Antonio M, Manso Fernández G, Hernández M
Hospital General de Segovia. Segovia. Castilla y León
mariguO07@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
El síndrome nefrótico (SN) se define por una proteinuria ≥ 3,5 g/d, hipoalbuminemia, dislipemia y edemas.

Motive de consulta: anasarca refractaria a diuréticos.

Antecedentes personales: ex fumador. HTA diagnosticada hace 2 años y tratada con IECA con mal control. Bloqueo de rama izquierda en ECG previos. IRC leve secundario posiblemente a nefroangiopatía. Cirugía de adenoma prostático. Cólicos renoureterales e ITU.

Antecedentes familiares: padre hipertenso y un hermano fallecido de muerte súbita.

Enfermedad actual: varón de 79 años con edemas generalizados de 15 días de evolución tratados en Atención Primaria con diuréticos. Acude a Urgencias por resistencia al tratamiento.

Exploración física: normal. PA 177/88 mmHg. Extremidades edematosas con fóvea, con pulsos conservados.

Pruebas complementarias: analítica: anemia normocítica y normocrónica; creatinina 1,6 mg/dl; urea 87 mg/dl; colesterol 327 mg/dl; triglicéridos 282 mg/dl; proteinas totales 3,2 g/dl; albumina 3,2 g/dl; sedimento: cilindrias. Proteinuria cuantificada en 24 h: 35 g/dl. Eco-Doppler renal: normal. Biopsia renal: 17 glomérulos: 4 esclerosados y 12 restantes normales. En uno de ellos se aprecia una esclerosis segmentaria. IF: positiva débil para IgM en el glomérulo de la segmentaria.

DESARROLLO
La presencia de edemas en las extremidades sin clínica de insuficiencia cardíaca ni de trombosis venosa profunda nos obliga a considerar un SN. Para establecer su diagnóstico etiológico es fundamental la biopsia renal. En este caso, el diagnóstico fue de glomeruloesclerosis focal y segmentaria 1.ª, y el paciente presentó una buena respuesta al tratamiento establecido con corticoides.

CONCLUSIONES
El SN es una causa que debe considerarse en pacientes con edemas refractarios a diuréticos.

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 68 años que es derivada por su médico a Urgencias tras evidenciar unas cifras de Hb de 4,9 g/dl. Es hipertensa y ha sufrido un ictus isquémico derecho 6 meses atrás, por lo que ha iniciado tratamiento con AAS. Refiere debilidad, astenia, pérdida de 15 kg de peso en 10 meses (relacionada con una dieta), así como estreñimiento y cuantiosas. No hay datos de sangrado a otro nivel. La exploración resulta anodina, con la excepción de pequeñas ecotomías en el abdomen. Se transfunden 4 concentrados de hemáticas y se remite a la paciente a la consulta hospitalaria para completar el estudio. La TC abdominal con vistas en el colon izquierdo y tres lesiones compatibles con fistulas arteriovenosas en ambas bases pulmonares y una en lingüa. La colonoscopia detecta otras lesiones telangectásicas.

DESARROLLO
Todos estos datos son congruentes con el diagnóstico de enfermedad de Rendu-Osler, por lo que se procede a la electrofulguración con argón de las digestivas y embolectomía pulmonar.

CONCLUSIONES
Las anemias graves detectadas en las analíticas son un motivo frecuente de derivación del paciente a Urgencias para realizar una transfusión de sangre y el posterior estudio de la anemia. Las pérdidas hemáticas digestivas o ginecológicas suelen ser las más frecuentes, pero una historia y una exploración física exhaustivas pueden poner de manifiesto otras etiologías menos habituales. En el caso de esta paciente, pudo sospecharse que presentaba la enfermedad de Rendu-Osler con una anamnesis detallada y mediante la observación de sus lesiones cutáneas. De ello se concluye que la historia clínica y la exploración son los pilares en el enfoque diagnóstico de las anemias.

ANEMIA GRAVE EN UN PACIENTE ASINTOMÁTICO
Gómez Fernández C, Gómez Fernández L, Ventura Olivé C
CAP La Marina. Barcelona. Cataluña
cclaudiagomez@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
La anemia es un trastorno común y, con frecuencia, constituye un síntoma de una enfermedad más que una enfermedad en sí misma.


Exploración física: sin alteraciones físicas ni cognitivas evidentes.

El hallazgo de anemia grave motiva una analítica urgente, la cual confirma los resultados, por lo que se inicia un estudio etiológico. En la colonoscopia se detectan hemorroides de grado II, un colon normal, ileón con lesiones ulcerativas extensas y poco profundas.
DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: infecciosas (salmonelosis, amebiasis, tuberculosis), neoplasia, vasculitis, linfoma intestinal, jejunoileitis ulcerativa no-granulomatosa, enterocolitis seudomembranosa, colitis ulcerosa.

Juicio clínico: dado su estado, el paciente precisa transfusión sanguínea y suplemento oral de hierro. La anatomía patológica detecta que sufre la enfermedad de Crohn.

Tras establecer este diagnóstico, se deriva al paciente al servicio de Digestivo, donde inicia un tratamiento corticoideo a altas dosis. El paciente se mantiene asintomático en todo momento.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Crohn es una patología crónica idiopática, más frecuente entre los 15 y 30 años. Afecta cualquier parte del tracto digestivo, sobre todo el ileon terminal. Los brotes agudos pueden desencadenarse debido a infecciones, a los AINE y al estrés. El diagnóstico precisa pruebas de imagen, en ocasiones anatomo-patológicas, dada la similitud de algunas entidades.

La sintomatología depende de la extensión y localización de las lesiones; en general, la enfermedad de Crohn puede ocasionar diarrea crónica, ricketsias, pérdida de peso, fiebre, abdомinalgia, y síntomas extraintestinales (artritis, inmunofluorescencia de ojos, eccemas).

El objetivo del tratamiento es controlar la inflamación (antiinflamatorios, corticoideos, inmunosupresores), corregir déficits nutricionales y mejorar los síntomas; en casos graves puede ser precisa la intervención quirúrgica.

ANEMIA NORMOCRÍTICA NORMOCRÓMICA EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

Bejarano Rivera N, Costa Atienza E
CAP de Manlleu, Manlleu (Barcelona). Cataluña
neker1975@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y hospital.

PRESENTACIÓN

Cuando se atiende a un paciente con anemia normocrítica normocrómica (ANNC) hay que considerarse la posibilidad de que presente MM.

Motivo de consulta: revisión de analítica de control.
Antecedentes personales y familiares: dislipemia, HTA, hiperuricemia, insuficiencia renal crónica leve de años de evolución, EPOC moderado.

Enfermedad actual: paciente asintomático con ANNC.

Exploración física: BEG, leve palidez cutánea y de mucosas, no equimosis, no hepatosplenomegalia. El resto es normal.

Pruebas complementarias: analítica: ANNC; plaquetas y leucocitos normales; función renal, calcio, proteínas, perfil hepático normal; proteinograma: banda monoclonal IgA kappa en suero y orina elevada; IgA incrementada; IgG e IgM disminuidas. Aspirado de médula ósea (AMO): normocelular, presencia de las 3 series hematopoéticas, infiltración por un 20% de células plasmáticas. Rx seriada esquelética: lesiones osteolíticas ausentes.

DESARROLLO


Juicio clínico: estudio inicial de ANNC: se descartan las causas comunes antes mencionadas; se solicita proteinograma por una anemia persistente: banda monoclonal incrementada IgA kappa en suero y orina, sin alteración del calcio, función renal, no existen lesiones osteolíticas; confirmación del diagnóstico con AMO. Se inicia un tratamiento con melfalan y prednisona.

Posteriormente se presenta una clínica de anemia, hematóma de pared costal espontáneo y sobreinfección respiratoria, manifestaciones clínicas probables de MM. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático.

CONCLUSIONES

El seguimiento constante al paciente en Atención Primaria permite establecer diagnósticos graves como MM tras haber descartado previamente las causas más frecuentes de anemia normocrítica normocrómica.

ANEMIA PERNICIOSA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Doce Bartolomé V, Díez-Cascón González P, Mas Heredia M, Torres Oliveros M, Sitjar Martínez De Sas S
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
vadoce@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Mujer de 46 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con hipotiroidismo subclínico (no precisa tratamiento), consulta por hipoestesias distales a nivel de las dos manos de 1 mes de evolución.

Exploración física: hipoestesia palmar distal de todos los dedos de ambas manos. El resto es normal.

Pruebas complementarias: analítica: hematíes 3,86; VCM 107,3: HCM 34,6; resto de hemograma, ionograma, bioquímica y perfil hepático: normales. TSH 6,8; T4L 1; T3 1,4; ATPO > 13.000; ácido fólico 14,7 (3-17); Vit B12 49 (200-1100); proteína: normal. Rx de columna cervical: atrofia. EMG, EESS y EEl: normales. FGS: discreta atrofia de pliegues fúndicos; el resto es normal. AP: compatible con gastritis crónica. Ausencia de malignidad. No hay evidencia de Helicobacter pylori.

Con la orientación diagnóstica de anemia perniciosa, se derivó a la paciente al servicio de Hematología y se inició un tratamiento con Vit B12 im.

DESARROLLO

En el diagnóstico diferencial de las polineuropatías, es importante la anamnesis, la exploración física y el estudio neurofisiológico. Entre las polineuropatías subagudas crónicas: de tipo axonopatía cabe descartar las causas farmacológicas (estatinas), metabólicas (DM, uremia, porfirias), otras (VIH, déficit de Vit B12, etc.), tóxicas, neoplásicas, etc. Y en las mielinopatías: tóxica, farmacológica, metabólica (DM, hipotiroidismo, hepatopatías, etc.).

La mayoría de las polineuropatías agudas subagudas son desmielinizantes y su principal causa es el síndrome de Guillain-Barré.

CONCLUSIONES

Las neuropatías periféricas son una de las alteraciones neurológicas más prevalentes en la población general y un frecuente motivo de consulta en Atención Primaria.
El estudio sistemático de una polineuropatía debe incluir la anamnesis, la exploración física y analítica (hemograma completo con VSG y bioquímica, proteinograma), un análisis de orina, un estudio radiológico y otro neurofisiológico.

**ANOSMIA EN EL POSPARTO**

Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid

**ÁMBITO DEL CASO**
Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Paciente de 40 años, de origen marroquí, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta después de su tercer embarazo por cefaleas leves inespecíficas y anosmia de 2 meses de evolución. En la exploración: salvo la anosmia, inespecífica. La analítica es normal, salvo por PCR, ferritina y PTH elevadas, con disminución del 25-OH Vit D. ECA normal. Rx del tórax normal. ORL: nose taria, neurosarcoidosis.

**CONCLUSIÓNES**

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Sindrome de Sheehan, hipofisitis linfoci taria, neurosarcoidosis.

**JUICIO CLÍNICO**

Neurosarcoidosis.

**CONCLUSIONES**

La anosmia se observa en una variedad de enfermedades, incluyendo procesos neurológicos, infecciosos, reumáticos y endocrinos. La presencia de anosmia en este caso sugiere una posible neurosarcoidosis.

**DESA RROLLO**

**D IAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Síndrome de Sheehan, hipofisitis linfocitaria, neurosarcoidosis.

**JUICIO CLÍNICO**

Neurosarcoidosis.

**CONCLUSIONES**

La anosmia se observa en una variedad de enfermedades, incluyendo procesos neurológicos, infecciosos, reumáticos y endocrinos. La presencia de anosmia en este caso sugiere una posible neurosarcoidosis.

**ÁMBITO DE ESTUDIO**

Pacientes con EPOC hospitalizados consecutivamente en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

**SUJETOS**

Se incluyeron 47 pacientes, 36 varones y 11 mujeres, de media de edad de 71 años.

**MÉDICOS E INTERVENCIONES**

En el momento del ingreso se registraron las siguientes variables: sexo, edad, tiempo desde el diagnóstico, hospitalizaciones previas en los últimos tres años, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades, FEV1, oxigenoterapia domiciliaria e IMC. Tras el alta, los pacientes fueron reevaluados en la consulta, donde se les realizó una criba de ansiedad y depresión mediante el escala de Goldberg y se valoró la calidad de vida con Euroqol 5D.

**ANÁLISIS**

Comparación de variables con la prueba de chi-cuadrado.

**RESULTADOS**

El FEV1 medio fue del 50% (grado leve 4%); moderated 47%; grave 41% y muy grave 8%). 27 pacientes presentaban depresión (57%); 18 ansiedad (38%); 15 de ellos ansiedad y depresión conjuntamente (32%). La oxigenoterapia domiciliaria fue un factor relacionado tanto con la ansiedad como con la depresión. Una mayor prevalencia de ansiedad, de depresión o de ambas se asoció a un peor estado de salud, según la escala analógica visual, y con el mayor grado de dolor, menor movilidad y descenso de las actividades diarias, según Euroqol. La obesidad también se asoció a una mayor prevalencia de la ansiedad. No se encontró relación con el resto de las variables evaluadas.

**CONCLUSIO NES**

La ansiedad y la depresión son altamente prevalentes en la EPOC. Destacamos la relación entre la ansiedad y la depresión con la oxigenoterapia domiciliaria y con un peor estado de salud.

**¿ANTIA GREGACIÓN?**

MORENO CASTILLO C, Torra Solé N, Mari López A, Bartolomé Mateu S
ABSEVALPARIDINIES-SECÁ DE St. Pere. Lleida. Cataluña

**OBJETIVOS**

Determinar el grado de antiagregación en pacientes diabéticos.

**DISEÑO**

**TIPO DE ESTUDIO**

Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo.

**ÁMBITO DEL ESTUDIO**

Atención Primaria.

**SUJETOS**

Pacientes diabéticos mayores de 60 años que acuden a la consulta de Atención Primaria urbana entre mayo y noviembre de 2008.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo de tratamiento antiagregante/anticoagulante de los pacientes de la muestra.

**MÉDICOS E INTERVENCIONES**

Registro del tipo de tratamiento antiagregante/anticoagulante.

**ANÁLISIS**

Prevalencia del registro de tratamiento.

**RESULTADOS**

De una muestra de 40 pacientes diabéticos, 25 (62,5%) eran mujeres y 15 (37,5%) varones. La media de edad era de 70,8 años, con una DE ± 7,2. De los pacientes diabéticos estudiados, 32 (80%) eran hipertensos.

De todos los pacientes, había 21 (52,5%) tratados con AAS; 1 (2,5%) con AAS y clopidogrel; 1 (2,5%) con clopidogrel; 2 (5%) con acetocumarol y 15 (37,5%) no seguían tratamiento antiagregante ni anticoagulante (de éstos, 3 eran alérgicos al AAS).
CONCLUSIONES
Seis de cada diez pacientes diabéticos siguen tratamiento antidiabético con AAS. Destacan dos pacientes descoagulados, ambos afectos de fibrilación auricular. Cuatro de cada diez pacientes no reciben ningún tipo de tratamiento. ¿Significa esto que un 37,5% de nuestros pacientes diabéticos no reciben el tratamiento adecuado?

AQUÍ Y HOY: ENFERMEDAD DE CHAGAS
Vila Puñet I, Muñoz Mora A, Juanjo Lanuza M, Mari López A, Astals Bota M,
Bustard Solivellas J
ABS Balaguer, Lleida. Catalalulla
mjjuanios10@telefonica.net

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: mujer de 41 años con dolor articular.
Enfermedad actual: paciente inmigrante, sin antecedentes personales ni patológicos de interés, que acude a la consulta por presentar dolores artificulares generalizados, refractarios al tratamiento antiinflamatorio.

Juicio clínico:

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Antecedentes personales: no RAMC. Desprendimiento de retina traumática, hepatitis crónica enólica, no consume alcohol actualmente, fumador de 15 cig. En estudio por un síndrome constitucional de pérdida de 14 kg en los últimos 6 meses. No tiene tratamiento crónico.
Enfermedad actual: varón de 53 años que refiere aumento de ictericia de 7 días de evolución sin concomitantes. Niega fiebre, escaflofrios e hiporexia.
Pruebas complementarias: analítica: glucosa: 147; BT: 15,40; BD: 13,32; GOT: 265; GPT: 452; GGT: 717; alfa amilasa: 3; FA: 657. Serologías para virus de la hepatitis, negativas. Ceru-lopasmina plasmática, alfa1-antitripsina, TSH y estudios del metabolismo férreo: normales. TC: masa pancreática de unos 5 cm de diámetro, que produce dilatación de la vía biliar, que rodea a la AMS y contacta con la vena porta. Este hallazgo es sugestivo de neoplasia pancreática. La lesión focal hepática de unos 2 cm podría estar en relación con MT. Abundante circulación colateral hepática.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cáncer hepático, estenosis biliar, hepatitis autoinmune, hepatitis inducida por medicamentos.
Juicio clínico: síndrome íctérico obstructivo/LOE pancreático.

CONCLUSIONES
El cáncer de páncreas es difícil de detectar y diagnosticar de forma temprana. Los signos del cáncer de páncreas, cuando están presentes, son similares a los signos de muchas otras enfermedades. Los posibles síntomas incluyen ictericia, dolores y pérdida de peso.

AUMENTO DEL DIÁMETRO DE LOS MIEMBROS INFERIORES... NO TODO ES TVP
Cortés Merino P, Alejano Rodríguez A, Hernández Durán C, García Marín A,
Castro Arias L, Vázquez Rodríguez L
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
icalor88@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
Mujer de 61 años que acude a la consulta por un aumento del perímetro y del dolor en EET.
Antecedentes personales: sin factores de riesgo cardiovascular, obesidad, hipertiroidismo, histerectomía con doble anexectomía desde hace 20 años, meniscectomía de ambas rodillas y prótesis de rodilla derecha desde hace 3 meses.
Enfermedad actual: niega traumatismo, dolor torácico, palpitaciones o sensación dismética. Lleva una media de compresión fuerte en el M1D. Hace 13 días que dejó de ingerirse heparina.
Exploración física: consciente y orientada en las tres esferas. Bien hidratada, nutrida y perfundida. Afébril. SatO2 96%. Rítmica a 80 lpm, sin soplos ni extratónicos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Importante asimetría con aumento del diámetro de

Se la remite al servicio de Urgencias para descartar una TVP. Allí se le realiza una eco-Doppler, donde se observa eje femoro-poplíteo izquierdo permeable sin signos de TVP, colección anecoica heterogénea en hueso poplíteo izquierdo de 4 x 1,5 cm de bordes irregulares que diseca planos musculares gemelares y se extiende caudalmente a lo largo de 23 cm, compatible con quiste de Baker roto como primera posibilidad.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** síndrome posfebrilítico, obstrucción venosa, celulitis, linfedema, rotura de Aquiles. No presenta aumento de calor local. No se palpan cordones.

El juicio clínico tras la clínica y las pruebas realizadas es la presencia de un quiste de Baker, aunque no se acompaña de cefalea, ni de pérdida de la conciencia, ni de ningún otro síntoma asociado.

**CONCLUSIONES**

En el aura tipo sin cefalea, los síntomas visuales son los más característicos. En pacientes con episodios migrañosos típicos anteriores tendríamos un diagnóstico fácil. En un debut o en un episodio migrañoso atípico en la adultez, se deberían considerar otras patologías como diagnóstico diferencial, como migraña, epilepsia posterior y AIT.

Dentro de la valoración del paciente, debemos tener en cuenta los antecedentes personales y familiares, y la duración y recuperación absoluta de los síntomas.

**BRUCELOSIS**

Garin Alegre M. Lacoste O, Romaña García G
CS Dávila. Santander (Cantabria). Cantabria quebufanda@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria y Medicina Interna.

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 44 años que acude en repetidas ocasiones a la consulta de Atención Primaria por un cuadro, de 2 meses de evolución, caracterizado por nódulos subcutáneos en las cuatro extremidades, eritematosas y dolorosas e fiebre larvada.

**Antecedentes personales:** infección por el VIH, adicta a drogas (heroina), virus de la hepatitis C positivo (en la actualidad con terapia antirretroviral). Vive en Santander, aunque los fines de semana se desplaza a un medio rural.

**Exploración física:** paciente caquética, con microadenopatías supraclaviculares bilaterales y soplo sistólico G II/IV. Nódulos subcutáneos en ambas EEII y en los brazos. En el muslo izquierdo, área necrótica con exudación seropurulenta.

**Pruebas complementarias:** hemograma, bioquímica, elemental y sedimento normales.

Se le prescribe Augmentine® y Cefitidoreno®, pero la paciente no presenta una clara mejoría del cuadro e ingresa en Medicina Interna.

**DESARROLLO**

Durante el ingreso y la realización de las pruebas se detecta hipergammaglobulinemia e hipoalbuminemia. ECA 60. Serología Brucella: Rosa de Bengala positivo, aglutinación para Brucella positivo. Coombs positivo título 1/640. La ecografía abdominal y ecocardiograma son normales.

Tras un tratamiento con rifampicina y doxiciclina, la paciente mejora.

El juicio diagnóstico tras la clínica y las pruebas realizadas es que la paciente presenta brucelosis.

**CONCLUSIONES**

El cuadro de la paciente, que presenta nódulos eritematosos dolorosos, junto con los factores de riesgo, incluye un diagnóstico diferencial variado (eritema nodoso, eritema indurado de Bazin, enfermedad de Cristian-Weber) que el médico de Atención Primaria debe estudiar cuidadosamente para valorar y detectar los posibles signos de gravedad y si es necesaria la derivación de la paciente al especialista de enfermedades infecciosas.
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS A UN ÍNDICE TIBILLO-BRAZO PATOLÓGICO EN PACIENTES CON DISLIPEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Frias Vargas M, Yépez Vivas J, González Reynolds L, Balas Urea R
CS María Ángeles López Gómez. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid
dfrrias_v@hotmail.com

OBJETIVOS
Valorar en la consulta de Atención Primaria las características clínicas asociadas a pacientes con dislipemia (DL) e índice tibillo-brazo (ITB) patológico sin enfermedad aterotrombótica conocida (SEAC).

DISEÑO
Tipo y ámbito del estudio: estudio observacional de corte transversal realizado con pacientes de Atención Primaria que presentaban DL y SEAC.

Sujetos: incluimos 121 pacientes con, al menos, un factor de riesgo cardiovascular y SEAC. Se debía evaluar el manejo de riesgo cardiovascular según los protocolos de Atención Primaria. De todos los pacientes, 68 eran dislépticos.

Material y métodos: se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, IMC, CT, HDL, TG y colesterol LDL.

Medicaciones e intervenciones: se realizó a los pacientes una anamnesis, así como una exploración física, se estableció su perfil clínico y se les midió el ITB mediante una eco-Doppler portátil. Todos los pacientes habían firmado un consentimiento informado para participar en el estudio.

Análisis: tras dividir al conjunto de los pacientes en dos grupos según la presencia o la ausencia de ITB patológico y DL, se calcularon los resultados para muestras independientes con test de Student y se compararon las variables cualitativas con chi cuadrado.

RESULTADOS
El 56,2% de los pacientes presentaron dislipemia; la media de edad de los dislépticos fue de 63 años. De éstos, el 62% eran mujeres. En el 14,7% de los pacientes con DL se evidenció un ITB patológico. El 11,8% de éstos eran fumadores. Las medias y los índices de confianza de IMC, CT, HDL, TG y niveles de colesterol LDL (IC 95%) fueron 31 (29-32) kg/m², 203 (193-213), 52 (52-60), 147 (127-160), 121 (112-129 mg/dl), respectivamente. La obesidad se asoció con ITB patológico y DL (p = 0,032).

CONCLUSIONES
La medición del ITB en Atención Primaria es útil en pacientes con DL y obesidad SEAC. El ITB debe incorporarse en la evaluación cardiovascular de pacientes con alto riesgo cardiovascular.

CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Rodríguez Alonso D, Ordóñez Ruiz M, Cedeño Benavides T,
Rodríguez Melgarejo M, Cortés Molina M, Del Ojo García F
CS La Chana. Granada. Andalucía
t_091@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
A través de la trabajadora social acudimos a un domicilio en el que se da una disfunción familiar, ya que la madre se encuentra hospitalizada por una HDA. Repasamos los antecedentes personales de los hijos y nos encontramos con que uno de ellos presenta un trastorno de la personalidad no especificado y otro está diagnosticado de esquizofrenia. No conocíamos la situación, ya que nunca habíamos visto a estos pacientes porque su madre sólo acudía al centro para recoger el tratamiento farmacológico a través de la tarjeta electrónica.

Motivo de consulta: visita domiciliaria oportunista del médico de Atención Primaria, la trabajadora social y un residente rotante de otra especialidad.


Antecedentes familiares: madre con VHB, HDA, insuficiencia venosa crónica. Padre con posible corteza. Hermano con esquizofrenia.

Enfermedad actual: brote psicótico.
Pruebas complementarias: resulta difícil realizarlas.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: brote psicótico, agitación psicomotriz, intoxicación aguda por tóxicos, descompensación psicótica, tironietoxicos, delirium o episodios de confusión, episodios depresivos o maniacos graves, demencias o trastornos de la personalidad.
Juicio clínico: trastorno de la personalidad no especificado.

CONCLUSIONES
Desde el punto de vista de la Medicina Familiar y Comunitaria en su amplio abanico bio-psico-social, podemos acercarnos a los pacientes en su ámbito familiar, lo que nos permite conocer cómo se desenvuelven en su vida cotidiana y así es posible realizar un manejo más completo y global de la patología psiquiátrica.

CASO CLÍNICO: UNA SENCILLA EPISTAXIS

Tejada Argáiz M, Campo Alegría L, García Garrido A, Vejo Puente E,
Villaverde Llana A, Castelao Barcena L
CS Cazofía. Santander (Cantabria). Cantabria
maritejadaargai@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La epistaxis se define como una hemorragia que se origina en las fosas nasales. En ocasiones puede indicar la existencia de un proceso grave. Es importante establecer la fosa nasal donde se produce la hemorragia y realizar una correcta exploración.

Motivo de la consulta: epistaxis ocasionales de fosa nasal izquierda.
Antecedentes personales: NAMC. HTA. Hipercolesterolemia. Tratamiento antihipertensivo.
Antecedentes familiares: padres sano.

Enfermedad actual: el paciente refiere episodios frecuentes auto-limitados de hemorragia nasal, de breve duración y pequeña cuantía, junto con sensación de molestias inespecíficas en la fosa nasal izquierda. Niega hurgamiento, CVA o rinitis.
Exploración física: el paciente está hemodinámicamente estable. PA: 130/80 mmHg. T°: 36,2 °C. Rinascopía anterior: formación polipoide en septum de la fosa nasal izquierda.

**DESARROLLO**

Desde el punto de vista etiológico, se pueden distinguir:
- Causas locales: microtraumatismos, resfriado común, rinitis, factores ambientales, traumatismos, cuerpos extraños, tumores e idiopáticas.
- Causas sistémicas: fármacos, enfermedades infecciosas, cardiovasculares, hematológicas, endocrinas o renales.

Se sospecha que el paciente presenta tumor de origen indeterminado. Se le remite al servicio de Otorrinolaringología y se le realiza una biopsia, en la que se detecta un melanoma maligno de Breslow de 3,5 mm. Se realiza rinotoscopia paralateronasal izquierda, septum nasal, turbinectomía inferior y medial de fosa nasal izquierda y exérésis del hueso propio. En el estudio más amplio, se detecta una afectación de ambos senos maxilares, metástasis vertebrales, hepáticas y pulmonares. Se inicia quimioterapia. En un nuevo control, se observa una lesión cerebral. A los 9 meses, el paciente fallece.

**CONCLUSIONES**

Las epistaxis suelen ser procesos simples y autolimitados que pueden tratarse en Atención Primaria. Pero es preciso tener siempre en cuenta cuáles pueden ser sus causas e investigarlas, así como obtener una exhaustiva anamnesis, una medición de PA y una rinascopía anterior. Incluso debe valorarse la conveniencia de realizar una análogica.

---

**CATARRO TONTO MAL CURADO**

López León I, Bolado E, Marco N
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). Cantabria
dralopezisabel@gmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Centro de salud coordinado con especialidades.

**PRESENTACIÓN**

Paciente de 52 años que acude a la consulta de Atención Primaria por un catarro, de 1 mes de evolución, que ha empeorado desde hace un día, disnea e fiebre. El paciente es derivado a Urgencias, donde se le diagnostica una infección bronquial.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

T°: 38,5 °C; FC: 125 lpm; PA: 153/100 mmHg

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**


**CONCLUSIONES**

La importancia de los estudios de cribado sobre la población general es fundamental.

Las secuelas por no tratar a tiempo un factor de riesgo, como HTA, pueden llevar a consecuencias extremas, como daño de los órganos diana.

---

**CEFALEA DESENCADENADA POR HABLAR**

Hernández Muñoz I, Quipe Martínez C, Carravilla Parra J
CS Las Águilas I, Madrid. Comunidad de Madrid
nenedoc@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 70 años, sin AMC, con diagnóstico de HTA en tratamiento con enalapril 20 mg (bien controlada), acude a la consulta por dolor periauricular de 10 días de evolución que dura unos minutos y que describe como una descarga eléctrica desencadenada al hablar o tragar. Refiere que hace 4 años sufrió un episodio similar autolimitado. En la exploración física se observa que está afibril, con faringe y otoscopía normales. La ATM es normal. El examen neurológico es normal para pares craneales, excepto IX y X (se desencadena el dolor al utilizar el depressor lingual). Ante la clínica típica de neuralgía del glososfaríngeo se instaura un tratamiento con carbamazepina (600 mg/d), con lo que mejora la clínica, mientras es valorada por los servicios de Otorrinolaringología y Neurología.

**DESARROLLO**

La neuralgía del glososfaríngeo es una patología poco común, aunque a veces pasa desapercibida por compartir características con la neuralgía del trigémino. Puede ser idiopática o secundaria a patología otorrinolaringológica o neurológica. Como diagnóstico diferencial no debemos plantear otras neuralgias (trigeminal, laríngea superior), migraña común, odontalgia, patología carotidea, síndrome de articulación temporomandibular, dolor posquirúrgico o patología oncológica.

**CONCLUSIONES**

Un dolor en el área orofaríngea, lancinante, incapacitante, de segundos-minutos de duración, desencadenado al hablar, tragar, masticar chicle, toser, tocarse el cuello o el CAE, asociado o no a pérdida de conciencia, debe hacernos pensar en algo más que en una neuralgía del trigémino.

---

**CEFALEA SUBAGUDA**

Sosa Alonso A, Ontañón Nasarre B, García España S, Recio Díaz P,
Cáceres Cortés C, Ares Blanco S
CS Las Ciudades. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid
anasasadra@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, por lo que es importante descartar mediante la historia clínica causas secundarias y potencialmente graves antes de clasificarla como cefalea primaria.
Motivo de consulta: cefalea.
Antecedentes personales y familiares: vasculitis por hiper sensibilidad.

Enfermedad actual: mujer de 23 años que acude a su médico por cefalea holocraneal acompañada de náuseas y vómitos de 1 semana de evolución, rebelde al tratamiento analgésico. Empeora con la maniobra de Valsalva y le impide el descanso nocturno. Es diferente de sus cefaleas habituales. Una semana antes sufrió un cuadro catarral y febril.


Pruebas complementarias: se deriva a la paciente a Urgencias, donde se le realiza una TC craneal y se describe una lesión intracranial izquierda sugestiva de absceso. En la analítica destaca una leucocitosis con neutrófilos y elevación de los reactantes de fase aguda.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cefalea subaguda progresiva; debe descartarse un proceso intracraneal expansivo.

Juicio clínico: cefalea subaguda progresiva por absceso frontal secundario a sinusitis aguda.

CONCLUSIONES
Ante una cefalea, primero hay que descartar un proceso grave, según los criterios más alarmantes, y una posible etiología secundaria.

Las cefaleas secundarias más frecuentes son consecuencia de traumas, alteraciones vasculares, lesiones intracranales no vasculares, infecciones, trastornos de estructuras pericraniales y abuso de analgésicos.

Ante una cefalea subaguda progresiva siempre hay que descartar procesos expansivos intracraneales.

En los abscesos cerebrales, el paciente presenta habitualmente fiebre y en algunos casos sinusitis previa.

**CEFALEA Y VÉRTIGO. A PROPÓSITO DE UN CASO**


CS Guayaba. Madrid. Comunidad de Madrid

carolinahduranc@yahoo.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixo (Atención Primaria y asistencia especializada).

**PRESENTACIÓN**

Varón de 70 años que presenta de forma brusca una cefalea intensa frontotemporal izquierda pulsátil con cefalea occipital e intenso desequilibrio, estando en su domicilio. No existen alteraciones en el habla ni disfagia.

Antecedentes personales: ex fumador de 2-3 paquetes/día, DM tipo 2 en tratamiento con ADO.


Pruebas complementarias: analítica completa normal. ECG: sinusal. TC craneal: se descarta sangrado, hipodensidades en ganglios basales, residuales. RX de tórax normal. Eco-Doppler del tronco supraaórtico: atormentosis bilateral, mayor izquierda con estenosis 50% de la arteria carótida común izquierda y oclusión de la arteria vertebral izquierda. RM craneal: T2 y FLAIR hiperdensidades en hemisferio cerebeloso derecho y en la unión bulbomedular izquierda, con restricción en secuencias de difusión.

**CONCLUSIONES**

La evolución clínica ha sido tórpida con secuelas de ataxia de la marcha y cefalea diaria crónica. Se inicia un tratamiento con clopidogrel y gabapentina, y se realiza control estrecho de factores de riesgo cardiovascular.

**CERVICALGIA Y CEFALEA, ¿QUÉ SE NOS ESCAPA?**

Zurita Badosa M, Cervera Ledón M, Calonge Calzadilla N, Callís Privat M, Franquessa Sala L, Galán González S

ABS de Santa Eugenia de Berga. Barcelona. Cataluña

mirizdb@yahoo.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixo.

**PRESENTACIÓN**

Introducción: cervicalgia y cefalea.

Motivo de consulta: mujer de 32 años con cervicalgia y cefalea occipital de más de 15 días de evolución.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: cervicalgia irradiada a la EESS, debilidad muscular y en ocasiones parestesias, con cefalea occipital sos tenida y pulsátil, irradiada a la zona frontal.

Exploración física: sólo destaca hiperreflexia generalizada con dolor en la zona cervical.

Pruebas complementarias: analítica, Rx y electromiograma: sin alteraciones. RM: discreto descenso de amígdalas cerebelosas respecto el foramen magno: síndrome de Arnold-Chiari tipo I e imagen compatible con cavidad apreciable de C5 hasta C7 y desde D3 hasta D5: siringomielia.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: cervicalgia con artrosis, hernia discal, traumatismos y causas secundarias a enfermedades reumáticas; cefaleas primarias y secundarias a traumatismos, procesos vasculares, procesos metabólicos y trastornos intracraneales no vasculares como la hipertensión endocranial, tumores y Arnold-Chiari.

Juicio clínico: con las exploraciones complementarias se llega a el diagnóstico de Arnold-Chiari tipo I.

**CONCLUSIONES**

Alguns síntomas que podemos considerar banales en la consulta diaria pueden esconder sorpresas si no realizamos un diagnóstico diferencial adecuado.
Discusión: Arnold-Chiari es un defecto estructural del cerebro y de parte del tronco por debajo del foramen magno, de etiología desconocida. La clínica, frecuentemente asintomática, varía desde una cefalea con cervicalgia hasta síntomas neurológicos más graves. Muchas veces se asocia a hidrocefalia, espina bífida, siringomielia, columna anclada y curvatura espinal. El diagnóstico se confirma mediante radiología. El tratamiento más adecuado depende del estadificación (antiinflamatorio, quirúrgico).

CIALGIA CÍCLICA UNILATERAL POR ENDOMETRIOsis
Salamanca Seguí M, Llopart Cardé A
CS Trençadors. Arenal de Llucmajor (Palma de Mallorca). Illes Balears
guidass2001@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mujer de 38 años que acude a Atención Primaria por presentar dolor lumbar irradiado al miembro inferior derecho de 9 años de evolución, que coincide con los ciclos menstruales y es recurrente en los ciclos subsiguientes. El dolor se asocia con dificultad en la deambulación e hiperestesia en el territorio de L5 derecha. Se realiza Rx lumbar, en la que no se observan alteraciones y se deriva a la paciente a Ginecología.

DESARROLLO
Con la RM de pelvis, se detecta una lesión tumoral que envuelve el perineuro de la raíz nerviosa afectada. La paciente es sometida a cirugía: neurolisis con extracción de tejido patológico. El resultado de los estudios del servicio de Anatomía patológica revela glándulas revestidas por epitelio columnar rodeadas de estromas deciduoide y hemosiderófagos. Después de la cirugía, la paciente recibe tratamiento con seis ciclos de acetato de leuproide y, a continuación, con desogestril.

En la actualidad la paciente ya no tiene dolor.

CONCLUSIONES
La cialgia cíclica es una patología poco prevalente. Se presenta en mujeres en edad fértil, con episodios dolorosos, cíclicos y coincidentes con la menstruación. Puede coexistir con atrofia muscular. De no ser tratada, esta patología causa una mononeuropatía sensitivo-motora del nervio afectado. La RM es un método complementario que facilita el diagnóstico. El diagnóstico diferencial se establece con tumores neurogénicos benignos. Después de la resección quirúrgica, se efectúa el tratamiento médico de la endometriosis: análogos del GHRH, acetato de goserelina, medroxiprogesterona de depósito.

OBJETIVOS
Presentar los resultados de cirugía menor en un centro rural analizando:
– La concordancia entre diagnóstico prequirúrgico y anatomopatológico.
– La satisfacción de los usuarios.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal.
Ámbito del estudio: Atención Primaria.
Material y métodos: soporte documental: registro específico del centro y encuesta telefónica a los pacientes.

MEDICIONES E INTERVENCIONES:
variables: sexo, edad, número de intervenciones, diagnóstico preoperatorio, remisión a anatomía-patológica, diagnóstico anatomopatológico, satisfacción con la intervención, satisfacción por el tiempo de espera y evaluación de si el paciente repetiría la intervención en el centro.

Análisis: las variables que se describen son:
– Categorías: porcentajes con intervalos de confianza del 95% (IC).
– Quantitativas: media y desviación estándar (DE).

Como prueba de concordancia se utilizó el índice de Kapa (IK).

RESULTADOS
Correlación IK: 0,70
Encuestas contestadas: 111 (93,28%; IC: 88,28-97,88).
Consideraron poco-muy poco el tiempo de espera: 99,09% (IC: 97,24-100); satisfechos-muy satisfechos con la intervención: 98,20% (IC: 95,6-100) y el 98,20% (IC: 95,6-100) repetirían en el CS.

CONCLUSIONES
Los resultados son similares a otros estudios: se analizaron anatomopatológicamente 67,39% en los márgenes de lo considerado aceptable en la literatura: 60-80% (O’Cathain, Mc. Willian, J. Estopa). IK: 0,70 similar al obtenido por P.J. Talega y J.F. Menárquez, aunque inferior a Arribas (80%). Los datos de satisfacción del usuario también son similares en otros trabajos publicados.

Con estos datos podemos considerar que la cirugía menor está consolidada en nuestro centro.
CLÍNICA DE ALERTA DE MALIGNEZAD EN LUMBALGIA. A PROPOSITO DE UN CASO
Jiménez González A, Plaza De las Heras 1
Hospital de Alcorcón. Madrid. Comunidad de Madrid
alvertodo@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.

PRESENTACIÓN
Diagnóstico diferencial de dolor lumbar con posible patología tumoral.
Motivo de consulta: dolor lumbar.
Antecedentes personales: enfisema pulmonar, disástasis de recetas, hiperplasia benigna de próstata, hipercolesterolemia.
Enfermedad actual: varón de 59 años con dolor lumbar bajo irradiado por la cara lateral y posterior del muslo derecho hasta el tobillo de un mes de evolución. No refiere un traumatismo directo por la cara lateral y posterior del muslo hasta la cadera.
Pruebas complementarias:
- Rx lumbosacra: sin hallazgos significativos.
- El tobillo de un mes de evolución.
- No refiere traumatismo directo por la cara lateral y posterior del muslo.
- Hiperplasia benigna de próstata, hipercolesterolemia.

Exploración física:
- Pruebas complementarias: Rx lumbosacra: sin hallazgos significativos.
- El tobillo de un mes de evolución.

JUICIO CLÍNICO
Lumbalgia inflamatoria secundaria a patología tumoral.

CONCLUSIONES
Es preciso reconocer los signos y síntomas de alerta de malignidad en los episodios de pérdida de fuerza del miembro. Cuando se observa una lesión de las partes blandas centreada en aguaje de conjunción L2-L3 derecha, compatible con metástasis ósea, el médico se debe confirmar secundaria a adenocarcinoma pulmonar.

Juicio clínico: lumbalgia inflamatoria secundaria a patología tumoral.

CONCLUSIONES
Es preciso reconocer los signos y síntomas de alerta de malignidad en los episodios de pérdida de fuerza del miembro. Cuando se observa una lesión de las partes blandas centreada en aguaje de conjunción L2-L3 derecha, compatible con metástasis ósea, el médico se debe confirmar secundaria a adenocarcinoma pulmonar.

CONCLUSIONES
Es preciso reconocer los signos y síntomas de alerta de malignidad en los episodios de pérdida de fuerza del miembro. Cuando se observa una lesión de las partes blandas centreada en aguaje de conjunción L2-L3 derecha, compatible con metástasis ósea, el médico se debe confirmar secundaria a adenocarcinoma pulmonar.

CONCLUSIONES
Es preciso reconocer los signos y síntomas de alerta de malignidad en los episodios de pérdida de fuerza del miembro. Cuando se observa una lesión de las partes blandas centreada en aguaje de conjunción L2-L3 derecha, compatible con metástasis ósea, el médico se debe confirmar secundaria a adenocarcinoma pulmonar.

CÓMO ESTÁN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS?
Torra Solé N, Moreno Castillón C, Mari López A, Bartolomé Mateu S, Farran Torres N, Sarmiento Cruz M
ABS Balafia-Pardinyes-Secà de St. Pere. Lleida. Cataluña
nuriapons@hotmail.com

OBJETIVOS
Determinar el grado de control de la HTA en nuestros pacientes hipertensos mayores de 60 años, según las recomendaciones de la Guía Europea de Hipertensión Arterial de 2007 y los estudios HOT, UKPDS y ABCD.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal realizado en una población de 1.856 pacientes.
Ámbito del estudio: Atención Primaria.
Sujetos: pacientes vivos mayores de 60 años diagnosticados de HTA, que acuden a la consulta de Atención Primaria entre mayo y noviembre de 2008.
Material y métodos: los pacientes estudiados se clasificaron según los siguientes parámetros: control óptimo (<139/89 mmHg), grado I (140-159/90-99 mmHg), grado II (160-179/100-109 mmHg) y grado III (>180/110 mmHg).

Mediciones e intervenciones: toma de PA semanal durante 3 semanas seguidas.
Análisis: medidas de las mediciones tensionales obtenidas. Prevalencia de los resultados.

¿CÓMO ESTÁN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS?
Torra Solé N, Moreno Castillón C, Mari López A, Bartolomé Mateu S, Farran Torres N, Sarmiento Cruz M
ABS Balafia-Pardinyes-Secà de St. Pere. Lleida. Cataluña
nuriapons@hotmail.com

OBJETIVOS
Determinar el grado de control de la HTA en nuestros pacientes hipertensos mayores de 60 años, según las recomendaciones de la Guía Europea de Hipertensión Arterial de 2007 y los estudios HOT, UKPDS y ABCD.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal realizado en una población de 1.856 pacientes.
Ámbito del estudio: Atención Primaria.
Sujetos: pacientes vivos mayores de 60 años diagnosticados de HTA, que acuden a la consulta de Atención Primaria entre mayo y noviembre de 2008.
Material y métodos: los pacientes estudiados se clasificaron según los siguientes parámetros: control óptimo (<139/89 mmHg), grado I (140-159/90-99 mmHg), grado II (160-179/100-109 mmHg) y grado III (>180/110 mmHg).

Mediciones e intervenciones: toma de PA semanal durante 3 semanas seguidas.
Análisis: medidas de las mediciones tensionales obtenidas. Prevalencia de los resultados.
RESULTADOS
De una muestra de 78 pacientes hipertensos, 47 (60%) eran mujeres y 31 (40%) varones. La media de edad era de 73,27 años con una DE ± 7,32.

Como resultado se obtuvo: 43 (55,12%) pacientes con control óptimo; 26 (33,3%) con grado I; 8 (10,25%) con grado II y, con grado III, 1 (1,28%).

CONCLUSIONES
Casi 6 pacientes de cada 10 están controlados óptimamente. Sólo un paciente tiene cifras tensionales superiores a 180/110 mmHg.

Estos resultados nos motivan a continuar en la misma línea.

CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS SEXUALES EN JÓVENES DE UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
García Caballos M, Raya Collados D, Martín Santos J, Santos García A, Díaz Ramos F, Cedeño Benavides T
CS La Chana. Granada. Andalucía
maricag81@hotmail.com

OBJETIVOS
Describir los resultados de una encuesta sobre los conocimientos y hábitos sexuales en un grupo de adolescentes.

DISEÑO
Ámbito del estudio: instituto de educación secundaria urbano.


Material y métodos: encuesta sencilla, autoadministrada, de preguntas cerradas.

Mediciones e intervenciones: la encuesta incluía cuatro apartados: grado de información percibida sobre sexualidad, conocimientos generales sobre anticoncepción, práctica de sexo y uso de métodos anticonceptivos.

Análisis: se hizo un estudio descriptivo de los datos, que se compararon con la literatura existente.

RESULTADOS
Aproximadamente la mitad de los encuestados consideran que la información de que disponen sobre sexualidad es buena, y sólo un 8% responden que es nula o escasa. Los resultados no varían en los cuatro grupos. En cuanto a las preguntas sobre conocimientos de anticoncepción, hay un porcentaje muy superior de aciertos, más que de fallos, particularmente en los grupos de más edad. A medida que aumenta la edad, aumenta el número de encuestados que practican sexo, y también los que lo practican de forma habitual. El método anticonceptivo más usado es el preservativo, aunque existe un pequeño número de adolescentes que no usan ninguno.

CONCLUSIONES
Nuestros resultados coinciden con los que arrojan las encuestas en Andalucía y otros trabajos similares. Aunque los adolescentes perciben que su información sobre sexualidad es, en general, buena, los comportamientos no siempre reflejan estos conocimientos. Es necesario trabajar con ellos las habilidades sociales que les ayuden a adoptar actitudes más saludables sobre su sexualidad.
Motivo de consulta: niño de 6 años que llega a un centro de Urgencias de Atención Primaria con tumefacción en el antebrazo izquierdo.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: tumefacción en el antebrazo izquierdo desde hace 3 días tras caída. No presenta pérdida de peso ni de apetito.


Pruebas complementarias: Rx de brazo izquierdo: afectación de tercio medio cubital izquierdo con pérdida de continuidad cortical y signos de desestructuración ósea.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: contusión/hematoma, linfedema, tumoral: sarcoma de Ewing, osteosarcoma, condrosarcoma, linfoma no Hodgkin, neuroblastoma.

Juicio clínico: tras la imagen lítica en la radiografía, se orienta el cuadro como tumoral y se deriva al paciente a un centro infantil especializado de referencia para el estudio y la filiación del tumor. Tras la biopsia se confirma el diagnóstico de sarcoma de Ewing.

CONCLUSIONES
Estudio de extensión negativo. Se empieza el tratamiento con quimioterapia previa a la cirugía, con una buena evolución. El sarcoma de Ewing suele afectar a niños en la segunda década de la vida y raramente a menores de 4 años. Representa un 2-3% de los cánceres infantiles, pero es el segundo más habitual en niños y adolescentes con frecuentes metástasis. Suele afectar en un 26% a huesos largos de extremidades, como en este caso. El antecedente del traumatismo en la misma zona hizo que el diagnóstico fuera más precoz. El médico de familia tiene que conocer y descartar enfermedades que, aunque poco frecuentes, son muy graves en niños.

CRIoglobulinemia tipo II

Sota Yoldi P, Álvarez Villanueva E, Ciaurriz Martín M, Baztarrica Echarte E, Solil Arrieta A, Lumbier Martínez de Morentín M

Ámbito del caso
Hospitalario.

Presentación
Mujer de 56 años que es derivada a la consulta de Digestivo por una anemia microcítica persistente.

Antecedentes personales: HTA, insuficiencia cardíaca, anemia microcítica persistente. Intervenido quirúrgicamente de histerectomía total, amputación EII.

Pruebas complementarias: tras realizar las pruebas se obtienen los siguientes diagnósticos:
- Serología virus hepatitis C positiva y anticuerpos frente a virus B.
- Angiomasis sistémica difusa con presencia de angiomas cutáneos y digestivos (estómago, duodeno, colon e hígado).
- Anemia ferropénica, posiblemente secundaria a la angiomasis.
- Hepatopatía con patrón colestásico de origen multifactorial (angiomas ocupacionales, hepatitis C e insuficiencia cardiaca congestiva).

La paciente es dada de alta con su tratamiento habitual y tras pautársele hierro oral.

DESARROLLO
Durante el año siguiente, la paciente presenta un deterioro clínico progresivo consistente en astenia y pérdida de peso; aparece insuficiencia renal y tienen lugar varios episodios intercurrentes de insuficiencia cardíaca descompensada y al menos dos de fiebre sin foco de origen desconocido.

El 4 de enero, la paciente comienza con un cuadro de fiebre alta que no remite con el tratamiento y se acompaña de empeoramiento de la insuficiencia renal y descenso de la hemoglobina de 4 puntos (Hb 7), por lo que se decide su ingreso en Medicina Interna, donde se diagnostica crioglobulinemia tipo II con vasculitis por inmunocomplejos. La paciente muere en la UCI por una hemorragia alveolar masiva.

CONCLUSIONES
El virus de la hepatitis C no afecta exclusivamente al hígado, por lo que ante esta patología siempre hay que considerar y descartar una afectación sistémica.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN URGENTE OFTALMOLÓGICA. A PROPOSITO DE UN CASO AGUDO DE GLAUCOMA
UD del Área B de Madrid. Alcorcón (Madrid). Comunidad de Madrid
aran_gut@hotmail.com

Ámbito del caso
Mixto (Atención Primaria y asistencia especializada).

Presentación
Motivo de consulta: repasar los criterios de derivación oftalmológica urgente.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento e hipermetropía.

Enfermedad actual: mujer de 68 años que acude a su médico de Atención Primaria por dolor ocular intenso, visión borrosa, cefalea frontal y crisis HTA, tras una miopía farmacológica horas antes para una exploración normal del fondo de ojo.

Anita la sospecha de glaucoma agudo iatrogénico, se le administra acetazolamida y se la deriva a Oftalmología para someterla a un tratamiento urgente con iridotomía.

Exploración física: PA 230/110 mmHg, disminución de agudeza visual, pupila en midriasis media, arreactiva a la luz, resto de la exoparación normal. Fondo de ojo: papila y mácula normal con PIO de 50 mmHg.

DESARROLLO
Debemos reconocer los cuadros de urgencia oftalmológica, ya que de nuestra actitud dependerá la buena evolución del cuadro. Ante la pérdida de visión y dolor ocular con ojo rojo debemos realizar una anamnesis y una exploración detallada del ojo, con la sospecha de la presencia de una uveítis, epiescleritis, queratitis o glaucoma agudo. Cuando nos encontramos con un cuadro de ojo rojo y dolorosa, pérdida de visión, vómitos, cefalea y miopía con tratamiento farmacológico previo, debemos considerar un ataque agudo de glaucoma por bloqueo pupilar yatrogénico.

CONCLUSIONES
En Atención Primaria debemos hacer un diagnóstico diferencial de las distintas entidades que pueden cursar con ojo rojo y doloroso, para instaurar un tratamiento. Asimismo, debemos saber cuándo es necesario derivar al paciente al especialista.
CUADRO EMÉTICO DE ORIGEN PSICÓGENO EN JOVEN DE 20 AÑOS
Morales Barroso I
CS Pino Montano B. Sevilla. Andalucía
imoralesjerez@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La depresión en adolescentes presenta síntomas físicos (alteración del comportamiento, pérdida de apetito, falta de sueño), por lo que es importante tener en cuenta estos signos en el diagnóstico diferencial de ciertos cuadros clínicos.

Motivo de consulta: emesis.

Enfermedad actual: la paciente acude al centro de salud con dolor difuso en el abdomen acompañado de vómitos. Alterna la diarrea con el estreñimiento. Acude hasta en dos ocasiones al servicio de Urgencias, e ingresa finalmente en Digestivo. También consultada en Psiquiatría, donde en la entrevista salen a la luz los maltratos psicológicos que ha sufrido de su ex pareja hace 9 meses.

No presenta problema de conciliación, pero sí pérdida de apetito y un cuadro de ansiedad. El cuadro se resuelve con psicoterapia, lorazepan condicional y grupo de apoyo.


DESARROLLO
Los vómitos se presentan en muchas patologías, por lo que hay que descartar entre centrales (embarazo, uremia, hipercalemia, fármacos), enfermedad gastrointestinal (infección, intoxicación alimentaria), ingesta de tóxicos, enfermedad SNC (HTic), somatización.

Juicio clínico: F32.0 Episodio depresivo con síntomas somáticos.

CONCLUSIONES
Este diagnóstico es de exclusión; sin embargo, en este caso, dados los síntomas previos, la pérdida de peso y los antecedentes personales hacían que fuera importante descartar una patología grave.


CUADRO FEBRIL E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA TRAS CUADRO CONVULSIVO
Romalla García G, Rojo Cárdenas P, Lacoste O, Garín Alegre M, Parent Mathias V
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).
muscuenta@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 49 años que acude a Urgencias por politraumatismo tras un ataque epiléptico y es dado de alta el mismo día por no encontrarle ninguna patología de interés (policontusiones leves a nivel lumbar, torácico derecho y facial con pérdida de piezas dentales y hematomas sin fracturas óseas). El paciente acude a su centro de salud al día siguiente con un cuadro febril y malestar general.

Antecedentes personales: ex adicto a drogas por vía inhalada (cocaína) y epiléptico con mal control de su enfermedad por incumplimiento terapéutico (con al menos una crisis al mes), sin otros antecedentes de interés.

Exploración física: el paciente presenta como único síntoma de interés dolor lumbar de características mecánicas.

Pruebas complementarias: clara leucocitosis con desviación izquierda, una condensación/atelectasia en base de LID y una insuficiencia renal aguda.

El paciente es derivado a Urgencias, donde se intenta dar con una causa de su cuadro, pero tras realizar numerosas pruebas complementarias no se tiene éxito. Durante su estancia en el hospital, el paciente comienza con cuadro febril con Tª de hasta 39,3 ºC, escalofríos y sudoración profusa.

DESARROLLO
Tras la revisión de las primeras radiografías, el diagnóstico es de neumonía por broncoaspiración de pieza dental. Después de una intervención con broncoscopia rígida, en la que al paciente se le extrae la pieza dentaria, mejora su cuadro (incluida IRA prerrenal, explicada por cuadro séptico).

CONCLUSIONES
No hay que minusvalorar ningún cuadro por claro que parezca. Una correcta propedéutica ha de ser la base para cualquier caso clínico, por sencillo que parezca. Siempre podremos adelantarlos así a posibles complicaciones silentes o muy agudas que aún no han dado una clínica.

CUANDO UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA ES ALGO MÁS: PULMÓN HIPERCLORE UNILATERAL
Casado Pardo J, Calahorro Puerto M, Rodríguez Perulero P.
Hinojosa Mena-Bernal J
CS Francia. Fuenlabrada (Madrid). Comunidad de Madrid
mjcalahorro@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN
La infección respiratoria es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de consulta: varón de 68 años que acude a la consulta por un cuadro de infección de las vías respiratorias bajas y un síndrome constitucional.

Antecedentes personales: ausencia de alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 1 paquete/día desde su juventud. Tuberculosis (en la infancia), gastrectomía por úlcus perforado, timpanoplastía bilateral e hiperplasia benigna de próstata.

Enfermedad actual: desde hace 6-7 meses presenta un aumento de la expectoración de color amarillo-herrumbroso, así como disnea progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos. Distérmico, astenia, anorexia y pérdida ponderal de 3-4 kg de peso durante el último mes.
Exploración física: disminución generalizada del murmullo vesicular, más llamativo en la base del hemitórax izquierdo. El resto es normal.

Pruebas complementarias: PCR 17,7 mg/dl; VSG 104 mm; leucocitosis. Rx: hiperclaridad pulmonar unilateral. TC torácica: bullas enfisematosas con niveles hidroaéreos en el pulmón izquierdo; significativa disminución del tamaño de la arteria pulmonar izquierda.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: la hiperclaridad pulmonar es un signo radiológico común a distintas entidades, entre ellas: infecciones respiratorias bacterianas-víricas-micobacterias, tromboembolismo pulmonar, mala técnica radiológica, obstrucción bronquial por un cuerpo extraño o carcinoma bronquial.

Juicio clínico: síndrome de Swyer-James-MacLeod.

CONCLUSIONES
El síndrome de Swyer-James-MacLeod es una entidad poco frecuente, relacionada con la bronquisis y la bronquiolitis obliterante, adquiridas durante la infancia.

El pronóstico de la enfermedad es bueno y el tratamiento consiste en la profilaxis y el control de las infecciones respiratorias.

CONCLUSIONS
La cefalea debe, con frecuencia, a una patología neurológica. Su presencia en pacientes con depresión recurrente, asociada a signos de focalización neurológica y factores de riesgo, nos alerta para que mejoremos la anamnesis, la exploración física y la neurológica en Atención Primaria.

CUIDADO CON LA TOS...
Salguero Bodes I, Fernández López F, Martín Pérez A, García Reina M, Martín Rodrigo J, Fernández Núñez J
CS La Paz, Badajoz, Extremadura
idsbodes@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN
Chico joven de 22 años, asmático, que va al cine y, para contenerse los ataques de tos y no llamar la atención o molestar a los que están viendo la película, hace maniobras de Valsalva importantes. En una de ellas nota un dolor fuerte en la tráquea. Al salir del cine le pide a su novia que se vayan a casa, pues le duele el pecho. Al día siguiente acude a su centro de salud con dolor torácico lancingante alto y sensación disnea. Las constantes son normales, salvo SatO2 del 95%.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: pericarditis, neumomediatíno, espasmo esofágico, neumotórax, neumonía de la comunidad, dolor torácico mecánico.

Se deriva al paciente a Urgencias hospitalarias, donde se le realiza una Rx, en la que se visualiza aire en el mediastino. La evolución del neumomediatíno es buena, y el paciente permanece ingresado 72 h en Cirugía Torácica con tratamiento conservador.

CONCLUSIONES
El neumomediastino es una entidad clínica poco frecuente, pero su diagnóstico diferencial es de suma importancia en cualquier servicio de Urgencias. Ocurre en procesos que aumentan la presión intraalveolar (en este caso, una Valsalva). La exploración física demuestra un enfisema subcutáneo de localización cervical. Las manifestaciones clínicas son muy variables, pero el enfisema es patognomónico.

Para el diagnóstico, la Rx simple de tórax es la proyección posteroanterior y lateral es suficiente. El neumomediatíno es una entidad clínica poco frecuente, pero su diagnóstico diferencial es de suma importancia en cualquier servicio de Urgencias. Ocurre en procesos que aumentan la presión intraalveolar (en este caso, una Valsalva). La exploración física demuestra un enfisema subcutáneo de localización cervical. Las manifestaciones clínicas son muy variables, pero el enfisema es patognomónico.
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MEDIO RURAL

Esquivias Campos M, Álvarez Galán M, Moreno Caycedo C
Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Albacete. Castilla-La Mancha
maesquiviasc@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Introducción: en el medio rural, son el médico, el residente de familia o la enfermera los que proporcionan los cuidados paliativos (CP). Presentan el caso de un paciente oncológico terminal en quien iniciamos CP domiciliarios, alcanzando objetivos terapéuticos.

Motive de consulta: varón de 80 años consultó por mareos, episagrafalga, astenia, anorexia de 8 días, pérdida de peso (4 kg/2 sem), PA 145/76 mmHg, glucómetro 135, hepatomegalia 6 cm DRC.

Se le deriva a Urgencias hospitalarias, donde se le realizan las siguientes pruebas: Rx de tórax: aumento hilar izquierdo; ecos: masa pulmonar de 5,3 cm en bronquiolobar izquierdo.

Se le da el alta médica para su seguimiento por el médico de Atención Primaria. La familia no desea que se informe al paciente de su enfermedad. Se inician los CP y el paciente fallece a las 2 semanas.

Antecedentes personales: HTA, DLP, ex fumador, no RAMC. En tratamiento con Acovil, Seguril, Lipiat. Katz A. Barthel 100.

Exploración física: informamos a petición del paciente de su situación médica. APGAR familiar normofuncionante, Karnosky 50, Katz F, Barthel 30, Norton 13. PA 145/76 mmHg; FC 85 lpm; SatO2 95%. Escleras ictéricas, prurito, petequias, edemas hasta rodillas. Dolor en L3. En la última visita el paciente está desorientado.

Pruebas complementarias: hematometría normal. GOT 150, GPT 98, GGT 927, FA 459, LDH 1.190, AFP 2,4, CEA 22,8, CA 19,9; 60,4.

DESEARROLLO
Diagnóstico diferencial: carcinoma pulmonar con metástasis hepática.

Diagnóstico final: paciente oncológico paliativo.

CONCLUSIONES
Los objetivos terapéuticos con este paciente fueron:
- Tratar el dolor (Nolotil, Durogesic, Sevredol).
- Soporte nutricional (no fue preciso).
- Tratar los síntomas digestivos (dexametasona por hiporexia, Duphalac por estreñimiento o Primerán si había náuseas).
- Tratar los síntomas respiratorios (Oromorph).
- Cuidados de la piel (colchón antiescaras).
- Cuidados de la boca (Mycostatin).
- Control del sueño y agitación (Citalopram).
- Brindar soporte psicológico al paciente y a la familia.

CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS CLÍNICAS SOBRE DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Reina M, Martín Rodrigo J, Fernández López F, Martín Pérez A, Salguero Bodes I, Molina Martínez L
CS La Paz. Badajoz. Extremadura
mgrdoctor@hotmail.com

OBJETIVOS
Estudiar la adherencia a las guías clínicas sobre DM tipo 2 del SNS durante el último año.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Sujetos: pacientes con DM tipo 2 de un centro de salud urbano.

Material y métodos: se revisan 163 historias clínicas de pacientes con DM tipo 2 de todos los cupos del centro de salud seleccionados al azar. Se registran en una base de datos informatizada las variables indicadas en la guía.

Mediciones e intervenciones: sobre el paciente no se realiza ninguna intervención.

Análisis: se analiza una muestra de 163 sujetos (86 mujeres y 77 varones), con una media de edad de 72 ± 5 años.

RESULTADOS
De todos los pacientes, el 86% tenían registrada la PA en consulta; el 64% presentaban buen control de HbA1c. Un 49% no tenían MAU realizada, cifra que aumentaba hasta el 95% para el fondo de ojo y exploración vascular de EEL. Al 73% no se le había preguntado por hábito tabáquico y al 36% no se le había pesado. Y el 78% no tenían prescrito antiagregante AAS.

CONCLUSIONES
Para el control de la DM tipo 2, sólo se siguen las guías de actuación de forma parcial. Se pone especial énfasis en el control de glucemia y de HTA y se obvia el resto de la exploración física, como el fondo de ojo y los pulsos periféricos, el control de función renal y hábitos tan importante como el tabaquismo.

DEBILIDAD PROGRESIVA EN BRAZO IZQUIERDO EN PACIENTE JOVEN

Gracia Aznar A, Genique Martínez R, Latorre Ginés V, Peña León I, Torrubia Fernández M
CS San José Norte. Zaragoza. Aragón
asuntinga@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: varón de 30 años que acude a la consulta por dolor en el miembro superior izquierdo de 48 h de evolución.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: el paciente acude a la consulta aquejado de un dolor intenso en el brazo izquierdo, de inicio brusco, en reposo, de 48 h de evolución. No tiene antecedentes traumáticos previos.

Se recomienda reposo, calor local y antiinflamatorios vo. A las 48 h, el paciente vuelve a la consulta por dolor con sensación de acorcharamiento en la cara lateral de brazo y debilidad proximal. Dada la progresión del cuadro, se le deriva a Urgencias y queda ingresado en el servicio de Neurología, donde comienza la misma clínica en el brazo derecho.

**Pruebas complementarias:** Rx de columna cervical y hombro izquierdo: sin hallazgos. RM cervical: sin hallazgos. RM de ambos hombros: patrón de degeneración subagudo con señal de edema de los músculos supra e infraespínoso, redondo menor y deltoides. ENG-EMG: grave neuropatía del nervio axilar izquierdo de tipo axonal.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** patología de hombro doloroso que cursa con impotencia funcional.

**Juicio clínico:** síndrome de Parsonage-Turner (neuritis braquial amiotrófica).

**CONCLUSIONES**

Este tipo de neuritis es una entidad rara, a menudo diagnosticada por exclusión, pero que presenta un pronóstico favorable con una recuperación completa. El dolor agudo de una extremidad seguido de paresia de la misma debe hacer sospechar dicho síndrome, lo que permitirá iniciar de forma temprana el tratamiento corticoideo.

**DEBUT DE CELIAQUÍA EN ANCIANOS**

Ibrahim K, Garibyan N, Fuentes R, Coderch M, Serrano H, Aumal A
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
khammi2002@yahoo.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

En la enfermedad celíaca existe un elevado infardiagnóstico porque sólo se tienen en cuenta las formas de presentación clásica. En los adultos, la máxima incidencia se registra en mujeres de entre 30 y 40 años, y un 20% puede superar los 60 años.

**Motivo de consulta:** mujer de 72 años acude al centro de Atención Primaria por pérdida de peso y alteración del ritmo deposicional con tendencia a la diarrea desde hace 3 semanas. Al principio, el diagnóstico se orienta como intestinal irritable o GEA.

**Exploración física:** palidez en las mucosas y bajo peso.

**Pruebas complementarias:** analítica: leve anemia ferropénica, coprocultivo negativo, grasas en heces negativo. Rx de abdomen con distensión de asas intestinales. FGC/FCC mucosa de segunda porción duodenal anormal; el resto de la exploración está dentro de la normalidad. Biopsia: atrofia vellositaria grave con aumento del número de linfocitos T CD8 intraepiteliales IgA positivo, anticuerpos antitransglutaminasa IgA positivo. Test de lactosa positivo. Estudio genético HLA DQ2 positivo.

**DESPARROLLO**

Los síntomas clásicos son digestivos (diarrea, pérdida de peso), pero existe la parte sumergida del iceberg (75-80%), que cursa con manifestaciones extradigestivas como anemia ferropénica, manifestaciones óseas carenciales y asociación con enfermedades autoinmunes.

**CONCLUSIONES**

Dado que la población de edad avanzada es la más mayoritaria en las consultas de Atención Primaria, conviene mantener un alto grado de sospecha y tener en cuenta que la enfermedad celiaca puede evolucionar a posibles enfermedades como un linfoma no Hodgkin y carcinomas cuando el diagnóstico no se realiza precozmente o el paciente no sigue una dieta sin gluten.

**DEBIT DE CELIAQUIA EN ANCIANOS**

Ibrahim K, Garibyan N, Fuentes R, Coderch M, Serrano H, Aumal A
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
khammi2002@yahoo.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: delirium en un varón de 89 años sin deterioro cognitivo conocido.

**Antecedentes personales:** hipertensión en tratamiento con IECA, índice de Barthel 100.

**Exploración física:** desorientado en las tres esferas y que muestra agresividad física y verbal, por lo que su exploración resulta difícil. Se mantiene normotenso y afibril. Es derivado a Urgencias.

**Pruebas complementarias:** hemograma normal; calcio sérico: 20,3 mg/dl; fósforo: 2,5 mg/dl; FA: 320 U/L; parathormona: 7,2 pmol/l; calcio urinario: 390 mg/24 h; creatinina y sedimento: normales. Rx de tórax normal.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: en un varón anciano con delirium debe descartarse, en primer lugar, patología orgánica (infecciosa, ICC, etc.), demencia, abuso de fármacos y alteraciones psiquiátricas. Ante una hipercalcemia, es preciso descartar patología ósea, alteraciones del metabolismo del calcio, alteraciones vitamínicas y neoplásicas.

**Juicio clínico:** es importante realizar una exploración físico-neurológica y una detallada anamnesis (en el caso de un delirium, debe interrogarse a la familia o a los cuidadores). Ha de descartarse patología orgánica y valorar si es correcta la administración de los fármacos pautados (un factor muy importante en ancianos).

**CONCLUSIONES**

Al paciente se le diagnosticó hiperparatiroidismo primario de debut con clínica de delirium (tormenta paratiroides), que es una hipersecreción pura de parathormona y constituye la primera causa de hipercalcemia.

El 80% de los pacientes presenta un adenoma de paratiroides. La clínica depende de los efectos del calcio y de la parahormona sobre sus órganos diana y puede oscilar desde la hipercalcemia ligera asintomática de evolución crónica hasta la rarísima tormenta paratiroides, una hipercalcemia extrema de evolución aguda, que puede cursar con delirium o coma por deshidratación. El hiperparatiroidismo primario asintomático afecta a más del 50% de los enfermos. El diagnóstico definitivo se establece mediante la observación de hipercalcemia asociada a niveles elevados de parathormona en sangre. El tratamiento es quirúrgico (la paratiroidectomía) y tiene buen pronóstico.

**DEPENEDENCIA DEL ALCOHOL**

Recio Gállego M, Avilés Vargas J, Carrasco Marcel C, Barreiro Martínez C, Carballo Lafuente Y
CS Artilleros. Madrid. Comunidad de Madrid
jessiavi@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.
PRESENTACIÓN
Varón de 55 años que acude por insomnio y dolor en HD.
Exploración física: arañas vasculares, hepatomegalia.
Pruebas complementarias: sólo accede a realizar un hemograma: VCM elevado; Hb Hto: normal; relación AST/ALT > 1, triglicéridos elevados. Se realiza GAGE, que responde positivamente a 3 de los 4. Al volver a hacer la historia, el paciente reconoce la ingesta de bebidas alcohólicas, pero en mayor cantidad desde su separación. El tratamiento se basa en adoptar unas medidas de deshabituación. Se realiza una ecografía abdominal del paciente y se le explican los riesgos y beneficios del tratamiento. Se le pauta disulfirano hidroxil, tranxilium y fibrotas. Como el paciente se niega a que se le haga un seguimiento psiquiátrico, le proponemos revisiones semanales en nuestra consulta.

DESARROLLO
Dependencia de alcohol como base de una depresión.

CONCLUSIONES
Entre las tareas del médico de familia no sólo se cuenta diagnosticar una enfermedad y tratarla, sino también llegar a establecer una adecuada relación con el paciente y poder ser para él un apoyo desde el punto de vista psicológico.

DERMATITIS ARTEFACTA TRATADA CON OLANZAPINA A DOSIS BAJAS
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza). Aragón cdalbendea@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 23 años con antecedentes de crisis epilépticas en la infancia, por lo que ha estado realizando tratamiento profiláctico durante años. Refiere múltiples consultas al médico de Atención Primaria por erupción papulosa en cara y espalda.

La exploración física es normal, salvo por las lesiones pápulo-costrosas en distintos estados de evolución que inicialmente son etiquetadas como acné y se tratan de forma tópica, pero sin que mejoren.

Finalmente se deriva a la paciente a la unidad de Psicodermatología para realizar un tratamiento conjunto. En la exploración mental se detecta una alteración del desarrollo psicológico y fracaso escolar.

DESARROLLO
La paciente presenta un cambio de conducta en los últimos meses, con alteraciones afectivas, alteraciones del pensamiento (ideación obsesiva, etc.) y conductas con las que pretende llamar la atención. Se inicia tratamiento con fluoxetina y alprazolam, y la paciente presenta una mejoría clínica anímica.

En posteriores anamnesis se descubre una compulsión consistente en “quitarse granos” de una forma incontrolable, por lo que se añade risperidona (1 ml/d) a su tratamiento. A pesar del tratamiento, la paciente vuelve a presentar lesiones erosiovicca-trizales de aspecto artefacto en la cara, que no se controlan con la pauta prescrita. Se cambia a olanzapina, a dosis baja, y en 3 meses se consigue una mejoría.

El diagnóstico final es de dermatitis artefacta, una patología facticia, consecuentemente, que el propio paciente se provoca y que es de etiología psiquiátrica.

CONCLUSIONES
La paciente puede causarse las lesiones movida por el deseo de satisfacer una necesidad psicológica interna. No suele reconocer estos hechos en la primera visita al médico de Atención Primaria ni ante el especialista, pero sí durante el proceso asistencial se establece una buena relación terapéutica entre ella y el médico, finalmente puede que llegue a reconocerlo.

DESPUESE HACE TIEMPO SUDO MUCHO
Mata Pérez A, Fernández García S
CS Gonzalo de Berceo. Logroño (La Rioja). La Rioja bilcia@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Los motivos de consulta banales, como la sudoración, suelen ser muy frecuentes, pero es preciso no bajar la guardia ante tales consultas porque en algunos casos pueden ocultar una patología importante.

Motivo de consulta: el paciente acude a nuestra consulta porque desde hace 3 meses tiene sudoración profusa. Antecedentes personales: bebedor moderado, fumador de 20 cig/d, síndrome cervicobraquial, laringitis crónica, EPOC leve, HTA sin medicación.

Enfermedad actual: varón de 65 años que acude a la consulta porque desde hace 3 meses nota sudoración profusa y fatiga al caminar. En alguna ocasión ha sentido un ligero dolor torácico, sensación de náuseas y mareo ocasional. En relación con el ejercicio moderado, le cuesta subir a su casa por la escalera.

Exploración física: sudoroso. AP: MVC; AC: arrítmico; FC: 130 lpm; PA: 190/100 mmHg. Resto normal.


DESARROLLO
Se deriva al paciente a Cardiología para que se le realice un ECG. No se indica cardiovascular porque se desconoce el tiempo de evolución de la fibrilación. Se controla la FC con atenolol (50 mg) al que se añade enalapril e higrotona (50 mg) y AAS (300 mg); este último se cambia posteriormente en Cardiología por acenocumarol. Con el acenocumarol el paciente sufre un ACV, del que se recupera completamente tras su ingreso en el hospital.

Diagnóstico diferencial: hiperintroducción.

Juicio clínico: ACxFAX.

CONCLUSIONES
La ACxFAX es una patología frecuente en pacientes mayores. A veces, no cursa inicialmente con un cuadro florido de mareo o sincope, sino que el corazón del paciente puede toleraría perfectamente y apenas aparece otra clínica o se dan síntomas que parecen banales, pero al profundizar en el estudio es posible detectar una patología de cierta gravedad.
DESORIENTATION EPISODE IN A HIV POSITIVE MAN

Arancibia Freixa I, Fernández Martínez C, Martínez González D, Sala García A
CAP Terrassa Est. Terrassa (Barcelona). Cataluña
inesaranca@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Emergency.

PRESENTACIÓN

Reason for consultation: disorientation, toxic seizure and convulsion.
Personal background: HIV diagnosis 48 hours ago. No treatment or controls. Unknown viral load and CD4.
Family history: no interest.
Current illness: 43 years old, man. Query by temporoespacial disorientation of 5 days, toxic syndrome and convulsion at home.
Physical examination: severe disorientation, no sensitive fail, cranial nerves preserved, respiratory and cardiac exploration are normal.
Complementary tests: hemoglobin 12,3 gr/dl, lymphocytes 117 x 10^9/L, renal function and urinary sediment are normal. Chest radiograph: normal, cranial CT with contrast: periventricular lesions in right hemisphere with displacement of midline structures and another one at gangliobasal left.

DESARROLLO

Differential diagnosis: In patients with HIV (especially if poorly controlled) and acute confusional syndrome primary brain lymphoma, progressive multifocal leukoencephalopathy, encephalitis herpética, tuberculosis, toxoplasmosis, meningitis... must be ruled out. Also cerebral hemorrhage or stroke.
Clinical judgement: detailed clinical history (with family if confusion) and physical exhaustive examination to start etiological treatment as soon as possible.

CONCLUSIONES

Toxoplasmosis is an infection caused by Toxoplasma gondii, bound intracellular protozan that multiplies at nucleated cells. Reactivation of latent infection was observed in people with immune deficiency; may be the first manifestation of AIDS. Broad clinical spectrum goes from benign lymphadenopathy to nervous system involvement, potentially lethal. Clinical, serological, and cerebrospinal fluid examination, CT with contrast are the clue for diagnosis. In any HIV + patient with high clinical and radiological suspicion, initiate therapy with pyrimethamine plus sulfadiazine for 4 to 6 week’s until radiological improvement.

DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

Arancibia Freixa I, González Martínez C, Martínez González D, Sala García A
CAP Terrassa Est. Terrassa (Barcelona). Cataluña
inesaranca@hotmail.com

DKNEG y MED EN LOS PACIENTES CON DM

Gómez García S, Ianzo Luna A
CS Cuevas del Almanzora. Almería. Andalucía
silviagomezgarcia@hotmail.com

DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

OBJETIVOS

Detecer la posible existencia de deterioro cognitivo (DC) en ancianos diabéticos. Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo, de demencia o de ambos en dichos pacientes.

DISEÑO

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

ÁMBITO DEL CASO


Sujetos: 66 sujetos mayores de 65 años con diabetes mellitus (DM), de una muestra de 215 pacientes pluripatológicos.

Material y métodos: registro informatizado del Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico y recogida de datos de historia clínica. Archivo de datos utilizando Microsoft Excel.

Mediciones e intervenciones: variables: sexo, edad, DC y demencia (categorizada en enfermedad de Alzheimer o EA, demencia vascular o DV, demencia mixta, demencia de la enfermedad de Parkinson y demencia inespecíficada). El DC se valoró mediante el test de Pfeiffer. El diagnóstico de demencia se realizó según los criterios de la clasificación DSM-IV.

Análisis: las variables cualitativas se expresan como proporciones. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar. Cálculo del intervalo de confianza (IC = 95%) con el programa Rsigma. Los datos se analizaron mediante la aplicación del paquete estadístico SPSS v.15.

RESULTADOS

De los 66 pacientes diabéticos, 34 eran varones (51,5%) y 32 mujeres (48,5%); su media de edad fue de 78,7 ± 6,6 años. La prevalencia de demencia fue de 40,9% (IC 95%: 29,2-53,7); 15,2% EA; 4,5% DV; 6,1% demencia mixta y 15,2% demencia inespecífica. La prevalencia de DC en sujetos con DM fue de 51,5% (IC 95%: 39,0-63,9).

CONCLUSIONES

Un 40,9% de los ancianos diabéticos del estudio presentan demencia conocida previamente. En algo más de la mitad (51,5%) de los pacientes existe DC y déficit intelectual severo, en algunos aún sin diagnosticar (10,6%).

DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

Muixí Mora A, Juanós Lanuza M, Vila Puñet I, Mari López A, Astals Bota M, Sukhiyak A
ABS Balaguer. Lleida. Cataluña
mujanos1@telefonica.net

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: varón de 48 años con lumbalgia y exantema en manos y pies.
Antecedentes personales: dislipemia e HTA en tratamiento farmacológico. No presenta alergias conocidas.
Enfermedad actual: dolor lumbar y en hombros de unas 3 semanas de evolución y exantema en manos y pies de 1 semana de evolución. Refiere episodios de dolor lumbar recurrentes en los últimos 3 años.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DIARREA CRÓNICA. 
A PROPÓSITO DE UN CASO

Vela Flores L, Terrazo Antelo A, García Rodríguez R, Piñeiro Vidal M, González González C
CS de Vite. Santiago de Compostela (A Coruña). Galicia
garcia_rodriguez@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón, de 53 años, con antecedentes de hiperuricemia/gota en tratamiento con allopurinol 300 aporta un informe de asistencia urgente de hace 3 días por presentar diarrea y fiebre. En la exploración se observa PA normal y Tª 37,6 °C. Persiste la diarrea líquida (6 deposiciones/día sin productos patológicos). Se sospecha que tiene enterocolitis infecciosa, por lo que se pauta rifaximina y citorsalantes de hacer el coprocultivo. Dos semanas más tarde, el paciente refiere una mejoría: las deposiciones son menos frecuentes y pastosas. El coprocultivo resulta negativo, con abundantes polimorfonucleares y sangre. El paciente refiere dolor en la mama izquierda, que muestra signos inflamatorios; se sospecha de mastitis y se le pauta ciprofloxacino. Pasados 2 días, el paciente empeora: las deposiciones son líquidas y tiene dolor cólico, que atribuye al medicamento. Se solicita una interconsulta a Digestivo, se le retira el antibiótico y se le indica que debe seguir una dieta estricta.

Al mes ya se dispone de las exploraciones complementarias. En la ecografía abdominal y la colonoscopia se objetivan hallazgos compatibles con patología inflamatoria intestinal (pendiente biopsia). Mammografía: compatible con mastitis. El especialista pauta mesalazina, metronidazol, deflazacort.

DESARROLLO
Anatomía patológica posterior: compatible con adenocarcinoma de sigma bien diferenciado. Los siguientes estudios evidenciaron metástasis pulmonares y hepáticas.

CONCLUSIONES
El adenocarcinoma de colon representa el cuarto tipo de cáncer en frecuencia. Ante una diarrea crónica (de más de 4 semanas) no debemos olvidar esta patología, aunque representa un porcentaje minoritario respecto a otras etiologías (inflamatoria, autoinmune, endocrina, funcional, neuropática). La diarrea constituye una forma inicial de presentación en neoplasias del colon distal, junto con dolor abdominal, cólico y rectorragia (en el colon proximal, la presentación puede ser más larva, con sólo anemia ferropénica). En muchos casos, en el momento del diagnóstico del adenocarcinoma ya se han producido metástasis, sobre todo a nivel hepático.

Debe enfatizarse la prevención primaria: abandono del tabaco, seguir una dieta pobre en grasas y carnes rojas, controlar el IMC y hacer actividad física aeróbica.
DIME DE DÓNDE ERAS Y TE DIRÉ QUÉ CARDIOPATÍA PADECE

Torrecilla Seguí I, Blázquez Álvarez J, De Pro Chereguini M, López Eugenio A, Cerrillo García I, Moya Vergara C
CS Murcia-Centro. Consultorio Simón García. Murcia. Región de Murcia
correkat@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN
Mujer de 22 años, boliviana, residente en España desde hace 4 años y sin antecedentes personales y familiares de interés. En el transcurso de una consulta normal por vulvovaginitis refiere astenia de larga evolución y algún episodio sincopal previo en los últimos meses.

Tras este dato se procede a la auscultación de la pacien-
te, que presenta una bradicardia grave y un ligero soplo en el ápex. El resto de la exploración es normal. Inmediatamente se le realiza un ECG, que muestra un bloque auriculoventricular de tercer grado, por lo que se la deriva de urgencia a su hos-
pital.

Durante su ingreso hospitalario se procede a realizarle un estudio radiológico torácico, en el que se observa cardiomegalia. El ecocardiograma se encuentra dentro de la normalidad y el estudio de laboratorio no presenta alteraciones de interés.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: IAM inferior anterior, antiarritmicos, corrección quirúrgica, enfermedad miocárdica.

Tras valorar los antecedentes y la procedencia de la paciente, sospechamos de miocardiopatía y, en concreto, de una enferme-
dad de Chagas. Se realiza una serología específica, en la que se detecta IgG positiva frente a Trypanosoma cruzi, PCR (–).

Diagnóstico: bloqueo auriculoventricular de tercer grado por mi-
cardiopatía chagásica.

En tratamiento con marcapasos, ramipril, bisoprolol, AAS y benznidazol.

CONCLUSIONES
En la etiología de estas patologías, se ha de tener en cuenta la procedencia del paciente. Si esta patología se hubiera pre-
tentado en un paciente del este de Europa, pensaríamos en difteria.

En el continente americano hay 20 millones de afectados por la enfermedad de Chagas. En España residen 1,5 millones de iberoamericanos censados. Se han registrado contagios en España por vía vertical, postransfusional y por trasplante.

Es importante la detección de esta patología en gestantes expuestas para instaurar un tratamiento efectivo, siempre si es precoz, y evitar las lesiones crónicas irreversibles.

DISFAGIA EN PACIENTE JVEN

Oliva Maza E, Arancibia Freixa I, Sala García A, Fernández Martínez C
Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña
estherolma@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: paciente de 16 años que consulta a su médico de familia por presentar atragantamientos frecuentes y disfagia. Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes personales: bronquitis de repetición hasta los 3 años. Exploración física: normal.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: se han de descartar las siguientes pato-
lógias: reflujogastroesofágico, infecciones parasitarias o fúngi-
cas, enfermedad inflamatoria intestinal, vasculitis alérgicas, enfermedades del tejido conectivo, drogas o patología y sinró-
me hipereosinofílico.

Juicio clínico: para el diagnóstico, es necesaria una endoscopia superior con biopsias. El esófago presenta arrugas o surcos y ani-
llos y está cubierto por un exudado. También puede estar nor-
mal. Una vez diagnosticado, se ha de remitir a Alergología para que se realicen pruebas de alergia.

El tratamiento es empírico e individualizado: supresión de áci-
do, dilatación esofágica si no responde al tratamiento médico, dieta de exclusión, corticoesteroide sistémicos (metilpredniso-
lona o prednisona) y tópicos (fluticasaona beclometasona).

CONCLUSIONES
La esofagitis eosinofílica es una causa de disfagia en la que la confirmación histológica es esencial para el diagnóstico. Deben obtenerse biopsias de esófago proximal y distal. En niños, la tera-
pia alimentaria es probablemente el tratamiento de elección, pero falta información de su eficacia en adultos. Los esteroides tópicos son el método más efectivo y conveniente para el tratamiento en adultos, con relativos pocos efectos adversos; sin embargo, un alto porcentaje de los pacientes recaen al suspender la terapia.

DISFAGIA EN PACIENTE JVEN

Oliva Maza E, Arancibia Freixa I, Sala García A, Fernández Martínez C
Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona). Cataluña
estherolma@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: paciente de 16 años que consulta a su médico de familia por presentar atragantamientos frecuentes y disfagia. Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes personales: bronquitis de repetición hasta los 3 años. Exploración física: normal.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: se han de descartar las siguientes pato-
lógias: reflujogastroesofágico, infecciones parasitarias o fúngi-
cas, enfermedad inflamatoria intestinal, vasculitis alérgicas, enfermedades del tejido conectivo, drogas o patología y sinró-
me hipereosinofílico.

Juicio clínico: para el diagnóstico, es necesaria una endoscopia superior con biopsias. El esófago presenta arrugas o surcos y ani-
llos y está cubierto por un exudado. También puede estar nor-
mal. Una vez diagnosticado, se ha de remitir a Alergología para que se realicen pruebas de alergia.

El tratamiento es empírico e individualizado: supresión de áci-
do, dilatación esofágica si no responde al tratamiento médico, dieta de exclusión, corticoesteroide sistémicos (metilpredniso-
lona o prednisona) y tópicos (fluticasaona beclometasona).

CONCLUSIONES
La esofagitis eosinofílica es una causa de disfagia en la que la confirmación histológica es esencial para el diagnóstico. Deben obtenerse biopsias de esófago proximal y distal. En niños, la tera-
pia alimentaria es probablemente el tratamiento de elección, pero falta información de su eficacia en adultos. Los esteroides tópicos son el método más efectivo y conveniente para el tratamiento en adultos, con relativos pocos efectos adversos; sin embargo, un alto porcentaje de los pacientes recaen al suspender la terapia.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** anomalía coronaria congénita, IAM infere-posterolateral, espasmo coronario, enfermedad miocárdica (aturdimiento miocárdico, miocardiopatía hipertrófica, miocarditis reumática, chagásica, etc.).

**Juicio clínico:** miocardiopatía con disfunción sistólica en el marco de una enfermedad de Chagas. Nacimiento anómalo de la CD desde ostium izquierdo con paso por pinza aortopulmonar. Posible infarto de antigüedad no filiada.

**CONCLUSIONES**

Es difícil identificar si la disfunción del VI es debida a la enfermedad de Chagas o es un problema isquémico en relación con la anomalía coronaria. La patología del paciente es potencialmente peligrosa y está asociada a problemas isquémicos agudos, por eso debe vigilarse de cerca tanto la actividad física que realiza como los posibles factores de riesgo cardiovascular.

---

**DISNEA, MÁS CÁNCER...**

Pendón Fernández S, Ranea Martín E, Rico Recio M
CS de Nerja, Málaga. Andalucía
megasalva@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Urgencias.

**PRESENTACIÓN**

Varón de 41 años con antecedentes personales de glioblastoma multiforme intervenido hace 2 años con recidiva local de hace 3 meses. Recibe tratamiento con anticomiciales y corticoides orales. Presenta diabetes corticoidea tratada con insulina.

**Motivo de consulta:** el paciente acude a Urgencias con disnea de aparición progresiva en los últimos 3 días, sin fiebre ni clínica catarral. No tiene dolor torácico.

**Exploración física:** destaca cianosis en esclavina con ventilación conservada. Sopl sístólico multifocal II/IV. Taquipnea con ventilación conservada en ambos hemitórax. No se observa edema ni signos de TVP.

**Pruebas complementarias:** analítica: glucosa: 515; creatinina: 0,9; Na: 135; iones normales; pH 7,2; pCO₂: 40; CO₂: 27; SatO₂: 92. ECG: taquicardia sinusal. Rx de tórax: sin alteraciones.

**DESARROLLO**

Mientras permanece en Urgencias esperando unas pruebas, el paciente presenta un cuadro de hipotensión que obliga a su traslado a la zona de camas, donde empieza un tratamiento con drogas vasoactivas. Con el diagnóstico de cetoacidosis diabética, se inicia el tratamiento con rehidratación IV y insulina. El paciente parece mejorar en las siguientes horas con el tratamiento vasoactivo.

Doce horas más tarde presenta empeoramiento de la disnea, con cianosis en esclavina. El médico residente de familia decide pedir un examen del nivel de dígamo D ante el hallazgo casual de un patrón S1Q3T3 en el ECG. Dímero D: 20.5000.

La angioTC confirma 1 hora más tarde un TEP masivo. El paciente pasa a la UCI.

**CONCLUSIONES**

La existencia de carcinoma y disnea en un paciente obligan a pensar en TEP en urgencias, aunque no se cumplan criterios como la hipoxemia o el dolor torácico. Los pacientes, como en el caso que nos ocupa, deberían recibir al menos antiagregantes, cosa que no ocurría en esta ocasión.

**DIVERTICULITIS**

Ortiz-Roldán Rodríguez N, Osorio Solar M, Veilla Zancada S
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). Cantabria
nievort@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto (Atención Primaria y especializada).

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: varón de 68 años que acude a la consulta por dolor abdominal.

**Antecedentes personales:** NAMC. Bebedor de unos 100 g de OH/día. Tuberculosis durante la infancia.

**Enfermedad actual:** cuadro de 4 días de evolución de anorexia, sensación distérmica de predominio vespertino y abdominalga difusa de presentación insidiosa, continua, que no se modifica, sin otra clínica asociada.

**Exploración física:** PA: 130/70 mmHg; FC: 70 lpm; Tª: 36,7 ºC. Eunpeño. Cabeza y cuello: normales. Tórax y ACP: normales. Abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa a la palpación. Blumberg negativo. Murphy negativo. Ausencia de masas y mesogalias. RHA positivos. EEII anodinas. Tacto rectal normal.

Se sospecha de un cuadro virico, por lo que se adopta un tratamiento sintomático. Tres semanas más tarde, el paciente acude de nuevo a la consulta porque continúa la sintomatología; refiere fiebre y adelgazamiento de unos 10 kg de peso, junto con un cambio del ritmo intestinal. En la exploración: fiebre de 38,5 ºC; el resto sin cambios. Se pauta un tratamiento antibiótico empírico con Augmentine®.

**Pruebas complementarias:** analítica, Rx de abdomen (sin hallazgos) y ecografía abdominal preferentemente en la que se detecta un engrosamiento en sigma y dos LOE hepáticas. La análítica sale normal.

Con estos resultados, se envía al paciente a Urgencias para que se valore las pruebas.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: GEA con bacteriemia, enfermedad inflamatoria intestinal, neumonía, diverticulitis, neoplasia intraabdominal con metástasis, colecistitis, endocarditis, pielonefritis.

En el servicio de Digestivo se realiza una rectosigmoidoscopia, que detecta una diverticulitis no complicada, por lo que se inicia un tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol. Se le realiza una TC abdominal: engrosamiento en zona de sigma, compatible con diverticulitis. Pielflebitis de rama izquierda intrahepática sin trombosis. Ausencia de LOE hepáticas.

**Juicio clínico:** diverticulitis, con probables émbolos sépticos en hígado. Pielflebitis.

**CONCLUSIONES**

Una complicación infrecuente de la diverticulitis son los émbolos sépticos.
«DOCTOR, ¡EL CORAZÓN SE ME ACELERA!»

Morán Trigo C, Ríos Calderón Y, Mateescu D, Bentué Ferrer C, Viniegra Domínguez A
ABS Viladecans 2 (CAP María Bernades). Viladecans (Barcelona). Cataluña
cromblantre@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
En la práctica clínica diaria se presentan sintomatologías similares de diferentes patologías. El diagnóstico diferencial es una herramienta imprescindible para discernir e identificar la causa real del proceso.

Motivo de consulta: «Tengo palpitaciones.»

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 35 años que refiere desde hace unos meses sensación de palpitaciones, temblor, polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso de 5 kg en 3 meses.

Exploración física: AC: ritmico a 150 lpm. Sudoración, exoftalmos, tiroides aumentada de tamaño con un nódulo en lóbulo izquierdo, temblor distal e hipereflexia.


DESARROLLO

Juicio clínico: se trata de un paciente que presenta síntomas típicos de hiperfunción tiroida. Al practicar pruebas complementarias, se confirma la sospecha clínica y se detecta, además, diabetes no diagnosticada previamente.

Diferentes patologías pueden compartir las mismas manifestaciones clínicas, como, en este caso, el hipertiroidismo y la diabetes (polipigia, pérdida de peso, etc.).

CONCLUSIONES
El carácter autoimmune de la diabetes y de la enfermedad de Graves-Basedow hace que ante la presencia de cualquiera de ellas debamos descartar la otra.

«DOCTOR, ESTOY ORINANDO SANGRE»

Rodríguez Cabrera A, Rodríguez Domínguez C, Perera Rodríguez J, Guerra Hernández I, Fandilfo Cobo M, Báez Expósito M
UD de Santa Cruz de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias
calomblantr@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La hematuria es un signo de patología nefrourológica. Presentamos el caso de una mujer de 69 años con hematuria macroscópica (HM) brusca.

Antecedentes personales: asma, hipotiroidismo (levotiroxina), síndrome del túnel carpián, fumadora pasiva (> 30 años).

Enfermedad actual: refiere un episodio brusco de sangrado (rojo vivo), polaquiritría y tenesmo vesical que atribuye a hemorragia vaginal.

Exploración física: constantes normales, abdomen anodino. Tras realizar una anamnesis, sospechamos HM por infección del tránsito intestinal (ITU).

Pruebas complementarias: sedimento-urinario: > 500 hematies/campo; proteinas: 0,7 g/l. Urocultivo: negativo; creatinina: 0,5 mg/dl; TSH: 3,3 ng/dl; Rx de abdomen: normal.

Por los antecedentes, se sospecha de una glomerulonefritis (GNM) y se deriva a la paciente a Nefrología. Se solicita una ecografía abdominal, en la que se observa una masa vesical (3 × 2,1 cm) en la cara lateral izquierda, por lo que se la deriva urgentemente a Urología.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: la hematuria se define como sangre en orina durante la miction procedente de cualquier nivel de la vía urinaria (frente a uretrorrágia).

Puede clasificarse atendiendo a su magnitud: microhematuria (más frecuente en mayores 50 años), macrohematuria (neoplasia en 22 %). Según la edad: joven (litiasis), mujer-adulta-joven (ITU), mayores de 50 años (nuestro caso: tumor vesical, causa prostática o ambas). Por la etiología se distinguen hematurias renales, alteraciones de la hemostasia y falsa hematuria.

Basándonos en el origen y la presentación, se distingue hematuria total (primera sospecha en este caso), inicial y terminal.

Tras la anamnesis y la exploración física, la ecografía abdominal constituye el primer método diagnóstico accesible desde Atención Primaria. En nuestra paciente, la ecografía dio la clave para la impresión diagnóstica y correcta derivación.

Juicio clínico: HM secundaria a neoplasia vesical.

CONCLUSIONES
Es fundamental, en Atención Primaria, realizar la aproximación diagnóstica con una anamnesis y una exploración física orientadas y con pruebas complementarias que estén al alcance del médico de familia. La paciente era mayor de 50 años, con antecedentes autoinmunes (asma, hipotiroidismo, túnel carpián) y tenía factores de riesgo (como fumadora pasiva). Presentó una HM indolora, final, sin cóagulos ni fármacos favorecedores.

El interés del caso radica en la importancia de la semiología en Atención Primaria. Así, mediante una correcta anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias, orientamos adecuadamente a la patología nefrourológica para detectar de forma precoz la neoplasia y así favorecer la continuidad de los cuidados y la mejora del pronóstico.

«DOCTOR, ME BLOQUEO»

Morales Espinoza E, Mas Heredia M
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
moraese@clinic.ub.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y hospital).

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: varón de 48 años que consulta por su dificultad para expresarse.

Antecedentes personales: ausencia de alergias medicamentosas, hábitos tóxicos o enfermedades crónicas.

Exploración física: lenguaje expresivo empobrecido en cuanto a construcciones sintácticas, poco fluente (nomina 8/10). El resto de la exploración es normal.

Pruebas complementarias: analítica: serie roja y blanca normal; PCR 1,2 mg/dl; glicemia 82 mg/dl. TC cerebral y RM cerebral: masa frontal sugestiva de tumor cerebral primario maligno de estirpe glial.

CONCLUSIONES
El pilar fundamental de una buena historia clínica es la anamnesis, siendo el conocimiento del paciente muy importante para valorar los síntomas de una patología determinada.

Los síntomas neurocognitivos (afasia) están presentes en los tumores cerebrales malignos. Los tumores gliales son los tumores cerebrales más frecuentes, con un 55% de glioblastomas. Estos suelen aparecer en la quinta o sexta década de la vida y son altamente malignos e infiltrantes, por lo que requieren un diagnóstico precoz.
DESARROLLO
Ante una cefalea con déficit neurológico debemos descartar urgentemente causa tumoral, hemorragia subaracnoidea e ictus (en este cuadro, oclusión de arteria basilar o trombosis del seno cavernoso), realizando prueba de imagen (TC o RM, siendo esta última de elección).

Juicio clínico: apoplejía hipofisaria con hipotiroidismo central e hipogonadismo.

CONCLUSIONES
La apoplejía hipofisaria es un diagnóstico clínico que debe confirmarse con una prueba de imagen urgente. Requiere un tratamiento hormonal sustitutivo inmediato y quirúrgico, lo que aumenta las posibilidades de recuperación de la glándula hipofisaria residual y de la visión.

«DOCTOR, ME MORDÍ EL GATO»
Vera García M, Sierra Santos L, Pérez García J
CS Espronceda, Área 7. Madrid. Comunidad de Madrid
maruci27282@msn.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: mujer de 60 años que acude a la consulta por dolor en una herida de la mano derecha causada por la mordedura de un gato, de 72 h de evolución.

Antecedentes personales: sin interés.

Enfermedad actual: refiere que fue vista en Urgencias por el mismo motivo, donde se le pautó amoxicilina, con mala respuesta al tratamiento. No presenta fiebre termometrada en los días previos, pero sí sensación distérmica.

Exploración física: febril; regular estado general; mano derecha eritematosa y edematosa a nivel dorsal, y se evidencian múltiples heridas lineales y dos lesiones puntiformes en dorso, a través de los cuales objetivamos material purulento.

DESARROLLO
Se procede al drenaje local de la herida y se envía el material purulento al servicio de Microbiología del hospital de referencia para obtener el microorganismo causal y un antibiograma. Tras el drenaje, se pauta amoxicilina-clavulánico. Posteriormente, y tras objetivar una buena evolución clínica, recibimos el informe con el aislamiento de Pasteurella multocida, resistente a amoxicilina.

Juicio clínico: celulitis por Pasteurella multocida en la mano derecha tras la mordedura de un gato.

CONCLUSIONES
Pasturella multocida forma parte de la flora orofaríngea habitual de perros y en más del 90% de los gatos. La celulitis tras mordeduras o arañazos es la forma de presentación más frecuente, con o sin formación de abscesos y con supuración de la herida. Otros cuadros clínicos, como osteomielitis, artritis séptica, meningitis y neumonías, pueden ser provocados por este patógeno, por lo que se debe instaurar un adecuado tratamiento antibiótico, en este caso el tratamiento adecuado fue amoxicilina/clavulánico.

«DOCTOR, ME PICA...»
CS Espronceda, Madrid. Comunidad de Madrid
cristinainnoes@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La urticaria es una patología muy frecuente en Atención Primaria y puede ser debida a múltiples causas, por lo que no deben olvidarse las diferentes etiologías para un mejor abordaje de las mismas.

Motivo de consulta: urticaria.

Antecedentes personales: alérgica a penicilina. Hernia de hiato.

Antecedentes familiares: sin interés.
**Enfermedad actual:** refiere que desde hace 15 días, tras tomar bario para un tránsito baritado, presenta una lesión en la lista ilíaca derecha de 3 × 2 cm de diámetro, levemente pruriginosa, de bordes bien definidos, que desapareció 7 días atrás después de aplicar crema hidratante. Hace 4 días apareció una erupción de lesiones similares pero más pequeñas, muy pruriginosas en región anterior del tórax, pubis y raíz de miembros.

**Exploración física:** placas ovales, rosadas, con descamación en los bordes y centro arrugado, que se distribuyen en cara anterior del tronco, raíz de miembros y pubis siguiendo las líneas de tensión de la piel (“árbol de Navidad”). El resto de la exploración sin hallazgos de interés.

**Pruebas complementarias:** no se realizaron. Se remitió a la paciente a Dermatología para confirmar el diagnóstico.

**DESAFÍO**

**Diagnóstico diferencial:** sífilis secundaria, psoriasis *guttata*, tiña corporis, dermatitis seborreica.

**Juicio clínico:** pityrias is rosada de Gibert.

**CONCLUSIONES**

Muchas veces caemos en la solución fácil de llamar urticaria a cualquier lesión pruriginosa eritematosa que vemos en la consulta. Este caso es un ejemplo de ello.

Por este motivo, es importante la realización de una buena anamnesis y una reevaluación del paciente a las 24-48 h de haber iniciado el tratamiento, así como conocer las diferentes enfermedades dermatológicas que pueden cursar con una presentación clínica similar.

---

**«DOCTOR, MI ABUELA ESTÁ CANSADA Y DEPRIMIDA, ¿QUÉ LE OCURRE?»**

López Sejas C, Villanueva García Y, Suárez Ailen S, García-Ciudad Young V
CS A Estrada. Pontevedra. Galicia
vilayo@msn.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: mujer de 81 años que acude a la consulta por cuadro de anhedonia y bradipsiquia con mialgias generalizadas.


**Enfermedad actual:** mujer de 81 años que acude a la consulta por anhedonia, bradipsiquia, sensación de ahogo y mialgias generalizadas. Durante la anamnesis clínica, la paciente refiere importante estrechamiento desde hace unos meses y falta de apetito.

Su hija, que la acompaña a la consulta, comenta que todo esto se ha visto agravado desde la muerte de su marido, hace aproximadamente 1 año. Se decide instaurar tratamiento con antidepresivos y ver la evolución de la paciente; dada su mala evolución, se decide pedir un perfil analítico con hormonas tiroideas.

**Exploración física:** PA: 120/70 mmHg; SatO2 97%; ACP normal; AP: roncus y sibilancias dispersas por ambos campos pulmonares.

**Pruebas complementarias:** analítica: TSH: 28,12 mUUI/L, T4 1 ng/dL, T3 libre 2,58 pg/mL; VSG 72 mm/h. Orina: normal.

**DESAFÍO**

Hipotiroidismo.

**CONCLUSIONES**

Con la presentación de este caso, lo que buscamos es reflexionar acerca de la similitud de infinitud de síntomas de las enfermedades tiroideas y de los trastornos mentales, que incluso por la edad de presentación suelen atribuirse a la vejez o a la menopausia, con lo que son a menudo infradiagnosticados. Por ello, es importante tener siempre en cuenta los diagnósticos diferenciales y que la mayor parte de estas patologías deberían detectarse en Atención Primaria, dado que es el primer escalón asistencial.

---

**«DOCTOR, NO PUEDO ANDAR»**

Novo Arnesto I, Arrieta Bernarros A, Alzaga Amondarain A, Otegi Algolagirre I,
Mashour A, Berruete Cilveti M
Hospital de Zumarraga. Guipúzcoa. País Vasco
myriam.lourdes.berruete@osakidetza.net

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 47 años que consulta por dolor y pérdida de fuerza en ambas extremidades inferiores de inicio agudo, acompañado de hormigüeos en calcetín.

**Antecedentes personales:** fumadora habitual.

**Antecedentes familiares:** sin interés.

**Exploración física:** no hay hallazgos de compromiso de otro sistema. Examen neurológico: arreflexia aullínea con zonas de desestesias en ambos pies (hipoestesia vibratoria y táctil).

**DESAFÍO**

Considerando el inicio y sintomatología, los médicos de familia debemos averiguar si la neuropatía es hereditaria o adquirida, aguda o crónica, sensitiva o motora, o el predominio de uno u otro aspecto y la distribución exacta de este compromiso. Además es preciso saber si hay enfermedades asociadas.

Según esto, se remite a la paciente a Neurología, donde se realizan análisis de sangre con serología de anticuerpos específicos.

Los estudios radiológicos (TC, RM), análisis de LCR y biopsia del nervio (en algunos casos) ayudan al diagnóstico.

Las pruebas funcionales de neuroconducción y electromiografía confirmán el diagnóstico y definen si la neuropatía es axonal o desmielinizante, si el compromiso es sensitivo y/o motor y la distribución de este compromiso.

**Juicio clínico:** polineuropatía.

**CONCLUSIONES**

La polineuropatía es un desorden de los nervios periféricos simétrico y diseminado, distal, acompañado de pérdida sensitiva y/o debilidad muscular. El diagnóstico se basa en la historia clínica, en la que es importante la edad, el curso de la enfermedad, si es mono o polineuropatía, si hay compromiso motor, sensitivo o autonómico, aislado o combinados, antecedentes y asociación con síntomas sistémicos.

Es importante conocer esta enfermedad para poder concretar el diagnóstico.
**«DOCTOR, NO PUEDO TRAGAR»**

Lorca González M, Guzmán Boronal L, De la Torre Bonal Y
CS Vistalegre-La Flota, Murcia. Región de Murcia
superapo@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**
Mixto.

**PRESENTACIÓN**
Varón de 32 años, trabajador activo. Nueva adscripción a nuestro cupo.

**Antecedentes personales y familiares:** matrimonio, cambio laboral y de residencia 2 meses antes del inicio de síntomas. Diagnostico y tratado previamente de hernia de hiato y cuadro ansioso depresivo con somatización.

**Motivo de consulta:** persistencia de disfagia a sólidos y líquidos de 1,5 años de evolución. Cuadro de ansiedad asociado.

**Exploración física:** completamente normal.

**Exploraciones complementarias:** PET: compatible con epilepsia parcial con crisis reflejas de expresión con manifestaciones disfálicas. Manometría: leve trastorno de la motilidad. La pHmetría: normal. Tránsito baritado y endoscopia alta: estenosis péptica y acalasia.

**DESARROLLO**
Diagnóstico diferencial: estenosis péptica-acalasia, síndrome ansioso depresivo con trastorno de somatización, epilepsia parcial con crisis reflejas de expresión con manifestaciones disfálicas, neoplasia de esófago, otros trastornos motores.

**Juicio clínico y tratamiento:** tras el diagnóstico inicial de epilepsia con manifestaciones disfálicas, se instaura un tratamiento antiepiléptico, que no tiene respuesta. Posteriormente, el paciente es diagnosticado de estenosis péptica y se realiza dilatación mediante balón endoscópico, con una mejora importante de síntomas. Tres meses después reaparece la clínica por restenosis y se decide una intervención quirúrgica, con hallazgo de cáncer de esófago y exérésis de esófago y gastrectomía parcial con coloplastia.

**CONCLUSIONES**
Una buena anamnesis y una exploración clínica exhaustiva son una parte fundamental del proceso diagnóstico. Las pruebas complementarias constituyen un apoyo y deben realizarse orientándose según la sospecha clínica.

El hallazgo casual en una exploración complementaria nos puede llevar a errores diagnósticos por centrar nuestra intervención en este hallazgo.

---

**«DOCTOR, QUIERO QUE ME Diga QUE NO Bebo»**

Socas Domínguez H, Armaz Rodríguez J, Bordón Hernández S
CS Taco. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias
sacosrotcex@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**
Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**
El consumo de alcohol en mujeres es un problema sanitario que muchas veces resulta difícil de diagnosticar.

**Motivo de consulta:** mujer de 46 años que solicita una prueba para comprobar que no consume tóxicos, incluido alcohol.

**Antecedentes personales y familiares:** tabaquismo activo desde hace más de 20 años, padres hipertensos, y el padre diabético.

**Enfermedad actual:** en trámites de separación; su pareja exige la custodia de los hijos aduciendo que no está capacitada para su cuidado debido al consumo frecuente de alcohol. La paciente sólo admite consumir 10-20 g de vino 1-2 veces al mes y una medicación homeopática con brandy.

**Exploración física:** temblor fino distal. Buen estado de nutrición e hidratación. Eunupeica. Eritema palmar bilateral, telangiectasias en cara y escote. Ausencia de ictericia conjuntival. No bocio, ni adenopatías palpables. Auscultación cardíopulmonar sin hallazgos. En el abdomen destaca una hepatomegalia de 2 cm del reborde costal derecho.

**Pruebas complementarias:** análisis con macrocitosis (101) e hipertransaminasemia (GOT 93, GPT 135, GGT 158), ecografía abdominal con hígado discretamente aumentado, difusamente hiperecogénico por infiltración de grasa generalizada con arquitectura intrahepática conservada, superficie lisa, borde fino y lesión ovoidea heterogénea sin refuerzo periférico de 2,7 cm de eje mayor localizada en segmento IV.
CONCLUSIÓNES
El alcoholismo en mujeres es un problema de difícil diagnóstico. Es importante que en Atención Primaria se adopte un papel activo para detectarlo ante cualquier conflicto social asociado.

«DOCTOR, TENG0 FIEBRE»
Torrubia Fernández M, Navarro Elizondo M, Peña Ledo I, Latorre Ginés V, Genique Martínez R, Gracia Aznar A
CS San José Centro. Zaragoza. Aragón susitorrubia@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 66 años, portadora de marcapasos bicameral por BAV completo, presenta un síndrome febril de 6 días de evolución con escalofríos y mialgias sin foco aparente. Recibe tratamiento completo, presenta un síndrome febril de 6 días de evolución similar a la inicial, con malestar general y pérdida de peso.


Pruebas complementarias: en Atención Primaria: analítica: 20.600 leucocitos, 89%; Rx del tórax, senos paranasales, orina: 8.600 leucocitos, 92,2%; hemocultivo: Staphylococcus aureus; ETE: alta sospecha de endocarditis sobre el cable del marcapasos; ecografía abdominal y TC torácico-abdominal: normal.

VIOSORRADO
Diagnóstico diferencial: infección respiratoria, ITU, endocarditis infecciosa, FOD, sinusitis.
Juicio clínico: endocarditis de la válvula tricúspide e infección del cable del marcapasos por S. aureus.

CONCLUSIONES
Debe sospecharse una endocarditis infecciosa en los portadores de marcapasos con fiebre de origen desconocido, bronquitis o neumonía recurrente o síntomas locales en el lugar de implanta-
ción. En más del 70% está producida por Staphylococcus spp. La ETE constituye la prueba de imagen de elección. El tratamiento se basa en retirar el marcapasos y pautar antibióticos parenterales de 4 a 6 semanas.

«DOCTOR, TENG0 UN CATARR0...»
Campos Alejandro L, Tejada Angáez M, García Garrido A, Vejo Puente E,
Villaverde Llana A, Quijano Torán F
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). Cantabria lorenacampo_7@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
La obesidad, el sedentarismo y los malos hábitos dietéticos hacen que se detecten cifras de PA elevadas en jóvenes, pero siempre es necesario descartar causas secundarias de HTA. Motivo de consulta: varón de 15 años acude a la consulta por catarro en las vías altas.

Antecedentes personales y familiares: sí.


DESARROLLO
Se sospecha que el paciente presenta una coartación aórtica, por lo que se le deriva a Cardiología. El ECG da los siguientes resultados: HV1, FE normal y coartación aórtica posductal grave. Se decide, en consecuencia, practicar una dilatación percutánea de la coartación, pero se produce la rotura de la aorta y un hemotórax masivo. Se sustituye el segmento coartado por un injerto de Dacron.

La evolución del paciente es favorable y se le da el alta al mes de la intervención, con la instalación del siguiente tratamiento: AAS (100 mg/24 h), amerdole (1 comp/48 h) y atenolol (50 mg/24 h).

Por último, el paciente va reduciendo el tratamiento hasta suspenderlo, dado el buen control de la PA (120/70 mmHg) y se le da el alta, sin tratamiento, para control por su médico de Atención Primaria.

Diagnóstico diferencial: causas de HTA secundaria: enfermedad del parénquima renal e hipertensión vascular renal, feocromocitoma, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, SAOS, coartación de aorta, HTA inducida por sustancias.

CONCLUSIONES
La elevación intensa de la PA, el inicio o agravamiento de la HTA y la mala respuesta al tratamiento sugieren una forma secundaria de HTA.

La historia clínica, la exploración física y las complementarias realizadas en Atención Primaria son muy útiles para orientar el diagnóstico.

«DOCTOR, TENG0 UN CUERNO EN EL CODO»
Quero Motto E, Garví Ruiz A, Ledón Martínez L
CS Barrio del Carmen. Murcia. Región de Murcia queromotto79@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
El conocimiento de la disposición anatómica de los nervios periféricos en la extremidad superior y su relación con otras estructuras anatómicas vecinas tiene importancia en el ámbito de la Atención Primaria para el diagnóstico de neuropatías compresivas y atropamientos.
PRESENTACIÓN

Paciente de 26 años que refiere adormecimiento y pérdida de fuerza del 5.º dedo de la mano derecha. Clínica intermitente y acompañada de dolor en la cara interna del codo. Ausencia de traumatismo previo. En la exploración, la RX de codo muestra neoformación cálcica en región supracondilea.

Se diagnostica de osteofito de la arca fibrosa de Struthers. Se realiza una ecografía y una electromiografía.

DESARROLLO

Diagnostica de compresión atraumática leve del nervio cubital a nivel del codo. Se realiza un tratamiento médico con AINE y ortesis nocturna con flexión en 30°. Se le recomienda que corrija algunas actitudes diarias y evite la posición de los brazos cruzados y el codo en flexión prolongada.

CONCLUSIONES

El nervio cubital es un nervio sensitivo-motor. Puede comprimirse a nivel del codo en el canal epítrocleocelecranoano y a nivel de la muñeca en el canal de Guyon. La clínica neurológica puede ser sensitiva con parestesias en el 5.º dedo y mitad cubital del 4.º dedo. En el tratamiento quirúrgico se utiliza tras el fracaso del tratamiento médico o cuando existe un sufrimiento neurológico importante.

«DOCTORA, TENGO PROBLEMAS PARA TRAGAR»

Rodríguez Alonso D, Ordóñez Ruiz M, Cedeño Benavides T
CS La Chana. Granada. Andalucía
l_091@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: paciente de 59 años que consulta porque desde hace 6-8 meses presenta cierta disfagia esporádica, tras la que emite restos de alimentos, como partículas muy mastica las, más pequeñas. Sensación de carraspeo y flemas. Desde hace meses come más despacio y alimentos mejor mastica. Con los líquidos tiene menos problemas. Ausencia de fiebre, pérdida de peso o disnea. No hay alteraciones de la voz.

Antecedentes personales: hipertiroidismo tratado con I radiactivo, tiroidectomía, hipotiroidismo post-tiroidectomía, cifoescoliosis, osteoporosis, HTA, hepatitis, cefalea tensional, mastopatía fibroquística, acuñamiento de D8.


Pruebas complementarias: Rx seriada esófago-gastro-duodenal. Divertículo de Zenker.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: ERGE, tos crónica, hernia de hiato, cáncer de laringe.

Juicio clínico: divertículo de Zenker.

CONCLUSIONES

El divertículo de Zenker puede ser asintomático en fase precoz, aunque la mayoría de los pacientes tienen síntomas que son más acusados con el avance de la enfermedad. Ante la sospecha de la enfermedad por la clínica típica, la prueba diagnóstica definitiva es el tránsito esófago-gastro-duodenal seriado.
DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE ANCiano, ALGO POR ENCONTRAR
Vázquez Rodríguez L, García Marín A, Alejano Rodríguez A, Hernández Durán C, Sánchez Pulgarín I, Perdomo Cevasco R
CS Guayaba, Hospital 12 de Octubre, Madrid. Comunidad de Madrid
luiztamaravazquez@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
El dolor abdominal es una patología a la que diariamente nos enfrentamos los médicos de familia. Su diagnóstico diferencial es amplio, y a veces incluye patologías quirúrgicas. Pero es necesario tener en cuenta que en pacientes de edad avanzada puede estar enmascarando un proceso neoplásico de base.

Motive de consulta: mujer de 76 años acude a la consulta por un cuadro de dolor abdominal de 5 días de evolución, más intenso en la fosa ilíaca derecha y con disminución en el número de deposiciones.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril.
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: no refiere náuseas ni vómitos, pero sí disminución del apetito.

Exploración física: destaca un abdomen con ruidos hidroaéreos disminuidos, distenión abdominal y dolorosa en fosa ilíaca derecha, sin claro signo de irritación peritoneal. No se palpan adenopatías inguinales ni hernias.

Pruebas complementarias: Rx de abdomen urgente, en la que se observa dilatación de asas y niveles hidroaéreos.

Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se deriva a la paciente al servicio de Urgencias. Se le realiza una TC abdominal, donde se detecta dilatación intestinal secundaria a engrosamiento de la pared del ciego en la unión de la válvula ileocecal sospechosa de neoplasia. Durante el ingreso de la paciente, se le practica una laparotomía exploradora; se encuentra tumoração en el ciego y se realiza hemicolectomía derecha.

DESARROLLO
Juicio clínico: adenocarcinoma de ciego C3 (Astler-Coller) con metástasis en tres ganglios linfáticos. T4 N1 MX.

CONCLUSIONES
Un dolor abdominal en un paciente anciano, que además tiene signos de obstrucción intestinal, debe hacernos sospechar que el paciente padece una neoplasia oculta, por lo que es preciso orientar las pruebas complementarias con la finalidad de descubrir la patología causal.

DOLOR ABDOMINAL EN UNA MUJER JOVEN... ¿COLON IRRITABLE?
Alonso Molano R, López García E, Martín Muñoz M, Martínez Alamillo P
CS de Las Rozas, Madrid. Comunidad de Madrid
raquelam@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria, Digestivo, Urgencias).

PRESENTACIÓN
Mujer de 30 años presenta cuadros de dolor abdominal difuso, distensión abdominal y estreñimiento que han precisado su valoración en el servicio de Urgencias, donde se ha diagnosticado pseudoobstrucción intestinal que se ha resuelto con un tratamiento conservador (dieta absoluta, analgesia y sueroterapia).

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Exploración física: abdomen distendido con aumento global de ruidos hidroaéreos, en el que no se palpan masas ni megalías.

Pruebas complementarias: en Atención Primaria: hemograma, bioquímica, coagulación y sedimento urinario: normales; radiografía de abdomen con hallazgos de interés; colonoscopia con ausencia de haustración.

La paciente es derivada a consultas del Aparato Digestivo, donde la realizan las siguientes pruebas: TC abdomen-pélvico: dolicocon colo con restos fecoaloides; RM, EMG, con resultados normales; manometría anorrectal: relajación esfinteriana defectuosa; biopsia: melanosis colí. Displasia neuronal intestinal.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: turomas, síndromes malabsortivos, enfermedades sistémicas, fármacos (ausencia de fármacos enlentecedores del tránsito gastrointestinal como opioides).

Juicio clínico: displasia del colon neural.

CONCLUSIONES
La seudobloqueo crónica es un proceso poco prevalente en las consultas de Atención Primaria, pero que se debe sospechar en pacientes jóvenes hiperfrecuentes ante cuadros de estreñimiento persistente con dolor abdominal. Otro patrón de presentación son pacientes con cuadros depresivos hiperfrecuentadores con sintomatología gastrointestinal asociada.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE, NO SIEMPRE ES FUNCIONAL
Gámez Gómez M, García Bailestero E, Romera Santa Bárbara B
CS Delicias Sur, Zaragoza. Aragón
magamae@salud.aragon.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Niña de 6 años que acude al centro de salud por dolor abdominal recurrente con episodios de estreñimiento y diarrea.

Antecedentes personales: consultas repetidas al servicio de Urgencias hospitalarias por vómitos, diarreas, estreñimiento y abdominalgia. Lactancia materna hasta los 12 meses, introducción de gluten en la dieta a los 6 años.

Antecedentes familiares: hipotiroidismo en abuela materna.

Exploración física: ligera distensión abdominal. Ante la sospecha de enfermedad celíaca se solicita una analítica y se deriva a la paciente a la consulta especializada de pediatría para realizar una biopsia.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: procesos que originan dolor abdominal recurrente: dolor abdominal funcional, intestino irritable, estreñimiento, intolerancia a la lactosa, parasitosis (lambilosis), ingestión de sorbitol, enfermedad de Chron y celiacia.

Juicio clínico: sospecha de enfermedad celíaca.
CONCLUSIONES
La sospecha y el hallazgo de la enfermedad deben hacerse en Atención Primaria. Hay que tener presentes las formas atípicas y olosointomáticas, entre las que se encuentra el dolor abdominal recurrente. Para confirmar la existencia de una enfermedad celiaca, los especialistas deben hacer una biopsia duodenoyeyunal. Un diagnóstico precoz y seguir una dieta sin gluten favorece mucho al paciente.

Los anticuerpos antitransglutaminasa, por su alta sensibilidad y especificidad, están indicados en el cribado de la enfermedad celiaca. La determinación de la IgA es necesaria, puesto que su déficit daría un falso negativo a este marcador.

A la vista de este caso, debemos revisar las indicaciones del cribado en el adulto.

DOLOR FACIAL DE ORIGEN NEURÁLGICO CON CEFALEA ASOCIADA
Plaza De las Heras I, Peralta Ríos L
Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.
Comunidad de Madrid
iplazaheras@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
El dolor neuropático es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a componentes psíquico, somático y vísceral, y suele repercutir en la vida de los pacientes. Puede ser lancinante, quemante, de presión, eléctrica, de punzada o de hormigueo. Hay que localizarlo para establecer la estructura neural implicada y descartar una patología estructural, traumática o infecciosa subyacente.

Mujer de 64 años que acude por dolor disestésico, sordo y continuo en ángulo interno de la órbita y la región frontal izquierda.

La RM y las analíticas son normales.

En la exploración destaca dolor a la palpación y a la supravejiga. La maniobra de Yangüela es positiva, sin patología oftálmica asociada.

DESARROLLO
Se diagnostica una neuralgía del supraorbitario con cefalea tróclear asociada. Se trata con infiltración con control del dolor local y posteriormente con gabapentina.

CONCLUSIONES
Se puede tratar el dolor neuropático en Atención Primaria sin tener que derivar al paciente al especialista. Raramente se alivia con AINE u opioides menores. Se alivia, en cambio, con antidepresivos, antiepilépticos o anestésicos locales, y responde mal a los tratamientos neurolíticos. Se puede intentar una neuroestimulación con TENS e incluso acupuntura. La respuesta al dolor en cada paciente es distinta e impredecible, por lo que el tratamiento se basa en el ensayo-error.

DOLOR TORÁCICO EN VARÓN JOVEN
Hernández Muñoz I, Coullaut López A, Quispe Martínez C
CS Las Águilas I. Madrid. Comunidad de Madrid
nenedoc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.

PRESENTACIÓN
Varón de 18 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por dolor torácico brusco de tipo pleurítico, sin clínica infecciosa, disnea u odinofagia. En la exploración física, el paciente presenta disnea, odinofagia, disminución de murmullo vesicular en base izquierda. Se realiza una analítica y una radiografía, que objetiva datos de un enfisema subcutáneo, y se amplía el estudio con una TC torácica.

DESARROLLO
El enfisema subcutáneo puede producirse en casos de neumotórax o en un neumomediatino por fracturas costales y fracturas de hueso facial, así como rupturas traqueales o de esófago. Sin embargo, este paciente no presenta un traumatismo previo. Existen casos descritos idiopáticos de enfisema, así como debidos al consumo de tóxicos en gente joven.

CONCLUSIONES
El neumomediatino espontáneo es una entidad clínica poco frecuente, pero su diagnóstico diferencial es de suma importancia en Urgencias. Se da en procesos que aumentan la presión intraalveolar que favorece la ruptura alveolar. Su curso clínico es benigno con tratamiento conservador y no requiere hospitalización.

DORSALGIA DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN EN VARÓN JOVEN QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS
Hospital 12 de Octubre, CS Cañada. Madrid. Comunidad de Madrid
nathalguirocoche@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Urgencias y Atención Primaria).

PRESENTACIÓN
Dorsolumbalgias son un motivo frecuente de consultas en Atención Primaria y Urgencias pero si se hacen crónicas hay que prestar atención a los signos de alarma.

Motive de consulta: varón joven, natural de China, que refiere dorsalgia intensa que le impide caminar y fiebre de 38°. Antecedentes personales: no habla castellano y acude solo.

Enfermedad actual: dorsalgia intensa de 2 meses de evolución que no cede con analgésicos, astenia y fiebre.


Pruebas complementarias: hemograma: leucocitosis; resto normal. Rx de tórax: normal. TC de columna dorsal: osteomielitis D9 con importante absceso paravertebral que comprime canal raquideo. Mediastinitis con leve afectación pulmonar.

DESARROLLO
Comentado con Neurocirugía que determina actitud conservadora: no hay déficit neurológico. Se solicita RM y se observa...

**Diagnóstico diferencial:** tumores neurogénicos, linfoma, espondilodiscitis infecciosas.

**Juicio clínico:** tuberculosis pulmonar diseminada con afectación ósea y absceso paravertebral.

Tratamiento conservador con antituberculostáticos orales y controles radiológicos periódicos, con buena evolución.

**CONCLUSIONES**

La enfermedad de Pott, forma infrecuente de tuberculosis extra-pulmonar en nuestro medio, debe estar en nuestra mente ante dolores dorsolumbares crónicos, para iniciar estudios más exhaustivos.

**DORSALGIA Y TABACO**

Veilla Zancada S, Ortiz-Roldán Rodríguez N, Osorio Solar M
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).
Cantabria
svelizan@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

**Motivo de consulta:** mujer de 53 años que acude a la consulta por dorsalalgia.

**Antecedentes personales:** NAMC, fumadora de 20 paquetes/año. Dependiente ABVD.

**Antecedentes familiares:** padre fallecido por un IAM y madre por cáncer de útero.

**Enfermedad actual:** dolor costal izquierdo de 3 semanas de evolución de características mecánicas, sin irradiación ni traumatismo previo, acompañado de astenia. En la exploración destaca un dolor selectivo a la palpación de la décima costilla. Se le pauta AINE.

Al mes, el dolor ha cambiado; es más intenso, de características pluriérgicas con tos seca. No hay cambios en el esputo. Disnea I/IV. Astenia y adelgazamiento de 10 kg de peso. El tratamiento pautado no es efectivo. La paciente no tiene fiebre.


Se pide una Rx de tórax, analítica y Mantoux. Se pauta un tratamiento antibiótico. En la Rx se observa un derrame pleural con atelectasia de LII. La analítica es anodina y el Mantoux negativo. Se deriva a la paciente a Urgencias para su estudio y es ingresada en Neumología.


**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** neumonía, neoplasia, patología abdomino-pulmonar (abceso, masa, ascitis), TEP, TBC, sarcoidosis, enfermedades inmunes (LES, AR), insuficiencia cardíaca.

**Juicio clínico:** carcinoma microcítico con metástasis óseas.

**CONCLUSIONES**

Ante un dolor torácico en un paciente fumador, que modifica sus características y no mejora a pesar de tratamiento antiinflamatorio/antibiótico recordar, la patología neoplásica.

**EDEMA Y CIANOSIS FACIAL EN PACIENTE ONCOLÓGICO**

Maza Vera M, Barreiro Carreño M, Píñero López Á, Pérez Castro P, Troncoso Recio S, Iglesias Collazo M
SAP Calle Cuba. Vigo (Pontevedra). Galicia
mailetxu_sabi@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

**Motivo de consulta:** varón de 75 años con edema facial eritematovioláceo y dificultad respiratoria de 3 días de evolución.

**Antecedentes personales:** adenocarcinoma de sigma (polipectomía 2004); Segmentectomía y quimioterapia por metástasis pulmonar LID en 2007. Reservorio venoso en la jugular interna.

**Antecedentes familiares:** sin interés.

**Enfermedad actual:** desde hace 3 días presenta edema y cianosis facial progresiva, por lo que ha acudido en 2 ocasiones a Urgencias. Fue valorado en ORL, sin que se apreciaran alteraciones. La Rx de tórax fue similar a las previas. Se consideró que presentaba una reacción adversa a fármacos (tratamiento con azitromicina anterior). Se inició un tratamiento corticoideo y antihistamínico.

Acude por primera vez a su médico de Atención Primaria por empeoramiento clínico, y ante la sospecha de que presenta un síndrome de vena cava superior se decide derivarlo al hospital.

**Exploración física:** edema facial eritematovioláceo sin edema faringeo asociado, aumento de trama venosa superficial en la cara anterior del tórax, con extensión a raíces de EESS. ACP normal. Abdomen anodino. No tiene edemas en EEL ni hay datos de TVP.

**Pruebas complementarias:** analítica: leucocitosis. FleboTC: trombosis de vena subclavia derecha y tronco venoso braquiocefálico izquierdo. TC abdominopélvica: no hay signos de recidiva tumoral.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** edema circuncrito (fronto a generalizado), obstrucción de drenaje venoso (S. vena cava superior, trombosis de grandes vasos), idiopático, inducido por fármacos.

**Juicio clínico:** trombosis venosa en portador de reservorio venoso central.

**CONCLUSIONES**

En pacientes portadores de reservorios venosos centrales hay que tener en consideración ante esta clínica la posibilidad de que se haya producido una trombosis de grandes vasos. El tratamiento se basa en la retirada del catéter y en la instauración de un tratamiento anticoagulante. La respuesta del paciente al mismo fue excelente.
EL CARNIVAL OF THE ILLNESSES
CS de Getafe. Madrid. Comunidad de Madrid
pittybl2@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
Introducción: las patologías pueden disfrazarse, y esto hace que nuestro trabajo como médicos resulte muy interesante. Son los complicados.

“Disconfort” abdominal, pero que no llega a describirse como dolor Juicioso.

Mu jer de 46 años, sinalergias ni patologías previas. Fumadora.

PRESENTACIÓN
Atención Primaria y hospital.

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

TEMA DEL CASO
Pa bón Fernández S, EL CURIOSO CASO DEL CÍRCULO INEPRMINABLE

TEMA DEL CASO
CS de Getafe. Madrid. Comunidad de Madrid
pittybl2@hotmail.com

CONCLUSIO NES
Diagnóstico diferencial: cólico reno-ureteral frente a cólico biliar complicado.

Juicio clínico: sección aórtica tipo B.

CONCLUSIONES
La sección aórtica se describe como un dolor torácico lacerante, intenso y con HTA elevada; puede “disfrazarse”, por lo que son los detalles (en nuestro caso, HTA no conocida y de difícil control) los que nos orientan en el diagnóstico.

EL CURIOSO CASO DEL CÍRCULO INTERMINABLE
Pendón Fernández S, Ranea Martín E, Melgares Ruiz R
CS de Nerja. Málaga. Andalucía
megasalva@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y hospital.

PRESENTACIÓN
Mujer de 46 años, sin alergias ni patologías previas. Fumadora. Casada y con dos hijos. Ama de casa. Hace 1 año comenzó a padecer cervicobraquialgia y dolor e inflamación en las manos, predominantemente por la mañana, así como dolor en las cade ras y hemitérax izquierdo de características mecánicas. Además presentaba hiporexia, anhedonia y aumento de peso.

La exploración física resultó anodina. Destacaron leves edemas en ambas EEII, dolor a la palpación external y ligera inflamación de interfalángicas proximales. La analítica dio los siguientes resultados: TSH normal; hemograma normal excepto Hb 11,5; Hto 36%; bioquímica normal. FR, VSG, ASLO y ANA negativos. Rx de las manos normal.

DESARROLLO
Se inició tratamiento con diclofenaco y diazepam, sin que la paciente mostrara mejoría al cabo de 3 semanas, por lo que se la derivó al servicio de Traumatología. El traumatólogo descartó una patología traumatólogica e inició un tratamiento con etoricoxib, condroitín-sulfato. A continuación se derivó a la paciente a Reumatología, donde el médico la visitó 2 meses más tarde.

Una vez establecido el diagnóstico de fibromialgia, a la paciente se le dio el alta, se le pautó un tratamiento de pregabalina, zolpidem y venlafaxina y se la derivó al servicio de Salud Mental. El psiquiatra confirmó la sospecha de fibromialgia, aumentó la dosis de venlafaxina a 150 mg/d y la derivó a Medicina Interna para que tratara la parestesia en las manos. Aquí se le realizó una RM, una analítica y un electroneuromograma y le diagnosticaron síndrome del túnel carpiano, por lo que añadieron Vit B al tratamiento y la derivaron a Traumatología. Su médico de familia le aconsejó que se inscribiera en una asociación de mujeres y en un grupo de yoga. Actualmente, la paciente sólo toma de forma esporádica ibuprofeno.

CONCLUSIONES
Es frecuente que pacientes con dolores mal definidos entren en una espiral de derivaciones y acaben polimedicated y pasando por varios servicios del sistema sanitario.

EL ESPESOR ÍNTIMA-MEDIA CARÓTIDEA SE ASOCIA CON LA APARICIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES
Gaya Tur R, Castellví Margalef A, Supersaxo Macià L, Ripoll Pons M, Bachrani Reverté E, Muñío Bové I
ABS Reus 1, CAP Sant Pere. Reus (Tarragona). Cataluña
rutgayatur@yahoo.es

OBJETIVOS
Establecer la aparición de eventos cardiovasculares en personas a las que se les ha determinado el espesor de la íntima-media carótidea (EIMC) y el riesgo cardiovascular (RCV) durante 6 años.

DISEÑO
Tipo y ámbito del estudio: estudio prospectivo iniciado en 2002 (durante 6 años). Se realiza un muestreo aleatorio estratificado por riesgo en pacientes de una consulta de Atención Primaria.

Sujetos: 134 sujetos.

Material y métodos: calculamos el RCV utilizando 5 tablas (Framingham, REGICOR, SCORE, Dundee y Sheffield) y registramos los eventos cardiovasculares durante esos 6 años (muerte cardiovascular, cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica).

Mediciones e intervenciones: mediante eco-Doppler medimos el EIMC de las carótidas y la estenosísis, ateromatosis y distensibilidad. Calculamos el grosor medio del EIMC de las dos arterias.

Análisis: efectuamos pruebas de chi-cuadrado y t de Student-Fischer, y las consideramos significativas si p < 0,05.
RESULTADOS
El EIMC medio es de 0,648 mm (DE: 0,189), con un rango entre 0,1 y 1,1 mm. Los pacientes que presentaron un evento tenían al inicio un EIMC medio de 0,709 ± 0,149, mayor que los que no tenían ninguno (0,636 ± 0,19), aunque sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,066). No se observa correlación entre ateromatosis, estenosis y distensibilidad y la aparición de eventos. Los eventos son más frecuentes entre los que presentan mayor riesgo en todas las tablas (p < 0,05); la que mejor predice los eventos es REGICOR (29,2 ± 21,7 puntos de riesgo entre los que después presentarán eventos frente a 2,6 ± 2,4 entre los que no; p < 0,001).

CONCLUSIONES
Aun con la muestra reducida de pacientes seguidos, el EIMC resulta ser un parámetro importante que sirve para predecir la posible aparición de eventos cardiovasculares.

EL PORQUÉ DEL ERITEMA NODOSO
Carbajosa Rodríguez V, Ballester Otero C, Ares Blanco S, González González C, Herranz B, Benedicto C
CS El Greco. Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid
virginia.carbajosa@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
El eritema nodoso es una paniculitis septal de diversas etiologías.

Motivo de consulta: gonalgia bilateral.

Antecedentes personales: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 28 años que consulta por artralgias en ambas rodillas y aparición de lesiones cutáneas dolorosas en la región infrapoplítea de ambas desde hace 1 semana. Además, refiere sensación distérmica y tos secas de varios meses de evolución.

Exploración física: febrícula. Lesión nodular eritematosa y caliente de 3 cm en la región infrapoplítea de la rodilla derecha y otra lesión de similares características de 1 cm en la rodilla izquierda.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: fiebre de origen desconocido, colagenopatías como la artritis reumatoide y arteritis de la temporal, síndromes mieloproliferativos y otras neoplasias, síndromes confusionales que indiquen organicidad y fiebre reumática.

Discusión: ante la sospecha clínica de eritema nodoso hay que confirmar siempre el diagnóstico del mismo y descartar las patologías más frecuentes asociadas.

ELEVACIÓN DE LA VSG: ¿QUÉ SE TIENE QUE HACER?
Zurita Badosa M, Calonge Calzadilla N, Gañán González S, Cervera Léon M, Francesa Sala L, Callis Privat M
ABS de Santa Eugenia de Berga. Barcelona. Cataluña
mirizb@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y asistencia especializada).

PRESENTACIÓN
Introducción: elevación de la VSG.

Motivo de consulta: varón de 87 años que acude a la consulta por astenia, inestabilidad.

Antecedentes personales: DM tipo 2.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: el paciente presenta astenia y parestesias en EEII de 2 meses de evolución, así como inestabilidad, con alteraciones visuales durante la última semana.


Pruebas complementarias: analítica: VSG 97, factor reumatoide negativo; proteinograma: gammaglobulina 44,6% con banda monoclonal de IgM superior a 3 g/dl. Se orienta el caso como de macroglobulinemia de Waldenström.

CONCLUSIONES
Ante una elevación importante de la VSG se tiene que descartar, especialmente, la posibilidad de una focalidad infecciosa, enfermedades reumáticas y síndromes mieloproliferativos.

Discusión: se trata de un paciente con astenia, inestabilidad y alteraciones visuales que indican un fenómeno de hiperviscosidad. En la exploración física y las pruebas complementarias destaca una hepatoesplenomegalia y elevación de la VSG, y se detecta una banda monoclonal de IgM superior a 3 g/dl. Se orienta el caso como de macroglobulinemia de Waldenström. Se hace un estudio de extensión con una TC abdominal y una biopsia de hueso que confirma el diagnóstico. El paciente se trata con quimioterapia y plasmaféresis.

ELEVACIÓN DE TROPOINAS EN UN PACIENTE CON DISNEA SÚBITA
Gómez Suárez G
UD de MFyC de Toledo. Toledo. Castilla-La Mancha
gabrielgsuarez@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.
PRESENTACIÓN
Mujer de 79 años que acude a la consulta por disnea súbita. Ha estado acatarrada en los días previos con una tos con expectoración blancaque y sensación distérmica no termometrada. Su médico de cabecera le ha pautado amoxicilina ácido clavulánico 48 h antes. No presenta dolor torácico.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: PA: 150/85 mmHg; FC: 105 lpm; SatO2: 74%. Taquipequeña, sudorosa, con dificultad para hablar. AC: rítmica hipofonética sin soplos. AP: murmullo vesicular con crepitantes en ambas bases y roncos dispersos. Abdomen normal. No presenta edemas en las extremidades.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: se trata de una paciente que ingresa con insuficiencia respiratoria hiperacénica, que refiere un cuadro de infección respiratoria y presenta una elevación de las troponinas.

Se inicia un tratamiento inicial con oxígeno, nebuloterapia con B2-agonistas y antibióticoterapia (moxfloxacino), que tiene una buena respuesta clínica inicial. Se realiza la seriación enzimática con un aumento inicial de troponina con CK normal, sin dolor torácico; se descarta en este caso la cardiopatía isquémica y se concluye que la elevación de las troponinas se debe al cuadro de neumonía.

CONCLUSIONES
La elevación de las troponinas puede deberse a múltiples causas, por lo que es necesario plantearse el diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos, como las infecciones respiratorias.

ENDOCARDITIS BACTERIANA: FIEBRE DE DISTINTOS ORÍGENES
De Lamo Mansilla I, Álvarez Lancerso A, López Gallego M, Yanguas Torres V, Salguero Bodes I, Roldán Pérez A
CS San Roque. Badajoz. Extremadura
idsbodes@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención primaria y urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN
Paciente de 56 años, con antecedentes de DMID y enfermedad de Parkinson, acude al servicio de Urgencias remitido desde su centro de salud por fiebre de 38,5 °C de 10 días de evolución. Refiere malestar general, mialgias, tos con expectoración verdosa, rinorrea junto con molestias en el testículo derecho (diagnosti- cadas como orquiepididimitis aguda y tratadas con amoxicilina-clavulánico). El malestar cede parcialmente con ibuprofeno. No refiere rash cutáneo, cefalea, alteraciones visuales o claudicación mandibular. No presenta alteraciones digestivas. No tiene dolor torácico ni síncope miccional. Refiere haber tenido problemas dentarios en los últimos meses. En la exploración física por aparatos y sistemas no hay nada que destacar. Desde Urgencias, el paciente es ingresado en Medicina Interna, donde se continúa el estudio de su caso.

DESARROLLO

De la analítica destaca: hemoglobina de 8,8 mg/dl; fibrinógeno: 2137,7 mg/dl. La ECG muestra una verruga de 2 cm que protruye en diástole. El hemocultivo es positivo a Streptococcus viridans.

CONCLUSIONES
Las dificultades diagnósticas en la endocarditis derivan de la gran variedad de síntomas con las que puede presentarse esta enferme- dad. Debe sospecharse la presencia de una endocarditis en pacien- tes con soplo cardiaco y fiebre de causa inexplicable durante una semana, en ADVP con fiebre sin presentar soplos, en pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular, en pacientes portadores de prótesis valvular que cursan con fiebre y disfunción valvular.

ENDOMETRIOSIS... A PROPÓSITO DE UN CASO
Rodríguez López I, Casanova Lage M, Irrate García A, Villa Escamilla M
CS Valle Inclán. Madrid. Comunidad de Madrid
berrylager@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN
Mujer de 30 años con antecedentes personales de 2 cesáreas secundarias a preclampsia sin tratamiento habitual, que acude a su médico de Atención Primaria por presentar una tumoralación en la fosa iliaca derecha, dolorosa a la palpación y adherida a planos profundos. El dolor aumenta con el esfuerzo físico, con las maniobras de Valsalva y con las relaciones sexuales. El dolor se incre- menta en los días previos a la menstruación. En la exploración física destaca un pequeño nódulo blando, doloroso, no pulsátil, que no se desplaza y sin alteraciones dérmicas acompañantes. La paciente es derivada a Urgencias de su hospital de refe- rencia donde, entre otras pruebas, se realiza una ecografía abdo- minal que demuestra la existencia de una lesión hipoecogénica, de límites mal definidos e hipervascularizada. En la analítica destaca PCR, CA 125, CEA y B2-microglobulina elevados, sin otros hallazgos de interés.

DESARROLLO
Se valoran como posibles diagnósticos: linfoma, leiomiosarco- ma, quiste desmoido y cáncer de colon. Sin embargo, es dada de alta con endometriosis como diagnóstico más probable.

CONCLUSIONES
La endometriosis es una enfermedad frecuente y de gran prevalen- cia en mujeres en edad fértil. La paciente presentaba factores de riesgo (edad fértil, cesáreas previas, dispareunia, dismenorrea) sufi- cientes como para considerarlo parte del diagnóstico diferencial. En todos estos estamentos de atención sanitaria a los que acudió la paciente, se consideraron como más probables otras patolo- gias mucho menos frecuentes, lo que dio lugar a un inadecuado uso de recursos.

¿Es, en consecuencia, la endometriosis una patología desco- nocida para los médicos generalistas?
ENFISEMA SUBCUTÁNEO EN UNA PACIENTE CON PICADURA DE INSECTO

Gómez Suánes G
UD de MFYC de Toledo. Toledo. Castilla-La Mancha
gabrielgssuanes@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 17 años que presenta una picadura de insecto en el antebrazo derecho de hace 7 días, que inicialmente tenía el aspecto de una picadura corriente, en forma de lesión papulosa y de escaso diámetro. Posteriormente comienza a presentar una tumefacción en la zona, sin eritema, así como sensación de crepitación.

Antecedentes personales: sin interés.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitos: 8.200 (N 52%, L 33,2%). Bioquímica y coagulación sin alteraciones. Rx de antebrazo y brazo derechos: líneas de enfisema subcutáneo que se extienden por el antebrazo y el brazo. TC de antebrazo: enfisema subcutáneo e interfacial, sin signos de celulitis o fascitis necrotizante.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: se trata de una paciente con un enfisema subcutáneo tras la picadura de un insecto. Aunque la paciente presentaba buen estado general al ingreso, se realiza una TC de antebrazo, dado que el origen de la infección podría tener relación con una infección con anaerobios complicada con una fascitis. El escáner confirmó la presencia de gas subcutáneo, pero no mostró datos inflamatorios. Se decidió tratar a la paciente con antibiótico (amoxicilina-ácido clavulánico), ya que existía una puerta de entrada para una infección por anaerobios. La paciente presenta mejoría con la desaparición del enfisema subcutáneo.

CONCLUSIONES
La presencia de gas en los tejidos blandos después de una lesión en la piel puede ser debida a una infección por organismos formadores de gas (anaerobios); al tratarse de microorganismos ubicuos es fácil que puedan contaminar las heridas cutáneas.

ENTEROCOLITIS EOSINOFÍLICA: UNA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y PÉRDIDA DE PESO

CS de Azpilagaia, Pamplona (Navarra). Navarra
prodirg@bcnavarra.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 42 años que acude a la consulta por dolor abdominal intenso de localización epigástrica y periumbilical acompañado de diarrea pastosa sin productos patológicos. El cuadro ha ido intensificándose en el último mes, y se ha producido una pérdida de peso (12 kg). Hay antecedentes de cuadros similares, pero menos intensos, que han cedido mientras tomaba omeprazol.

El paciente es estudiado en el servicio de Digestivo, donde le realizan una gastroscopia, que resulta normal, y se diagnostica de episodio de dolor abdominal.

Antecedentes personales: asma intrínseca, atopía poliposis rinosinusual y alergia a fármacos.
Exploración física: dolor a la palpación profunda en el marco cólico y la fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal ni otras alteraciones de interés.

DESARROLLO
Se solicita analítica general con parasitosis en heces, coprocultivo y serología de enfermedad celíaca; la única alteración de la analítica es una eosinofilia (700/mm²). La ecografía solicitada muestra un hemangiona hepático. Se indica una colonoscopia (macroscópicamente normal) y se toman muestras para una biopsia. Se pautan espasmolíticos y corticoides a altas dosis.

El paciente experimenta una mejoría significativa. El resultado de la biopsia es una inflamación crónica con eosinofilia.

El diagnóstico más probable es una enterocolitis eosinofílica, dado que la evolución no sugiere procesos neoplásicos y la normalidad de las pruebas permite descartar causas más frecuentes (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, parasitosis, etc.). El diagnóstico se apoya en los antecedentes alérgicos y atópicos del paciente.

CONCLUSIONES
Este caso muestra la importancia de seguir una sistemática en el diagnóstico diferencial que considere los diagnósticos frecuentes, pero también aquellos menos habituales cuando sea preciso, sin olvidar la contribución de los antecedentes personales.

ERITEMA NODOSO
Osorio Solar M, Velilla Zancada S, Ortiz-Roldán Rodríguez N
GAP 1 Cantabria. Santander (Cantabria). Cantabria
mariucanix@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atencion Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: mujer de 30 años que consulta por fiebre.
Antecedentes personales y familiares: sin interés.
Enfermedad actual: la paciente refiere fiebre de hasta 39 °C de 3 días de evolución y odinofagia. En la exploración no se observan exantemas ni petequias en piel. En la cabeza y el cuello se evidencian adenopatías laterocervicales dolorosas, móviles, rodaderas. Se observa una faringe hiperérmica con exudado faringo-migdalair. La otoscopia resulta normal. El resto es normal.

Se realiza un test rápido de detección de Streptococcus β hemolítico, que resulta positivo. Se pauta un tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico y antinfiamatorios. A los 2 días la paciente consulta de nuevo por la aparición, en ambas regiones prebiliales, de nódulos eritematosos, dolorosos, calientes junto con artralgias. No refiere nueva medicación, ni presentan alteraciones en el ritmo intestinal ni productos patológicos en heces. No se da un síndrome general asociado.

Exploración física: PA 110/70 mmHg; FC 70 lpm; Tª 36,5 °C. Normohidratada, normoclorea y normoporfundida. Resto de la exploración, excepto en los EEII, donde aparecen lesiones descritas, normal.
Pruebas complementarias: Rx de tórax informada como normal; hemograma donde se objetiva una discreta anemia normocrítica-normocrómica; bioquímica normal y Mantoux negativo.

Un mes más tarde se vuelve a valorar el cuadro de la paciente; las lesiones han desaparecido.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, LES, PAN, secundario a medicamentos (anticonceptivos orales, salicilatos, penicilinas), infecciones bacterianas (**Streptococcus** B hemolítico, tuberculosis), víricas (VEB), fúngicas, etc.

**Juicio clínico:** eritema nodoso.

**CONCLUSIONES**

El eritema nodoso es un diagnóstico clínico, de curso autolimitado, que en la mayoría de los casos tiene el antecedente de infección estreptocócica, aunque en ocasiones no existe una causa identificable.

**ERITEMA NODOSO: TAMBIÉN EXISTEN PRESENTACIONES ATÍPICAS**

Arancibia Freixa I, Fernández Martínez C, Grifol Guimerà A
CAP Terrassa Est. Terrassa (Barcelona). Cataluña
inesaranci@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Varón de 38 años con lesiones papulares y febrícula de 2 semanas de evolución.

**Antecedentes personales:** púrpura trombocitopénica a los 36 años. No ha viajado recientemente ni ha tenido contacto con animales.

**Antecedentes familiares:** sin interés.

**Enfermedad actual:** lesiones papulares bilaterales en el dorso de las manos y los muslos, con febrícula de 2 semanas de evolución. Recibe tratamiento con AINE, que se controla al cabo de 4 días. El paciente vuelve a la consulta por presentar 39 °C de fiebre, lesiones nodulares eritematosas bilaterales, que son dolorosas en los muslos, las muñecas y las manos, así como artritis de rodilla derecha. Ha estado jugando al fútbol 48 h antes.

**Pruebas complementarias:** hemograma y bioquímica normal; PCR: 71; VSG: 64. Sedimento normal, Rx de tórax normal, artrócentesis normal. PPD negativo.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** vasculitis sistémicas, goma luética, eritema indurado de Bazin, lupus, paniculitis nodular recidivante y febril, paniculitis por déficit de alfa1antitripsina, paniculitis física (traumatismos sobre el tejido adiposo), PAN, enfermedad de Behçet, etc.

**Juicio clínico:** debe realizarse una exhaustiva historia clínica y una exploración física, sobre todo de lesiones cutáneas y la clínica. Posteriormente, es preciso descartar una patología orgánica.

**CONCLUSIONES**

Es un eritema nodoso, es decir, una pancitilitis septicus con vasculitis, bilateral, dolorosa. Esta enfermedad se da más en mujeres (3:1) y es sobre todo de localización pretibial (un 70% de los casos). En invierno/primeravera se presenta el 75% de los casos.

Su etiología es desconocida, con múltiples hipótesis etiológicas (infecciosas, tuberculosos, sarcoidosis, embarazo, fármacos, idiópáticas, etc.), y se postula como respuesta de hiperesensibilidad frente a determinados antígenos, en la que se implica inmunidad humoral y celular. Raramente presenta complicaciones (fiebre, artritis) si el paciente hace reposo.

El diagnóstico es clínico, pero en caso de duda se puede confirmar con una biopsia. Se cura en unas 4-6 semanas y no quedan marcas de cicatriz ni atrofia (sólo, ocasionalmente, una leve hiperpigmentación). El tratamiento consiste en hacer reposo y pautar AINE o, en caso de que el paciente no responda a este último, yoduro potásico.

Si hay causa subyacente, el diagnóstico es etiológico.

---

**ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**

Lumíber Martínez de Morentín M, Rubí Alzugaray I, Bazantarrica Echarte E, Álvarez Villarueva E, Sotill Arrieta A, Clauzur Martín M
CS Iturrama. Pamplona (Navarra). Navarra
mlumbier@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto (Atención Primaria y especializada).

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 47 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que nos consulta en junio de 2005 por un dolor en las EEII que describe como calambres nocturnos. El dolor la obliga a levantarse de la cama y le dura unos minutos. Le ocurre desde hace varios meses, no todas las noches, pero cada vez de forma más frecuente.

Se realiza una exploración física completa, que es normal, y se pide una analítica de sangre (hemograma, bioquímica, iones), que también resulta normal.

Dos meses más tarde la paciente consulta nuevamente por persistencia de síntomas, y se la deriva a Medicina Interna para completar el estudio. Le diagnostican contracturas musculares y le instauran un tratamiento con diazepam 5 por las noches.

En mayo de 2006, la paciente vuelve a la consulta por empeoramiento del cuadro, que le ocurre también de día, y además nota debilidad en las EEII y dificultad para coordinar la deambulación; refiere que si le ocurre sentada no puede levantarse. En la exploración se observa pérdida de masa muscular en la región gemelar izquierda.

Balance muscular para la flexión dorsal del pie izquierdo: 0/5, para la flexión plantar: 2/5.

Reflejos miotáticos: ++ simétricos en las EEII con RCP en flexión bilateral. Se la deriva a Neurología.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** sindrome de perrnas inquietas, polineuropatía, alteraciones iónicas (hipopotasemia), calambres musculares, esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

En febrero de 2007 se confirma el diagnóstico de ELA tras la realización de una resonancia cerebral y medular y un estudio neurofisiológico.

**CONCLUSIONES**

ELA es una enfermedad neurodegenerativa de tipo neuromuscular que produce parálisis muscular progresiva con exacerbación de reflejos tendinosos. Evoluciona lentamente al principio y no cuenta con un tratamiento curativo.
ESTA PRESIÓN EN EL PECO ME AHOGA
Obregón Díaz R, Ortega Sánchez G, Torres Baile J
CS Rodríguez Penésa. Logroño (La Rioja). La Rioja
gortega@riojasalud.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Una mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, acude a la consulta por tos no productiva y febrícula desde hace 3 días. En la exploración física se observa faringe congestiva, eritematosa. No presenta adenopatías. ACP: normal. Se pauta paracetamol y codeína.

A los 3 días, la paciente consulta nuevamente por dolor central torácico, de moderada intensidad, que aumenta con la respiración y con el decúbito, sin cortejo vegetativo. ACP: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, con roce pericárdico. ECG: elevación difusa del segmento ST, de concavidad superior y con ondas T negativas II, AVF y en V2-V4. Se pauta tratamiento con inyesprin y paracetamol, y la evolución es buena.

Cinco días más tarde la paciente acude a la consulta por presentar otra vez la misma sintomatología. Se realiza otro ECG, que resulta igual que el anterior. Se solicita una analítica con perfil inmunológico y una prueba de Mantoux, que son normales, y Rx de tórax, que muestra cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. La paciente refiere dolor central torácico intenso, que aumenta con la inspiración y con el decúbito, con cortejo vegetativo. En el ECG se detecta una ACxFÁ rápida. Remitimos a la paciente a Urgencias, donde es revertida con diltiazem e ingresa en Cardiología. En la analítica destaca PCR 305; el resto es normal. Los ECG sucesivos muestran un ritmo sinusal. Eje eléctrico intermedio. Onda T negativa de forma generalizada.

DESARROLLO
Pericarditis recidivante con FA secundaria.

CONCLUSIONES
Entre un 15 y un 20 % de los pacientes con pericarditis aguda benigna presentan una o más recidivas. En las pericarditis agudas es frecuente la presencia de derrame pleural, de predominio izquierdo. Si el derrame es superior a 250 ml, aparece cardiomegalia y alteraciones en el ritmo cardíaco.

¿ESTAMOS SOBRETRATANDO LA HIPERCOLESTEROLEMIA DE NUESTRA POBLACIÓN?
Santos Murillo J, Pastor Plana L, Masat T
ABS Manlleu. Manlleu (Barcelona). Cataluña
jsanmur@yahoo.es

OBJETIVOS
Conocer si existe un exceso de tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia, en la población de nuestro centro de salud, según las tablas REGICOR.

DISEÑO
Ámbito del estudio: sujetos con hipercolesterolemia en tratamiento de un área básica de salud (ABS) de ámbito semirurbano.
Sujetos: pacientes entre 35 y 74 años con un diagnóstico activo de hipercolesterolemia en el día 31/12/2008, en tratamiento con estatinas y registrados en la historia clínica informatizada (e-CAP). Se descartan los pacientes tratados por prevención secundaria.
Material y métodos: muestra de 200 personas randomizadas. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo (tabaquismo), colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, PA y edad al inicio del tratamiento.
Mediciones e intervenciones: se utilizó la tabla REGICOR para el cálculo del riesgo cardiovascular en la fecha de inicio del tratamiento.
Análisis: mediante el programa estadístico SPSS v.15.0. Se analizaron las variables cualitativas mediante la prueba de la chi-cuadrado y las cuantitativas mediante la t de Student.

RESULTADOS
La media de edad de inicio del tratamiento con estatinas era de 54,87 ± 8,064 años, sin diferencias significativas entre sexos. El colesterol total medio era de 287,55 ± 35,99 mg/dl al inicio del tratamiento.
El 52,5 % de los pacientes no tenían indicación de tratamiento, según las tablas REGICOR, en el momento de inicio del fármaco.

CONCLUSIONES
En un número elevado de paciente, no existían criterios para iniciar el tratamiento con hipolipemiantes según la tabla de riesgo cardiovascular. Actualmente, con el uso generalizado de tablas para el cálculo del riesgo cardiovascular, se podría reducir el “abuso” de las estatinas para el tratamiento de la hipercolesterolemia.

ESTRÉS LABORAL
López García E, Alonso Moralejo R, Cortés Troyano E, Martín Muñoz M, Martinez Alamillo P
CS Monterrozas. Las Rozas (Madrid). Comunidad de Madrid
raquelam@hotmail.com

OBJETIVOS
Identificar la prevalencia de las bajas laborales por estrés laboral en un área de salud y sus repercusiones socioeconómicas.

DISEÑO
Ámbito del estudio: consultas de medicina de familia en un centro de salud.
Sujetos: criterios de inclusión: personas activas laboralmente, con baja por conflicto laboral.
Material y métodos: estudio observacional retrospectivo de las bajas laborales de un centro de salud en un período de 24 meses. Los casos seleccionados son codificados por la CIAP-2 como P01 (sensación de ansiedad/depresión), P74 (trastornos de ansiedad/estado de ansiedad) y P76 (depresión/trastornos depresivos).
Mediciones e intervenciones: total de los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad. Causas de ansiedad: laboral, familiar, mixta.
Análisis: análisis estadístico por SPSS v.11.0.

RESULTADOS
Se estudiaron 274 pacientes, de los que el 69 % eran mujeres y el 67 % tenían edades comprendidas entre 31 y 50 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron ansiedad y conflicto fami-
Estudio de un paciente con ictericia y prurito
Falgüera Vilamajó M, Rodríguez Garrocho A, Molí Iniesta Á, Quesada Almecelles A, Calderó Solé M, Villalba Tost L
ABS Pla d’Urgell, Mallorquins (Lleida). Cataluña
mireiafalgüera@hotmail.com

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Presentación
Motivo de consulta: ictericia y prurito.
Antecedentes personales: ausencia de alérgias. Fumador de 12 cig/d.
Ex bebedor de 80 g/d de alcohol. En tratamiento actual con hidroxil (B12-B6-B1-0-1).
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: varón de 60 años con ictericia mucocutánea y prurito de 1 mes de evolución que en la última semana refiere coluria y acolia. Pérdida de peso de 6 kg en 3-4 meses.
Pruebas complementarias: analítica: bilirrubina 11,86 ng/dl (directa 7,26 mg/dl e indirecta 4,6 mg/dl); fosfatasa alcalina 215 U/l; GOT 72 U/l; GPT 131 U/l; GGT 157. El resto resulta normal.

Desarrollo
Diagnóstico diferencial de la ictericia:
- Trastornos hepatocelulares: hepatitis víricas, alcoholismo, cirrosis, toxicidad por fármacos/drogas, toxinas del ambiente, enfermedad de Wilson, hepatitis autoinmunitaria.
- Trastornos colestásicos: intrahepáticos (hepatitis víricas/alcohol, toxicidad farmacológica y cirrosis biliar primaria), extrahepáticos (malignos/benignos, coledocolitiasis y pancreatitis crónica).
Juicio clínico: ante la sospecha de una hepatitis vírica en un paciente con estigmas de hepatopatía crónica, se realiza un estudio etiológico mediante serologías, inmunidad, albúmina, coagulación y pruebas de imagen (TC abdominal y colangio-RM). En este caso salen normales.
Los controles analíticos posteriores determinan una disminución progresiva de la bilirrubina (de 11,86 mg/dl a 4,5 mg/dl). Finalmente se orienta el cuadro como una posible hepatitis aguda tóxico-metabolítica secundaria a Dogmatil® (sulpiride) por ingestión del fármaco durante las 2 semanas previas al inicio de la clínica.

Conclusión
Es importante preguntar en la anamnesis sobre la ingesta reciente de fármacos ante cualquier caso clínico.
La toxicidad intrahepática por fármacos es frecuente y reversible, aunque la colestasis puede tardar meses en desaparecer.
PRESENTACIÓN
Estudio de una transaminitis leve persistente.

Motivo de consulta: varón de 32 años que acude a la consulta por alteración hepática en la revisión de empresa.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: paciente asintomático con alteración hepática en el análisis de empresa.


Pruebas complementarias: analítica: hemograma normal; bioquímica: transaminasas levemente elevadas. Ecografía abdominal: sin alteraciones. Ampliación del estudio analítico: persistencia de transaminasas elevadas; serologías de hepatitis B y C negativas; anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, antiácidohilo y antiendomisio negativos; ceruloplasmina 42.3 (normal), IgA 84 (normal), alfa-1-antitripsina 65 mg/dl (patológico < 70-90 mg/dl), ferritina y TSH normales. Rx de tórax: normal.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: hepatitis infecciosa, enfermedad de Wilson, hemocromatosis, cirrosis biliar primaria, hepatitis crónica autoinmune, hipertiroïdismo e hipotiroidismo, patología muscular y cardíaca, celiacida, portafía cutánea tarda, déficit alfa-1-antitripsina y carcinoma hepatocelular.

Juicio clínico: con las pruebas complementarias se llega al diagnóstico de déficit de alfa-1-antitripsina.

CONCLUSIONES
Conclusión: aunque el déficit de alfa-1-antitripsina suele afectar al pulmón, en este caso sólo destaca una leve afectación hepática que no requiere tratamiento.

Discusión: la transaminitis leve persistente puede tener múltiples etiologías, por este motivo es importante hacer un buen diagnóstico diferencial y el estudio pertinente para llegar a un diagnóstico.

EVENTO CORONARIO MAYOR SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

López González A, Casado Górriz J, Robles Castañeras A, Díaz Grávalos G
CS Marínfamansa. Ourense. Galicia
ana_lopez_gonz@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN
La cardiopatía isquémica es una enfermedad habitualmente asociada a los factores de riesgo cardiovascular clásicos.

Motivo de consulta: disnea en varón de 63 años.

Antecedentes personales: no fumador, dislipémico, obeso, hiper tenso y diabético. Hiperuricemia. IAM a los 56 años. Antritis reum atoide y TVP a los 57 años.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: disnea de moderados esfuerzos hasta hacerse de mínimos esfuerzos.

Exploración física: PA 120/60 mmHg. Ausencia de acropaquia o adenopatías. AC: rítmica, sin soplos o roces a 75 lpm. AP: disminución de ruidos con crepitantes teleinspiratorios en bases. Abdomen normal. Edemás en EEE.


CONCLUSIONES
Presentamos el caso de un varón sin factores de riesgo cardiovascular que sufrió un IAM como primera manifestación de un cuadro de colagenosis que terminaría por causarle la muerte por insuficiencia respiratoria secundaria a neumopatía intersticial. Aunque habitualmente la cardiopatía isquémica se asocia a los factores de riesgo tradicionales, es necesario tener en cuenta otros factores causales en ausencia de los mismos.

EXCESO DE CELO EN LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

González Ortiz C, Maza Anillo C, Ramos I
CS Salón, Santander (Cantabria). Cantabria
kitiespinos@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
El sincope es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria (3% prevalencia) de etiología banal o grave y cuyo diagnóstico no requiere métodos complicados.

Motivo de consulta: mujer de 70 años que consulta por 2 episodios sincopales en el último mes.

Antecedentes personales: HTA grado II, de 15 años de evolución, sin control farmacológico (IECA + diurético) y un cuadro de ansiedad generalizada controlado con ansiolíticos.

Enfermedad actual: en su visita, la paciente refiere 2 episodios diurnos de pérdida de conciencia, el último 24 h atrás, precedidos de síntomas vegetativos y visión borrosa con recuperación inmediata y sin otra clínica acompañante. Se encuadran en el contexto de un aumento de la dobleterapia antihipertensiva en el último mes por controles sucesivos con AMPA en rango de 180/110.

Exploración física: hipotensión con PA 90/50 mmHg; FC: 70 lpm. La exploración neurológica y cardiológica es anodina.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica: parámetros normales. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteraciones de la conducción ni la repolarización y sin datos de hiperтроfia VI.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: causas cardiopulmonares, cerebrovasculares, ortostáticas y vasovagales.

Juicio clínico: sincope vasovagal (hipotensión producida por fármacos) comprobado posteriormente con MAPA de 24 h, en que se obtienen cifras en actividad 100/60 mmHg y nocturnas de 85-90/50-55 mmHg.
CONCLUSIONES
Planteamos tras el caso el efecto de un excesivo celo en el control terapéutico. La MAPA nos aporta una información circadiana de 24 h con control de situaciones confusas como el efecto de bata blanca (office resistant control), tan frecuente en Atención Primaria.

EXTRAÑA CARDIOMEGALIA
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
jens_060778@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La alta prevalencia y morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares hace que siempre las tengamos en mente y que nos hagan olvidar otras posibilidades diagnósticas.

Presentamos a un varón de 57 años fumador de 40 cig/d, hipertenso pero sin otros antecedentes, que consulta por dolor torácico pleurítico y fiebre de 38 °C de 2 días de evolución, sin otra sintomatología asociada.

En una exploración física anodina se le realizó una RX de tórax que objetivó una “gran cardiomegalia”, por lo que el paciente fue derivado a Urgencias hospitalarias ante la sospecha de un derrame pericárdico masivo. Se le realizó un ECG urgente que no reveló alteración cardiaca alguna, ante lo cual se le hizo una TC torácica que demostró la existencia de múltiples masas de aspecto quístico en el mediastino y una neumonía de LII (motivo del ingreso). Se planteó la extirpación quirúrgica mediante toracotomía endotempos.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cardiomegalia, derrame pericárdico masivo, masas quísticas mediastínicas.

Juicio clínico: linfangioma quístico mediastínico.

CONCLUSIONES
En la primera placa de tórax ya era evidente el signo radiológico del hilio tapado que demostraba la existencia de una o varias masas en el mediastino anterior en contacto con la silueta cardiaca, como si fuera una gran cardiomegalia.

Aunque en medicina «lo más frecuente es lo más frecuente», una historia detallada (ausencia de clínica cardiológica en todo momento) y un cuidadoso estudio de la placa de tórax podrían habernos hecho sospechar que se trataba de una masa mediastínica, una entidad de baja prevalencia.

FEBRE A LA VUELTA DE UN VIAJE
Vergara Alert M, Miró Botella P, Franco Alonso A, Mas Heredia M, Palacios Camacho F, Rodríguez Soler E
CAP Casanova. Barcelona. Cataluña
montvergara@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Centro de Atención Primaria urbano y Unidad de Medicina Tropical.

PRESENTACIÓN
Paciente de 39 años boliviana, que reside en España desde hace 16 años, con antecedentes patológicos de Chagas asintomática y neurocisticercosis en 1995. Ha estado en su país durante 1 mes para visitar a sus familiares.

Acude a la consulta en nuestro centro por presentar fiebre de 7 días de evolución junto con dolor retroocular, artralgias e importante afectación del estado general. Destacan linfadenopatías cervicales, axilares e inguinales bilaterales de características inflamatorias. No se objetivan lesiones cutáneas; presenta dolor difuso a la palpación abdominal sin visceromegalia. Test del torñuquete positivo.

En la analítica destaca pancitopenia con coagulación normal y discreta elevación de las transaminasas. En la Rx de tórax no se objetivan alteraciones.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: paludismo, dengue o virasis.

Se realiza gota gruesa, que resulta negativa, y serologías para dengue, con IgG e IgM positivas. Se inicia un tratamiento sintomático con analgésicos y un control analítico al mes, con lo que se normaliza el hemograma y se mantiene a la paciente asintomática y afibril.

CONCLUSIONES
Los inmigrantes procedentes de áreas tropicales con varios años de estancia en nuestro país, y que viajan de nuevo a su país, corren el mismo riesgo que los viajeros que hacen turismo de contraer enfermedades, puesto que en muchos casos ya han perdido la inmunidad adquirida.

En todo síndrome febril a la vuelta del trópico tenemos que descartar paludismo. Una vez descartado, deben buscarse otras causas de fiebre en relación con la clínica del paciente y de la patología prevalente en la zona visitada.

FEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO Y LUMBALGIA AGUDA
Greco C
CS Salvador Pau. Valencia. Comunidad Valenciana
cristian.greco@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 76 años que acude a Urgencias por síndrome febril.

Antecedentes personales: alergia a penicilina. ERC estadio 5 y en tratamiento con hemodiálisis. Hiperparatiroidismo primario con paratiroidectomía en 2003. HTA. Prolapso de válvula mitral. ACxFA. ACV. Nefroangiectasias.

Enfermedad actual: síndrome febril y cuadro de obnubilación. 15 días antes había acudido a urgencias de Traumatología por lumbalgia aguda y ante la persistencia del dolor empezó un tratamiento con parches de morfina (2,5 mg/48 h). No presenta clínica infecciosa.

CONCLUSIONES
Ante la disminución del nivel de conciencia y una fiebre que no mejora con los antitérmicos, pese a los signos meníngeos negativos, debe considerarse que la paciente presenta una patología grave neurológica y realizar pruebas orientadas a una meningoencefalitis bacteriana, vírica, tuberculosa o VIH con infección oportuna, y, en consecuencia, pautar un tratamiento precozmente dada la letalidad de estas patologías.

FIEBRE Y VÓMITOS
Navarrete Martínez J, Gil Aguilar V, Bogdan A, Fernández Sánchez S
Hospital La Inmaculada. Huercal-Overa (Almería). Andalucía
junav@hotmail.com

MIXTO

Presentación
Moto de consulta: fiebre y vómitos.
Antecedentes personales: NAMC, embarazo y parto normales. Correctamente vacunado.
Enfermedad actual: paciente de 12 años que acude a Urgencias refiriendo una cefalea intensa holocraneal de 4-5 días de evolución, asociada a sensación nauseosa, al principio sin vómitos. Desde hace 48 h presenta fiebre hasta 39 ºC. En las últimas 24 h se asocian vómitos espontáneos, 5-6 episodios. Desde hace 3-4 h presenta somnolencia. En tratamiento con paracetamol y domperidona.
Pruebas complementarias: función renal normal; PCR 365; Hb 12; leucocitos 21000 (N 80%); plaquetas 210.000; INR 1,7; IQ 68. Punción lumbar: predominio de PMN, leucorraquia disminuida y aumento de proteínas.

DESAARROLLO
Diagnóstico diferencial: M. bacteriana, M. viral, M. tuberculosa, M. micótica, M. parasitaria o por otros gérmenes, encefalitis, absceso cerebral, intoxicaciones.
Juicio clínico: sepsis meningocócica.

CONCLUSIONES
La fiebre y los vómitos son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria, y como tal es imprescindible realizar una anamnesis completa y una exploración minuciosa para descartar la gravedad de la patología que subyace.

FINDING ADVERSE EFFECTS?
CS Ávila Sur Este. Ávila. Castilla y León
xhristi@hotmail.com

MIXTO

ÁMBITO DEL CASO

MIXTO
**PRESENTACIÓN**

*Reason for consultation:* diarrea, abdominal pain.

*Personal background:* DM 2. Obesity. Rheumatoid Arthritis. Arthritis, Constipation


*Current illness:* a 70 year-old woman was having watery stools at least six times/day, abdominal pain, hiporexia for 4 weeks; also epistaxis and dispnea to moderate efforts.

*Physical examination:* dry mucus membranes, moderate pallor.


With the diagnosis of Gastroenteritis and worsening health status was derived to Emergency.

**Complementary tests:** Hto: 10,9 Hb: 3,7. Leuc: 9000 Neutrs: 500 Plaq: 45 000.

**DESARROLLO**

*Differential diagnosis:* severe pancytopenia in relation by immunosupresors drugs.

- Peripheria polineuropathy associated with same drugs
- Onphilalids cured with culture of Enterobacter cloacae.
- Cardiac failure secondary to anemia
- Leflunomide and Methotrexate was discontinued and she follows control by Reumathology; getting better.

**CONCLUSIONES**

It was difficult to determine, the patient have experienced a drug adverse effect, because they are taken for 6 months; the root cause may lie with the drug’s pharmacokinetic profile, drug-drug interaction.

The treatment with immunosupresors have important adverse effects because of mielosupression induction; mainly with the association of drugs as Methotrexate and Leflunomide; being important its periodic control.

This asociation increase the risk of pancytopenia Early discovery of adverse effects, avoids fatal complications.

Is important to monitor CBCs monthly and liver and renal functions 1-3m during therapy.

---

**FRACTURA DE HÚMERO**

González Guillermo E
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias
lomasgrande79@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Geriatría-Rehabilitación.

**PRESENTACIÓN**

La fractura proximal de húmero es una patología frecuente que puede plantear dificultades durante su evolución. La información de este caso fue recabada durante mi rotación externa de Geriatría; dado que no todas las comunidades autónomas disponen de esta especialidad, en algunos casos lo más parecido a los especialistas de Geriatría son los médicos de familia.

*Motivo de consulta:* mujer de 82 años que ingresa por fractura de húmero.

**Antecedentes personales:** HTA, DM de tipo 2, anemia, enfermedades crónicas, depresión, cardiopatía isquémica, recambio valvular, cistitis ulcerosa, adenocarcinoma de colon T4NOM0 intervenido, appendectomía, histerectomy, hernia umbilical.

**Enfermedad actual:** contusión en el hombro derecho y la zona dorsal por caída.

**Exploración física:** dolor e impotencia funcional del MSD. Dolor en la zona costal derecha. Examen neurovascular normal. La paciente no presenta déficits sensitivo-motor distal.

**Pruebas complementarias:** Rx del MSD: fractura tercio proximal del húmero.

**DESARROLLO**

El tratamiento es conservador, con ingreso en el hospital para la inmovilización durante 3-4 semanas y posterior recuperación funcional. A pesar del tratamiento rehabilitador, persiste el dolor, la dificultad para la movilización de la mano derecha, con sudoración y edema.

**Diagnóstico diferencial:** síndrome de Sudeck, afección de dolor crónico en extremidades, que se diagnostica por gammaografía ósea (GO), que en este caso es compatible con signos de osteodistrofia en la mano derecha, síndrome compartimental, se descartó repasando las etiologías.

**Juicio clínico:** síndrome de Sudeck secundario a la fractura del húmero.

**CONCLUSIONES**

El síndrome de Sudeck no es una patología frecuente, pero hay que sospecharla cuando exista un traumatismo previo. Un diagnóstico precoz por medio de una GO nos pondrá en aviso para proponer un buen tratamiento y evitar las complicaciones de la enfermedad.

---

**FRACTURA PATOLÓGICA COMO COMPLICACIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA**

Rodríguez Pascual M, Ruipérez Guijarro L, Lista Arias E, Hernández Stegmann M, Cabrera Zegarra A

ABS Viladecans 2 (CAP María Bernades). Viladecans (Barcelona). Cataluña
39709mps@comb.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

El caso clínico hace referencia a una de las complicaciones de la enfermedad celiaca.

*Motivo de consulta:* mujer de 43 años que acude a la visita de control tras ser diagnosticada de fractura de Colles en otro centro.

**Antecedentes personales:** ausencia de alergias medicamentosas. Migranes. Enfermedad celiaca. No toma medicación habitual. Dieta sin gluten.

**Antecedentes familiares:** madre con talasemia.

**Enfermedad actual:** paciente que acude a la consulta con el informe de Urgencias, donde ha sido diagnosticada de fractura de Colles tras presentar una contusión de bajo impacto.

**Exploración física:** PA: 110-75 mmHg; FC: 62 lpm. ACR: tonos rítmicos. Ausencia de soplos. MVC. Abdomen anodino. Extremidad superior derecha: portadora de férula de yeso.


**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** fractura patológica frente a fractura no patológica.
Juicio clínico: debido a que se trata de una paciente joven y la causa de la fractura ha sido una contusión de bajo impacto, hemos de descartar que se trate de una fractura patológica. Si tenemos en cuenta los antecedentes de la paciente, la enfermedad celíaca es una de las causas de malabsorción de calcio. El estudio analítico muestra hipocalcemia con PTH elevada compensatoria y en la densitometría ósea se detecta una osteopenia.

CONCLUSIONES
En la enfermedad celíaca la osteopenia y la osteoporosis son habituales, incluso en ausencia de malabsorción, con el consiguiente incremento del riesgo de fracturas.

FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS: ¿SON CONOCIDAS POR LOS RESIDENTES?
Pasco Odar L, Balsalobre Arenas L, Guerra Villa L, Casado Pardo J, Amor Valero J, Ferradas Milligan G.
CS Pedroches, Leganés (Madrid), Comunidad de Madrid
lbalsalobre@hotmail.com

OBJETIVOS
– Describir el porcentaje de residentes que conoce y utiliza fuentes secundarias de información.
– Conocer las fuentes secundarias más utilizadas por los residentes.

DISEÑO
Tipo de estudio: descriptivo transversal.
Ámbito del estudio: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
Sujetos: residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. N = 47.
Material y métodos: variables sociodemográficas, sobre conocimiento y uso de algunas fuentes secundarias (Tripdatabase/Excelencia Clínica, Cochrane, DARE, ACP Journal, Bandolier, Evidence Based Medicine-EBM, Guía Salud).
Mediciones e intervenciones: cuestionario autoadministrado modificado del British Medical Journal.
Análisis: descripción de las variables cualitativas con porcentaje y de las cuantitativas con media (desviación estándar).
Se ha estudiado la asociación entre conocer y usar las distintas fuentes secundarias y las variables cualitativas con la prueba de chi-cuadrado y para las cuantitativas la t de Student.

RESULTADOS
Contestaron el cuestionario el 76% de los residentes (30,6% R1; 11,1% R2; 33,3% R3; 25% R4). La media de edad era de 32 años (4,9). Un 64 % eran mujeres.
El 100% de los residentes conoce alguna fuente secundaria y el 44 % usa al menos una.
Conocen y usan respectivamente Bandolier 38,9% y 2,8%; EBM 80,6% y 2,8%; Guía Salud 88,9% y 44,4%; Cochrane 100% y 30,6%; DARE 44% y 0%; Tripdatabase/Excelencia Clínica 52,8% y 2,8%; ACP 41,7% y 0%.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso de Tripdatabase y ser R2.

CONCLUSIONES
Todos los residentes conocen alguna fuente secundaria, aunque son pocos los que hacen uso de ellas para la preparación de sesiones o como ayuda en la toma de decisiones clínicas.

Las fuentes secundarias más conocidas son Cochrane, Guía Salud, EBM y Tripdatabase, y las más usadas Cochrane y Guía Salud.
Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 29 años, natural de Senegal, atendido en Atención Primaria por presentar un cuadro clínico consistente en dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea sin productos patológicos (no sabe cuantificar la frecuencia) de 24 h de evolución.

Se orienta como una gastroenteritis aguda. Se vuelve a valorar al paciente 24 h más tarde por presentar la misma clínica y un empeoramiento de su estado.

Exploración física: T\textsuperscript{º} 38,8 °C. REG, sequedad de piel y mucosas. Exploración cardiorrespiratoria anodina. Abdomen sin signos de irritación peritoneal ni masas o visceromalacias, con un peristaltismo muy aumentado.

Pruebas complementarias: analítica: ionograma normal; leucocitos 14.600 /l; Hb 21,8 g/dl; Hto 66 %; creatinina 1,89 mg/dl; GOT 35 y GPT 29 U/I. Proteínas en orina ++. Rx de tórax y abdomen normales.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda con afectación multiorgánica, policitemia, abdomen agudo, sepsis.

Juicio clínico: ante las evidencias analíticas y el empeoramiento clínico, se deriva al paciente al hospital para que reciba un tratamiento de soporte con la sospecha de que presenta deshidratación secundaria a gastroenteritis de origen virico.

El paciente es ingresado y se confirma la insuficiencia renal y la poliglobulina en una segunda analítica, que se resuelven en 48 h con sueroterapia, con lo que el paciente recibe el alta sin tratamiento alguno.

CONCLUSIONES

La gastroenteritis aguda es una entidad que motiva numerosas visitas en Atención Primaria. Se debe prestar especial atención a las posibles complicaciones de las gastroenteritis, a pesar de que suelen tener un curso autolimitado con conllevar riesgos, como en este caso, con insuficiencia renal y deshidratación grave.

**GASTROENTERITIS: PRESENTACIÓN ATÍPICA**

Falguera Vilamajó M, Rodríguez Garrocho A, Mollló Iniesta A, Perelló García I, Llovet Font R, Calderó Solé M

ABS Pla d’Urgell. Mollerussa (Lleida). Cataluña

mieliafalguera@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: epigastalgia y fiebre de 2 semanas de evolución.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 16 años con dolor en el epigastrio intermitente no irradiado, con fiebre de hasta de 40 °C, náuseas, vómitos no relacionados con la ingesta y estreñimiento de 5 días de evolución. La semana anterior sufrió diarreas sin productos patológicos, dolor abdominal difuso de características cólicas con náuseas y vómitos, por lo que su diagnóstico se orienta como una posible gastroenteritis aguda que no experimenta mejoría. El ambiente epidemiológico es positivo para la gastroenteritis aguda. El paciente no cuenta con antecedentes traumáticos.

Exploración física: T\textsuperscript{º} 38,5 °C. ACP anodina. Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio, Murphy y Blumberg negativos, peristaltismo conservado, ausencia de signos de irritación peritoneal. El tacto rectal es normal.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, ionograma y coagulación: normales. GOT 42 U/I; GPT 19 U/I; fosfatasa alcalina 83 U/I; albúmina 4,3 g/dl; bilirrubina total 0,74 mg/dl; gamma-glutamatttransferasa 42 U/I; amilasa total 253 U/I; lipasa 56,6 U/I. Serologías CMV, Epstein-Barr y VIH, negativas. Rx de tórax y abdomen: normales.

**CONCLUSIONES**

Los datos clínicos y la evolución sugieren una gastroenteritis aguda con afectación multiorgánica, que en ocasiones puede simular otras entidades como una pancreatitis por la localización del dolor. Se inicia un tratamiento sintomático ambulatorio, sin que el paciente experimente mejoría. Se le deriva al hospital de referencia, donde queda ingresado. Se le realiza sedimento, urinocultivo, hemocultivo y coprocultivo, que resultan negativos, y TC abdominal, que muestra una hepatoesplenomegalia, aumento difuso pancreático inespecífico con líquido libre. Durante el ingreso, se resuelve el cuadro con sueroterapia y analgesia.

**GOOD NO SIEMPRE ES BUENO**

Blázquez García C, Parra Ulloa A, Carbayal Villavicencio J, Martín Del Mazo M, Del Río Fernández F

CS Ávila Estación. Ávila. Castilla y León

xhrist@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Enfermedad rara que asocia timoma, generalmente benigno, e inmunodeficiencia.

El timoma (80% de los casos) suele diagnosticarse entre los 40 y los 50 años y posteriormente, en una media de 5 años, la inmunodeficiencia, que inicialmente es similar a la inmunodeficiencia común variable, y afecta después tanto a células T como B, siendo una inmunodeficiencia combinada.

**Motivo de consulta:** infecciones respiratorias frecuentes.

**Antecedentes personales:** absceso glúteo. Diarreas y herpés circinado recurrentes.

**Enfermedad actual:** varón de 53 años que consulta por disfonía y tos mucopurulenta persistente de 2 meses de evolución, que no cede al tratamiento.

**Exploración física:** normal.

**Pruebas complementarias:** Rx de tórax: masa en mediastino anterior, paracardíaco derecha. Se reconfiirma en la TC torácica. Cirugía torácica: masa de 10 cm, dependiente de grasa tímica no infiltrante. AP: timoma benigno.
Durante los 5 años posteriores, el paciente consulta por episodios infecciosos de repetición: infecciones respiratorias, candidiasis oral, artritis reumatoide, abscesos glúteos y uretritis. Tras un estudio de inmunoglobulinas se objetiva hipogammaglobulinemia A, G y M, con cadenas ligeras negativas, por lo que se le diagnostica inmunodeficiencia combinada.

Se le remite a Alergología y Medicina Interna para completar el estudio: CD4 y CD8 disminuidos, resto normal. Se inicia un tratamiento con inmunoglobulinas, con buena tolerancia, y disminuyen los procesos infecciosos.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** otras inmunodeficiencias, masas mediastínicas, enfermedades autoinmunes.

**Juicio clínico:** síndrome de Good.

**CONCLUSIONES**

Es importante que todos con los pacientes con timoma asociado a infecciones recurrentes, que es la presentación clínica más común en esta enfermedad, haya un control evolutivo para que pueda establecerse el diagnóstico temprano de la inmunodeficiencia, lo que puede mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

**GRACIAS A DOS CASOS, TRATAMOS BIEN UN TERCERO: ENFERMEDAD DE CHAGAS**

Galindo Martí M, Sacrístán González-Mataix C, Greco C, Barrado Solís V
CS Salvador Pau, Valencia. Comunidad Valenciana
galinsc@yahoo.es

**ÁMBITO DEL CASO**

**Atención Primaria.**

**PRESENTACIÓN**

La enfermedad de Chagas es una enfermedad parasitaria tropical causada por *Trypanosoma cruzi*. Es endémica de algunas regiones rurales pobres de América.

**Motivo de consulta:** paciente de 17 años, boliviano, recién llegado de su país, acude a la consulta del centro de salud por fiebre de 9 días de evolución, acompañada de odinofagia y malestar general.

**Antecedentes personales:** sin interés.

**Antecedentes familiares:** su padre y su tía con enfermedad de Chagas.

**Exploración física:** mal estado general, T° 38 ºC, hepatomegalia. Faringe normal. Adenopatías cervicales y axilares.

**Pruebas complementarias:** analítica: normal. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Eje a + 15°. QRS estrecho (con Rs > 45mV en V3-V4) Segmento ST descendido en V3-V4-V5 y onda T negativas (T < –2mV en V3-V4) y simétricas en todas las derivaciones. Rx de torax: normal. Eco-Doppler: miocardiopatía hipertrófica.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** hipertrofia ventricular izquierda por: HTA, estenosis aórtica, hereditaria, adquirida (postinfarto de miocardio; endocrinopatías: hiperparatiroidismo, hiperparatiroidismo, infiltrativas (tumores, enfermedad de Fabry, depósito de amiloide), idiomáticas.

**Juicio clínico:** miocardiopatía hipertrófica.

**CONCLUSIONES**

Gracias a que dos miembros de la familia del paciente donaron sangre se les detectó anticuerpos positivos para *Trypanosoma cruzi*, pensamos que el paciente podría presentar la enfermedad de Chagas. Hay que considerar esta patología en pacientes inmigrantes para evitar su cronificación y poder curarla.

**GRACIAS AL ECG...**

Farran Torres N, Madrid Valls M, Sarmiento Cruz M, Soler Elcacho C,
Villalba Test L, Pérez Olano B
ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña
fures79@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

**Ámbito del caso (Atención Primaria y especializada).**

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: petición de un preoperatorio para una intervención de colecistectomía.

**Antecedentes personales:** colecistitis lítica. Pancreatitis agudas de repetición que derivaron en una pancreatitis crónica. Ausencia de factores de riesgo cardiovascular.

**Enfermedad actual:** varón de 69 años que acude por petición de preoperatorio. Asintomático.

**Exploración física:** constitución atlética, NC, febril. PA: 110/70 mmHg; FC: 60 lpm. ACR: normal. Resto de la exploración normal.

**Pruebas complementarias:** analítica: normal. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Eje a + 15°. QRS estrecho (con Rs > 45mV en V3-V4) Segmento ST descendido en V3-V4-V5 y ondas T negativas (T < –2mV en V3-V4) y simétricas en todas las derivaciones. Rx de torax: normal. Eco-Doppler: miocardiopatía hipertrófica.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** hipertrofia ventricular izquierda por: HTA, estenosis aórtica, hereditaria, adquirida (postinfarto de miocardio; endocrinopatías: hiperparatiroidismo, hiperparatiroidismo, infiltrativas (tumores, enfermedad de Fabry, depósito de amiloide), idiomáticas.

**Juicio clínico:** miocardiopatía hipertrófica.

**CONCLUSIONES**

Paciente de 69 años, asintomático hasta el momento, sin episodios de dolor torácico ni disnea, en el que mediante un ECG preoperatorio se detectan signos de miocardiopatía hipertrófica que se confirmarán con eco-Doppler. El tratamiento se basa en un control de los factores de riesgo cardiovascular y en hacer ecocardiografías de forma periódica en el servicio de Cardiología.

Este caso nos debe alertar, pues hay pacientes con cardiopatías potencialmente mortales sin clínica; por ello deberíamos plantearnos la necesidad del cribaje de estas patologías mediante la realización de un ECG basal en todos los pacientes que acuden a la consulta.

**GUILLAIN-BARRÉ: LA PARÁLISIS NO SIEMPRE ASCIENDE**

Ríos Calderón V, Momblan Trejo C, Mateescu D, Bentué Ferrer C
ABS Viladecans 2 (CAP María Bernades). Viladecans (Barcelona). Cataluña
vianeth36@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Urgencias de Atención Primaria.
PRESENTACIÓN
La presentación atípica de diferentes síndromes es algo con lo que nos enfrentamos diariamente, por lo que debemos ser sistemáticos, tanto en la anamnesis como en la exploración. Realizar un adecuado diagnóstico diferencial es la clave del tratamiento y pronóstico del paciente.

Motive de consulta: La comida se me cae de la boca.
Antecedentes personales: HTA, prótesis de rodilla bilateral, Parkinson.
Antecedentes familiares: Sin interés.
Enfermedad actual: El paciente refiere que desde hace 2 días tiene dificultades para comer, un aumento del temblor distal, dificultades en la marcha y hormigueo palmo-plantar. En las 2 semanas previas ha presentado un cuadro de gastroenteritis.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: enfermedades infecciosas (CMV, VIH, herpes zoster), enfermedades pulmonares, hipotiroidismo, fármacos, dietas vegetarianas.

Juicio clínico: tras descartar otras posibles etiologías, se establece que el paciente tiene un déficit de cobalamina, por lo que se inicia tratamiento con Vit B12. Actualmente, el paciente presenta los controles hematimétricos dentro de la normalidad. Cognitivamente no había presentado cambios.

CONCLUSIONES
La macrocitosis es algo común en pacientes sin anemia ni otras alteraciones hematológicas y puede tener múltiples etiologías, en ocasiones reversibles, que siempre deberán investigarse.

Juicio clínico: tras descartar otras posibles etiologías, se establece que el paciente tiene un déficit de cobalamina, por lo que se inicia tratamiento con Vit B12. Actualmente, el paciente presenta los controles hematimétricos dentro de la normalidad. Cognitivamente no había presentado cambios.

HAY QUE BUSCAR SIGNOS DE ALARMA...
García Garrido A, Parent Mathias V, Campo Alegria L, Tejada Argaiz M, Vejo Puente E, Villaverde Llana A
CS José Barros Murieras (Cantabria). Cantabria agarciasant@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: mujer de 54 años que presenta cefalea de 10 días de evolución con vómitos y fotofobia. Antecedentes personales: cefalea desde la infancia y desde hace 5 años presenta episodios de cefalea intensa de localización variable con náuseas, vómitos y fotofobia. En 2006 fue remitida al servicio de Neurología y se realizó una TC craneal, que resultó normal. IQ: mioma uterino. Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: la paciente acude a Urgencias, de madrugada, con cefalea holocraneal de intensidad severa que resulta incapacitante y no cede con la analgesia habitual. Unos días antes había sido valorada en el servicio de Urgencias (remitida desde Atención Primaria), donde se le diagnosticó cefalea mixta.

Exploración física: afectación importante del estado general. Claudicación de ESI.

Pruebas complementarias: TC urgente: LOE parietotemporal derecha que capta contraste en anillo, importante edema y desplazamiento de línea media. Imágenes compatibles con tumoração de aspecto maligno (glioma, no puede descartarse metástasis cerebral).

Se remite a la paciente de forma urgente al servicio de Neurocirugía, donde se planifica una intervención quirúrgica.
HEMOPTISIS POR BORNQUIECTASIAS

Martín Tomás R, Balsalobre Arenas L, Pasco Odar L, Martínez Aguilar A, Ferradas Milligan G, García De Blas F
CS Dr. Mendiuguchia Carriche. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid merufin@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
La inquietud que produce la hemoptisis nos obliga a clarificar su origen, valorar su gravedad y si está indicado el traslado del paciente. La hemoptisis más frecuente es infecciosa.

Motivo de consulta: mujer de 58 años con esputos de sangre roja de escasa cuantía desde hace 12 h.

Antecedentes personales: no presenta alergias conocidas y es hipertensa, hipercolesterolémica y fumadora desde los 18 años, sin criterios de bronquisis crónica.

Antecedentes familiares: padre y hermana: neoplasia colon.

Enfermedad actual: no refiere tos, expectoración, fiebre, dolor torácico ni abdominal, traumatismo torácico, edemas, ortopnea, disnea ni síndrome constitucional. Toma ibuprofeno y descongestionantes nasales ocasionalmente.

Exploración física: normal, sin repercusión hemodinámica.

Pruebas complementarias: no presentan criterios de gravedad se realiza bioquímica, hemograma, coagulación, Rx de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

CONCLUSIONES
La inquietud producida por la hemoptisis nos obliga a clarificar su origen, valorar su gravedad y si está indicado el traslado del paciente. La hemoptisis más frecuente es infecciosa.

La hemoptisis leve secundaria a bronquiectasias:
- Se pauta antitusígenos y antibioticos, y se recomienda hacer reposo y abandonar el hábito tabáquico.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial:
- 60% infeccioso, 20% neoplásico, 5% cardiovascular, tóxicos, traumatismos, idiopática, etc.

El juicio clínico:
- Hemoptisis leve secundaria a bronquiactasias.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

Hemoptisis por bronquiactasias:
- Se realizarán pruebas complementarias al no presentar criterios de gravedad se realizará radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.

La hemoptisis sévica:
- Se realiza radiografía de tórax, Mantoux, baciloscopias y cultivo de esputos, todo ello con resultados normales salvo unas bronquieactasias en el lóbulo medio.
Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, fibrilación auricular crónica en tratamiento con Sintrom, miocardiotía dilatada y colitis ulcerosa. Perforación intestinal con peritonitis secundaria, por lo que se reseca el sigma (Hartmann). Hace 14 días le cambiaron la pauta de Sintrom.

Exploración física: palidez mucocutánea, bajas tensiones. Exploración anodina, salvo AC arrítmica con soplo sistólico parafocal de insuficiencia mitral ya conocido y tacto rectal con sangre fresca, sin que se objetiven masas ni tumoreaciones. Se envía al paciente al servicio de Urgencias para completar estudio.

Pruebas complementarias: analítica: normal, salvo creatinina 1,8. GGT 237; Hb 6,3; Hto 17,9; INR 3,26. Rx de tórax y abdomen: sin hallazgos. Gastroscopia sin hallazgos patológicos. Colonoscopia: área de mucosa pálida-violácea con un punto sangrante que sugiere lesión vascular. Se inyecta adrenalina, persistiendo sangrado babeante, por lo que se colocan cuatro hemoclips.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: poliposis, neoplasia colorrectal, diverticulosis, angiodisplasia, fiebre tifoidea, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica, trastornos de la coagulación, colitis pseudomembranosa y en jóvenes divertículo de Meckel.

Juicio clínico: angioma (angiodisplasia).

CONCLUSIONES

Lo más probable en un paciente con dichos antecedentes (anti-coagulación, colitis ulcerosa y edad) sería que presentara alteraciones de la coagulación, un brote de su enfermedad inflamatoria intestinal o isquemia mesentérica. Pero el paciente tenía un INR en rango, presentaba sangre fresca sin moco y no tenía dolor abdominal.

Por tanto, hay que tener en mente otras posibilidades frecuentes en estas edades, como son las alteraciones vasculares, como la angiodisplasia.

HEPATITIS AGUDA: COINFECCIÓN POR VHA Y VEB

Ares Blanco S, González González C, Carbayosa Rodríguez V, Ballester Otero C, Trillo Sánchez-Redondo G

CS San Blas, Parla (Madrid). Comunidad de Madrid
sararesb@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Las hepatitis son infecciones frecuentes en nuestro entorno. Motivo de consulta: ictericia.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 30 años, asintomático hasta hace 48 h, que comienza un cuadro con vómitos, ictericia, coluria y acolia. Coincide con una sobreinfección alcohólica en las últimas horas. Hace 10 días presenta un pico febril, sin otra clínica acompañante. Refiere haber estado en Ibiza y Canarias en las semanas anteriores.


Pruebas complementarias: GOT: 1701; GPT: 3965; bilirrubina: 20; bilirrubina esterificada: 16,2; LDH: 718; IgM VHA: positivo; IgM VEB: positivo. Ecografía: hígado en el límite alto de la normalidad.

CONCLUSIONES

El paciente fue monitorizado en Atención Primaria. A las 48 h se produjo un aumento de la bilirrubina total a 26,2, por lo que se le derivó al hospital, donde quedó ingresado y evolucionó favorablemente.

HIPERFRECUENTADORA

Reviso Gento I, Vicario Jiménez N, Gajate García A, Santamarta Solla N, Salado García T, Pinilla García D
CS Casa del Barco. Valladolid. Castilla y León
reigento@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria con colaboración con especialidades.

PRESENTACIÓN

Antecedentes personales: alergia a penicilina, cefalosporina, grupo Para y trimetropín. Diagnosticada de HTA, DM tipo 2, cardiópatía isquémica con cateterismo en 1994. Hernia de hiato, esofagitis por refluo, osteoporosis grave inducida por una menopausia quirúrgica precoz, paliartitis progresiva, hernia discal cervical y síndrome del túnel carpiano. Intervención de colecstectomía e histerectomía con doble anexectomía. Víctima de malos tratos. En tratamiento con Flavix 75 (0-1-0), Acovil 5 (1 cáp/d), Diafusor 10 mg (1/12 h), metformina, Prandin, Salidur (1 cáp/d), Lexatin, Naproxin, omeprazol y Coslan.

Antecedentes familiares: padre fallecido por ictus a los 62 años; madre fallecida con demencia a los 81 años; hermana fallecida por Nea de mama a los 99 años e hijo fallecido por sifilis congénita a los 3 meses.

Mujer de 72 años hiperfrecuentadora del servicio de Urgencias y de la consulta de Atención Primaria, donde refiere indistintamente dolor torácico (catalogado de dolor torácico atípico con normalidad en la totalidad de las pruebas) o patología osteoarticular variada (dolores lumbar, dolores rotulianos y dolores de tobillo, llegando incluso a decidir que tenía un enclaves del mismo pie en dos ocasiones durante la misma semana).

En todos los casos las pruebas fueron normales y no se encontraron alteraciones en las pruebas radiológicas ni de otro tipo. La paciente siempre pedía analgésicos e interconsultas con el departamento en fisioterapia.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: fibromialgia, síndrome depresivo, síndrome de Munchausen, artritis reumatoide.

CONCLUSIONES

Tras realizarse el estudio por aparatos, se descartó una patología orgánica y se diagnosticó que la paciente padecía el síndrome de Munchausen.

La paciente se mantiene estable, con periodos en los que sigue hiperfrecuento Urgencias. Se continúa el tratamiento habitual.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRRACTARIA

Manuel Fernández G, Gutiérrez De Antonio M, Heras M
Hospital General de Segovia, Segovia. Castilla y León
goyiman@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La HTA es un factor de riesgo cardiovascular. Se considera HTA refractaria la que presenta cifras de presión arterial (PA) sistólica > 140 mmHg y/o diastólica > 90 mmHg con triple terapia farmacológica, incluido un diurético.

Motivo de consulta: HTA refractaria.

Antecedentes personales: HTA diagnosticada hace 8 años y tratada con bètabloqueantes, diuréticos y ARA II. Adenocarcinoma de próstata tratado con cirugía y radioterapia.

Enfermedad actual: varón de 64 años con HTA tratada en Atención Primaria con mal control. Se derivó a Urgencias por pérdida de conocimiento y cefalea, y a su tratamiento se le añade enalapril; a pesar de ello, persiste la PA elevada, y se deriva al paciente a Nefrología.

Exploración física: normal. PA: 215/112 mmHg.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, función renal y hepática normales; renina basal y, tras 2 horas de estimulación, < 0,2 ng/mL/h (valor de referencia: 1,3-4 ng/mL/h); aldosterona basal de 461 pg/mL y, tras 2 horas de estimulación, 459 pg/mL (valor de referencia: 40-300 pg/mL); hormonas tiroideas y catedralaminas urinarias normales. Ecografías abdominal y de troncos supraaórticos normales. TC torácicoabdominal y pélvica: glándulas suprarrenales normales.

DESARROLLO
La presencia de aldosterona elevada con renina suprimida obliga a considerar como diagnóstico una hipertensión secundaria a hiperaldosteronismo primario. Con estos hallazgos se modifica el tratamiento, al que se añade eplerona, enalapril, ARA II, con lo que se normaliza la PA. Los hallazgos de la TC demuestran la ausencia de adenoma suprarrenal, y dada la buena respuesta al tratamiento nos obliga a pensar en una hiperplasia causante de la HTA.

CONCLUSIONES
El hiperaldosteronismo primario es una causa que ha de considerarse en pacientes con hipertensión refractaria y que, por tanto, debe valorarse en el estudio inicial de la HTA.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA: ¿VERDAD O APARIENCIA?

rosaliademetrio@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 47 años que es derivado por su médico de Atención Primaria por una HTA de más de 10 años de evolución que hasta el momento ha podido controlarse de forma aceptable. Sin embar-go, desde hace unos meses el paciente presenta una PA de 200/130 mmHg a pesar de la triple terapia que sigue.

Antecedentes personales: tabaquismo, HTA, arteriopatía periférica y cardiopatía hipertensiva.

Exploración física: PA: 200/100 mmHg; FO con retinopatía hipertensiva grado I. El resto resulta normal.

Pruebas complementarias: analítica: Hb: 11,8; urea: 66; creatinina: 1,56; filtrado glomerular: 47,9, elemental y sedimento normales. Eco-Doppler: alteración del flujo sugiere de estenosis arteria renal derecha. Arteriografía renal: muestra estenosis ARD, por lo que se procede a la dilatación y colocación de una endoprótesis.

La evolución es favorable con la normalización de las cifras de PA, así como de la función renal.

DESARROLLO
El diagnóstico de HTA resistente requiere una buena técnica de monitorización, así como descartar la pseudoresistencia, lo que incluye una mala adherencia al tratamiento, hipertensión de bata blanca, toma de medicamentos o drogas, estilo de vida y causas secundarias (estenosis de arteria renal).

Juicio clínico: estenosis de arteria renal.

CONCLUSIONES
La hipertensión resistente es un problema frecuente al que se enfrentan tanto los clínicos de Atención Primaria como los especialistas. Aunque no se conoce su prevalencia exacta, los últimos ensayos clínicos sugieren que puede afectar a un 20% de la población. La edad avanzada y la obesidad son dos de los factores de riesgo, por lo que se prevé un aumento de la incidencia. Su pronóstico se desconoce, pero el riesgo cardiovascular aumenta cuando el paciente presenta, además, otros factores de riesgo como la aterosclerosis.

HIPERTRANSMINASEMIA A ESTUDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

elenabenito1981@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
Las transaminasas son unas enzimas que se encuentran en los hepatocitos y que constituyen marcadores sensibles de lesión hepática. Su elevación es un hallazgo frecuente en Atención Primaria.

Motivo de consulta: varón de 37 años acude a Urgencias por astenia, vómitos, dolor abdominal y 39,5 °C de fiebre.

Antecedentes personales: fumador de 30 cig/d y sin otros antecedentes de interés.

Exploración física: abdomen con molestias en el mesogastrio; el resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: analítica: GOT 264, GPT 331; el resto es normal. Rx de abdomen: normal.

A la mejora del paciente tras instaurar un tratamiento sintomático, se decide darle el alta con el diagnóstico de hipertransaminasemia a estudio. Su médico de familia solicita analítica completa, serologías y control.
A los 4 días, el paciente acude a su médico por la persistencia de vómitos. Se le realiza una nueva exploración, en la que se obtienen los siguientes resultados: ictericia conjuntival y cutánea, deshidratación; abdomen blando, depresible, dolor en ambas hipocondriosis y hepatomegalia de 2 cm en HCD. Analítica de control realizada el día anterior: GOT 9.620, GPT 7.690, GGT 426; FA 358; bilirrubina 4,26; bilirrubina esterificada 4,06; AP 41 %; INR 1,71. Serologías para VHA y CMV.

Se decide derivar al paciente al hospital e ingresar en el servicio de Digestivo, donde se le realiza una ecografía abdominal que muestra una alteración inespecífica de la pared vesicular. Finalmente, al paciente se le da el alta a los 4 días por mejoría clínico-analítica.

DESARROLLO
La causa más frecuente de la hipertransaminasemia es el alcohol, lo que permite realizar un diagnóstico diferencial con medicamentos, autoinmune, víricos, hígado graso, hemocromatosis, enfermedad de Wilson y déficit de alfa-1-antitripsina. Hepatitis aguda por VHA, con probable reacción cruzada de CMV. Coagulopatía secundaria.

CONCLUSIONES
Debido a la alta prevalencia de hipertransaminasemia, siempre debemos buscar la etiología del cuadro y solicitar una nueva analítica de control. No debe dudarse en derivar al paciente al servicio de Digestivo si éste no mejora.

HIPOACUSIA DE ORIGEN LABORAL
Sarmiento Cruz M, Pérez Durán M, Cervantes Guijarro C, Fenollar Sastre F, Terceiro López D, Piñeiro López A
ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña
msarmiento1979@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: hipoacusias de transmisión: tapón de cerumen, exostosis, otitis externas, otitis medias y otosclerosis; hipoacusias neurosensoriales: enfermedad de Meniere, trauma acústico (agudo y profesional), ototoxicidad, autoinmune, presbiacusia, sordera brusca, neurinoma del acústico. Juicio clínico: por las características de la hipoacusia, parece neurosensorial. Tras el resultado de la audiometría se orienta el cuadro hacia un trauma acústico. El trauma acústico agudo está producido por un sonido de duración corta pero de elevada intensidad, y la hipoacusia suele ser inmediata y con acúfenos; por otro lado, la hipoacusia profesional se da por un deterioro progresivo de la audición por ruidos continuos (industriales). Tras volver a interrogar al paciente, éste refiere que es camionero y que siempre lleva la ventana bajada, por lo que el diagnóstico se orienta finalmente como hipoacusia sensorial por trauma acústico repetitivo, que podría ser equiparado a profesional.

CONCLUSIONES
La hipoacusia profesional afecta al metabolismo del órgano de Corti. Primero altera la frecuencia a 4.000 Hz y posteriormente, si la exposición continúa, el resto de las frecuencias agudas. Es irreversible, por ello la medida más importante es prevenir. Se establece el riesgo en 80 dB de exposición 8 h diarias. Una buena anamnesis que incluya la profesión puede ayudar a filtrar el diagnóstico.

HIPONATREMIA
Lozano Gomariz M, Pérez Valero I, Gil Pérez T, Martínez Rocamora M, Martínez De Quintana E
UD de MFyC de Murcia, UD de MFyC de Alicante. Murcia, Alicante. Región de Murcia, Comunidad Valenciana
mdmr.1982@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La hiponatremia puede constituir el primer síntoma de una patología orgánica grave. Motivo de consulta: varón de 78 años que consulta por sentirse aletargado y con mal estado general. Antecedentes personales: cardiopatía isquémica en 2004 y DM tipo 2 con ADO. Enfermedad actual: paciente que acude a la consulta con un informe del alta por un ingreso previo en hospital comarcal. Refiere no encontrarse bien y observamos Na de 122 al alta. Exploración física: CyO. REG. Palidez de mucosas. ACP: normal. Abdomen globuloso; dificultad para explorar masas; limpieza. Pruebas complementarias: al ingreso: analítica: Na 118; Rx de abdomen: abundantes gases en hemicolón derecho; ecocardiografía: IAM inferoposterior previo; FEVI residual conservado y cardiopatía HTA moderadamente evolucionada. En la consulta: ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, sin alteraciones de la repolarización; Rx de tórax: nódulo de 15 mm de diámetro parahiliar derecho, a descartar probable naturaleza neoplásica.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: situaciones de hiponatremia: extrarrrenal, renal, normovolemia o hipervolemia. Tras el hallazgo radiológico se sospecha una patología grave. El paciente es remitido al hospital de referencia para completar estudio, donde se realiza una TC toracoabdominal, una broncoscopia y una biopsia transbronquial. Juicio clínico: hiponatremia por SIADH debido a carcinoma microcitico (síndrome paraneoplásico).

CONCLUSIONES
Hay que revisar cuidadosamente los resultados de las analíticas, ya que alteraciones electrolíticas pueden ocultar patologías graves. Además, no debemos asumir que en los ingresos se realizan todas las pruebas complementarias que estarían indicadas.
HIPOPIGMENTACIÓN CUTÁNEA
Martínez Rocamora M, Gil Pérez T, Martínez De Quintana E, Lozano Omariz M, Pérez Valero I
UD de MF y C de Murcia. Murcia. Región de Murcia
mdrm.1982@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La lepra es una enfermedad casi olvidada y no debemos obviar ante lesiones hipopigmentadas, sobre todo en pacientes inmigrantes.

Motivo de consulta:
lesiones hipopigmentadas en cara, tórax y espalda.

Antecedentes personales y familiares:
sin interés.

Enfermedad actual:
mujer de 20 años de la República de Bolivia, residente en España, que presenta cuadro de aproximadamente 2 años de evolución progresiva de lesiones hipopigmentadas con déficit sensitivo a nivel de dichas lesiones.

Exploración física:
máculas hipocromas en el tronco, la cara y los brazos de bordes bien definidos sin descamación. Presenta más de 10 máculas en el momento de acudir a la consulta. En el brazo izquierdo presenta la cicatriz de una quemadura, que ocurrió porque la paciente no notó que se estaba quemando. Sensibilidad para el dolor disminuida en las manchas.

Pruebas complementarias:

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial:
tiña, pitiriasis versicolor, sífilis secundaria, vitíligo.

Juicio clínico: lepra multibacilar.

Se realizó tratamiento antituberculoso según protocolo de la OMS de rifampicina, clofazimina y dapsona durante 12 meses. Durante el seguimiento una sobrina de la paciente de 3 años presentó lesiones sugestivas de lepra; y su pareja sentimental presentó una mononeuritis sin lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES
La imagen de la lepra ha de cambiar, tanto desde el punto de vista del profesional como del paciente. Es una enfermedad que no debe quedar en el olvido.

HTA, NO SÓLO AFECTACIÓN CARDIOVASCULAR
Vázquez Rodríguez L, Castro Arias L, Franco Sánchez-Horneros R, García Marín A, Rubio Santos J, Muñoz Moreno M
CS Guayaba. Madrid. Comunidad de Madrid
luztamaravazquez@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La HTA es una patología crónica manejada a diario por los médicos de familia, por lo que tanto su tratamiento como sus posibles complicaciones deben conocerse bien.

Presentamos a una mujer de 69 años, hipertensiva de larga evolución, que acude a Urgencias del centro de salud por sensación de acorchamiento y horneos en hemilengua izquierda y labio superior del mismo lado, de 3 días de evolución. El cuadro ha progresado en las últimas horas a toda la hemifacial izquierda y a los pulpejos de los dedos de la mano izquierda.

En la exploración física se observa hipoestesia en hemifacial izquierda y pulpejos de la mano del mismo lado, sin otros datos de focalidad neurológica.

Se deriva a la paciente a Urgencias hospitalarias para realizarle una TC craneal. Dicha prueba muestra un hematoma de 11 mm en el tálamo derecho, por lo que la paciente ingresa en el servicio de Neurología.

CONCLUSIONES
Ante un paciente hipertenso, es necesario un estricto control de los factores de riesgo cardiovascular para evitar en lo posible futuras complicaciones, que pueden tener graves consecuencias para su vida. En el caso de la paciente, la resolución fue expon ténea dado el pequeño tamaño de la lesión, pero en otros casos los resultados no son tan satisfactorios.

IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CEFALEA
CS Chantrea. Pamplona (Navarra). Navarra
mdiaznoa@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: cefalea.

Antecedentes personales: ausencia de alergias. Glaucoma en tratamiento con Xalatan®.

Antecedentes familiares: madre y hermana con glaucoma.

Enfermedad actual: paciente de 57 años acude a la consulta refiriendo que, tras estar expuesto al frío, presenta cefalea brusca, intensa, pulsátil, localizada en el vértex y acompañada de náuseas. El dolor permanecía unas 5 horas y recidivaba cada 48 h durante 15 días. Se pautó ibuprofeno y se derivó al paciente a Neurología, donde ingresó para estudio.


Pruebas complementarias: analítica, punción lumbar, ECG, TC, RM, normales.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cefalea tensional, migraña, HSA, tumor cerebral, meningitis, ACV, glaucoma.

El paciente es diagnosticado de cefalea de características vasculares. Le pautan ibuprofeno. A los 20 días es valorado nuevamente por su médico de Atención Primaria por cefalea, dolor ocular derecho y visión borrosa. En la exploración: inyección conjuntival, pupila derecha mideopía arreactiva. Se deriva a Urgencias, donde se observa PIO: 35 mmHg y se pautan Timofol®, Xalatan® y Edemox®.

Juicio clínico: cefalea por elevación de la tensión ocular.
CONCLUSIONES
Las cefaleas son muy frecuentes tanto en Atención Primaria como en Urgencias. La evaluación se basa en la anamnesis. En la mayoría de las ocasiones estaremos ante una cefalea primaria (migraña o cefalea tensional). Aun así nuestro principal objetivo debe ser descartar una cefalea secundaria, y para ello deberíamos fijarnos en los antecedentes del paciente y realizar una exploración neurológica. En este caso no se tuvieron en cuenta estos datos hasta que el paciente relató el dolor ocular. Para realizar un diagnóstico diferencial de una cefalea hay que considerar los antecedentes personales, la edad, el inicio de la cefalea, su localización, duración, frecuencia e intensidad, así como los síntomas de alarma (fiebre, vómitos, signos de irritación meningea, focalidad neurológica, alteración del nivel de conciencia).

IMPORTANCIA RELATIVA DE UNA ANALÍTICA
Salvador P, Sarmiento Cruz M, Ranea Martín E, Jurado Fernández S, Fernández Martín M
CS de Nerja. Málaga. Andalucía
megasalva@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
El PAPPS tiene como objetivos estimular la calidad asistencial, detectar dificultades en la implantación de programas de promoción y prevención y hacer recomendaciones periódicas a partir de evidencias científicas.

Motive de consulta: varón, de 25 años, desde hace 2 meses en nuestro país (procedente del extranjero), acude al médico del CAP por “niveles de azúcar altos”, pero no aporta ningún registro. El paciente niega otra sintomatología. Su madre, que lo acompaña, lo describe nervioso y dice que consume mucho alcohol. Niega el consumo de otros tóxicos o antecedentes personales importantes.

Antecedentes familiares: abuela diabética.

Exploración física: PA 160/73 mmHg; toma glicemia-capilar 70 mg/dl; FC 100 lpm. Al conocer los niveles de PA, el paciente reconoce que consume drogas y solicita su derivación a un centro de deshabitación. En las visitas de control se observan los siguientes datos: PA 144/79 mmHg y 157/78 mmHg respectivamente y media de FC 115 lpm. El paciente niega el consumo de drogas en las últimas semanas.

Pruebas complementarias: analítica: TSH/0,007 y alteración leve de la función hepática. Hematología, pruebas de la función renal, glicemia, Hgbglicada, catecolaminas, orina y Rx de tórax normales. ECG taquicardia-sinusal/100 lpm.

DESARROLLO
Diagnósticos diferenciales: hipertensión secundaria (enfermedad renal parenquimatosas/vascular, enfermedad tiroidea, fecromocitoma), taquicardia (enfermedad tiroidea, drogas, fecromocitoma) y síndrome de abstinencia alcohol/drogas.

El paciente aporta el informe del centro de deshabitación, que confirma la abstinencia.

Su cuadro evoluciona favorablemente con un tratamiento antitiroideo y antihipertensivo, y el proceso de deshabitación ha sido un éxito.

INERCI A TERAPÉUTICA
Rodríguez Soler E, Meineri M, Sánchez Falcó A
Capsa Rosselló. Barcelona. Cataluña
erodrigu@clinic.ub.es
ÁMBITO DEL CASO
Urgencias de Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: fiebre de 15 días de evolución.
Antecedentes personales: epilepsy y síndrome depresivo en tratamiento farmacológico. No tiene hábitos tóxicos.
Enfermedad actual: varón de 33 años que acude a la consulta el 17 de febrero por presentar fiebre de 5 días de evolución, malestar y tos con expectoración purulenta.

En la exploración se detectan crepitantes en el hemitórax derecho. Se le realiza una Rx de tórax urgente sin condensaciones, pero dada la clínica se inicia un tratamiento empírico con levofloxacino durante 10 días y paracetamol.

El 24 de febrero el paciente vuelve a la consulta por persistencia de la clínica. En la exploración no se detectan crepitantes. Se le pauta azitromicina.

El 27 de febrero acude a la consulta, una vez más, porque no mejora a pesar del tratamiento. Presenta, además, fiebre, tos, astenia, nauseas, vómitos y epigastralgia. Niega haber viajado o haber estado en el campo, así como cualquier contacto con animales o tener relaciones sexuales de riesgo. Refiere orinas ocultas. En la exploración se obtienen los siguientes resultados: rubí-cundez facial, DRL: hiperemia, no exudados, no adenopatías, AR: anodina, ABD: anodino. No presenta lesiones cutáneas. Se le realiza un test de Labstix con resultados normales. Cuando se le interroga de nuevo explica que es homosexual y que ha practicado sexo anal-oral sin protección. Al explorarlo otra vez detenidamente se observa que presenta una conjuntiva icteríca.

DESARROLLO
En un primer momento se había orientado el diagnóstico como una neumonía atípica incipiente que aún no tenía traducción radiográfica. El segundo médico no cambió la orientación diagnóstica y reforzó el tratamiento antibiótico. En la tercera consulta, el médico, tras reinterrogar al paciente, hizo una buena anamnesis y realizó un test de Labstix, con lo que el diagnóstico se orientó como una hepatitis vírica probablemente A, lo que quedó confirmado con la serología.

CONCLUSIONES
En este caso, los médicos que visitaron al paciente se dejaron llevar por la inercia del primer diagnóstico, seguramente como consecuencia de que no hicieron una anamnesis y una exploración física completa en cada visita.

INESTABILIDAD
Juan José Lanuza M, Vila Pufet I, Astals Bota M, Muixí Mora A, Mari López A, Lafarga Giribets A
ABS Balagué. Lleida. Catalunya
mjlanuza1@telefonica.net

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: inestabilidad con cedálcidad.
Antecedentes personales: fumadora, ex enolismo, ictus isquémico hace 20 años con paresia leve residual de la mano izquierda. Ictus del hemisferio izquierdo hace 3 años que objetivó estenosis de la carótida externa que precisó endarterectomía.
Enfermedad actual: inestabilidad en la marcha con dolor a nivel del glúteo izquierdo que irradiía al muslo. Inicialmente presenta parestesias digitales en EEII.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: lumbociatalgia, ELA, ictus isquémico, siringomielia, Guillain-Barré.
Juicio clínico: inestabilidad en la marcha de origen no filiado.

CONCLUSIONES
Se trata de una paciente a la que derivamos a Urgencias después de realizar un tratamiento con AINE por posible lumbociatalgia y un estudio neurológico y pruebas complementarias, con las no se llegó a ningún diagnóstico etiológico. La paciente mejoró exclusivamente con reposo y un tratamiento con AINE, lo que demuestra que pueden existir múltiples etiologías víricas o que se desconoce como agentes etiológicos de patología del sistema nervioso.

INESTABILIDAD DE LA MARCHA
Alonso Martínez S, Beguiristain Repaz A, Berganzo Andonegui N, Rodríguez Sanz P, Huarte Labiano I, Navarro González D
CS Chantrea. Pamplona (Navarra). Navarra
salonson@cfnavarra.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 72 años al que se ha visitado 5 días atrás en Atención Primaria por un catarro con cefalea intensa, que se ha tratado con un mucolítico y metamizol.
Motivo de consulta: cefalea.
Antecedentes personales: miocardiopatía dilatada, ACxF, AIT, HTA, hipercolesterolemia, artrosis. Ex fumador. En tratamiento con antigcoagulación oral, hipolipemiante, IBP, antiarrítmico, hipotensor, ansiolítico.
Enfermedad actual: acude a Urgencias porque desde hace 1 semana presenta cefalea occipital intensa, de aparición intermitente, que mejora con el reposo nocturno y va aumentando a lo largo del día. Además, tiene tos y expectoración dificultosa, con lo que empeora la cefalea, que ni siquiera mejora a pesar del tratamiento sintomático que sigue. Se atribuye en principio a artrosis cervical. No tiene náuseas, vómitos ni fiebre. El paciente dice que se nota más torpe y más triste. Su esposa comenta que lo ve peor desde los últimos 2 días, más adormecido, con fallos en la memoria reciente, y que arrastra los pies y va con la cabeza gacha.
Exploración física: PA: 135/80 mmHg; FC: 71 lpm; Tª: 35,8 ºC; SatO2 94 %. Estado anímico deprimido, afectado. AC arrítmica. EEII ligeros edemas maleolares. Exploración anodina. Examen neurológico sin signos de focalidad, con marcha normal, balance presente y marcha de puntillas y talones posible.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: ceftalea, síntoma depresivo, hipertensión intracraneal.

El paciente ingresa en el servicio de Neurocirugía, donde se le realiza una angioTC y se establece el diagnóstico final de hígroma subdurales supratentoriales e hipertensión intracraneal. Es intervenido quirúrgicamente y el cuadro se resuelve favorablemente.

CONCLUSIONES
Es preciso confiar en el paciente y en los familiares, así como tener en cuenta las complicaciones del ACO. También hay que estar alerta ante síntomas neurológicos en pacientes con trastornos del ánimo.

INFECCIÓN POR HAFNIA ALVEI ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
Martín Pérez A, Fernández López F, Martín Rodrigo J, Salguero Bodes I, García Reina M, De Vera Guillén C CS La Paz, Badajoz. Extremadura alvarodoctor@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Paciente de 40 años que acude a la consulta por náuseas y dolor abdominal de 10 días de evolución acompañado de unos tres o cuatro episodios de vómitos biliosos que le despiertan por la noche, así como de malestar general. El dolor ha aumentado el día anterior en el hipocondrio derecho y se ha aliviado parcialmente con buscapina.


Exploración física: afebril, con heces normales. Abdomen: tiempanizado y dolor difuso a la palpación, sin otros hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: ecografía de abdomen, que se realiza en el centro de salud, resulta normal.

DESARROLLO
Dada la aproximación diagnóstica de dolor abdominal de tipo dismotilidad, se le pauta onprazol (20 mg/24 h) y domperidona cada 8 h con revisión en 10 días. La clínica persiste, aunque con una leve mejoría. En la exploración destaca timpanismo acusado. Se solicita una analítica completa con coprocultivo, sangre oculta en heces y parásitos. El resultado del hemograma con ferrocinética es normal; bioquímica con colesterol 215; parásitos negativos y coprocultivo positivo para Hafnia alvei, sensible a trimetropin/sulfametoxazol en el antibiograma.

CONCLUSIONES
Hafnia alvei en un bacilo gramnegativo de la familia Enterobacteriaceae, un microorganismo facultativo, habitualmente no patógeno y considerado oportunista. Aislado en un cultivo orgánico de bronquios, sangre, orina y heces que produce infecciones en pacientes con enfermedades crónicas de base, así como inmunodepresión, estancias hospitalarias prolongadas o uso previo de antibióticos de amplio espectro.

En la bibliografía revisada, los casos descritos de Hafnia Alvei son muy pocos y aún menos en el ámbito extrahospitalario y sin enfermedad de base.

INFECCIÓN POR M. MARINUM (GRANULOMA DE LOS ACUARIOS) EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
Fernández Cardama E, Arjuz Cao O CS Marílamansa. Ourense. Galicia educardama@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 26 años que acude en repetidas ocasiones a la consulta del centro de salud por una lesión en mano.

Motivo de consulta: lesión perigual en la mano izquierda no atribuible a un cuerpo extraño.

Antecedentes personales: sin interés. El paciente trabaja en una panadería y es aficionado a los acuarios de peces tropicales.

Enfermedad actual: el paciente presenta una lesión perigual de 4 meses de evolución no pruriginosa que fue tratada con corticoides tópicos sin presentar mejoría. De forma progresiva, aparecen 4 bultomas en la misma extremidad.

Exploración física: lesión inflamatoria perigual de 3 cm, con superficie hiperqueratósica. Nódulos subcutáneos palpables en el antebrazo. Ausencia de adenopatías axilares.

Pruebas complementarias: se remite al paciente al servicio de Dermatología, que realiza una biopsia de la lesión con resultado de dermatitis granulomatosa no necrotizante que afecta a la dermis reticular y el tejido subcutáneo. En el cultivo y antibiograma, se aísla Mycobacterium marinum.

DESARROLLO

– Anatomía-patológica con miccobacteriosis, esporotricosis y sarcoïdosis.

– Infección por M. marinum (granuloma de los acuarios), forma esporotricoide.

CONCLUSIONES
Mycobacterium marinum es una micobacteria atípica que reside en el agua tanto dulce, como salada, con un crecimiento óptimo a los 25-30 ºC. En el ser humano causa una infección localizada generalmente en la piel por contaminación directa en una zona previamente traumatizada. La micobacteria puede diseminarse proximalmente siguiendo un trayecto linfático y formando nódulos (patrón esporotricoide). En cuanto al tratamiento, en este caso se inició con minociclina 200 mg/d, pero el paciente no experimentó una mejoría. Posteriormente se cambió a rifampicina más etambutol según antibiograma. Al revisar la literatura, encontramos numerosos casos descritos de infección por esta micobacteria, si bien es escasa la presentación de la forma esporotricoide en pacientes inmunocompetentes.
INFECCIÓN POR VIH: ESA GRAN DESCONOCIDA
Franco Sánchez-Hernéndez R, Castro Arias M, Sanz Palomo A, Peña y Lillo Echeverría G, Herrero Martínez M, Vázquez Rodríguez L
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
rbkhsh@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Los hechos acontecidos en los últimos años han alejado al médico de familia de los casos de infección por VIH, por lo que resulta difícil el manejo de los pacientes afectados por esta patología cuando acuden a nuestra consulta.

Varón de 45 años, ex ADVP, VHC positivo, VIH positivo en tratamiento con TARGA. Cuadro de 3 semanas de debilidad en EEl ascendent, parestesias en pies, rodillas y manos, caídas frecuentes y, en las últimas horas, imposibilidad para la bipedestación.

Exploración física: se observa claudicación de ambas EEl con debilidad proximal y distal bilateral, arreflexia universal, hipoestesia de predominio propioceptivo, atrofia muscular y grasa tisular en las extremidades inferiores. Punción lumbar: disociación albúmino-citológica.

Se ingresa al paciente en el hospital, donde se realiza una RM craneal y se observa un aumento del sistema ventricular, así como surcos hemisféricos, con importante atrofia cerebral en relación con una encefalopatía por VIH. RM dorsal: normal. EMG: confirma una enfermedad desmielinizante: síndrome de Guillain-Barré de predominio sensitivo-tópico. Se trata al paciente con inmunoglobulina y se observa mejoría.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: polirradiculopatía sensitiva idiomatica, síndrome de Guillain-Barré.
Juicio clínico: síndrome de Guillain-Barré.

CONCLUSIONES
Es importante que el médico de familia conozca las patologías que pueden sufrir los pacientes con el VIH, así como los efectos secundarios e interacciones de los antirretrovirales.

Infecciones de transmisión sexual:
¿Sífilis en el siglo XXI?
sarasesb@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Las uretritis requieren un estudio de infecciones de transmisión sexual.
Motivo de consulta: exudado uretral.

Antecedentes personales: ex UDVP, usuario de metadona, fumador, consumidor de cocaína, VHB pasada, VHC crónica, sífilis en la adolescencia, por la que recibió dosis de penicilina im.

Enfermedad actual: varón de 32 años que acude a consulta por exudado uretral purulento junto con una clínica miccional desde hace 2 semanas. Asocia cefalea opresiva que cede con alprazolam y parestesias en 4º y 5º dedo de la mano izquierda desde hace 24 h. Realiza prácticas sexuales de riesgo.


DESA RROLLO
Diagnóstico diferencial: uretritis gonocócica, infección urinaria, síndrome de abstinencia a benzodiacepinas, cefalea tensional, migraña.
Juicio clínico: uretritis por U. Urealítico y M. hominis; sífilis con sospecha de neurosífilis; sospecha de mononeuropatía del N. cubital izquierdo.

Se deriva al paciente al hospital, donde se confirma una neurosífilis tras realizar CT craneal y cultivo del LCR. Se objetiva mononeuropatía cubital mediante EMG. Se inicia un tratamiento y el paciente presenta una buena evolución.

CONCLUSIONES
Conclusión: la sífilis es un proceso poco frecuente, pero hay que conocer su diagnóstico y manejo.

Discusión: ante un paciente con sospecha de prácticas de riesgo, es obligada una buena anamnesis para el despistaje de posibles infecciones de transmisión sexual.

ISQUEMIA MESEN TÉRICA AGUD A, CUANDO EL TIEMPO CUENTA
Aspas Lartiga C, Miranda Camarena E, Guerra F, Albenque Calleja C, Catalán Ladrón M, González Gómez M
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza). Aragón
licos@telefonica.net

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias

PRESENTACIÓN
Paciente de 89 años que acude a Urgencias de madrugada por presentar dolor en HCD.

Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, vértigo periférico, hipocausia, colestastoma derecho, síndrome prostático, ACxFA.

El paciente es derivado a Urgencias desde Atención Primaria por tener náuseas sin vómitos, dolor HC derecho de tipo cólico de 2 horas de evolución. No tiene fiebre ni diarreas ni síndrome miccional. Quince días atrás se le había examinado en Urgencias por un cuadro similar y se le diagnosticó un posible cólico hepatopático.

Exploración física: PA: 181/90 mmHg; Tº: 36 ºC; SatO2: 92 %; BEG, NH, NC, Glasgow 15. AC: RsCsAs. AP: crepitantes bisesales. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en HC derecho. Murphy negativo; Blumberg negativo; peristaltismo positivo. Edemas maleolares, signos IVP.
**Pruebas complementarias:** ECG: ACxFA a 84 lpm; Rx de tórax: edema intersticial; Rx de abdomen: sin hallazgos; urea: 59; creatinina: 1.4; GOT: 50; GPT: 64; GGT: 148; lipasa: 252; leucocitos: 14.000. El resto resulta normal.

**DESARROLLO**
El paciente ingresa en observación en el servicio de Urgencias, donde se solicita a la mañana siguiente una ECO abdominal. Se plantea el diagnóstico diferencial, en este momento con cólico biliar, pancreatitis, obstrucción intestinal.

La ECO resulta normal. Se avisa al servicio de Cirugía de que no se encuentra nada patológico en la exploración, por lo que se procede a la intervención el siguiente día.

Se decide practicar una laparotomía exploratoria de urgencia. La paciente acude al hospital con dolor en el abdomen, puñopercusión lumbar, exploración de la musculatura abdominal y la ecografía ginecológica. Dos horas después, nace un niño sano de 2,5 kg. Este caso hace que consideremos que es imprescindible valorar correctamente la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias para llegar a un buen diagnóstico clínico y evitar así errores importantes.

**CONCLUSIONES**
El caso nos plantea la necesidad de tener en cuenta que, en el 10% de nuestros pacientes, la HTA tendrá una causa subyacente, y debemos estar preparados para ver los indicios de sospecha de la misma, así como para hacer las pruebas pertinentes a fin de establecer el diagnóstico, puest que muchas HTA tienen un tratamiento curativo.
Introducción: interpretar un dolor abdominal.

Motive de consulta: paciente de 86 años que acude a la consulta por dolor abdominal.

Antecedentes personales: hipotiroidismo en tratamiento, HTA de larga evolución bien controlada.

Enfermedad actual: dolor abdominal de unas 8 horas de evolución sin fiebre ni cortejo vegetativo. No hay cambios deposicionales.

Exploración física: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, sin signos de defensa, peristaltismo presente, dudoso, herida inguinal izquierda fácilmente reducible.

Pruebas complementarias: se deriva a la paciente a Urgencias para realizar analítica de sangre, orina y Rx de abdomen: sin hallazgos, por lo que se le da el alta con sospecha de cólico renal.
CONCLUSIONS
Debe tenerse en cuenta la impresión clínica o profesional de otros compañeros médicos.

LAS MANCHAS DE SIEMPRE
Ruipérez Guijarro L, Rodríguez Pascual M, Lista Arias E, Hernández Stegmann M
CAP Maria Bernades. Viladecans (Barcelona). Cataluña
39708@comb.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: enfermedades granulomatosas: tuberculosis, sífilis; neoplasias: linfoma, adenocarcinoma; VIH; psoriasis, lupus, otras psoriasispicos. Juicio clínico: ante la presencia de una lesión recidivante cutánea, se orienta el caso como posible enfermedad cutánea granulomatosa y se deriva a la paciente a Dermatología, donde se obtiene una biopsia compatible con sarcoidosis.

CONCLUSIONES
No todas las lesiones cutáneas son un eccema y, en consecuencia, no todas deben tratarse con corticoides tópicos. Ante la persistencia de las lesiones hay que considerar patologías poco evidentes. La sarcoidosis es una enfermedad de presentación mayoritariamente pulmonar, pero eso no quiere decir que no existan casos de presentación cutánea crónica como éste.

¿LE HABÍA PASADO ESTO ANTES?
Morente López M, Merino Díaz de Cerio C, B aätzán Romeo M, Rodríguez Cañas R, Babace I sturiz C, Gil De Gómez M CS Rodríguez Paterna. Logroño (La Rioja). La Rioja mbaztan@riosalud.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Varón de 56 años, hiperfrecuentador, que acude a la consulta tras una intervención de cirugía menor y expresa sentimientos de inutilidad y culpa: «Doctora: me siento inútil». Antecedentes personales: hemorragia digestiva alta y pólipos de colon. Consumo de alcohol: 60 g/d. Entrevista clínica: al señalar que la sensación de inutilidad que tenía el paciente era desproporcionada a la situación, se descubrió que se trataba de un trabajador autónomo afectado por la crisis económica, con ansiedad y angustia, pero que no sentía ni tristeza ni anhedonia. Las preguntas: ¿Le había pasado esto antes?, ¿Qué piensa su familia?, permitieron conocer un antecedente de depresión con intento autolítico, un conflicto parental, un consumo excesivo de alcohol en el pasado y una disfunción familiar. Pruebas complementarias: test de CAGE positivo. Test de MALT 11 puntos.

DESARROLLO
Este paciente no cumple con los criterios de depresión mayor, ni presenta la preocupación constante del trastorno de ansiedad generalizada. Sus síntomas aparecen como respuesta a una situación estresante identificable, con malestar desproporcionado y deterioro de su actividad, propio de un trastorno adaptativo. Las pruebas realizadas orientan al diagnóstico de alcoholismo, aunque actualmente su pauta de consumo no explica los síntomas. Juicio clínico: trastorno adaptativo con ansiedad.

CONCLUSIONES
La entrevista es la mejor herramienta para comprender el problema de un paciente. Las “preguntas clave” permiten explorar su experiencia de la enfermedad, prever su evolución y ayudan a pensar en términos familiares. Es más eficaz explorar lo psicosocial simultáneamente a lo físico, pues condiciona la decisión terapéutica.

LESIONES SUPURATIVAS PERINEALES
Blázquez García C, Parra Ulloa A, Carbajal Villavicencio J CS Ávila Estación. Ávila. Castilla y León xhristi@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria, crónica, recurrente, originada por la oclusión de los conductos de las glándulas apocrinas. Se localiza en la axila, la ingle, el periné, la región anoperineal y la región submamaria. Es raro que se manifieste antes de la pubertad. Motivo de consulta: lesiones dèrmicas.

Enfermedad actual: varón de 49 años que acude a la consulta por exacerbación de sus lesiones nodulares perianales y glúteas, con supuración intermitente maloliente, muy dolorosas.

Se somete en Cirugía a varios drenajes de los abscesos y a un tratamiento antibiótico. En tratamiento con Septrim Forte en las reagudizaciones.

Exploración física: abundantes nódulos de gran tamaño y profundos, dolorosos y pruriginosos, muchos de ellos abscesados, y que forman fistulas que drenan un exudado purulento maloliente. Áreas de cicatrización fibrotica hiperpigmentada.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: acné quístico infectado, granuloma inguinal, piódermas foliculares, enfermedad de Crohn, scrofuloderma.

Juicio clínico: hidradenitis supurativa.

CONCLUSIONES
En la consulta de Dermatología se pautó retinoides, pero se suspendió por hepatotoxicidad, y el paciente está pendiente de iniciar un tratamiento con infliximab.

La hidradenitis supurativa se conoce también como acné inverso, y es de causa desconocida. Puede estar asociada a factores hormonales, genéticos y al tabaquismo. Es poco común, compleja, fluctuante y difícil de tratar. Su diagnóstico es clínico, y se biopsia si se sospecha de malignidad. Se deben controlar complicaciones como la sepsis y la malignización en carcinoma de células escamosas.

LUMBALGIA O NO?
Mateescu D, Ríos Calderón V, Momblan Trejo C, Bentué Ferrer C
ABS Viladecans 2 (CAP María Bernades). Viladecans (Barcelona). Cataluña cmomblanfre@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias de Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Enfermedad actual: paciente de 58 años que acude a Urgencias por fiebre y dolor a nivel lumbar de 2 semanas de evolución.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: proceso infeccioso, neoplasia, hernia discal, patología degenerativa vertebral.
Diagnóstico final: piomiositis con absceso del psoas y piramidal derechos. Endocarditis por Streptococcus agalactiae.

CONCLUSIONES
La lumbalgia es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. La gran mayoría de las lumbalgias son de naturaleza benigna, pero un pequeño porcentaje se asocia a patología grave. Resulta primordial para realizar el adecuado abordaje tener claros los signos que deben alarmarnos en el paciente con dolor lumbar.

MANAGEMENT OF PERICARDITIS
Ferreras Amez J, Sarrat Torres M, Abadía Gallego V, Vicente Molinero A
CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón
cemafererras@hotmail.com

OBJETIVOS
Evaluate the management of patients with suspected pericarditis in an emergency department.

DISEÑO
Emergency department.
All patients from January to October 2008 and were diagnosed with pericarditis.
We designed a card showing the study variables.
Retrospective descriptive study.
The data were analyzed using the SPSS program.

RESULTADOS
23 cases (sample size) were diagnosed with pericarditis (1%).
82% men and 17% women. Without cardiovascular risk factors 56%. Smokers 30%. Hypertension and dyslipidemia 13%. 21% chest pain clinic. Retrosternal 52%. Left thorax 13%. Oppressive 39%. Exacerbated with inspiration 52%. Change with position 56%. Pericardial friction rub 4%. Previous catarrhal process 34%. No statistically significant differences (p>0.05) between winter months and the rest. Electrocardiogram shown widespread upward concave ST-segment elevation 43%. Normal 21%. Troponin was determined in all the patients, and was elevated in 13%. Creatine kinase and its MB fraction were determined in 34% of the cases and were elevated in 8%. All patients admitted had elevated troponin concentration. Admitted 34%:21% in Cardiology service and 8% in the Intensive Care Unit. 52% of the patients were discharged. Echocardiography was performed at 75% of the admitted patients and showed effusion only in 12% of them. Treatment:52% ibuprofen, 26% colchicine, 39% aspirin.

CONCLUSIONES
- The profile is a man without any cardiovascular risk factor.
- There is no seasonal variation in its incidence.
- All patients with elevated Myocardial enzymes are admitted.
- The Echocardiography is a frequent patients, although evidence rarely effusion.
- The more frequently treatment administered is ibuprofen.
- Most management is done at home.

MANEJO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS
Abadía Gallego V, Ferreras Amez J, Sarrat Torres M, Vicente Molinero A
CS Oliver. Zaragoza. Aragón
cemafererras@hotmail.com

OBJETIVOS
Conocer la epidemiología y el manejo del paciente diagnosticado en urgencias de crisis hipertensiva para mejorar la implementación de este proceso.

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo y retrospectivo.
Ámbito del estudio: Urgencias.
Sujetos: conjunto de pacientes diagnosticados de crisis hipertensiva durante 5 meses.
Material y métodos: crisis hipertensiva según criterios del VII JNC: PAS > 210 mmHg o PAD > 120 mmHg. Se excluye a los menores de 18 años y gestantes.

RESULTADOS
De los 152 pacientes, el 51,97% cumplía con los criterios establecidos. El 96,2% urgencias hipertensivas y 3,78% emergencias hipertensivas. Un 68,36% eran mujeres y un 31,64%, varones. La media de edad era de 67,46 ± 10,6 años.
El 34,18% de los pacientes fueron remitidos desde Atención Primaria. Un 77,22% estaban diagnosticados previamente de HTA, y recibían tratamiento con fármacos el 90,16%. El número de antihipertensivos recibidos era de uno en el 49,09% de los pacientes, dos en el 30,91% , tres en el 18,18% y 4 en el 1,82%.
Los síntomas que presentaban eran cefalea (39,24%), mareo (35,44%), dolor precordial (8,86%), malestar general (5,06%) y ansiedad (5,06%). El 17,72% permanecían asintomáticos.
Las pruebas complementarias realizadas fueron las siguientes: ECG: 55,7%; bioquímica y hemograma: 45,57%; Rx de tórax: 35,44%; enzimas cardíacas: 10,13%; coagulación: 10,13%; TC cerebral: 2,53%.
El 93,67% de los pacientes fueron dados de alta, y de éstos, se recomendó que visitaran Atención Primaria al 95,95% y un 26,58% fueron derivados a la unidad de HTA.
En el 39,19% de los casos se modificó el tratamiento. El 6,33% de los pacientes ingresaron en el hospital.

CONCLUSIONES
La crisis hipertensiva de tipo urgencia es una entidad clínica relativamente frecuente en el servicio de Urgencias, aunque está sobrediagnosticada.
El paciente tipo es una mujer de edad avanzada hipertenso, en tratamiento con un solo fármaco antihipertensivo y que presenta una clínica neurológica.
La mayoría de los pacientes son dados de alta y remitidos para que sean controlados en Atención Primaria.

MANEJO DEL ANCiano CON “MAREO” EN ATENCIÓN PRIMARIA
Cimas Ballesteros M, Ruiz Molina T, Dorado Rabaneda S, Benito Alonso E
CS Pintores. Parla (Madrid). Comunidad de Madrid
mbichus@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Primaria y especializada).
PRESENTACIÓN

Introducción: el mareo es el tercer motivo de consulta en mayores de 64 años en Atención Primaria. Requiere siempre una evaluación completa, a fin de intentar modificar los factores implicados.

Motivo de consulta: mareo.

Antecedentes personales: hipertensión, hipercolesterolemía, glucemia basal alterada, cefaleas. En tratamiento con torasemida, amlodipino, simvastatina.

Situción basal: IABVD. Deambula sin apoyo. No sufre deterioro cognitivo. Vive con su mujer.

Enfermedad actual: varón de 88 años que acude a la consulta por "mareo" de segundos de duración con giro de objetos que asocia con los cambios posturales, ruidos en OI y sensación de "angustia", con sensación de inestabilidad posterior durante todo el día.

Exploración física: PA 140/90 mmHg; ACP y timpanoscopia: sin alteraciones; ausencia de nistagmo espontáneo.


Al mes continúa igual. Derivado a ORL, se le realiza una timpanoscopia, que resulta normal.

Dos meses después, está deprimido, no sale a la calle por miedo a caerse. Valorado de urgencia en el centro de salud por mareo, se le realiza una anamnesis y exploración completa: Dix-Halipke: nistagmo horizontalrotatorio que se agota. Plan: maniobra de Epley. Se indican ejercicios de Brandt diarios, con mejoría progresiva de los síntomas.

DESARROLLO

Debemos distinguir entre mareo, vértigo, inestabilidad y presíncope para iniciar el diagnóstico diferencial. En el anciano, la etiología suele ser multifactorial.

Juicio clínico: VPPB izquierdo.

CONCLUSIONES

La falta de tiempo en las consultas de Atención Primaria es un obstáculo, pero debemos hacer hincapié en la anamnesis y exploración completa a fin de evitar el deterioro en la calidad de vida y el incremento del riesgo de caídas, por un retraso en el diagnóstico.

MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿MENUDA SURPRESA!

Ortiz Ruiz M, Rodríguez Alonso D, Cedeño Benavides T, Cortés Molina S, Rodríguez Melgarejo M, Almonacid Canseco G
CS La Chana. Granada. Andalucía

ÁMBITO DEL CASO

Mujer de 55 años, la cual nunca ha acudido a la consulta y que consulta por dolor abdominal persistente tras un tratamiento de ITU.

Motivo de consulta: dolor abdominal inespecífico.


Enfermedad actual: desde hace 4 semanas, la paciente tiene dolor abdominal en el costado y la fosa renal izquierda. T: 37,2º C, náuseas y diarrea durante la primera semana, con empeoramiento de la crisis hemorroidal.


Se pauta escopolamina butilbromuro 10 mg/8 h y la ingestión de abundantes líquidos. Se recomienda la observación domiciliaria. Se solicita Rx de tórax, que es normal, y abdomen simple, con dudosa imagen renal en el flanco izquierdo. Se solicita analítica general, de orina y ecografía abdominal. En la ecografía se observa, en la zona anexial izquierda, una imagen hipoeocica de 44 x 45 mm, con refuerzo posterior, de paredes finas y con contenido hiperecóico, sugerente de quiste ovárico complejo o tal vez dependiente de intestino.

Tras colonoscopia y TC, se diagnostica de pólipio veloso en colon y de lesión anexial izquierda de características malignas; cistoadenocarcinoma de ovario.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: diverticulosis, cáncer de colon, patología anexial.

Juicio clínico: cáncer de ovario.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal insidioso en mujeres debe hacer pensar en una patología anexial. Un diagnóstico precoz puede hacer que su pronóstico sea mejor. La ecografía en manos del médico de familia es una herramienta fundamental para el diagnóstico diferencial de una patología intrabdominal de causa orgánica.

MANEJO DEL DUELO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Avilés Vargas J, Carrasco Marín C, Recio Gállego M, Barreiro Martínez C, Carballo Lafuente Y
UD del Área 1 de Madrid. Madrid. Comunidad de Madrid
martarrecio@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Mujer de 65 años que acude a la consulta de Atención Primaria acompañada por su hija porque sigue viviendo como si su marido estuviese vivo. Se encuentra deprimida, no sale de casa ni se ha incorporado al trabajo. Descuida su aspecto personal y padiece insomnio. Su marido falleció por cáncer de colon hace un año y medio atrás. Ella había sido la cuidadora principal.

En el momento de la pérdida, fue al médico por insomnio e irritabilidad. Se le pautaron ansiolíticos durante 15 días, pero no volvió a consulta.

En la exploración física se observa labilidad emocional. El resto, sin hallazgos. En las pruebas complementarias, la analítica sale normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: duelo normal, reacción adaptativa, duelo patológico, cuadro depresivo.
Juicio clínico: duelo patológico.

Se le explica a la paciente las pautas de tratamiento y se le pasa un test de alexitimia. Se inicia un tratamiento antidepressivo y se le deriva a Psicología para que integre un grupo de duelo. Se pacta con la paciente para que ésta vaya recuperando sus antiguas actividades y las amistades. Los seguimientos son quincenales.

CONCLUSIONES
El médico de Atención Primaria tiene que saber cómo se realiza un buen diagnóstico precoz del duelo patológico para poder iniciar un tratamiento y unas medidas farmacológicas en caso de que se precisen. Debe conocer los factores de riesgo del mismo y poder diferenciarlo del duelo normal. Además, ha de conocer los criterios de derivación a Psicología y Psiquiatría. Con el médico de familia, debe saber acompañar, aliviar y tratar a los pacientes que pasan por un duelo.

MASAS MEDIASTÍNICAS, LA IMPORTANCIA LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Ballester Otero C, Carbajosa Rodríguez V, González González C, Ares Blanco S, Benedito C, Herranz B
CS El Greco, Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid
virginia.carbajosa@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Antecedentes personales: sin interés. Paciente en tratamiento con anticonceptivos orales.
Enfermedad actual: mujer de 33 años que refiere dolor retroesternal tras la ingesta de alimentos en los últimos meses. No presenta náuseas, vómitos, pirosis, síndrome consultivo, aumento de sudoración o fiebre. Aporta un informe de una radiografía realizada en otro centro con el diagnóstico de bocio endotaurácico.
Exploración física: cuello: no bocio, ni adenopatías. ACP y abdomen sin alteraciones.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: neoplasias neuromes, linfoma, metástasis, abscesos pararespirales, sarcoidosis, aneurisma aórtico.

Se deriva a la paciente al hospital para realizarle una TC torácica, en la que se observa una masa mediastínica superior, inferior, apical, de dimensiones 5,3 x 4,9 x 5,1 cm, con bordes bien delimitados y áreas más hipodensas, así como abundantes calcificaciones. Se extirpa quirúrgicamente, con diagnóstico anatomopatológico de schwannoma calcificado.
Juicio clínico: schwannoma.

CONCLUSIONES
En el diagnóstico de las masas mediastínicas es importante el conocimiento de la anatomía para realizar una correcta lectura de la Rx de tórax. Si se conoce el compartimento donde se ubica la masa, se puede realizar un diagnóstico diferencial y evitar los errores diagnósticos. Es preciso un estudio anatomopatológico para llegar al diagnóstico de certeza.
PRESENTACIÓN
Motive de consulta: varón de 62 años, procedente de Bolivia, que consulta al médico de su centro de salud por dolor torácico.

Enfermedad actual: dolor torácico de 3 horas y media de evolución, de carácter típico con cortejo vegetativo.
Exploración física: PA, ACP, frecuencia cardíaca y EEII: normales. Hepatomegalia de un travesa de dedo.

Exploraciones complementarias: ECG normal.

Se deriva al paciente a Urgencias, tras lo que ingresa en Cardiología con un diagnóstico de cardiopatía isquémica, SCA- SEST, IAM no Q. La coronariografía muestra una lesión del 40% en el tercio distal de CD dominante. Siete días después del alta acude a una nueva consulta en Atención Primaria por dos new episodios de dolor precordial de 1 hora y 30 minutos, respectivamente, con ECG con aumento del ST en 1, avl, y de V2-V6. El paciente vuelve a ingresar en Cardiología con una coronariografía similar a la previa.

Debido a la dificultad de explicar la fisiopatología del proceso, la procedencia y que el paciente presenta eosinofilia, se le deriva a Unidad de Enfermedades Tropicales.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cardiopatía isquémica, disección aórtica, taponamiento cardíaco, TEP, pericarditis, patología esofágica, miocardiopatía por enfermedad de Chagas.
Juicio clínico: miocardiopatía secundaria a enfermedad de Chagas.

CONCLUSIONES
Siempre debemos tener presente la procedencia de los pacientes y si provienen de alguna área endémica de ciertas enfermedades.

«ME SIENTO CANSADO, DOCTOR»
García Castillo E, Bailón López de Larena P, Caurel Sas treZ, Caballero Encinar N, López Villalvilla A, Abad Schilling C
CS El Greco, Getafe (Madrid). Comunidad de Madrid
elenagcs@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: la insuficiencia suprarrenal primaria se debe a una producción insuficiente de mineralocorticoides y glucocorticoides. Se sospechará su existencia ante síntomas de astenia, hipertensión arterial y pérdida de peso. La medición del cortisol es clave para su diagnóstico.

Motive de consulta: varón de 32 años que acude a la consulta por astenia generalizada, pérdida de apetito y de peso (5 kg) en los últimos 2 meses. No presenta pirosis, alteraciones del ritmo intestinal o dolor abdominal difuso tipo pinchazo ocasionales.
Antecedentes personales: fumador.
Antecedentes familiares: sin interés.
Exploración física: PA 100/50 mmHg e hiperpigmentación cutánea en pliegues cutáneos, cara y cuello. El resto, sin interés.
Pruebas complementarias: analítica: Na 122; K 7,1; Cr 1,6 y urea 171.

Ante la sospecha de una insuficiencia suprarrenal, se determina el cortisol basal, que es menor de 0,3 µg/dl, sin que varie tras un estímulo con ACTH.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: entre insuficiencia suprarrenal primaria (ACTH alta) y secundaria (ACTH normal o baja). También se debe diferenciar entre hipoadrenocorticotropismo hiporeninémicos (bajos niveles de renina plasmática). Otras entidades que pueden cursar con síntomas clínicos como la astenia son la anemia, porfirias cutáneas, etc.
Juicio clínico: insuficiencia suprarrenal primaria.

En el servicio de Endocrinología se inicia un tratamiento con hidroalesona 20 mg.

CONCLUSIONES
La insuficiencia suprarrenal aguda representa, junto con la hipoglucemia, la situación clínica más urgente, como consecuencia de una disfunción hormonal. Por tanto, ante los síntomas claves de astenia, pérdida de peso, hipotensión e hiperpigmentación cutánea debemos ser capaces de diagnosticar una insuficiencia suprarrenal aguda y tratarla.

MELANOMA DE ESÓFAGO
Yanguas Torres V, Caicedo Martínez I, Moreno Moreno A
CS San Roque. Badajoz. Extremadura
vane_sita1@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: el melanoma de esófago es un diagnóstico poco frecuente, pero que tiene una sintomatología común en Atención Primaria.

Motive de consulta: paciente de 71 años que consulta por epigastralgia de 4 meses de evolución.
Antecedentes personales: sordera neurosensorial y vértigo paroxísticos benignos.
Antecedentes familiares: padre fallecido por cirrosis. Madre cardiópata, fallecida por muerte súbita. Hija con síndrome de Marfan.

Enfermedad actual: la paciente realiza consultas reiteradas por epigastralgia, que cede parcialmente con omeprazol. Posteriormente comenta que presenta disfagia a sólidos.
Exploración física: normal.
Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normales. Endoscopia: masa polipoida esofágica que ocupa casi toda la luz. Biopsia de la masa: mucosa esofágica con infiltración por melanoma, aunque no se puede definir si se trata de una lesión primaria o metastásica. Estudio de extensión: sin alteraciones.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: disfagia esofágica: estenosis benigna, membranas y anillos, divertículos, neoplasias, anormalidades vasculares, acalasia, espasmo difuso del esófago, escleroderma, enfermedad de Chagas, diabetes, alcoholismo y enfermedad por refluo.
Juicio clínico: melanoma esofágico primario.
CONCLUSIONES
El melanoma esofágico primario es poco frecuente: 0,2-1%. Surge por la degeneración maligna de algunos melanocitos o sus precursors de la mucosa esofágica. Clínicamente afecta más a los ancianos, sin historia o evidencia de melanoma maligno en piel, ojo, ano o vagina. Los síntomas son, principalmente, disfagia de meses de evolución, dolor subesternal, odinofagia, epigastralgia, debilidad y pérdida de peso.

MENINGITIS INFECTICARIA TUBERCULOSA
Falguera Vilajou M, Molins Iñesta Á, Rodríguez Garrocho A, Quesada Almacellas A, Perelló García I, Sabaté Arnau L
ABS Pla d’Urgell, Mollerussa (Lleida). Cataluña
mireia@falguera@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: alteración conductual, del discurso y desorientación con cefalea.
Antecedentes personales y familiares: sin interés.
Enfermedad actual: varón de 22 años con cuadro de mareo, cefalea holocranial continua que aumenta con la movilización cefálica, algún vómito, anorexia y pérdida de 2-3 kg de peso de una semana de evolución con aparición reciente de desorientación temporalEspañol, alteración conductual con discurso incoherente.
Pruebas complementarias: SS: normal. Velocidad de sedimentación (2/8). Bioquímica: Glu 98; urea: 24; Cr 0,7; Na: 125; K: 4,6; LDH: 292; LCR: 224 leucocitos/mm3 (95% linfocitos); PCR negativo para herpes, enfermedad de Lyme, brucelosis y VIH.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: se trata de una meningitis linfocitaria complicada. Presenta una etiología frecuentemente vírica por herpes, seguida por tuberculosis, brucelosis, neurosífilis, criptococosis y enfermedad de Lyme. Más raramente puede ser secundaria a infección supurativa parameningea (absceso cerebral).
Inicialmente se orienta como una meningitis vírica y se inicia un tratamiento empírico con aciclovir. La RM cerebral y el electroencefalograma resultan normales.
Al cuarto día de ingreso en el hospital, el paciente presenta cefalea y vómitos. Se repite el LCR y se obtiene: leucocitos 422 mm³, linfocitos (98%) con un ADA de 7,4. Se reorienta el diagnóstico como una meningitis tuberculosa.

CONCLUSIONES
Meningitis linfocitaria complicada con una mala evolución. En la segunda punción lumbar se objetiva un cambio del LCR con aumento de linfocitos y de ADA, por lo que se considera una meningitis tuberculosa con un estudio posterior de PPD y un cultivo LCR para micobacterias negativo. El paciente presenta una buena respuesta al tratamiento con dexametasona y Rimicure. En los controles posteriores se mantiene asintomático.

MENINGITIS TUBERCULOSA DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN Y DIPLOPIA
López Gil M, Molina Fraile M, Rodríguez B, Curiel O
CS Silleria. Toledo. Castilla-La Mancha
majelogi@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias o mixto.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: varón rumano de 16 años que lleva 5 meses en España acude a Urgencias por fiebre, vómitos y cefalea intensa de 2 semanas de evolución acompañada de dolor abdominal intermitente y visión doble en los 2 últimos días.
Antecedentes familiares: sin interés.
Pruebas complementarias: SS: normal. Velocidad de sedimentación (2/8). Bioquímica: Glu 98; urea: 24; Cr 0,7; Na: 125; K: 4,6; LDH: 292; LCR: 224 leucocitos/mm3 (95% linfocitos); proteínas > 300 mg; Glu: 29 mg; HC negativos. Mantoux negativo. HIV negativo. Rx de tórax sin hallazgos. TC cerebral y RM cerebral sin hallazgos patológicos.

DESARROLLO
En función del curso evolutivo distinguiremos entre:
– Meningitis aguda (clínica de 48-72 h).
– Meningitis subaguda (más de 3-7 días).
– Meningitis crónica (más de 3-4 semanas).

Juicio clínico: meningitis tuberculosa.

CONCLUSIONES
Ante un paciente inmigrante con presencia de síntomas meningeos y pruebas analíticas compatibles con tuberculosas, hay que descartar la existencia de meningitis de origen tuberculoso.
Se debe advertir a Sanidad y al Servicio de Preventiva, quienes estudiarán el caso y tomarán las medidas oportunas.

MIASTENIA GRAVE: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE EN EL ANCIANO
Matías González E, Lorenzo Parapar L
CS Valle Inclán. Ourense. Galicia
lucio.lorezop@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.
PRESENTACIÓN

Una cuidadora llama al 061 alertada por el bajo nivel conciencia de una mujer de 73 años. La paciente está estuporosa, Glasgow 9; palidez y fraldad cutánea; no focalidad; taquipnea; hipotenión generalizada; SATO2 70 %, PA: 129/72 mmHg; FC: 110 lpm; FR: 40; Tª: 35,4 ºC; glucemia: B9; ECG normal; AC normal; AP: hipovolemie generalizada, abdomen normal, mínimos edemas EEII.

Encontramos un informe en el domicilio con el diagnóstico de miastenia grave generalizada y timectomía. La paciente está en tratamiento con mestinon, prednisona, imurel.

DESARROLLO

Se administra a la paciente neostigmina 0,5 mg x 3 y oxígeno.

Diagnóstico de presunción: estupor, miastenia grave, insuficiencia cardiaca.

La paciente ingresa en la UCI por insuficiencia respiratoria grave, y es intubada. Presenta una Tª de 39 ºC. Se le retiran los cultivos y se inicia antibioterapia empírica con beta-lactámicos. Se le administra bolo de corticoides, neostigmina y plasmáférésis. La paciente responde favorablemente al tratamiento, recupera fuerza en las extremidades y es extubada. El urocultivo resulta positivo.

Juicio clínico:
– Crisis miasténica probablemente secundaria a ITU.
– Insuficiencia respiratoria global crónica agudizada en relación con la crisis miasténica.
– Alteración ventilatoria restrictiva grave secundaria a miastenia grave.

CONCLUSIONES

La detección y el tratamiento preoces consiguen una mejoría física y funcional en el paciente mayor. Existen algunas diferencias entre las formas de miastenia grave del adulto joven y del anciano.

El papel del médico de familia se centra en establecer una sospecha diagnóstica y hacer un seguimiento a largo plazo.

Los síntomas pueden sugerir somatizaciones u otras enfermedades neurológicas. Los efectos secundarios del tratamiento pueden ser importantes. Muchos fármacos pueden agravar la enfermedad, principalmente las benzodiacepinas y los sedantes del SNC.

La miastenia presenta un buen pronóstico general.

Inicialmente, el estudio de sangre oculta en heces resultó falso positivo por la ingest de morcilla. Dado su antecedente familiar, prosiguió el estudio de un posible sangrado digestivo con fibrocolonoscopia, que resultó normal. Una nueva detección de sangre oculta en heces fue negativa en tres muestras. Se decidió mantenerse a la expectativa y hacer un nuevo control analítico en 5 meses. Transcurrió este tiempo, el hemograma había empeorado: Hto 39,1 %; HB 12,8 g/dl, pero el paciente se mantenía asintomático. La fibrocolonoscopia evidenció una hernia hiatal y la formación de submucosa de 18 mm, cuy a biopsia detectó únicamente una gastritis crónica asociada a H. pylori.

DESARROLLO

Se indicó un tratamiento erradicador con triple terapia (OCA) y la realización de una ecoendoscopia con derivación hospitalaria para el estudio de la masa de la submucosa gástrica, pues la biopsia no permite obtener tejido submucoso. La ecoendoscopia reveló un tumor del estroma gastrointestinal (GIST). La TC toracoabdominal confirmó la masa sólida de 3-4 cm en la pared gástrica yuxtacardial, sin metástasis hepáticas. El tratamiento indicado para el tumor GIST localizado no metastásico es la cirugía de resección segmentaria, sin quimioterapia coadyuvante. Se procedió a una gastrectomía polar superior y el paciente presentó una buena evolución posquirúrgica y el hemograma se fue normalizando progresivamente.

CONCLUSIONES

En este caso destaca la importancia del conocimiento profundo del paciente y de sus antecedentes personales y familiares, lo que permite interpretar adecuadamente los resultados de las exploraciones complementarias y acercar en la decisión de realizar un estudio ambulatorio frente a la derivación hospitalaria cuando sea oportuno.

MIOPATÍA VIRAL AGUDA

Rodríguez Garrocho A, Falguera Vilamayó M, Molió Iniesta A, Quesada Almacellas A, Calderó Solé M, Sánchez Fernández V

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: fiebre, dolor en ambos gemelos e incapacidad para la marcha.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Enfermedad actual: niño de 4 años que presenta desde hace 4 días tos y fiebre de 39 ºC. Desde hace 48 h presenta dolor a nivel de las pantorrillas de aumento progresivo con incapacidad para la marcha.


Pruebas complementarias: analítica: hemograma, función renal e izograma normales. GOT 249 U/l; GPT 47 U/l; creatinincinasa (CK) 6692; PCR 18. Rx de tórax normal.
CONCLUSIONS
La miositis viral aguda es una entidad que debe tenerse en cuenta en niños de entre 3 y 7 años. La mayoría de las veces está causada por influenza B (62%) e influenza A (25%), aunque también se ha descrito asociada a virus Coxackie, parainfluenza, HSV, CMV, virus de Epstein-Barr, adenovirus, virus de la rubéola, parvovirus B19, arbovirus, retrovirus (HIV), virus de la parotiditis, hepatitis C y Campylobacter. La resolución completa de la sintomatología se produce en 24-48 h, aunque la normalización analítica ocurre en 15-30 días.

El tratamiento es sintomático: reposo, hidratación y antiinflamatorios no esteroideos.

«MIRE QUÉ BULTO, DOCTORA»
Ruizpiedra Guiñard L, Hernández Stegmann M, Rodríguez Pascual M, Lista Arias E
ABS Maria Bernades. Viladecans (Barcelona). Cataluña 3970Birg@comb.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: las manifestaciones de la sarcoidosis son múltiples y variadas.
Motivo de consulta: tumoración submandibular derecha.
Antecedentes personales y familiares: HTA, anemia ferropénica, valvulopatía mitral reumática, sarcoidosis, bocio multinodular. Sin otros antecedentes de interés.
Enfermedad actual: mujer de 58 años de edad que presenta tumoración dolorosa en el ángulo submandibular derecho de 24 h de evolución.
Exploración física: afebril, signos inflamatorios e infiltración de la zona del ángulo mandibular derecho, eritematoso y doloroso; no se observan trismus ni alteración orofaringea. No hay adenopatías laterocervicales.

Pruebas complementarias: analítica: VSG 58 mm/h; Hb 10,9g/l; Hto 32,8 %; VCM 70 y PCR 112. PPD: a las 72 h, positiva (pápula de 10 mm). Rx de tórax normal. Rx de muñeca: rarefacción ósea de extremos distales de cúbico y radio, pinzamiento del espacio articular y erosiones de la superficie articular de ambos huesos (compatible con artritis séptica).

CONCLUSIONES
A pesar de que la sarcoidosis es una enfermedad con afectación predominantemente pulmonar, no hay que dejarse engañar y estar atentos a las diferentes manifestaciones sistémicas que puede presentar, que son múltiples y variadas.

MONOARTRITIS TUBERCULOSA.
A PROPÓSITO DE UN CASO
Gómez García S, García Masegosa J, Iranzo Luna A
CS de Cuevas del Almanzora. Almería. Andalucía silviagomezgarcia@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: dolor en la muñeca derecha.
Enfermedad actual: mujer de 36 años que presenta dolor en la muñeca derecha de varios meses de evolución, que desaparece escasamente con el tratamiento antiinflamatorio y los relaxantes musculares. Refiere inflamación continua de la articulación y parestesias ocasionales. Fiebre vespertina ocasional que cede con antiérmicos.
Pruebas complementarias: analítica: VSG 58 mm/h; Hb 10,9 g/l; Hto 32,8 %; VCM 70 y PCR 112. PPD: a las 72 h, positiva (pápula de 10 mm). Rx de tórax normal. Rx de muñeca: rarefacción ósea de extremos distales de cúbico y radio, pinzamiento del espacio articular y erosiones de la superficie articular de ambos huesos (compatible con artritis séptica).

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: gota, artritis inflamatorias, artritis infecciosas, bursitis traumática y reumática.
Juicio clínico: monoartritis tuberculosa.
La paciente fue derivada a Reumatología ante la sospecha de que presentaba una artritis tuberculosa, donde se le realizó una aspiración del líquido articular y una biopsia de la articulación, con lo que se confirmó el diagnóstico y se inició un tratamiento antituberculostático.

CONCLUSIONES
A pesar de que relativamente infrecuente que es la artritis tuberculosa, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las artritis monoarticular. La importancia de su diagnóstico temprano está en que es potencialmente curable con el tratamiento adecuado, antes de que se destruya la articulación.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: ¿TAN BANAL COMO PARECE?
Calahorra Gázquez L, Navarro Elizondo M, Cebamanos Marín J
Hospital Reina Sofia. Tudela (Navarra). Navarra lore_alfaro5@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.
ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Quístico ovarico y tratamiento con anticonceptivos orales.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Sensación de pérdida de visión.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Patía hipertensiva (exudados algodonosos y algunas hemorragias).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- B leses el hematoma esplénico.

Para realizar el diagnóstico diferencial con una GEA: aparecen complicaciones, de las que una de las más destacables es el hematoma espéncico.

CONCLUSIONES

Aunque en la mayoría de los casos la mononucleosis, infección causada por el VEB, es un proceso banal que se resuelve sin complicaciones, hay que tener en cuenta la posibilidad de que aparezcan complicaciones, de las que una de las más destacables es el hematoma espéncico.

Mujer de 41 años con dolor abdominal, vómitos y fiebre.

Motivo de consulta: paciente de 15 años que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal en mesogastrio, intermitente y de intensidad moderada. Se acompaña de vómitos biliosos de repetición. Tiene hasta 38,5 °C de fiebre. No refiere alteración en las deposiciones. El dolor no se acompaña de ninguna otra sintomatología.

Conocimientos:

- CA: 109/69 mmHg; TC: 105 lpm; Tª: 37,6 °C.

Pruebas complementarias:

- Hemograma, bioquímica y coagulación.
- Ecografí a abdominal: leve esplenomegalía.
- TC de abdomen: esplenomegalía masiva.
- Discretadilatación de la vía biliar intrahepática.

Juicio clínico:

- Hematoma subcapsular bazoo secundario a mononucleosis infecciosa.

Conclusión:

- La HTA maligna: PA elevada con retinopatía avanzada y afectación de los órganos diana.

Estrategia:

- Debe realizarse un tratamiento intensivo de la HTA y controlar las complicaciones sistémicas asociadas.

NEUMONÍA CRIPTOGÉNICA

Sota Yoldi P, Lumbier Martínez de Morentín M, Rubi Alzugaray I, Álvarez Villanueva E, Ciaurriz Martín M, Baizan Echarte E

ÁMBITO DEL CASO

Centro de salud.

PRESENTACIÓN

Varón de 49 años es atendido en la consulta de Atención Primaria por un cuadro de tos seca, dolor retroesternal y MEG con fiebre de 15 días de evolución. El paciente lo relaciona con la inhalación de un producto agrícola pulverizado.

Antecedentes personales: HTA controlada con dieta.

Exploración física:

- Estadística buena ventilación bilateral pulmonar y buena saturación. Se instaura un tratamiento sintomático y otro con Zitromax.

DESARROLLO

Durante el siguiente mes, el paciente acude al médico en tres ocasiones, y se constata un deterioro progresivo clínico con la aparición de disnea al mínimo esfuerzo, crepitantes bibasales y fiebre.

La Rx de tórax se observa una condensación basal derecha que progresa hacia infiltrados dispersos bilaterales. Dada la ausencia de respuesta a diversos tratamientos antibióticos, se decide el ingreso del paciente en Neumología.

En una TC y biopsias transbronquiales, se le diagnostica de neumonía organizada criptogénica bilateral (antiguo BONO), posiblemente secundaria a inhalación tóxica. Se instaura un tratamiento corticoideo a altas dosis y el paciente evoluciona favorablemente, si bien el proceso se cronifica y varios meses después el paciente continúa precisando dosis bajas de corticoides por disnea de grado II.

MUJER DE 41 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA

Martinez Fernández G, Ortega Cerrato A, Masiá Mondéjar J, Pérez Martínez J

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

ÁMBITO DEL CASO

Centro de salud.

PRESENTACIÓN

Mujer de 41 años con disnea de esfuerzo, cefalea holocraneal y astenia de 3 semanas de evolución, a lo que se añade, durante la última semana, sensación de pérdida de visión.

Antecedentes personales: tabaquismo de alta, sedentarismo, etiología quística ovárica.

Antecedentes familiares: madre hipertensa.

Exploración física:

- Bb 3,08; Bb D: 0,8. Resto normal.

Juicio clínico:

- Disnea de esfuerzo grado II.

CONCLUSIÓN

Dado el pronóstico que la paciente presenta HTA maligna con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis maligna.

DISEÑO

- Se realizan pruebas complementarias para filiar la etiología del cuadro y valorar su repercusión orgánica. Ante el deterioro de la función renal y los datos de la biopsia llegamos al juicio diagnóstico de que la paciente presenta HTA maligna con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis maligna.

CONCLUSIONES

- La PA y las lesiones del fondo de ojo sugieren una HTA maligna. Se realizan pruebas complementarias para filiar la etiología del cuadro y valorar su repercusión orgánica. Ante el deterioro de la función renal y los datos de la biopsia llegamos al juicio diagnóstico de que la paciente presenta HTA maligna con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis maligna.

- La PA y las lesiones del fondo de ojo sugieren una HTA maligna. Se realizan pruebas complementarias para filiar la etiología del cuadro y valorar su repercusión orgánica. Ante el deterioro de la función renal y los datos de la biopsia llegamos al juicio diagnóstico de que la paciente presenta HTA maligna con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis maligna.

- La PA y las lesiones del fondo de ojo sugieren una HTA maligna. Se realizan pruebas complementarias para filiar la etiología del cuadro y valorar su repercusión orgánica. Ante el deterioro de la función renal y los datos de la biopsia llegamos al juicio diagnóstico de que la paciente presenta HTA maligna con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis maligna.
CONCLUSIONES
Es preciso incluir siempre la NOC en el diagnóstico diferencial de una neumonía de evolución tórpida y no olvidar nunca los posibles factores desencadenantes referidos por el paciente.

NEUMONÍA VARICELOSA
Miranda Mendoza C, Nágera Bellón F, García López M.
fgmontaraz@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: lesiones cutáneas y fiebre.
Antecedentes personales: alergia a codeína. Fumadora de 15 cig/d. Recibe tratamiento con anticonceptivos orales.
Enfermedad actual: mujer de 31 años remitida al servicio de Urgencias por su médico de Atención Primaria por un cuadro de lesiones cutáneas maculopapulosas y vesículas pruriginosas, con fiebre de 38,5 °C de 48 h de evolución. La paciente presenta accesos de tos con expectoración blanca y en las últimas 24 h, vómitos tussígenos. Su sobrino ha sido diagnosticado de varicela 15 días atrás.
Exploración física: PA: 100/55 mmHg; FC: 126 lpm; Tª: 38,3 °C; pulsooximetría basal: Sat O2 del 98%. Lesiones cutáneas diseminadas en distintos estadios de evolución. Hiperventilación con crepítantes en bases.
Pruebas complementarias: leucocitos: 6,5 x 10(9)/L (neutrófilos 74,5 %, linfocitos 14,8 %, monolitos 8,6 %); plaquetas: 67,000; PCR: 143 mg/L; Na: 133 mEq/L. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: neumonía bacteriana, enfermedades micóticas, neumonitis vírica, parasitosis.
Se inicia tratamiento con aciclovir iv, con mejoría clínica a partir del segundo día.
Juicio clínico: neumonía varicelosa.

CONCLUSIONES
La varicela en adultos puede ser un cuadro grave por sus complicaciones, entre las que destaca la neumonía por su frecuencia y gravedad. Entre los factores favorecedores de su desarrollo se encuentran el tabaquismo, el embarazo, la inmunodepresión, la edad y la EPOC. El hallazgo radiológico más frecuente es un patrón intersticial micronodular de distribución bilateral difuso con predominio en bases. El aciclovir en dosis de 5-10 mg/kg/8 h durante 7-10 días es el fármaco de elección. El inicio precoz de su administración endovenosa se asocia a una mejoría en 24-48 h.

NEUROMA DE MORTON
carolinahduran@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y asistencia especializada.

PRESENTACIÓN
Varón de 19 años acude a la consulta por presentar desde hace 6 meses acorchamiento en la zona plantar del primer dedo del pie derecho, que aumenta cuando lleva mucho tiempo de pie. No practica deporte ni refiere un antecedente traumático previo o lumbalgias.
Antecedentes personales y familiares: sin interés.
Exploración física: dolor a palpatción en la región plantar del primer dedo y al apretar el pie latero-medialmente. Área de hipoestesia en cara plantar y algo menos en cara tibial del primer dedo. Fuerza y reflejos normales.
Pruebas complementarias: Rx de M1D: sin hallazgos. RM: neuroma de Morton en la tercera comisura entre articulaciones metatarso-falángicas.

NEUROCISTERICOSIS, UNA PATOLOGÍA CRECIENTE
Chico Civera R, Siles Cangas M, Ahmad Humaid W, Alonso Rodríguez E, Viñez Ortega R, Arredondo E.
raquelchicociv@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La neurocisticercosis es una patología creciente en nuestro medio.
Motivo de consulta: mujer de 32 años, boliviana, acude a la consulta por cefalea de 3 días sin respuesta a AINE. Desde la noche anterior presenta somnolencia y vómitos. Ante la sospecha de una cefalea secundaria, la derivamos a Urgencias hospitalarias.
Antecedentes personales: sin interés.
Pruebas complementarias: TC craneal: hídrocefalia triventricular. TC con contraste y angio-TC sin lesiones.
Se avisa a Neurocirugía, que decide intervenirla quirúrgicamente y efectúa un drenaje urgente (trépano frontal, introducción de endoscopia con visualización de quiste en III ventrícuulo, que obstruye el acueducto de Silvio). Se hace una biopsia.

CONCLUSIONES
A veces es importante considerar patologías cuya incidencia había disminuido en nuestro país y que con el aumento de inmigrantes procedentes de zonas endémicas están reapareciendo en las consultas.

NEUROMA DE MORTON
carolinahduran@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y asistencia especializada.

PRESENTACIÓN
Varón de 19 años acude a la consulta por presentar desde hace 6 meses acorchamiento en la zona plantar del primer dedo del pie derecho, que aumenta cuando lleva mucho tiempo de pie. No practica deporte ni refiere un antecedente traumático previo o lumbalgias.
Antecedentes personales y familiares: sin interés.
Exploración física: dolor a palpatción en la región plantar del primer dedo y al apretar el pie latero-medialmente. Área de hipoestesia en cara plantar y algo menos en cara tibial del primer dedo. Fuerza y reflejos normales.
Pruebas complementarias: Rx de M1D: sin hallazgos. RM: neuroma de Morton en la tercera comisura entre articulaciones metatarso-falángicas.
DESAARROLLO
Diagnóstico diferencial: neuropatía periférica frente a la focal (neuroma de Morton).
Diagnóstico final: neuroma de Morton.

CONCLUSIONES
Se inicia un tratamiento con analgesia oral e infiltración local de corticoides, sin que el paciente experimente una mejoría, por lo que se le deriva a Traumatología para su valoración quirúrgica.

NEUROMA DE MORTON. A PROPÓSITO DE UN CASO
Gómez García S, García Masegosa J, Irano Luna A
CS de Cueva del Almanzora. Almería. Andalucía
silviagomezgarcia@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixta.

PRESENTACIÓN

Enfermedad actual: mujer de 53 años que presenta un dolor punzante en la región anterior del pie izquierdo, de 2 meses de evolución, al principio ocasional y posteriormente casi constante. El dolor a nivel plantar se irradia hacia los dedos. Se diagnostica de metatarsalgia y se inicia un tratamiento con antiinflamatorios. Se deriva a la paciente al podólogo para que trate las callosidades en ambos pies. A los 10 días, la paciente acude de nuevo a la consulta, donde se le realiza una anamnesis y una exploración detallada. Comenta que el dolor empeora cuanto más camina y al ponerse zapatos de tacón, y que mejora por la noche, cuando se da un masaje.

Exploración física: destaca la palpación dolorosa en la zona anterior del pie, con fuerza y sensibilidad conservada. No se observa deformidad. Signo del “clic” de Mulder positivo.

Pruebas complementarias: Rx del pie; osteoartritis. RM del pie: engrosamiento de nervio interdigital entre el tercer y el cuarto metatarsiano.

DESAARROLLO
Diagnóstico diferencial: pie plano, dedos en garra o martillo, Hallux valgus, callosidades, artrosis, fracturas, traumatismos, necrosis avasculares, afecciones de huesos sesamoideos, síndromes de compresión nerviosa, gota, artritis, fascitis, tendinitis, pie diabético, neuropatía.

Juicio clínico: neuroma de Morton. La paciente fue derivada a Traumatología, donde se le intervino quirúrgicamente para realizar la sección del ligamento metatarsiano transversal y se le extirpó el nervio interdigital afectado.

CONCLUSIONES
Las consultas por dolores osteomusculares son frecuentes en Atención Primaria. Casi todos los pacientes que acuden a la consulta por problemas en los pies sufren dolor, por lo que para establecer el diagnóstico es importante efectuar una anamnesis detallada y un buen diagnóstico diferencial.

«NO PUEDO CAMINAR»
Del Olmo De la Iglesia D, Escuer Mateu P, Soler Elcacho C, Farran Torres N, Hernández Aznar M, Pérez Durán M
ABS Eixample. Lleida. Cataluña
o.del.olmo@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixta.

PRESENTACIÓN
Motive de consulta: inestabilidad y disartria. Antecedentes personales: paciente rumano que vive en España desde hace 3 meses. Presenta esclerosis múltiple, diagnosticada en Rumanía hace 2 años, en tratamiento con prednisona y pendiente de iniciar interferón. Ha presentado varios episodios de debilidad en las piernas, disartria y ataxia, interpretados como brotes de esclerosis múltiple. Hace 1 mes presentó hemiparesia derecha, disartria ycefalea occipital que se diagnosticó como una migraña basilar. Se le pautó prednisona 25 mg durante 15 días al mes y topiramato.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: paciente de 34 años que acude a urgencias por presentar bruscamente inestabilidad en la marcha con imposibilidad para la bipedestación, junto con dificultad para articular el lenguaje. No tiene cefalea. Dos días antes ha estado realizando ejercicio.


DESAARROLLO
Diagnóstico diferencial: ataxia episódica: intoxicación aguda (alcohol, fármacos), AI, esclerosis múltiple, hidrocefalia intermitente, ataxia episódica hereditaria, ataxia metabólica.

Juicio clínico: ataxia episódica hereditaria tipo II esporádica.

CONCLUSIONES
El cuadro se autolimita en 24 h y se inicia un tratamiento con acetzolamida.
Es una enfermedad esporádica o familiar AD, caracterizada por ataques recurrentes de ataxia. Duran desde minutos hasta días. Se desencadenan debido al estrés, por ingesta de café o alcohol y al hacer ejercicio. El 50% de los pacientes presenta vértigo, disartria, nistagmus o diplopía. Está relacionada con la migraña hemipléjica familiar, pues comparte la misma mutación CACNL1A4, cuya clínica había presentado el paciente en episodios anteriores.

NO PUEDO CON MI MÉDULA
Soler Elcacho C, Farran Torres N, Villalba Tost L, Sarmiento Cruz M, Escuer Mateu P, Hernández Aznar M
ABS Eixample. Lleida. Cataluña
cselcacho@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.
PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: mareo, astenia y mal estado general de 2 semanas de evolución.

Antecedentes personales: neumonía basal derecha (13/12/07), HTA, poliartrrosis. En tratamiento actualmente con un antihipertensivo.

Enfermedad actual: paciente de 79 años que presenta sensación de mareo y astenia de 2 semanas de evolución. No se da otra clínica acompañante.

Exploración física: estado general regular, Tª axilar: 35,1 ºC; SatO₂ 97-98%. ACR: crepitantes basales izquierdos. El resto es normal.


CONCLUSIONES

Tras ser diagnosticada por un nuevo proceso neumónico en una localización distinta en menos de 1 año, además de presentar el cuadro de astenia, se decidió realizar un estudio analítico completo para descartar una patología que pudiera estar inmunodeprimiendo a la paciente.

Tras el diagnóstico analítico de mieloma se inició un tratamiento con EPO y corticoides, además del tratamiento antibiótico de la neumonía. La paciente mejoró su clínica y analítica a los 2 meses. Actualmente realiza controles periódicos en Hematología y continúa el tratamiento corticoideo con infusiones endovenosas de ácido zolédronico bimensuales.

NO SIEMPRE ES GRIPE...

Llompart Cerdà A, Salamanca Seguí M, Bestard Reus F
CS Son Gotleu. Palma de Mallorca. Illes Balears
antonliom@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: la gripe es un proceso infeccioso que cursa con malestar general, mialgias y fiebre, y dura más que el resfriado común. Sin embargo, puede que en ocasiones se abuse de este diagnóstico ante procesos febriles.

Motivo de consulta: mujer de 63 años que acude en dos ocasiones a Urgencias de Atención Primaria por fiebre.


Enfermedad actual: cuadro progresivo de 10 días de duración con malestar general. Se inició con lumbalgia acompañada de radiodulce D incapacitante, seguida por un cuadro febril, MEG y clínica cataral. No mejoró con analgesia ni con los antitérmicos pautados en dos ocasiones en Atención Primaria, por lo que decidió acudir al hospital.

Exploración física:
- Primera visita: febrícula y lumbalgia irradiada incapacitante.
- Segunda visita: decaimiento general, mialgias y fiebre de 7 días como únicos hallazgos.
- Visita hospitalaria: MEG, palpidez, adenopatías submandibulares e inguinales, omalgia D incapacitante, fiebre.

Pruebas complementarias: en el hospital, se le hizo un análisis urgente, que mostró una elevación importante de todos los reactantes de fase aguda (leucocitos 51,4x10^9/L –N 93,4 %–, fibrinógeno, LDH, PCR). Durante el ingreso en el hospital se le realizó un estudio de la fiebre, de origen desconocido: analítica con estudio inmunológico, marcadores tumoriales, cultivos varios, ECO abdomen-renal, ECO-cardio y TC toracoabdominal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: fiebre de origen desconocido, gripe, arritmis de hombro (posible relación con la vacunación antígeno renal), proceso inmunológico.

Juicio clínico: espondilodiscitis L3-L4 con extensión del absceso al músculo psoas.

CONCLUSIONES

La posibilidad de observar la evolución del paciente en Atención Primaria debería haber llevado a descartar la gripe como primera opción (fiebre de más de 6 días, más vacunación antigripal previa) y a iniciar el estudio de la fiebre.

NO SIEMPRE ES UN CóLICO RENAL

Ahmad Humaid W, Díaz Luperena J, Alejano Rodríguez A, Sánchez Pulgarín I.
Vázquez Rodríguez L, Martínez Villena B
CS Cañadas. Madrid. Comunidad de Madrid
wael_spain@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN

Varón de 55 años que acude a Urgencias hospitalarias por un dolor en la fossa renal izquierda de tipo cólico de 8 h de evolución. No presenta fiebre ni síndrome miccional.

Antecedentes personales: fumador de 40 cig/d, cardiopatía isquémica (enfermedad de 3 vasos revascularizada), flúter auricular e insuficiencia mitral severa con sustitución valvular metálica. Está en tratamiento con AAS, torasemida, amiodarona y acenocumarol.

Exploración física: AC: clic metálico en foco mitral; AP: normal; PA: cifras normales. Abdomen doloroso a la palpación en el lado izquierdo; puñopercepción renal bilateral negativa.

Con el diagnóstico de cólico renal, se le administra AINE iv, con lo que el paciente experimenta una mejoría y se le da el alta.

DESARROLLO

Seis horas más tarde el paciente vuelve al servicio de Urgencias con dolor abdominal intenso irradiado a la fossa renal izquierda, lo que se acompaña de sudoración profusa y malestar general. En la exploración destaca hipotensión masa abdominal pulsátil palpable y ausencia de pulsos distales, motivo por el que se solicita una TC abdominopélvica urgente, con el resultado de aneurisma de aorta abdominal y torsión de un importante hematoma retroperitoneal y líquido libre abdominal.
El paciente es trasladado al quirófano para realizarle una laparotomía media. Durante el procedimiento quirúrgico, el paciente presenta una parada cardíaca no recuperable y fallece.

CONCLUSIONES
Ante un paciente con una clínica inicial evidente de cólico renal con escasa respuesta al tratamiento y un riesgo cardiovascular alto se debe mantener una elevada sospecha de una patología ártica por las repercusiones clínicas que conlleva.

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO: UN HALLAZGO CASUAL
Quesada Almácels A, Villalta Tost L, Pereló García I, Molló Iniesta M, Falguera Vilamajó M, Rodríguez Garrocho A
ABS Pla d’Urgell, Mollerussa (Lleida), Catalunya

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: paciente de 61 años que presenta dolor costal izquierdo de 1 mes de evolución.
Antecedentes personales: ex fumador, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular.
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: el paciente acude a la consulta para que se vuelva a valorar una molestia costal que no mejorara.
El paciente está muy ansioso y exige que se estudie su caso. Se pide Rx de tórax, donde se observa nódulo pulmonar solitario en el lóbulo superior derecho. Se deriva al paciente a unidad de Diagnóstico Rápido.

Exploración física: abdomen blando y depresible, doloroso a nivel hipocondrio, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo acústico, no se palpan masas ni malacias. Dolor a la presión a nivel de la zona costal izquierda, no hay crepitación ósea. ACP anodina.

Pruebas complementarias: Rx de tórax, TC de tórax con punción aguja fina (PAAF), broncoscopia, gammagrafía ósea.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cavernácea tuberculosa, cuerpo extraño, empiema encapsulado, hamartoma, micetoma, masa pulmonar, neumonía, absceso pulmonar.
Juicio clínico: dado que el paciente tan sólo presenta dolor, sin otra clínica acompañante, y con el antecedente de fumador, la primera sospecha es de una masa pulmonar.

CONCLUSIONES
El paciente presenta un dolor costal de características mecánicas que no mejora con analgesia, por lo que se decide realizar una Rx de tórax, en la que se advierte un nódulo pulmonar solitario. Después del estudio de extensión se descubre que el dolor costal se debe a una metástasis ósea. A partir de un dolor que parecía de lo más benigno, nos encontramos con una masa pulmonar tipo oat-cell de mal pronóstico. El paciente está actualmente recibiendo un tratamiento paliativo.

NÓDULOS DOLOROSOS: ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA
Falgüera Vilamajó M, Molló Iniesta A, Rodríguez Garrocho A, Pereló García I, Sarmiento Cruz M, Llovet Font R
ABS Pla d’Urgell, Mollerussa (Lleida), Catalunya

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Una paciente presenta lesiones dermatológicas dolorosas en las EEl.
Antecedentes personales: ausencia de alergias conocidas. Trastorno depresivo recurrente en tratamiento.
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: mujer de 35 años que presenta un cuadro de 24 h de evolución de nódulos dolorosos y eritematosos a nivel distal de la extremidad inferior derecha, sin otra sintomatología. No refiere ingesta de nuevos fármacos ni haber sufrido traumatismos recientes o una picadura de insecto.
Exploración física: afebril. Presencia de unos cuatro o cinco nódulos eritematosos, indurados, dolorosos en la palpación, simétricos, no fluctuantes, de 4-5 cm a nivel de la región prebílar derecha. El resto de la exploración es normal.
Pruebas complementarias: analítica: hierro 120 µg/dl; ferritina 94,9 ng/ml; PCR 7,7; factores reumatoideales inferior a 5 UI/ml; tirotropina 4,47 mU/l; TSH 27. El resto de los parámetros son normales. Rx de tórax sin adenopatías. PPD: negativo. Biopsia cutánea: panvulitis septal con infiltrados linfocitarios y neutrófilos, granulomas. Ausencia de vasculitis.

DESARROLLO
Juicio clínico: eritema nodoso idiopático.

CONCLUSIONES
Se trata de un cuadro sugestivo de eritema nodoso. Lo que debe valorarse en su diagnóstico diferencial es la causa de éste: ingesta de fármacos, síntomas gastrointestinales o de enfermedades crónicas como la sarcoidosis y tuberculosis. Es importante realizar las pruebas que están al alcance del médico de Atención Primaria, como un estudio analítico con PCR y VSG, descartar infecciones bacterianas activas y hacer una Rx de tórax y PPD.
El 55% de los casos de eritema nodoso son idiopáticos, se resuelven espontáneamente y mejoran con AINE.

NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSIVA A MEDICAMENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE PERICARDITIS TRAS UN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA
Bordón Hernández S, González López M, Socas Domínguez H, Hernández Estévez M
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias
chanibordon@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y Salud Mental.

PRESENTACIÓN
Entre 1-3% de las consultas de Atención Primaria se deben a reacciones adversas a medicamentos (RAM). La comercializa-
Antecedentes personales: origen marroquí. Consumidor esporádico de cannabis y alcohol.

Motivo de consulta: dolor torácico.

Antecedentes personales: origen marroquí. Consumidor esporádico de cannabis y alcohol.

Antecedentes familiares: desconocidos.

Enfermedad actual: varón de 17 años que acude al servicio de Urgencias del centro de salud refiriendo dolor en el hemitórax izquierdo de 7-10 días de evolución, punzante, que aumenta con la respiración profunda. No refiere fiebre ni infección respiratoria previa.

Se encuentra en tratamiento con risperidona desde hace 6 semanas por un episodio psicótico agudo.

Exploración física: afebril, hemodinámicamente estable. Tolerando el decúbito. No IY. ACP: RsCsRs de buena intensidad, sin soplos ni roce pericárdico. MCV sin resortes ni derrames. Ausencia de adenopatías u organomegalías.

Pruebas complementarias: analítica: normal. ECG: Rs 68 lpm, elevación difusa y cóncava de ST. Rx de tórax: normal. ECOTF: mínimo derrame pericárdico (<0,5 cm).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: pericarditis aguda infecciosa-idiopática, post-infarto, metabólica, autoinmune, neoplásica, traumática y farmacológica.

Juicio clínico: pericarditis aguda. Suspecha de RAM a risperidona.

CONCLUSIONES

Es importante detectar posibles reacciones adversas a medicamentos, ya que según la legislación vigente estamos obligados a notificarlas al sistema de farmacovigilancia mediante la tarjeta amarilla.

Es importante conocer la implicación de los antipsicóticos atípicos en el desarrollo de síndrome metabólico, TEP y lesiones cardiacas, tales como pericarditis, miocarditis o muerte súbita.

NUEVAS TÉCNICAS DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN ATENCIÓN PRIMARIA: CITOLÓGIA LÍQUIDA

Rodríguez Alonso D, Ordóñez Ruiz M, Cortés Molina S, Cedeño Benavides T, Rodríguez Melgarejo M
CS La Chana. Granada. Andalucía
T.091@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Méxto.

PRESENTACIÓN

Paciente de 33 años que acude a la consulta en una primera visita, procedente de otra comunidad autónoma, por nasofaringitis aguda. No tiene citologías previas y tras ahondar en este aspecto refiere que nunca se ha realizado una citología para la prevención de cáncer de cérvix.

Motivo de consulta: nasofaringitis aguda.

Antecedentes personales: fumadora ocasional.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración física: sin interés. Exploración ginecológica: eritroplasia peиorificial, flujo normal, no purulento, ausencia de adenopatías inguinales.

Pruebas complementarias: toma de citología en medio líquido, analítica general.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: resultado anatomopatológico de ASCUS y tipificación de VPH 36,51 y 53. Revisión y control a los 6 meses.

Juicio clínico: ASCUS.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria es la puerta de entrada al diagnóstico precoz de numerosas neoplasias.

La citología líquida es un nuevo método diagnóstico que se acaba de implantar en nuestra área y que nos da la oportunidad de realizar una citología de una forma más sencilla y con una especificidad mayor; además nos permite realizar el tipificación viral en el mismo acto y en el caso de que la anatomía patológica sea dudosa.
Diagnóstico diferencial: hígado graso, hepatopatía alcohólica, hepatitis virica, hemocromatosis, hepatitis crónica no virica, autoimmune, enfermedad de Wilson, déficit de alfa-1-antitripsina, secundaria a fármacos.

Juicio clínico: hepatitis medicamentosa.

CONCLUSIONS
Los pacientes no siempre mienten sobre sus hábitos tóxicos. Siempre hay que tener en cuenta los efectos secundarios de los fármacos.

¿OJO CLÍNICO O HALLAZGO CASUAL?

Cerrillo García I, López Eugenio A, Moya Vergara C
CS Murcia-Centro. Murcia. Región de Murcia
ire2ire@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: varón de 30 años que acude a la consulta de Atención Primaria para realizar un estudio preoperatorio para litotricia.

Motivo de consulta: el paciente es derivado desde Atención Primaria por el hallazgo de imágenes radiológicas compatibles con adenopatías mediastínicas.

Antecedentes personales: sin interés.

Enfermedad actual: refiere tos sin expectoración, disnea de esfuerzo y síndrome constitucional. Rx del tórax: imágenes cicatriciales en ambos lóbulos superiores.

Exploración física: anodina.


Diagnóstico diferencial y discusión:
– Se descarta TBC dado el resultado del Mantoux y del Zhiel Neelsen.
– Se sospecha linfoma por la beta-2-microglobulina elevada.
– Se sospecha sarcoidosis por el cociente CD4/CD8 elevado.
– Se solicita beta-HCG y alfa fetoproteína para descartar un tumor de células germinales.
– Se decide hacer una biopsia de las adenopatías para establecer el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico definitivo: sarcoidosis.

CONCLUSIONES
Se estima que la incidencia anual de sarcoidosis en España es de 1,36/100.000 habitantes. Dos tercios de los pacientes presentan una resolución espontánea de la enfermedad; el resto evoluciona crónicamente. La mortalidad es de 1-5%. El tratamiento se basa en los corticoides orales como tratamiento de primera línea.

OSTÉITIS CONDENSANS ILII

Montiel Argaiz R, Fernández García S
CS Gonzalo de Berceo. Logroño (La Rioja). La Rioja
bilisia@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
El dolor lumbar es un motivo de consulta habitual de algunas mujeres durante el posparto. La mayoría de las veces son diagnosticadas de lumbalgia o ciatalgia, pero hay entidades menos frecuentes que merece la pena tener en cuenta a la hora de plantearse el diagnóstico diferencial.

Motivo de consulta: dolor lumbar de tipo mecánico durante el posparto.

Antecedentes personales: obesidad grado I y parto eutóxico hace 6 meses.

Enfermedad actual: mujer de 33 años que acude a la consulta por dolor lumbar bajo de tipo mecánico de varios meses de evolución, que irradiía a la región glútea.

Exploración física: la movilidad de la columna lumbar y de ambas caderas está conservada.

Pruebas complementarias: Rx de columna lumbar, pinzamiento posterior del espacio L5-S1 y aumento de la densidad en la articulación sacroiliaca de forma bilateral, de predominio derecho, al nivel del hueso ilíaco.

DESARROLLO
A pesar de la medicación que se le ha administrado, la paciente presenta dolor a la presión digital en el punto sacroiliaco derecho, así como unas maniobras de apertura, cierre y FABERE positivas a la derecha.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia, sacroileitis, ciatalgia, coxalgia.

Juicio clínico: osteítis condensans ilii.

CONCLUSIONES
La osteítis condensans ilii es una entidad con una prevalencia nada despreciable. Puede observarse casi exclusivamente en mujeres jóvenes durante el periodo posparto en forma bilateral, y más raramente, en varones y mujeres nulíparas en forma unilateral. Se desconoce su etiopatogenia.

En algunos casos se detecta con pruebas radiológicas en pacientes asintomáticos. La clínica característica es un síndrome y en ocasiones simula una ciatalgia. Persiste durante semanas o meses, con remisiones y exacerbaciones. El tratamiento es conservador, y en casos rebeldes puede administrarse AINE.

OTALGIA Y DETERIORO NEUROLÓGICO

Navarrete Martínez J, Bogdan A, Gil Aguilar V
Hospital La Inmaculada. Huercal-Overa (Almería). Andalucía
junav@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.
PRESENTACIÓN
El catarrato es una patología banal, pero en pacientes de riesgo (con DM, inmunodeprimidos, etc.) requiere un mayor seguimiento por la potencialidad de las complicaciones.

Motive de consulta: deterioro neurológico.

Antecedentes personales: NAMC, DM tipo 2, hipercolesterolemia.

Enfermedad actual: paciente de 64 años refiere un cuadro cata- rral de 1 semana de evolución. En las últimas 24 h aparece tendencia al sueño y otalgia, y el médico de Atención Primaria le pauta antibióticos (1 comp/d). Ante el empeoramiento neurológico del paciente, se le deriva a Urgencias hospitalarias.


Pruebas complementarias: función renal normal; PCR 13,6; Hb 14; leucocitos 13100 (N 80%); plaquetas 313.000; INR 0,9; IQ 108; GSA Ph 7,4. TC craneal: otomastoiditis complicada. Función lumbar: LCR 560 leucocitos (90% PMN, 90 hematíes, proteinas 458, glucosa 123, LDH 172. Tinción de Gram: diplococo).

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: M. bacteriana, M. viral, M. tuberculosa, M. micótica, M. parasitaria o por otros gérmenes, encefalitis, absceso cerebral, intoxicaciones.


CONCLUSIONES
La otalgia es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria que no hay infravalorar por las amplias posibilidades de complicaciones subyacentes.

OTRA DORSALGIA MECÁNICA
Díaz Lupurena J, Alejano Rodríguez A, El Assar De la Fuente S, Sánchez Pulgarín I, Ahmad Humaid W, Vázquez Rodríguez L
CS General Ricardos (EAP San Isidro). Madrid. Comunidad de Madrid javierd76@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Las dorsolumbalgias son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. La mayoría de ellas son benignas, pero a veces ocultan procesos malignos que podrían revelarse con una anamnesis detallada.

Motive de consulta: varón de 53 años, fumador de 40 cig/d, camionero, que consulta por dorsalgia mecánica de 3 días de evolución, por lo que se le pauta AINE. En una segunda visita, se le prescriben miorelajantes, dada la falta de mejoría, y en Urgencias le incrementan la pauta analgésica.

Durante este mismo mes vuelve al centro de salud, donde se incluye en la anamnesis un antecedente familiar de melanoma materno, anorexia, astenia y pérdida no cuantificada de peso de al menos 1 mes de evolución, mayor dorsalgia y parestesias en las extremidades.

Exploración física: bradipsiquia, bradilalia y marcha dificultosa, por lo que se le envía a Urgencias.

Pruebas complementarias: analítica: Ca 14 mg/dl; creatinina 3,9 mg/dl. Rx de tórax: ensanchamiento mediastínico y masa en LSI; Rx pélvica con múltiples lesiones líticas isquiopubianas.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: neoplasia pulmonar, neumonía atípica, mieloma múltiple. Juicio clínico: adenocarcinoma bronquial, metástasis óseas y cerebrales, hipercalemia tumoral y fracaso renal secundario, por lo que el paciente es derivado a Oncología.

CONCLUSIONES
Los dolores mecánicos con sintomatología inespecífica (anorexia, etc.) de evolución tórpida en pacientes con riesgo de padecer procesos neoproliferativos (tabaquismo, AF, datos reco- gidos en la anamnesis) deben alertarnos para que realicemos estudios detallados en busca de procesos neoproliferativos malignos.

PACIENTE CON DISFONÍA EN EL CONTEXTO DE UN SÍNDROME FEBRIL
Pavón López C, Gallego Vigil L, Serrano Heras A, Sánchez Fernández A, Alba Rodríguez N
CS Lucena 1. Lucena (Córdoba). Andalucía cpavon@medynet.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención especializada.

PRESENTACIÓN
Varón de 70 años, con diagnóstico de HTA, alteración del metabolismo hidrocarbonato, pieloplastia por estenosis ureteral, celofalas ocasionales y portador de serología positiva para VHB, acude a la consulta por cuadro de varios meses de evolución de disfonía asociada posteriormente con fiebre de hasta 39 °C. En la anamnesis dirigida el paciente refiere haber presentado un herpes labial.

Exploración física: disfonía, T:\(\text{\textdegree}\)C 37,7 °C y aftas en el borde lin- gual izquierdo. El resto resulta normal.


El paciente es valorado por el servicio de Otorrinolaringología, que informa de la existencia de una disfonía secundaria a parálisis cordal izquierda. Se realiza una prueba diagnóstica.

DESARROLLO
Se realiza el diagnóstico diferencial de disfonía como síntoma guía.

La etiología distingue causas centrales y periféricas. Las periféricas pueden ser traumáticas, tumores torácicos o cervicales, idiopáticas y postradiación. Un quinto grupo lo constituyen los procesos inflamatorios toracocervicales, adenopatías, bocis, abscesos, alteraciones de la aorta.

Juicio clínico: arteritis de células gigantes.
CONCLUSIONES
Se llega a un diagnóstico por una sintomatología atípica.

PACIENTE EN SITUACIÓN DE DUELO CON PALPITACIONES
Pendón Fernández S, Sarmiento Cruz M, Velasco Bermúdez L,
Fernández Martín P
CS de Nerja. Málaga. Andalucía
megasalva@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mujer de 45 años sin antecedentes personales de interés, fumadora de 20 paquetes/año, que consulta al médico por la sensación de palpitaciones autolimitadas desde hace 1 año que duran 2-5 minutos acompañadas de sudoración profusa y nerviosismo. Le sucede desde la muerte de su madre.

PRESENTACIÓN

Se inicia un tratamiento con diltiazem, fluoxetina y lorazepán.

DESARROLLO
Se plantea el diagnóstico de TPSV autolimitada, hipertiroidismo, hipoglicemia o síndrome ansioso depresivo. La paciente no se muestra de acuerdo con el tratamiento, a pesar de lo cual se la termina convenciendo de que se trata de un cuadro ansioso depresivo.

Finalmente, uno de los cuadros le dura 15 minutos y la paciente acude a Urgencias, donde se le detecta en el ECG TPSV con RV a 160 lpm.

CONCLUSIONES
A pesar de que, en muchas ocasiones, todas las pruebas complementarias son normales, el diagnóstico de TPSV en personas con sensación subjetiva de palpitaciones no debe descartarse hasta que no se realice un ECG en la fase sintomática.

PAGET ÓSEO
Barreiro Carreño M, Maza Vera M, Iglesias Collazo M, Lorenzo San Martín A,
Dávila López M, Quinteiro Seoane C
CS Calle Cuba. Vigo (Pontevedra). Galicia
lolaflores80@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mujer de 59 años acude a la consulta en múltiples ocasiones por astenia, trastornos menstruales, debilidad, caída del cabello y edemas en EEL.

Antecedentes personales: nulípara, no presenta alergias medicamentosas conocidas, HTA, hiperlipemia mixta, hipotiroidismo, anemia crónica no filiada, anor frente a IAM no Q, trastorno depresivo, sepsis de origen biliar y coma mixedematoso con colestasis disociada que precisó su ingreso en la UCI. En tratamiento con estatinas, ISRS, IECA y antiagregante. Intervendida quirúrgicamente por colecistectomía.

Exploración física: BEG, palidez cutáneo-mucosa, PA: 130/70 mmHg, ACP: soplo sistólico eyectivo; el resto de la exploración es normal.

Se deriva a la paciente a Endocrinología para controlar la hiperlipemia.

Pruebas complementarias: panhipopituitarismo e insuficiencia suprarrenal secundaria. Se solicita una RM craneal.

La paciente es diagnosticada de síndrome de silla turca vacía (STV), por lo que se instaura un tratamiento hormonal sustitutivo.
DESARROLLO

Juicio clínico: panhipopituitarismo secundario por síndrome STV.

El STV consiste en una ocupación parcial o total de la cavidad sellar por el LCR a causa de una hemiación o invaginación del espacio subaracnoideo al interior de la silla. Predomina en la edad adulta (40-60 años) y es más frecuente en mujeres. La función hipofisaria, conservada en muchos casos, puede demostrar cierto grado de disfunción en un porcentaje de los pacientes.

El hipopituitarismo es la disminución o ausencia de secreción de una o más hormonas hipofisarias. El inicio de la clínica es gradual. La secuencia descrita consiste en pérdida de hormona o en un porcentaje del grupo de pacientes. Del crecimiento (suele pasar desapercibido en el adulto), gona
droción hipofisaria, conservada en muchos casos, puede demostrar edad adulta (40-60 años) y es más frecuente en mujeres. La función hipofisaria, conservada en muchos casos, puede demostrar cierto grado de disfunción en un porcentaje de los pacientes.

La secuencia descrita consiste en pérdida de hormona o en un porcentaje del grupo de pacientes. Del crecimiento (suele pasar desapercibido en el adulto), gona
droción hipofisaria, conservada en muchos casos, puede demostrar edad adulta (40-60 años) y es más frecuente en mujeres. La función hipofisaria, conservada en muchos casos, puede demostrar cierto grado de disfunción en un porcentaje de los pacientes.

Diagnóstico diferencial: infecciosa, neurológica, tumoral, enfermedades sistémicas, sarcoidosis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Paget osea, vasculitis.

Juicio clínico: parálisis periférica secundaria a hemangioma.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la parálisis periférica secundaria a hemangioma es fundamentalmente clínico; las pruebas complementarias deben solicitarse ante la sospecha de una causa distinta de la idiopática. Su tratamiento y seguimiento puede iniciarse en el ámbito de la Atención Primaria.

Es fundamental orientar el diagnóstico para diferenciar la parálisis periférica de la central. Debe valorarse la posibilidad de estar ante una etiología orgánica en función de su evolución y sus síntomas acompañantes.
PATOLOGÍA IMPORTADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Montesa Lou C, Muñoz Jacobo S, Espués Albás L, Alcalá Aniento J,
Marco Gracia M, Sánchez Galán P
CS Delicias Sur. Zaragoza. Aragón
cmontesa@salud.aragon.es

ÁMBITO DEL CASO

Nuestro objetivo es presentar un caso de una patología importada de una paciente atendida en nuestro centro de salud.

PRESENTACIÓN

La paciente acudió a la consulta quejándose de cefalea retrobiliar constante, fiebre de hasta 38 °C y una erupción en ambos antebrazos con ligera descamación furfurácea desde hacía 12 h.

Antecedentes personales y familiares: sin antecedentes familiares ni patológicos de interés, salvo el dato epidemiológico del viaje a Caracas hacía 5 días.

Exploración física: estable hemodinámicamente; examen neurológico normal. Ausencia de sangrados, rash en antebrazos ligera furfuráceo y eritema con dermatografismo blanco (signo de la palma) en el tronco. Linfadenopatías inguinales bilaterales. El resto resulta anodino.

DESARROLLO

Ante la sospecha de que se trata de una patología importada, se solicitan analíticas con todas las serologías disponibles a nuestro alcance y se cita de nuevo a la paciente al cabo de 3 días para ver su evolución. Se confirma entonces fragilidad vascular con el signo del torniquete al objetivarse más de 20 petaquias.

Diagnóstico diferencial: malaria, fiebre mayaro, chikungunya, fiebre amarilla, gripe, borreliosis y rickettsiosis. Algunas de estas enfermedades se descartan por serología, y las demás por la evolución clínica de la paciente. Se objetiva leucopenia con trombocitopenia. Gota gruesa en urgencias negativa. La paciente evoluciona favorablemente con tratamiento sintomático.

Juicio clínico: dengue.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro febril en un viajero procedente de zona endémica, toda fiebre es una malaria hasta que no se demuestre lo contrario. No hay que olvidar que sabiendo los periodos de incubación y la clínica, muchos de los cuadros tropicales son de fácil diagnóstico clínico, sin la necesidad de recaer a pruebas serológicas.

PATOLOGÍA TIROIDEA

Homedes Celma L, Panisello Tafalla A, Lucas Noll J, Borràs Vilalta I,
Toumourova J, Rascón Roig N
CAP El Temple. Tortosa (Tarragona). Cataluña
laiahomedes@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

La tiroiditis posparto es un proceso autoinmune que se presenta más frecuentemente durante el primer año posparto. Su incidencia es del 10-15% en embarazadas. Existen factores predisponentes, como la presencia de una enfermedad autoinmune, antecedentes personales o familiares de patología tiroidea y de tiroiditis posparto previamente.

Motivo de consulta: mujer de 35 años, primípara, que 4 meses después del parto, consulta por labilidad emocional, cansancio y aumento ponderal incontrolable.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Exploración física: aumento de peso de 12 kg; IMC 34,3. El resto de la exploración entra dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: analítica: TSH elevada, T3 y T4 discretamente disminuidas con anticuerpos antitiroideos positivos. El resultado de la ecografía es una glándula tiroidea reducida, hipoeccica y heterogénea sin presencia de nódulos valorables.

Diagnostica de tiroiditis posparto, se inicia un tratamiento con levoitroxina. Cuatro meses después de iniciar el tratamiento, la paciente se mantiene asintomática con TSH dentro de la normalidad.

DESARROLLO

Se hizo un diagnóstico diferencial entre un trastorno desadaptativo y una patología tiroidea por la labilidad emocional que presentaba la paciente, su cansancio y el aumento de peso.

CONCLUSIONES

La tiroiditis posparto se caracteriza por una fase hipertiroidica que puede pasar desapercibida, seguida de una fase hipotiroidica, donde más frecuentemente se diagnostica la enfermedad. Está condicionada por alteraciones del sistema inmunológico en el posparto. Debido a la prevalencia que tiene, es importante tenerla presente en las mujeres que consultan por síntomas emocionales después del parto. La recidiva en partos posteriores es del 70%.

¡PEDIATRÍA: TAMBIÉN NOS TOCA CONOCERLA!

Vázquez Rodríguez L, García Marín A, Hernández Durán C,
Sánchez Pulgarín I, Ordóñez León G, Albarracín Moreno B
CS Guayaba. Madrid. Comunidad de Madrid
luztamaravazquez@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

En la actualidad, los médicos de familia atendemos en muchas ocasiones a niños en los centros de salud debido a la escasez de pediatras en Atención Primaria, por lo que debemos estar preparados para diferenciar las patologías que requieran atención urgente.

Niño de 11 años al que su madre lleva a la consulta porque le han aparecido manchas por el cuerpo y ha comenzado a orinar sangre. No tiene fiebre. Los días previos había presentado un cuadro de gastroenteritis para el que siguió un tratamiento sintomático. En la exploración física se observan petaquias en la cara, el cuello, la parte superior del tórax y ambos muslos, y hepatoesplenomegalia. El resto resulta normal.

Ante los hallazgos se deriva al paciente a Urgencias de Pediatría para realizar una analítica urgente. También se realiza una ecografía abdominal urgente, en la que se observan riñones aumentados de tamaño con mala diferenciación corticomédular. Leve hepatomegalia y esplenomegalia.

Se inicia tratamiento con sueroterapia y se ingresa al paciente para continuar su estudio.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: sindrome hemolítico urémico, púrpura trombocitopenica idiopática, lupus eritematoso sistémico.
Juicio clínico: lupus eritematoso sistémico con afectación renal severa (insuficiencia renal, HTA, hematuria y proteinuria).

CONCLUSIONES
La preparación de los médicos de familia resulta cada vez más exigente, ya que el campo de conocimientos se amplía cada día, e incluye actualmente la patología pediátrica.

Lo importante, como siempre, es saber distinguir qué se puede manejar de manera ambulatoria y qué pacientes, sin embargo, necesitan atención urgente, como el niño de nuestro caso.

PÉRDIDA DE FUERZA BRUSCA Y SIMÉTRICA EN EXTREMITADES INFERIORES. A PROPÓSITO DE UN CASO
Dávila Blázquez G, Díaz Ortiz M, Bronchalo González C, Arias Tobeña L
CS Pintores. Parla (Madrid), Comunidad de Madrid
gdavila1981@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: el médico de Atención Primaria debe valorar al paciente desde los puntos de vista biológico, psicológico y social. En el caso que presentamos, estos tres aspectos son clave para el diagnóstico.

Motivo de consulta: pérdida de fuerza bilateral en extremidades inferiores (EEII) de instauración brusca.


Enfermedad actual: mujer de 28 años que acude a la consulta de Atención Primaria por percibir de forma brusca adormecimiento en EEII, debilidad para caminar y ponerse de pie. No presenta alteraciones esfinterianas.

Exploración física:
- Sistema motor: debilidad global 4/5 en EEII.
- Incremento de ROT global hasta C5, sin incremento de área.

Pruebas complementarias: se deriva a la paciente a Urgencias del hospital de referencia. La analítica resulta anórdina salvo por una leucocitosis 10.700 sin desviación izquierda. En las Rx de columna cervical, dorsal y lumbar no se observan alteraciones.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: mielitis transversa, enfermedad desmielinizante o síndrome de Guillain-Barré.

Se cursa el ingreso de la paciente y se solicita RM de cráneo y médula cérvico-dorsal urgente, que no presentan alteraciones. Se solicita interconsulta con el servicio de Psiquiatría, donde se diagnostica a la paciente de posible episodio convulsivo.

CONCLUSIONES
En ocasiones, los cuadros psiquiátricos se pueden manifestar de forma somática. Sin embargo, es imprescindible descartar patología orgánica en todos los casos.
Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, colecistectomizada, cesárea. No se conocen reacciones adversas medicamentosas conocidas.

Enfermedad actual: inflamación del pabellón auricular izquierdo de 2-3 h de evolución, otalgia e hipoacusia. No hay lesión ni picadura de insecto previa.

Exploración física: BEG. Afebril. Pabellón auricular izquierdo eritematoso, edematoso, aumento de la temperatura local, doloroso a la palpación. CAE inflamado (impié timpanoscopia).

Como se sospecha una infección local en una paciente diabética, se la deriva a Urgencias hospitalarias para que se valore su cuadro en Otorrinolaringología.

DESARROLLO
Juicio clínico: pericarditis incipiente del pabellón auricular izquierdo.

Inflamación aguda/subaguda del pabellón, que afecta al cartílago y sobre todo al pericondrio. Derrame subpericondrio, que disminuye aporte nutriente al cartílago subyacente. Puede ser consecuencia de una cirugía, quemaduras, traumatismos, picaduras, mordeduras, piercings e infecciones del conducto, el pabellón o de ambos. Etiología polimicrobiana (P. aeruginosa, S. aureus). Congestión cutánea limitada al pabellón sin extenderse fuera de las zonas del cartílago, lo que diferencia de las dermatitis agudas y de erisipela auricular; el signo más importante es el engrosamiento pericondrial, evidente al palpar entre los dedos el pabellón. Puede evolucionar de forma espontánea hasta la fistulización y la necrosis extensa del cartílago.

En tratamiento con antibioterapia precoz (betalactámicos, cefalosporinas de tercera generación o florquinolonas, asociando siempre un aminoglucósido) o quirúrgicos si hay un absceso.

CONCLUSIONES
La paciente presenta una mejoría parcial tras un tratamiento con tobramicina im 100 mg/12 h durante 4 días, clindamicina oral 300 mg/8 h durante 7 días, metilprednisolona 60 mg/12 h durante 3 días y metamizol cada 8 h. Acude a una revisión en ORL en 48 h por si la evolución es desfavorable. En 1 semana la paciente se encuentra asintomática, con resolución total del cuadro hasta el momento actual.

La sospecha clínica basta para pensar en pericarditis. Es importante realizar un tratamiento antibioterapéutico precoz y reevaluar su evolución en los siguientes días.

PIOMIOSITIS SOBRE ROTURA FIBRAR
Demetrio Pablo R, Vallejo Tabares E, González Novoa V, Lamagrande Obregón A, Lopez Doueil M
CS Cazobra. Santander (Cantabria). Cantabria
rosaiademetrio@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 43 años que acude a Urgencias por dolor en ambos brazos.

Antecedentes personales: sin interés.

Enfermedad actual: dolor y tumefacción en ambos brazos de 24 h de evolución acompañado de 38 °C de fiebre. Además refiere rotura fibrilar de ambos biceps hace 5 días, cuando estaba cargando unos muebles.


Pruebas complementarias: hemograma: 20.400 leucocitos (69% segmentados, 13% linfocitos, 5% monocitos, 13 cayados); el resto es normal. Bioquímica: PCR: 11,3; CK: 280; el resto es normal. Ecografía EESS: colección 4 x 3 biceps braquial izquierdo que filistula a piel en flexura de codo, celulitis y fascitis a nivel braquial derecho. Microbiología de líquido drenado por ecografía: estreptococo viridans. TC toracoabdominal: normal. ECG: no endocarditis.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: hematoma postraumático, celulitis, TVP, osteomielitis, artritis séptica, triquisis, leptospirosis, polimiositis, tumores malignos.

Juicio clínico: piomiosis sobre rotura fibrilar secundaria a bacteriemia por estreptococo viridans de enfermedad periodontal.

CONCLUSIONES
La piomiosis es la infección bacteriana del musculoesquelético. En su patogénesis interviene tanto el daño muscular previo como la inmunosupresión. Dada la mayor aparición en zonas de daño muscular previo, parece lógico pensar que hay una asociación entre la infección muscular y dicha rotura fibrilar. Puesto que no existe puerta de entrada, habría que buscar un foco primario. En el caso de este paciente, la puerta de entrada parecía ser oral, lo que se confirmó al aislarse el estreptococo viridans de la flora cavidad oral y descartarse otros focos mediante la TC toracoabdominal y el ECG. El tratamiento consistió en practicar un drenaje y pautar antibioterapia de amplio espectro. El pronóstico es bueno.

PLASTRÓN APENDICULAR, UNA COMPLICACIÓN A TENER EN CUENTA
Suárez Alén S, Villanueva García Y, López Seijas C, García-Ciudad Young V, Bugarin González R
CS Conxo. Santiago de Compostela (A Coruña). Galicia
csleijas@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Dadas las diferentes patologías que cursan con este dolor, es importante realizar una adecuada anamnesis y un diagnóstico diferencial para establecer un óptimo abordaje terapéutico.

DESARROLLO
Motivo de consulta: mujer de 56 años con dolor en la fosa iliaca derecha de 3-4 días de evolución, con 38 °C de fiebre durante los 2 días previos y náuseas sin vómito. No presenta otra clínica asociada.

Antecedentes personales: obesidad, hiperuricemia, glucosa basal alterada, artrosis, discapacitación degenerativa lumbar en tratamiento crónico con AINE, omeprazol y alprazolam.

Exploración física: dolor a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha, con defensa y masa palpable a ese nivel; Blumberg dudoso.
CONCLUSIONES
La apendicitis es una de las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo. Se distribuye de manera similar entre ambos sexos, excepto entre la pubertad y los 25 años, cuando es más frecuente en varones. Es relativamente rara en grupos de edad extrema, pero más complicada si se presenta.

Ante un paciente con dolor abdominal, debemos realizar un diagnóstico diferencial entre patologías como úlcera perforado, ileítis, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, rotura del quiste ovárico y apendicitis.

En el caso de una apendicitis complicada, debemos tener en cuenta: perforación, absceso apendicular y peritonitis.

**POLICONDritis RECIDIVANTE: OREJAS DE DUMBO**

Novo Armesto I, Arrieta Berruas M, Altzaga Amondaian A, Otegi Altolaguirre I, Masour A, Berrute Cilveti M

Hospital de Zumarraga. Guipúzcoa. País Vasco

myriamloures.berrutecilveti@osakidetza.net

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Mujer de 33 años sin antecedentes de interés que acude a su médico por la aparición de una placa eritematosa en la mejilla derecha, así como tumefacción en ambos pabellones auriculares.


**Pruebas complementarias:** analítica sanguínea (hemograma y bioquímica) en el rango de la normalidad. Rx de senos nasales y paranasales normal.

**DESARROLLO**

El diagnóstico de sospecha es de celulitis facial, y se trata como tal. Al cabo de unos meses, la paciente presenta otro cuadro similar que afecta también al tabique nasal (signo guía). Se estudia detenidamente y se aprecian datos de afectación sistémica (astenia, artralgias eráticas, tos y expectoración). Tras la realización de múltiples pruebas complementarias, se practica una biopsia del cartílago septal que confirma el diagnóstico.

**Diagnóstico diferencial:** la mayoría de las enfermedades autoinmunes y otras enfermedades granulomatosas como Wegener, PAN, arteritis de células gigantes, artritis reumatoide, síndrome de Reiter.

**Juicio clínico:** policondritis recidivante.

En tratamiento inicialmente con corticoides orales, y según la respuesta se pueden añadir inmunosupresores.

**CONCLUSIONES**

La policondritis recidivante es un proceso reumatoide de etiología desconocida, que se diagnostica por la presencia de 3 o más signos clínicos: condritis recurrente en ambos pabellones auriculares, poliartritis inflamatoria no erosiva, condritis nasal, inflamación ocular, condritis del tracto respiratorio, disfunción coclear y/o vestibular, o de 1 o más signos con confirmación histológica (como el caso de nos ocupa).

Es importante conocer la existencia de esta enfermedad para poder sospechar que un paciente la presenta.

**GERIATRA³, DOCTOR, ME DA MIEDO EL AVIÓN**


CS Espinardo. Murcia. Región de Murcia

pablorfg@gmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: mujer de 76 años que consulta por dolor abdominal.

**Antecedentes personales:** no padece alergias, es hipertensa y DM tipo 2. Monorrenal funcional.

**Antecedentes familiares:** sin interés.

**Enfermedad actual:** la paciente acude a la consulta como desplazada en un centro de salud por dolor abdominal en hipocondrio derecho, que irradiía al hemiabdomen superior y se acompaña de náuseas y diarrea. Se hace un diagnóstico de GEA y se instaura tratamiento sintomático.

La paciente acude a una nueva consulta porque no ha mejorado y tiene algo de fiebre, con dolor centrado en la fosa ilíaca izquierda y vómitos.

**Exploración física:** PA, ACP y extremidades inferiores son normales. Tº 38,6 ºC. FC: 110 lpm. Abdomen doloroso en la palpación difusa, aunque focalizado en fosa ilíaca izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** se realiza una tomografía computarizada del abdomen, que evidencia una imagen compatible con una perforación del quiste ovárico, absceso apendicular y peritonitis.

**Pruebas complementarias:** PCR 20. Resto de bioquímica, enzimas hepáticas, hemograma y coagulación: normales. Ecografía abdominal: hígado con imagen quística en segmento 8, vesícula dilatada sin signos inflamatorios, riñón derecho con signos de nefropatía crónica y esplenomegalia homogénea y trombosis portal.

**CONCLUSIONES**

Aunque el tiempo de consulta en Atención Primaria es limitado, siempre debe procurarse realizar una buena anamnesis, puesto que cualquier dato puede contribuir al diagnóstico o a la etiología.
OBJETIVOS
Estructural la prevalencia de obesidad a partir del IMC (índice de masa corporal), del perímetro de cintura (PC) y del ICC (índice cintura-cadera) en dos grupos de diabéticos adultos: DM tipo 2 y LADA (Latent autoimmune diabetes in adults).

DISEÑO
Tipo de estudio: estudio descriptivo multicéntrico transversal.

Sujetos: muestra: 455 individuos con DM tipo 2 y 65 individuos con LADA (12,5 %).

Material y métodos: se definió obesidad: IMC (SEEDO): > 30 kg/m²; PC > 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres; ICC > 1 en varones y 0,8 en mujeres.

Análisis: análisis estadístico mediante SPSS.

RESULTADOS
La prevalencia de obesidad en el grupo DM tipo 2 fue del 40,4% según el IMC; 57,5% según el PC y 51 % según el ICC. La prevalencia en el grupo LADA fue de 20,3 %, 34,4 % y el 39,4 %, respectivamente. Las diferencias entre ambos grupos fueron significativas, excepto para el ICC (p=valor = 0,08).

El PC medio fue de 101,7 cm en DM tipo 2 y 94,7 cm en LADA, siendo la distribución de género homogénea entre grupos. El ICC medio fue de 0,95 en DM tipo 2 y 0,93 en LADA.

CONCLUSIONES
Los pacientes con DM tipo 2 son más obesos que los pacientes LADA en dos de las tres definiciones más habituales.

Entre los diabéticos adultos debemos tener presente una proporción estimable de diabéticos que se incluyen en la categoría de DM tipo 2, cuando en realidad se trata de diabéticos LADA; éstos tienen unas características clínicas diferentes con implicaciones en su seguimiento y tratamiento en las consultas del médico de familia.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN POBLACIÓN ADULTA DE LA CIUDAD. RESULTADOS PRELIMINARES
Barroso Pérez T, Dordero Guevara J, Cubo Delgado E, Checa Díez L, Poza Maure E
CS Cristóbal Acosta. Burgos. Castilla y León teresarosbarrosoperez@hotmail.com

OBJETIVOS
Conocer la prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI).

DISEÑO
Tipo de estudio: poblacional, descriptivo, transversal.

Ámbito del estudio: Atención Primaria, urbano.

Sujetos: muestra aleatoria estratificada por edad (pacientes > 18 años), seleccionada a partir de la base de datos de Tarjeta Sanitaria. N = 1275. Se parte de los siguientes supuestos: prevalencia esperada 10%, alfa= 5%, precisión 3% y pérdidas 70%.

Material y métodos: en dos fases: 1.ª fase, cribado; 2.ª fase, certificación diagnóstica de casos y controles. El estudio está aprobado por el Comité Ético.

Mediciones e intervenciones:
- 1.ª fase: cribado mediante encuesta telefónica, basado en los criterios del grupo de trabajo internacional de SPI (2003), realizado por dos enfermeras entrenadas. Caso SPI: ≥ 3 respuestas afirmativas de 4 posibles.
- 2.ª fase: certificación diagnóstica, prueba gold standard, por personal médico entrenado siguiendo los criterios SPI.

Análisis: descriptivo de las variables.

RESULTADOS
En la 1.ª fase: localizadas 981 personas, responden 869 (68,2%); el 55 % son mujeres con media de edad de 48,2 ± 17,93 años. La prevalencia de SPI mediante el cribado telefónico fue de 169 personas, 19,4 %, (IC95%: 16,8 a 22,1 %), del 27,8 % en mujeres y del 9,2 % en varones (p < 0,001). El diagnóstico previo de SPI: 0,6 %. Media de edad de los casos fue de 49,5 ± 15,8 años. Se realiza certificación diagnóstica en 100 casos y 99 controles (sensibilidad 95 % y especificidad 69,7 %).

CONCLUSIONES
El SPI es una patología infradiagnosticada.

El cribado del SPI mediante una encuesta telefónica permite el diagnóstico con una sensibilidad alta y una especificidad moderada. En la muestra estudiada, la prevalencia de SPI ha sido más frecuente en mujeres y adultos jóvenes, y mayor comparado con otros estudios.

PREVALENCIA Y TIPOS DE CÁNCER EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DOCENTE EN EL AÑO 2007
Pachón Tardío E, Soto Piñero A, Redondo Lobo L
CS San Fernando. Badajoz. Extremadura laurarellob@hotmail.com

OBJETIVOS
- Conocer la prevalencia del cáncer en un centro de salud urbano docente (CSUD) en el año 2007.
- Conocer los tipos de cáncer diagnosticados.

DISEÑO
Ámbito del estudio: centro de salud urbano docente de 16.852 habitantes.

Sujetos: mayores de 14 años.

Material y métodos: fuente de datos: historias clínicas.

Mediciones e intervenciones: las variables fueron: sexo, edad, antecedentes personales, antecedentes familiares de primer grado, tipo de neoplasia primaria, anatomía patológica y seguimiento del paciente.

Análisis: estadística descriptiva, tasa de prevalencia.

RESULTADOS
La tasa de prevalencia era de 2,5519 por 100.000 habitantes, con 43 casos diagnosticados. El 60,5% eran varones y el 39,5%, mujeres, con una edad para ambos sexos de 65,42 ± 15,651 años (varones 69,23 ± 2,611 años y mujeres 60,19 ± 18,196 años). Los antecedentes personales fueron: 39,5% fumadores, 16,3% consumían alcohol, 58 % se exponían de forma habitual al sol.

El 14 % tenían antecedentes familiares de primer grado de cáncer; el 3,6 % carecían de antecedentes y del resto se ignoraba este dato (no constaba en la historia). El tipo de tumores diagnosticados fueron: mama 14 %, pulmón 11,6 %, piel 11,6 %, vejiga 9,3 %, colon-recto 9,3 %, urológico 7 %, otorrino-laringológico 7 %, gástrico 4,7 %, varios 25,5 %. En el 95,3% de los casos con informe de anatomía patológica. El médico de familia realizó el seguimiento en el 97,7 % de los casos, y de este
porcentaje, el 25,6 % lo hizo sólo el médico de familia, y el resto, el médico conjuntamente con el equipo de paliativos y oncológia.

CONCLUSIONES
La edad de diagnóstico de los cánceres es más baja que en la comunidad autónoma (CCAA), agrupada y separada por género. Los tipos de tumores diagnosticados en el CSUD se corresponden con los de la CCAA y el país. El seguimiento de los tumores es realizado por el médico de familia.

PROGRESIÓN DE DISNEA EN UNA MUJER MAYOR DE 65 AÑOS
Cervantes Guijarro C, Rodríguez-Milán I, Sarmiento Cruz M,
Pérez-Campos G, De La Haza M, García González L
CS Villablanca. Madrid. Comunidad de Madrid
carmlucervantes@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Centro de salud.

PRESENTACIÓN
Mujer de 75 años que acude por disnea progresiva en las últimas semanas, hasta hacerse de pequeños esfuerzos (subir un piso). Antecedentes personales: dislipemia (dieta). Enfermedad actual: presenta ligeras edemas en EEII por las tardes. No refiere dolor torácico ni palpitaciones. No tiene antecedentes de enfermedad pulmonar ni tabaquismo. No se observan síntomas respiratorios asociados (tos, expectoración).

Exploración física: PA 135/82 mmHg. Obesidad (IMC 31). Bue-

EXPLORACIÓN FÍSICA: PA 135/82 mmHg. Obesidad (IMC 31). Buena coloración e hidratación. No hay aumento de PVY. AC: ritmi-

Se plantea un diagnóstico diferencial de la disnea: origen cardiaco, pulmonar u otras causas.


A los 3 meses se realiza ECG: hipocontractilidad grave de la porción anterior y septal del VI. Función sistólica deprimida (FE 35%). I mitral liger. Dilatación auricular izquierda (48 mm). Cavidades derechas normales. PSAP 32 mmHg.

DESARROLLO
Ante el hallazgo de un ECG compatible con IM crónico, se atribu-

RESULATDOS
Las intervenciones obtienen un alto grado de satisfacción por parte de los adolescentes.

CONCLUSIONES
Es necesario y factible desarrollar actividades de promoción de la salud desde Atención Primaria, en estrecha colaboración con la comunidad educativa. La intersectorialidad es, por tanto, indispensable en la promoción de la salud.

PRONÓSTICO DE INFECCIONES GENITOURINARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Alonso Moralejo R, López García E, Martín Muñoz M, Cortés Troyano E,
Martínez Alamillo P
CS El Abajo-Las Rozas. Madrid. Comunidad de Madrid
raquelam@hotmail.com

OBJETIVOS
Analizar la calidad en la prescripción antibiótica para ITU.

DISEÑO
Ámbito del estudio: consultas de medicina de familia.
Sujetos: pacientes mayores de 14 años con clínica miccional y uroculcutivo positivo.

Material y métodos: durante 4 meses se realizó un estudio prospectivo que incluyó a pacientes mayores de 14 años con infección urinaria y uroculcutivo positivo. Se diagnosticaron por la presencia de clínica miccional, nitratos y leucocitos en tiras de orina o mediante una bioquímica/sedimento urinario.

Mediciones e intervenciones: se recogieron diferentes variables: edad, sexo, inmunodepresión, sondaje vesical, antibioterapia previa, hospitalizaciones, tratamiento y evolución.

Análisis: análisis estadístico SPSS v.11.0. Análisis multivariante.

RESULTADOS
En el estudio se incluyeron a 115 pacientes, con una edad media de 54 ± 24 años. Tres cuartas partes presentaban cistitis por E. Coli. La mayoría de ellos tomó antibióticos, pero una cuarta parte no recibió tratamiento de acuerdo con el antibiograma, por lo que un porcentaje minoritario sufrió una evolución tórpida (nunca la defunción u hospitalización). Se realizó un análisis multivariante en el que la que evolución se relacionó con antibioterapia en el mes previo u hospitalización en el trimestre anterior.

CONCLUSIONES
La buena evolución se debe a la benignidad de estos procesos y a la alta concentración que adquieren determinados antibióticos en la orina. Se debería aconsejar limitar los urocultivos a los grupos de riesgo expuestos en el estudio, pero esta recomendación carece de la fuerza estadística necesaria por ser un estudio limitado por el tamaño muestral y por ausencia de factores de riesgo en los pacientes incluidos.

PRÓTESIS VALVULAR ¡CUIDADO!
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
icaro8@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
Varón de 66 años que acude a la consulta por episodios repetidos de movimientos anormales clónicos en el miembro superior derecho de escasos minutos de duración, seguidos de incapacidad para movilizar dicho brazo. No presenta una clínica infecciosa previa.

Antecedentes personales: hipertensión, diabético, dislipémico, con fibrilación auricular clónica y portador de una válvula mitral protésica desde 2008 por valvulopatía reumática.


Se le remite al servicio de Urgencias.

Pruebas complementarias: analítica: normal, salvo leucocitos 12.400 con 87 % de neutrófilos; discreta anemia con hemoglobina 11,6. INR 3,2. CT craneal: lesiones en la sustancia blanca subcortical, bihemisféricas, hiperdensas sin contraste, que no se realizan tras el contraste. Una de ellas se localiza en el lóbulo temporal izquierdo, redondeada hipodensa en su interior, probablemente sangrado activo. La mayor se halla en la región prerrolandica izquierda asociada a HSA. EEG: actividad epileptiforme hemisférica izquierda con correlato clínico en forma de crisis parciales simples motoras. ETE: verruga endocardítica en el anillo posterior-medial de la prótesis mitral con leak periprotésico posterior e insuficiencia excéntrica moderada.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: endocarditis infecciosa con émbolos sépticos, aneurismas micóticos, metástasis cerebral, infarto embolico, malformación vascular.

Juicio clínico: endocarditis sobre la válvula protésica con émbolos sépticos cerebrales hemorrágicos.

CONCLUSIONES
Se trató al paciente con antibioterapia de amplio espectro y se le retiró la anticoagulación. Se le ingresó en la UCI para vigilar su evolución y completar el estudio.

En un paciente portador de una prótesis valvular y con una clínica neurológica es obligado descartar una endocarditis y embolismos sépticos.

¡QUÉ AGUJETAS!

cia@icatika@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
El spinning es un ejercicio aeróbico diseñado en 1980 por el maratonista Jonhy Goldberg.

Motivo consulta: dolor a nivel musculatura cuadricipital.

Antecedentes personales: ausencia de alergias conocidas y de hábitos tóxicos. No hay antecedentes de interés.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: varón de 35 años que acude a Urgencias refiriendo dolor muscular bilateral a nivel cuadricipital que aumenta al flexionar las rodillas. Según explica, ha sido diagnosticado 24 h atrás de una contractura muscular por un fisioterapeuta, que le ha recomendado un tratamiento con AINE. A su cuadro se ha añadido orina "oscura".

Hace 72 h había hecho primera clase de spinning. Normalmente no practica deporte y ésta era su primera sesión.

Exploración física: buen estado general. Aumento del perímetro del cuádriceps derecho. No tiene hematomas. Siente un dolor intenso con la palpación del cuádriceps, con la flexión de la rodilla y con la deambulación.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: lesión muscular directa (quemaduras, congelaciones, electrocuciones), actividad muscular intensa
(ejercicio físico, convulsiones), consumo de drogas y tóxicos, distrofias musculares, alteraciones metabólicas (hiperpotasemia, hipocalcemia), isquemia muscular, síndrome compartimental.

Juicio clínico: ante pacientes con mialgias asociadas a rabdomiólisis (CPK 5 veces superiores a lo normal), orina “oscura” (mioglobinuria) y antecedente previo de práctica de sesión de spinning (en un paciente que no practica deportes), tenemos que pensar que la lesión de las fibras musculares puede ser secundaria a la actividad muscular excesiva.

CONCLUSIONES
La rabdomiólisis post ejercicio se ha descrito como la que se produce después de realizar ejercicios físicos intensivos. Tras el diagnóstico hemos de proteger la función renal del fracaso renal agudo con fluidoterapia y alcalinización de orina (bicarbonatos) para evitar la precipitación de la mioglobina.

Generalmente, el daño muscular es autolimitado y con completa recuperación en días o semanas.

¿QUÉ CEFALÉA!
Panisello Tafalla A, Homedes Celma L, Lucas Noll J, Borrás Vilalta I, Rascón Roig N, Vidal Mansilla J
CAP El Temple, CAP Jesús. Tortosa (Tarragona). Cataluña
ctialko@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: cefalea frontal de meses de evolución.
Antecedentes personales: ausencia de alergias medicamentosas, diagnosticada de distimia en su país.
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: mujer peruana de 36 años que consulta por cefalea frontal pulsátil sin aura de meses de evolución con algún vómito. Refiere que ha seguido un tratamiento con AINE y paracetamol de forma diaria, sin experimentar mejoría.

Exploración física: labilidad emocional (vive sola, está divorciada de algún entorno. Siente un aumento del trastorno de adaptación al entorno. Se inicia un tratamiento con antidepresivos y se cita a la paciente para comprobar su evolución en 2 semanas. A los pocos días, la paciente vuelve a la consulta y comenta que la cefalea no ha mejorado y que ahora se acompaña de diarrea. Se la deriva a Urgencias. En la exploración: afibril; PA: 145/88 mmHg; FC: 78/s’. IMC: 31 kg/m². Ex fumadora.

Se orienta el caso como probable trastorno de adaptación al entorno. Se inicia un tratamiento con antidepresivos y se cita a la paciente para comprobar su evolución en 2 semanas. A los pocos días, la paciente vuelve a la consulta y comenta que la cefalea no ha mejorado y que ahora se acompaña de diarrea. Se la deriva a Urgencias. En la exploración: afibril; PA: 145/88 mmHg; FC: 78/s’. IMC: 31 kg/m². Ex fumadora.

Se orienta el caso como probable trastorno de adaptación al entorno. Se inicia un tratamiento con antidepresivos y se cita a la paciente para comprobar su evolución en 2 semanas. A los pocos días, la paciente vuelve a la consulta y comenta que la cefalea no ha mejorado y que ahora se acompaña de diarrea. Se la deriva a Urgencias. En la exploración: afibril; PA: 145/88 mmHg; FC: 78/s’. IMC: 31 kg/m². Ex fumadora.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: cefalea tensional, trastorno adaptativo, cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos, migraña común sin aura, hipertensión intracraneal benigna (seudotumor), lesión expansiva intracraneal, hidrocefalia.

Juicio clínico: ante una mujer obesa con cefalea que presenta papiledema bilateral, prueba imagen normal, la punción lumbar (con aumento de la presión y líquido normal) nos puede orientar el caso a hipertensión intracraneal benigna (seudotumor).

CONCLUSIONES
La paciente ingresó en Neurología y se instauró un tratamiento de control con acetazolamida, con el que experimentó una mejora lenta pero progresiva. Actualmente está asintomática.

¿QUÉ DEBEMOS SOSPETA ANTE UNA ADENOPATÍA ÉPITROCLEAR?
Salamanca Segui M, Llompart Cerdà A
CS Trencares Adjunt. Arenal de Llucmajor (Palma de Mallorca). Illes Balears
guidass2001@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Varón de 15 años presenta desde hace 10 días bulto en el codo izquierdo y desde hace 2 días, febrícula y odinofagia. No hay otra sintomatología acompañante.

Antecedentes personales: sin interés.
Exploración física: pequeñas adenopatías laterocervicales izquierdas y adenopatía epitroclear izquierda de unos 3 cm, móvil, levemente eritematosa y dolorosa a la palpación. No se observan otras adenopatías, pero sí una pequeña pápula costrosa en la mano izquierda. ACP y abdomen no hay alteraciones.

Tras volver a interrogar al paciente, éste refiere que un gato le ha arañado en la mano izquierda, la cara y el cuello hace 20 días.

DESARROLLO
En los casos en que se presentan adenopatías locorregionales, como en éste, debemos considerar una infección localizada.

Ante la sospecha de enfermedad por arañazo de gato, se solicita un análisis urgente (hemograma, bioquímica completa, serologías) y se pauta tratamiento antibiótico.

Se realiza un control a las 72 h, con mejoría del estado general del paciente. El hemograma y la bioquímica resultan normales, excepto por un aumento de VSG y PCR.

Posteriormente se obtiene IgM positiva a Bartonella henselae.

CONCLUSIONES
La enfermedad por arañazo de gato es un síndrome de linfadenitis regional subaguda que ocurre después de la inoculación cutánea de su agente causal: Bartonella henselae. Es la principal causa de agravamiento crónico benigno de los ganglios linfáticos en población de edad inferior a los 18 años. El tratamiento antibiótico sólo está indicado en pacientes con síntomas sistémicos, linfadenopatía grande y dolorosa y pacientes inmunocomprometidos.

El tratamiento de elección es azitromicina durante 5 días.

¿QUÉ DICES?
Perelló García I, Bartolomé Mateu S, Moreno Castillón C, Falguera Vilamajó M, Sukhiyak A, Astals Bota M
ABS Pla d’Urgell. Mollerussa (Lleida). Cataluña
iperelga@yahoo.es
Antecedentes personales: sin interés.


Pruebas complementarias: analítica: Hto 36%; VCM 95 fl; leucocitos 9.900, 4% bandas; plaquetas 323.000; glicemia 4,9; ALT 1,51; AST 2,15; GGT 9; FA 5,78; Na 130; Quick 1,13; VSG 77. Serologías hepáticas y VIH negativas. Marcadores tumorales normales. Hemocultivos y urinocultivo, negativos. Rx de tórax: derrame pleural izquierdo, atelectasia basal izquierda. Ecografia y TC abdominal: hepatomegalia con esteatosis grado II-III. Esplenomegalia leve. Colelitiasis. Ascitis subhepática. Derrame pleural bilateral y atelectasia izquierda. Resto normal. PPD negativo. ECG normal.

Se orienta como hepatopatía enólica. La fiebre no cede durante el ingreso a pesar del tratamiento recibido. A posteriori se obtiene examen serológico positivo para Coxiella Burnetti. Se inicia un tratamiento con doxiciclina y el cuadro se resuelve.

Diagnóstico diferencial: fiebre prolongada.
– Infecciones: bacterianas (tuberculosis, endocarditis, brucelosis, fiebre Q, fiebre recurrente, etc.), víricas (CMV, VIH, mononucleosis, etc.), protozoos, hongos.
– Neoplasias.
– Colagenosis y vasculitis.
– Miscelánea: fiebre medicamentosa, facticia, enfermedad inflamatoria intestinal, TEP, tromboflebitis, cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, tiroíditis, pericarditis, etc.
– Idiopática.

Juicio clínico: fiebre Q.

CONCLUSIONES
La fiebre Q es causada por la Rickettsia Coxiella burnetti, que pueden transmitir vacas, ovejas o cabras. Presenta dos formas: aguda (fiebre, cefalea, astenia, dolor torácico, hepatitis, neuralgia, etc.) y crónica (endocarditis, etc.).

Con el tratamiento indicado, la administración de doxiciclina 100 mg/12 h durante 14 días, la enfermedad tiene un buen pronóstico.

¿QUÉ IMPORTANCIA DEBEMOS DARLE AL HALLAZGO DE UNA HIPERTRANSMINEMIA LEVE?
Sálamanca Seguí M, Llompart Cerdá A, Far Ferrer T, Sanchís A, Sabalich M
CS Trenchers. Arenal de Llucmajor (Palma de Mallorca). Illes Balears
guidaiss2001@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Varón de 75 años, hipertenso y sin otros antecedentes de interés, acude a la consulta de Atención Primaria para su control analfítico anual. En éste destaca GPT 59, GGT 123. El resto del análisis es normal, al igual que los análisis previos. El paciente no refiere ingesta de fármacos (excepto enalapril 10), ni ninguna sintomatología.

Se realiza un control al cabo de 3 meses. La alteración de GPT Y GGT persiste y además el paciente presenta astenia, hiporexia, pérdida ponderal de 3 kg. En la exploración destaca hepatomegalia de 2 traveses de dedo. Se solicita un estudio de hipertransaminemia.
DESAARROLLO
Se descarta hepatitis autoinmune, víricas, hemocromatosis y enfermedad de Wilson.
Se realiza una ecografía abdominal, donde se observa una masa hepática que ocupa todo el lóbulo hepático derecho, por lo que se deriva al paciente a Digestivo.
Se realiza TC y RM: masa hepática (154 x 105 cm) con nódulos satélite, sugiere de hepatocarcinoma (HCC). Se confirma el diagnóstico con biopsia percutánea.

CONCLUSIONES
El HCC es un tumor primario del hígado que suele aparecer sobre afectación hepática crónica y representa el 80-90% de los tumores hepáticos.
Los síntomas son los propios de la hepatopatía crónica. Cuando la lesión es avanzada aparecen ictericia obstructiva, diarrea, disnea, artralgias (lo que sugiere metástasis), hemorragia intraportal, síntomas inespecíficos (fiebre, pérdida de peso, saciedad precoz) o síndromes paraneoplásicos.
Es la primera causa de muerte en cirróticos. La media de supervivencia desde el diagnóstico es de 6 a 20 meses.
El tratamiento depende de la función hepática, resecabilidad, ausencia de factores pronósticos de recidiva y edad, y puede consistir en cirugía, trasplante hepático, quimioembolización y quimioterapia.

¿QUÉ MAL ME SIENTAN LAS ESTATINAS?
Abad Schilling C, Bailón López de Lerena P, Caballero Encinar N, Cauré Sastré Z, García Castillo E, López Villalvilla A, CS Las Ciudades, Getafe (Madrid), Comunidad de Madrid pittybl2@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y especializada).

PRESENTACIÓN
Los pacientes que acuden a la consulta con síntomas inespecíficos corren el riesgo de que se banalice su patología y que el médico olvide que el inicio de las enfermedades puede ser inespecífico.
Motivo de consulta: malestar general desde hace 3 semanas.
Enfermedad actual: varón de 62 años que acude a la consulta por dolor abdominal y tumbar muscular leve, asociado a distensión abdominal, que asocia a «gasos». Refiere que tras leer el prospecto de las estatinas, ha relacionado lo que ocurre con los efectos del fármaco y ha suspendido el tratamiento.
Ante el resultado de la segunda analítica (bilirrubina total: 21,3 y directa: 19,2; GOT: 166; GPT: 516; amilasa: 46) y la aparición de ictericia, se deriva al paciente de forma urgente al hospital, donde se le ingresa para completar el estudio.

DESAARROLLO
Diagnóstico diferencial: hepatitis, colestitis, masa pancreática.
Juicio clínico: ictericia obstructiva a expensas de neoplasia de páncreas.

CONCLUSIONES
Ante una ictericia obstructiva en un paciente de edad media debemos sospechar una neoplasia y realizar una prueba de imagen lo antes posible.
Es fundamental escuchar a los pacientes y seguir su evolución.

¿QUÉ MANCHAS TENGO EN EL CUERPO?
Del Olmo De la Iglesia O, Medeiros Faria J, Hernández Aznar M, Sabaté Arnau L, Pérez Durán M, Farran Torres N
ABS Example, Lleida. Cataluña o.del.olmo@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: pápalas en la piel y diarrea.
Antecedentes personales y familiares: temblor esencial, HTA, episodios intermitentes desde hace 1 año de diarrea (no estudiada).
En tratamiento con enalapril, hidroclorotiazida y Rivotril®.
Enfermedad actual: mujer de 69 años que consulta por fiebre, artralgias en rodillas y tobillos, cefalea, inflamación del tobillo izquierdo y lesiones papulo-nodulares infiltradas en extremidades, que no son pruriginosas ni dolorosas, de 3 días de evolución. Desde hace 5 días presenta diarrea sin productos patológicos.
Exploración física: T° 37,3 °C. Lesión nodular infiltrada en el hombro derecho y pápalas en el brazo derecho, codos, palmas y EEL. Tobillo con signos inflamatorios, doloroso a la movilización.

DESAARROLLO
Diagnóstico diferencial: eritema nodoso, síndrome de Sweet, vasculitis leucocitoclástica, erupción farmacológica, eritema exudativo multiforme, erisipela, leucemia.
Juicio clínico: síndrome de Sweet.

CONCLUSIONES
Se realizó un tratamiento con prednisona durante 4 semanas, que mejoró la sintomatología. Este proceso hizo que se estudiara el cuadro abdominal y se detectara una enfermedad de Crohn, dado que la paciente nunca la había comentado.
El síndrome de Sweet es de etiología desconocida. Cursa con fiebre, pápalas o nódulos blandos, rojos o violáceos, leucocitosis con neutrofilia y VSG elevada. Suele haber antecedentes de infección respiratoria o gastrointestinal. Puede ser idiopático o asociado a fármacos, neoplasias (hematológicas y órganos sólidos), autoinmunos inflamatorios (enfermedad inflamatoria intestinal) o infecciosos. Las manifestaciones extracutáneas más frecuentes son oftalmológicas, articulares y pulmonares.
«QUÉ MORENO TE VEO, ¿HAS ESTADO EN BENIDORM?»

Ortega Sánchez G, Obregón Díaz R, Torres Balí J
CS Rodríguez Paterna. Logroño (La Rioja). La Rioja
gortela@riosalud.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y atención especializada).

PRESENTACIÓN
Varón de 47 años, caucásico, acude por cansancio, “pinchazos” en EEl, pérdida de fuerza y adormecimiento en manos de 12 meses de evolución y que hasta ahora no le ha dado importancia. Trabaja como albañil.


Antecedentes familiares: varios miembros con pies caviros y trastornos en la deglución.

Exploración física: PA: 110/70 mmHg. Se mantiene normohidratado. ACP y abdomen normal. Examen neurológico: hiperestesia bilateral distal, disminución de fuerza en EESS, amiotrofia distal en manos y en EEl, pie cavo en gara y fuerza disminuida en EEl.

Ante la sospecha de neuropatía con componente hereditario, se realiza EMG, que demuestra polineuropatía sensitivo-motora tipo I. El paciente es derivado al servicio de Neurología y se inicia tratamiento con amitriptilina. Dos meses más tarde acude por persistencia de disestesias que no le permiten conciliar el sueño y por astenia. Destaca su tono bronceado, pese a que el paciente niega exposición al sol. Al explorarle se detecta hiperpigmentación de cicatrices en el tronco y en la región areolar mamaria.

Ante la sospecha de una enfermedad de Addison, se solicitan niveles de cortisol y cortisol en orina de 24 h y se deriva al paciente al servicio de Endocrinología para completar el estudio. Se solicita RM hipofisaria, que resulta normal, lo que confirma el diagnóstico de enfermedad de Addison y se inicia tratamiento con hidraltesona. El paciente evoluciona de forma favorable.

DESARROLLO
Enfermedad de Addison. Polineuropatía sensitivo-motora tipo I.

CONCLUSIONES
El diagnóstico de la enfermedad de Addison se inicia con una sospecha basada en las manifestaciones clínicas (debilidad, fatiga, síntomas gastrointestinales, pérdida de peso, anorexia e hiperpigmentación) y debe confirmarse mediante pruebas de estimulación del eje hipofisario-pituitario-adrenal.

¿QUÉ RIESGO TIENEN MIS PACIENTES DE SUFRIR UNA LESIÓN POR ACCIDENTE DE TRÁFICO?

Valiente Hernández S, Soldevíla Bacardit N, Dona M, Galán Aisa A, Martín-Urda Rodrigo S, Pedro Pijoan A
CS La Mina. Sant Adrià de Besós (Barcelona). Cataluña
alkarika@hotmail.com

OBJETIVOS
Estudiar la distribución de los factores de riesgo asociados a la posibilidad de sufrir una lesión de tráfico y que están relacionados con tratamientos médicos, problemas crónicos de salud y consumo de sustancias psicoactivas según la edad, el sexo y el grupo poblacional.

DISEÑO
Tipo de estudio: observacional, transversal, multicéntrico.

Ámbito del estudio: 22 centros de salud urbanos.

Sujetos: conductores/as mayores de 16 años y con una historia activa en los centros de salud.

Mediciones e intervenciones: encuesta realizada por profesionales sanitarios según la historia clínica y la entrevista personal.

Análisis: análisis descriptivo multivariante mediante SPSS.

RESULTADOS
Se ha seleccionado una muestra aleatoria de la población urbana de 1.540 sujetos de un total de 22 centros de salud.

En estos momentos, el análisis de los datos está en proceso. Se prevé tener los primeros resultados en mayo de 2009.

Se espera encontrar una asociación entre el consumo de tóxicos, de medicamentos y el hecho de padecer una enfermedad crónica con la posibilidad de sufrir un accidente.

CONCLUSIONES
A pesar de encontrarse en la fase de recogida de datos, este estudio aporta resultados interesantes en lo que respecta a una de las principales causas de mortalidad en la población adulta activa, además de posicionar al médico de familia como un elemento influyente en la reducción de la morbimortalidad por esta causa.

Sin embargo, contamos con la limitación de la veracidad de los datos autodeclarados por el paciente, dado que trata de información sensible y confidencial.

¿QUÉ SE ESCONDE BAJO EL TÉRMINO NATURAL?

Yago Calderón C, Antolín Atencia C, Durán García I, Toscáno Castilla E,
Cotta Rebollo J, Ramírez Ceballos A
CS San Andrés-Torcal. Málaga. Andalucía
c.a.yago@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: ictericia.

Antecedentes personales: fumadora de 12 paquetes/año.

Enfermedad actual: mujer de 31 años acude a la consulta de Atención Primaria por un cuadro de 4 días de evolución de ictericia progresiva acompañada de náuseas. En la anamnesis dirigida destaca astenia creciente desde aproximadamente 2 meses e hipocolia y coluria de 3 días de evolución. Niega consumo de alcohol u otros tóxicos, contacto con hemoderivados, no lleva piercing ni tatujajes, niega contactos sexuales de riesgo y viajes al extranjero.

Exploración física: BEG, ictericia escleral y mucosa. Abdomen: dolor a la palpación epigástrica con Blumberg negativo, no se palpan masas ni megalias.

Se la deriva a Urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias: destaca aumento de BT y ligera elevación de GOT y GPT. Ecografía de abdomen: sin alteraciones.

En una entrevista con Digestivo reconoce que desde hace unos 3 meses está tomando unos productos naturales para perder peso que vende una conocida franquicia. Ingresó para estudio.
Análisis de planta: patrón colestásico con aumento significativo de BT, GGT y FA; serologías para virus heterotropos negativos; ANA positivos.

**DESARROLLO**

HAI precipitada por tóxicos (productos de herbolarios) frente a hepatitis tóxica. (Pendiente del resultado de la biopsia hepática.)

**CONCLUSIONES**

Dada la gran disfunción de los productos herbarios mal definidos, enmascarados bajo el término de «naturales», es probable que la hepatotoxicidad aparezca en los próximos años con una frecuencia creciente en nuestras consultas, de ahí que sea de vital importancia no sólo que pensar en ellos como posible etiología de enfermedades hepáticas, sino realizar una educación sanitaria adecuada desde Atención Primaria alertando de los posibles efectos perjudiciales de tales remedios.

**RENALE COLIC?**

Torrubia Fernández M, Peña León I, Terron Sánchez C, Latorre Ginés V, Gracia Aznar M, Genique Martínez R
CS San José Centro, Zaragoza, Aragón
susitorrubia@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixed case study that includes primary healthcare and emergencies.

**PRESENTACIÓN**

**Reason for consultation:** 42 year old male, administrator, acute lumbar pain.

**Personal and family background:** uninteresting.

Unirradiated left lumbar pain for three days not related to movements. After physical examination the clinical opinion: left renal colic. Analgesic treatment. The pain persists, so the patient goes to emergency department three days later where he’s told it’s a non-complicated renal colic. After five days, he seeks further medical consultation because the pain hasn’t yet passed and some skin lesions have appeared.

**Physical examination:** 1st day - emergencies: abdomen soft, depressible, no masses, no megal, preserved peristalsis, not painful, left renal percussion +/−, no skin lesions.

After five days: vesicular lesions on dermatome D7-D8. Treatment: Famciclovir 750/24 h a week, analgesic and Vitamin B1-B6-B12.

**Complementary test:** emergencies: analysis 11000 leukocytes. X-ray: no significant changes. Urine: negative for infection.

**DESARROLLO**

**Differential diagnosis:** renal colic, backache, herpes zoster.

**Clinical judgement:** herpes zoster.

**CONCLUSIONES**

Herpes zoster: viral disease characterized by painful skin rash blisters in a limited area on one side of the body. The initial infection with vzv causes the acute illness chickenpox and generally occurs in children and young people. Once an episode of chickenpox has been resolved vzv can become latent in the nerve cell bodies. Although the rash usually heals within two to four weeks, some sufferers experience residual nerve pain for months or year (postherpetic neuralgia).

The treatment can reduce the severity and duration of hz, if a seven to ten day course of these drugs is started within 72 hours of the appearance of the rash.

**RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

CS San José Centro, Zaragoza, Aragón
ipl816@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

**PRESENTACIÓN**

**Caso 1:** aviso domiciliario de mujer de 53 años por ausencia de micción desde hace 12 h. Sin antecedentes de interés. Excrupicio desde hace 2 días. Se le palpa el globo vesical. No presenta dolor abdominal. Se le realiza un sondaje y vaciado de vejiga. Se da una nueva retención aguda de orina (RAO) a los 5 días, por lo que se la remite a Urgencias para que sea valorada en Urología, donde tras realizar unas pruebas (ecografía abdominal-ginecológica normal, función renal conservada, ampolla rectal con abundantes heces) se descarta una causa uroginecológica.

**Caso 2:** varón de 16 años. Acude a Urgencias por ausencia de micción desde hace casi 16 h. Apenas ha ingerido líquido desde entonces. Se le realiza un sondaje y se recoge 800 cc de orina clara. Es valorado por Urología, donde no se observa la próstata aumentada de tamaño, pero sí se palpa un gran fecaloma. La analítica completa no muestra alteraciones. La función renal está conservada. Rx de abdomen: abundantes heces en marco cólico y recto. Destaca hábito deposicional cada 15 días desde la infancia, no ha sido tratado ni estudiado por el pediatra, actualmente se estudia en Digestivo.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** enfermedad renal intrínseca, enfermedad prerenal.

**Juicio clínico:** RAO por impactación fecal.

**CONCLUSIONES**

La retención aguda de orina es mucho más frecuente en varones y principalmente se da por hiperplasia benigna de próstata. Es muy poco habitual en mujeres. Es importante no olvidar otras causas, aunque éstas sean menos comunes, pero no imposibles: fecaloma, cáncer de próstata, estenosis uretrales, vejiga neurogénica, litiasis, fármacos, patología ginecológica, etc.

Sea cual sea la causa, constituye una urgencia urológica, pues puede conllevar fallo renal irreversible cuando no se trata de manera correcta. Lo primordial es evacuar el contenido vesical y realizar a continuación un estudio etiológico.

**RETENCIÓN URINARIA EN UNA MUJER Joven**

Lusarreta Herreros M, Galafiena Jamar B, Arregui Adrian L, Grau Suárez-Varela M, Montes Fernández L, Vidarte Sota M
CS Iturrama, Pamplona (Navarra), Navarra
mlusarre@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.
PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: dificultad para orinar.
Antecedentes personales: alergia a las gramíneas, plaquetopenia, intervenida de angioma mandibular.
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: mujer de 28 años que acude al centro de salud porque desde el día anterior presenta una importante dificultad para orinar y dolor abdominal.
Exploración física: abdomen distendido, dolor a la palpación focalizada en la fosa ilíaca izquierda, globo vesical; el resto sin interés.
Pruebas complementarias: Combur-Test negativo. Se le realiza sondaje vesical (600 cc). Posteriormente realiza una micción espontánea. Como tiene visita con Ginecología en 2 días, decimos seguir con la observación domiciliaria.
En la consulta de Ginecología se le hace una eco, con los resultados siguientes: ovario izquierdo: 120 mm, esferiforme, ecorrefringencia abigarrada; ovario derecho y útero normales.
Tres días más tarde, la paciente presenta un nuevo cuadro obstructivo, acude a Urgencias ginecológicas y se decide intervenir el ovario izquierdo, pues se sospecha que es el causante de la retención.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: anuria por deshidratación, infección urinaria, fármacos (anticolinérgicos, psicofármacos, calcioantagonistas, alfaadrenérgicos), masas y patología ginecológica.
Juicio clínico: retención urinaria secundaria cistoadenoma papilar seroso, focos borderline seroso.

CONCLUSIONES
La retención urinaria consiste en la imposibilidad del vaciamiento voluntario del contenido vesical por la vía uretral. Es frecuente y constituye una situación de urgencia por el dolor y el desasosiego que causa.
Existe mayor incidencia de retención urinaria en varones, ya que en la mujer hay menos causas predisponentes.
En el caso de anuria hay que descartar la deshidratación.
El tratamiento consiste en el sondaje vesical, y si no es posible el suprapúbico. Hay que tratar esta patología para evitar el fallo renal. Posteriormente es necesario buscar la causa, derivando al paciente al especialista según la sospecha clínica (Ginecología, Urología) para poder tratarla y evitar recidivas, como es el caso de esta paciente, que en la actualidad permanece asintomática.

ROTURA ESPONTÁNEA DEL TENDÓN DE AQUILES
Martínez Soba A, Azofra Crespo M, Camarero Altzarra R, Ausejo Castejón T
CS Gonzalo de Berceo. Logroño (La Rioja). La Rioja almarse1@telefonica.net

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN
Varón de 83 años sin alergias medicamentosas conocidas, hiper- tenso con cardiopatía hipertensiva grado II, DM de tipo 2 en tratamiento con antiidiabéticos orales, obesidad, hiperтроfia benig- na de próstata, bebedor moderado y ex fumador.
Acude a Urgencias derivado por su médico de cabecera para presentar desde hace 7 días impotencia funcional para caminar, con edema y fóvea hasta el tercio medio de la pantorrilla en la extremidad inferior.
Se le realiza una analítica (DD 575 y leucocitosis; resto normal) y un estudio ecográfico y se objetiva rotura del tendón de Aquiles derecho. No presenta signos de TVP en el sistema femoro-poplíteo.

DESARROLLO
Como posibles causas de la rotura del tendón de Aquiles, las más frecuentes son los traumatismos y los esfuerzos físicos en personas jóvenes. Resultan menos frecuentes, si bien cada vez se están describiendo más casos, las roturas como efecto secundario a una terapia crónica con corticoïdes, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, hiperlipemia o el tratamiento con quinolonas.
Al volver a interrogar al paciente, cuenta que toma levofloxacino 500 mg cada 24 h desde los últimos 10 días por un proceso respiratorio. Se considera que la rotura espontánea del tendón es un efecto secundario de este fármaco.
Se pauta un tratamiento conservador con escayola en equino, analgesia y clexane 40 mg sc diario.

CONCLUSIONES
Se han demostrado unos perfiles de eficacia, seguridad y comodidad con el levofloxacino que han hecho que su empleo haya aumentado en Atención Primaria y en el medio hospitalario. La tendinopatía por levofloxacino es infrecuente, inferior al 0,1%, y el de rotura tendinosa inferior a 4 por millón de prescripciones.

SARCOIDOSIS: SÍNDROME DE LÖFGREN
Rojos Cárdenas P, Rojo Cárdenas G, Parent Mathias V
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).
Cantabria patricia_rojo82@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Una mujer de 30 años acude al hospital por un cuadro de 15 días de dolor mecánico, tumefacción y eritema en ambos tobillos que aumenta hasta imposibilitar la decomulación. Posteriormente desarrolla la misma clínica en rodillas, muñecas, codos y caderas. Además, se observa tos sin expectoración y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, picos febriles de 38 ºC durante 4 días y posteriormente febrícula diaria.
Antecedentes personales: asma.
Exploración física: Tª 37,6 ºC, datos de artritis en dichas articulaciones.
Pruebas complementarias: en Atención Primaria: Rx de tórax; adenopatías hiliares bilaterales, por lo que se decide remitir a la paciente al servicio de Reumatología para hacer un estudio. Aquí la paciente desarrolla una lesión dolorosa y eritematoso en la cara anterior de la pierna compatible con eritema nodoso. En el hospital se le realiza hemograma, coagulación, bioquímica, ECA, proteinograma, hormonas tiroideas, todos con resultado normal. VSG: 65; PCR: 10. Hemocultivos, urocultivo, serologías y Mantoux, negativos. Cultivo de aspirado bronquial, complemento, ANA y FR negativos. TC torácico: múltiples adenopatías pretraqueales, paraaórticas izquierdas, hiliares bilaterales y sub-

**DESARROLLO**

El diagnóstico diferencial de adenopatías hiliomediastínicas (sarcoidosis, TBC, linfoma, etc.) y de artritis (infecciosas, por cristales, reumatoides, etc.) lleva al diagnóstico clínico de sarcoidosis: síndrome de Löfgren (triada eritema nodoso, artritis y adenopatías hiliares bilaterales).

**CONCLUSIONES**

Las avanzadas tecnologías de la medicina moderna son de escasa utilidad sin un buen diagnóstico diferencial que integre los síntomas y signos de la enfermedad del paciente. En nuestro caso, con la asociación de la clínica reumatológica y respiratoria, se consigue un diagnóstico síndrómico.

**SEÑALES DE ALARMA DEL DOLOR LUMBAR: SOSPESAS ANTE LUMBALGIA DE LARGA EVOLUCIÓN**

Casado Pardo J, Calahorro Puerto M, Rodríguez Perulero P, Hinojosa Mena-Bernal J
CS Francia. Fuenlabrada (Madrid). Comunidad de Madrid
mjcalahorro@gmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria y especializada.

**PRESENTACIÓN**

La lumbalgia es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria y Urgencias, y en la mayoría de los casos es de origen osteomuscular.

**MOTIVO DE CONSULTA:** mujer de 63 años que acude a consultas por lumbalgia mecánica en tratamiento con AINE desde hace 1 mes.

**Antecedentes personales:** flúter auricular con ritmo ventricular rápido, insuficiencia áorta grado II, ligadura de trompas. En tratamiento con digoxina, Ameride y anticoagulantes orales.

**Enfermedad actual:** desde hace 1 mes presenta lumbalgia mecánica que no cede con el tratamiento antiinflamatorio. En la última semana presenta, además, náuseas, vómitos, malestar general, sensación de mareo inespecífico, astenia y edemas maleolares.

**Exploración física:** sin interés.

**Pruebas complementarias:** analítica: PCR 5,2 mg/dl; creatinina 2,3 mg/dl; digoxinemia 2,6; GGT 121U/L e INR 4,97. En el sistema-témico de orina se objetivan cilindros hialino-granulosos, hematuria y proteinuria. Tanto la Rx de tórax como de columna vertebral lumbar no presentan hallazgos, a diferencia de la TC toracicoabdominal, en la que se hallan imágenes compatibles con un carcinoma de células renales con diseminación cava-trial.

**CONCLUSIONES**

La distribución del edema es un criterio fundamental para el inicio del diagnóstico diferencial, junto con la edad y otros datos de una anamnesis orientada. Desde Atención Primaria disponemos de pruebas (bioquímica, TSH, sistemático de orina) que nos ayudan a precisar el diagnóstico.

**SEUDOTROMBOCITOPENIA EDTA DEPENDIENTE**

Gil Mosquera M, Gómez Guerra R, Fernández Palacios C
CS Jazmín. Madrid. Comunidad de Madrid
vesalio30@hotmail.com
ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y asistencia especializada).

PRESENTACIÓN
La presencia de trombocitopenia aislada en las analíticas habituales solicitadas en Atención Primaria es frecuente, si bien en muchas ocasiones los pacientes no muestran sintomatología hemorrágica ni alteraciones en la hemostasia. Por ello se debe confirmar el recuento anómalo de las plaquetas. Además, puede aparecer lo que se entiende por falsa trombocitopenia, trombocitopenia espúrea o seudotrombocitopenia.

Presentamos el caso de una mujer de 62 años en la que tras realizarse una analítica normal en su centro de salud se observa trombocitopenia de 12,5 x 10^3, sin otras alteraciones analíticas destacables. La paciente aporta analíticas previas de hace más de 15 años en las que también se observa trombocitopenia, pero que nunca ha sido estudiada. La paciente se ha encontrado asintomática en todo momento. No refiere antecedentes familiares ni personales de interés; no menciona hábitos tóxicos ni consumo de fármacos.

Ante los resultados obtenidos, se solicita un estudio de extensión de sangre periférica: recuento de plaquetas en tubo de citrato sódico (tapón azul) +/- 250.000. En el frotis (EDTA) recuento de +/- 24,2 x 10^3. Se observan abundantes agregados plaquetarios.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: trombocitopenia secundaria a tóxicos, desórdenes hematológicos, trombocitopenia autoinmune, seudotrombocitopenia.

Juicio clínico: seudotrombocitopenia EDTA dependiente (PTCP-EDTA).

CONCLUSIONES
El diagnóstico correcto y precoz de esta entidad evitará la realización de pruebas innecesarias y los tratamientos potencialmente peligrosos para el paciente. No se precisa tratamiento alguno y se debe informar al paciente acerca de la necesidad de advertir al personal sanitario que debe utilizar tubos de citrato en futuras extracciones sanguíneas.

¿SÓLO ESTABA CANSADO Y ME DOLÍA LA ESPALDA!
Perelló García I, Bartolomé Mateu S, Moreno Castillón C, Torra Solé N, Del Olmo De la Iglesia O, Villalva Tost L
iperellga@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
El diagnóstico más probable de las lesiones osteoblásticas en la columna vertebral es la neoplasia de próstata. Motivo de consulta: síndrome constitucional y dolor lumbar.

Antecedentes personales: hepatopatía crónica alcohólica child A, varices esofágicas grado I-II, leve hipertensión portal.

Enfermedad actual: varón de 57 años, con los antecedentes descritos, que comenta pérdida de peso, astenia y anorexia, sin alteración del hábito deposicional. Además refiere dolor a nivel lumbosacro. No presenta clínica urinaria.


Pruebas complementarias:
- analítica: Hb 6,1g/dl; Hto 5%; VCM 88; HCM 27,4; urea 60 mg/dl; creatinina 1,82 mg/dl; INR 1,3; GOT 42 UI/l; GPT 11 UI/l; GGT 116 UI/l; FA 636 UI/l; alfa-fetoproteína 1,6 U/ml. Esfagagogastroscopia: varices esofágicas grado I-II, gastropatía leve por hipertensión portal. Colonoscopia normal hasta ciego. Rx de columna lumbar: imágenes osteoblásticas a nivel del disco LIV-LV con desviación lateral izquierda.
- UCI: negativa.
- TC torácico: neoplasia de pulmón.
- Gastroscopia: varices esofágicas grado I-II, gastropatía leve por hipertensión portal. Colonoscopia normal.

La Rx de columna lumbar, que en un principio no se había solicitado, fue la clave para establecer el diagnóstico. El paciente había podido ahorrarse pruebas tan cruentas como la gastroscopia o colonoscopia.

SIADH EN EL ANCIANO
López Fernández L, Blanco Rio A, Iglesias Simón M, Rivera Figueras M
ineslofer@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Mujer de 86 años sin hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: HTA, bronquiectasias, anemia crónica. En tratamiento con diálisis 60, enalapril 5 y alprazolam 0,5. En el último año refiere nerviosismo, angustia vespertina e insonornia.


Ante los hallazgos bioquímicos se solicita un estudio de hiponatremia [Na +: 124 mEq/L; K +: 4,8 mEq/L; ácido úrico: 3 mg/dl; urea: 40 mg/dl; 

DESAFÍO DE LA INFANCIA

Juicio clínico: ante las imágenes osteoblásticas en la columna lumbar, se sospecha neoplasia de próstata, por lo que se solicita PSA, que resulta ser de 1525.

CONCLUSIONES
La Rx de columna lumbar, que en un principio no se había solicitado, fue la clave para establecer el diagnóstico. El paciente había podido ahorrarse pruebas tan cruentas como la gastroscopia o colonoscopia.

SIADH EN EL ANCIANO
López Fernández L, Blanco Rio A, Iglesias Simón M, Rivera Figueras M
inleslofer@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Mujer de 86 años sin hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: HTA, bronquiectasias, anemia crónica. En tratamiento con diálisis 60, enalapril 5 y alprazolam 0,5. En el último año refiere nerviosismo, angustia vespertina e insonornia.


Ante los hallazgos bioquímicos se solicita un estudio de hipo-

DESAFÍO DE LA INFANCIA

Juicio clínico: ante las imágenes osteoblásticas en la columna lumbar, se sospecha neoplasia de próstata, por lo que se solicita PSA, que resulta ser de 1525.

CONCLUSIONES
La Rx de columna lumbar, que en un principio no se había soli-

definitiva de glucocorticoides, insuficiencia renal crónica.
Ante estos diagnósticos diferenciales debe realizarse una ecografía abdominal y una TC craneal para un estudio etiológico de un SIADH; suspender IECA y recomendar una restricción hídrica (1.000 ml/d). El diagnóstico es que la paciente padece un SIADH.

CONCLUSIONES
El SIADH se caracteriza por una hiponatremia hipoosmótica con euvolemia, sin edemas, orina inapropiadamente concentrada, excesiva natriuresis, ácido úrico, urea y creatinina normal-bajos. Las funciones renal, cardíaca, tiroidea, hepática y adrenal son normales. La mayoría de los pacientes se mantienen asintomáticos. Las pruebas de laboratorio resultan útiles para establecer un diagnóstico precoz. El tratamiento se basa en tratar la causa y corregir la hiponatremia. Es característica la respuesta terapéutica a la restricción hídrica.

SÍFILIS SECUNDARIA
Ciaurriz Martín M, Baztanrrica Echarte E, Rubí Alzugaray I, Solit Arrieta A, Álvarez Villanueva E, Lumiber Martinez de Morentín M
CS Barañain. Pamplona (Navarra). Navarra

INESRUBI@HOTMAIL.COM
ÁMBITO DEL CASO
Ambulatorio.

PRESENTACIÓN
Mujer de 17 años con antecedentes de fractura de tibia hace 2 años. No presenta alergias conocidas. Hace 2 días acudió a su médico de Atención Primaria por presentar un episodio de malestar general y dolores articulares. Su médico lo etiquetó como gripal y la mandó a su domicilio tras prescribirle paracetamol.

DESARROLLO
La paciente acude de nuevo a la consulta para presentar fiebre, astenia, artromialgias y odinofagia. En la exploración física se objetiva hemiparesia izquierda. Se suspende IECA y se realiza nueva analítica en la que se aprecia serología de lúes positiva. Se trata de un paciente que consulta por síntomas inespecíficos difíciles de filiar, y la exploración inicial no aporta ninguna orientación diagnóstica. La correcta anamnesis recoge el antecedente de TCE y hace pensar en la posible organicidad del cuadro, que se confirma con la TC craneal: hematoma subdural crónico.

CONCLUSIONES
El hematoma subdural crónico es frecuente en personas mayores tras un TCE, independientemente de su gravedad, y las manifestaciones suelen ser inespecíficas. Una adecuada anamnesis es fundamental para su diagnóstico.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO
Caiucedo Martínez I, Yanguas Torres V, Moreno Moreno A
CS de San Roque. Badajoz. Extremadura

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Introducción: caso de HTA secundaria de difícil control en una paciente joven y sana gestante de 13 semanas que acude a la consulta por una cefalea fronto-occipital.


Enfermedad actual: cefalea fronto-occipital de 48 h de evolución que no cede con analgésicos.

Exploración física: normal, excepto PA: 180/120 mmHg.

Se deriva al HIC, donde la paciente es ingresada en la UCI con un diagnóstico de preeclampsia; a las 24 h sufre un aborto espontáneo y pasa a Medicina Interna para su estudio.


DESCUENTO
Diagnóstico diferencial: debe hacerse con entidades como la pelegrimpia, el síndrome de HELLP, la púrpura trombótica trombocitopenía y el lupus eritematoso, ya que aunque pueden ser muy semejantes clínicamente, el manejo es distinto.

Juicio clínico: síndrome antifosfolípido. Se caracteriza por la aparición de trombosis de repetición, morbilidad en los embarazos y alteraciones hematológicas asociados a la presencia de anticuerpos antifosfolípido.

CONCLUSIONES
Se muestra cómo el estudio de una HTA secundaria cambia su curso a partir de dos abortos espontáneos.

Tras su diagnóstico, deberá efectuarse de forma indefinida una profilaxis secundaria de nuevas trombosis mediante una anticoagulación.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO
Alonso Martínez S, Berruguete Andonegui N, Rodríguez Sanz P, Beiguristain Reparaz A, Navarro González D, Huarte Labiano I
CS Chantrea. Pamplona (Navarra). Navarra
salonsom@cnnavarra.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Mujer de 86 años institucionalizada en centro geriátrico, independiente ABVD.

Motivo de consulta: alteración del nivel de conciencia.

Antecedentes personales: deterioro cognitivo moderado, HTA, degeneración macular senil, osteoporosis, ansiedad crónica, apendicectomía, colecistectomía. No tiene alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento con ansiolítico, antidepresivo e hipotensor.

Enfermedad actual: la paciente es derivada a Urgencias por alteración del nivel de conciencia y desorientación de 1 mes de evolución. El cuadro comenzó con desorientación temporal, reticülándose parche de rivestigina por posible yatrogenia. Posteriormente, se dió de nuevo desorientación y agitación nocturna, cuyo desencadenante fue una infección urinaria por *E. Coli* sensible a fosfomicina, y la paciente mejoró tras el tratamiento. Hace 24 horas, el cuadro comienza bruscamente con una disminución del nivel de conciencia, postración, febrícula y dolor a la palpación abdominal.

En el momento de la consulta, la paciente presenta disminución de la conciencia con ojos cerrados, balbuceo y mal estado general.

Exploración física: PA: 90/50 mmHg; FC: 110 lpm; Tª: 37,9 ºC; SatO2 85%. La paciente permanece taquipnéica y pálida, con regular hidratación. La exploración resulta anodina, salvo muecas de dolor a la palpación abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Examen neurológico: desorientación temposespacial y mueve las extremidades. No hay signos de focalidad neurológica.


DESCUENTO
Síndrome confusional agudo secundario a encefalopatía hepática por trombosis portal y metástasis hepáticas deprimario desconocido.

Shock séptico abdominal.

CONCLUSIONES
Con el envejecimiento poblacional y, en consecuencia, la mayor prevalencia de deterioro cognitivo, los médicos de Atención Primaria debemos estar entrenados en la sospecha y el manejo del síndrome confusional agudo, y tener siempre presente las múltiples causas que lo desencadenan.

SÍNDROME CONSTITUCIONAL Y TOS
Lucas Noll J, Panisello Tafalla A, Homedes Celma L, Borras Vila Ita I, Rascón Roig N, Tournourov J
CAP El Temple. Tortosa (Tarragonea). Cataluña
jorginalucas@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria, Urgencias y atención especializada).

PRESENTACIÓN
Paciente que consulta por síndrome constitucional y tos de 10 días.


Enfermedad actual: varón de 68 años que acude a la consulta por un cuadro de 10 días de disnea de esfuerzos y tos seca; está afebril. Refiere un síndrome constitucional. Desde Atención Primaria se solicita una Rx de tórax, en la que se observan unos infiltrados intersticio-alevales bibasales, por lo que se deriva al paciente a Urgencias.


Exploraciones complementarias: analítica: GOT 225 mg/dl; GPT 206 mg/dl; PCR normal; hemograma y fórmula normales; marcadores tumorales, serologías para neumonias atípicas, inmunología: normales. Rx de tórax: infiltrados intersticio-alevales bibasales. TC torácica: afectación parenquimatosa de ambos campos pulmonares predominando en el lóbulo medio y superior derecho, de aspecto fribótico. En lía, área de afectación alevolar con broncograma, insespecífico. Broncoscopia: macroscópicamente normal. Lavado broncoalveolar: negativo para células malignas.

Biopsia pulmonar: bronquiolitis obliterativa con neumopatía organizada, tromboembolos en vasos de pequeño y mediano calibre, algunos con recanalización, otros acompañados de infartación hemorrágica.
DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: debería establecerse con neumonía atípica, una enfermedad bronquioalveolar o con fallo cardíaco.
Juicio clínico: se diagnosticó de neumonía atípica, una enfermedad bronquioalveolar o con fallo cardíaco.

CONCLUSIONES
Debe valorarse la posibilidad de que un paciente presente esta entidad en una enfermedad pulmonar aguda-subaguda que no mejora con el tratamiento habitual.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA TRAS INTERRUPCIÓN DE TRAMADOL
Molero Alonso C, Argüelles Vázquez R, Boronat Moreiro J, Oliva Fanlo B CS Calvià. Palma de Mallorca. Illes Balears molero69@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias de Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Varón de 66 años que acude a la consulta por «miedo y frío». No presenta sudoración ni dolor torácico. Niega clínica de reagudización bronquial. Se mantiene afebril. Comenta que el traumatólogo le ha realizado infiltraciones en el hombro derecho 2 días antes, abandonando así el tratamiento con tramadol (formulación retard 100 mg/12 h).

Antecedentes personales: EPOC, DM tipo 2, tendinosis supraespinoso del hombro derecho.

Exploración física: general y neurológica sin alteraciones.

Pruebas complementarias: afebril, glucemia normal, ECG sin alteraciones respecto a otros ECG previos, tira de orina sin alteraciones.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: hipoglucemia, proceso coronario agudo en presentación atípica.

Juicio clínico: síndrome de abstinencia al tramadol.

Se le administró diazepam 5 mg vo y el paciente presentó una mejoría. Se le instó a que reincidiera el tratamiento con tramadol y se le instruyó sobre cómo debía llevar a cabo una pauta de disminución de la dosis. Con ello pudo abandonar el tratamiento sin que aparezcan de nuevo los síntomas.

CONCLUSIONES
Si se ha de prescribir tramadol, se debe tener en cuenta que puede crear una dependencia física, por lo que los tratamientos a dosis altas, y especialmente los prolongados, deben interrumpirse de forma gradual y en pauta descendente.

El mecanismo de acción del tramadol no es bien conocido, aunque se sabe que inhibe la captación de serotoninina y noradrenalina y antagoniza los receptores opioides-mu. Por este motivo, la abstinencia podría tratarse con un opioide de larga duración como la metadona; sin embargo, como el acceso a la metadona es limitado, el medicamento original (tramadol) parece la opción más lógica en caso de abstinencia y posterior deshabitación.

SÍNDROME DE BOERHAAVE: RUPTURA ESPONTÁNEA DE ÓRGANO ALIMENTARIO
Antolín Atencia C, Durban García I CS Portada Alta. Málaga. Andalucía karo_as@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN
La perforación espontánea del esófago es una de las patologías más graves. Se trata de un síndrome de muy baja frecuencia pero con alta morbilidad y mortalidad. Fue descrito por primera vez por Herman Boerhaave en 1724 al realizar la autopsia de un paciente que murió tras provocarse repetidas veces el vómito por una digestión pesada.

Motivo de consulta: mujer de 58 años que acude a Urgencias por dolor torácico.

Antecedentes personales: hernia de hiato sintomática tratada con familiares.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: la paciente refiere sensación de plenitud gástrica durante toda la tarde. Por la noche sufre un vómito alimentado y comienza a sentir un dolor en el hemitórax izquierdo, irradia a la extremidad superior derecho y a la espalda, que es de características opresivas y está acompañado de cortejo vegetativo.

Exploración física: consciente, orientada, sudorosa, palidez cutánea. PA: 90/50 mmHg; FC: 110 lpm; SatO2 90%. AC; tonos rítmicos, sin soplos. AP: crepitantes en base izquierda. Abdomen: muy doloroso a la palpación en epigástrico e hipocondrio izquierdo.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 100 lpm; BCR1 no conocido. Rx de tórax: derrame pleural izquierdo. TC de abdomen: normal. TC de tórax: neumomediastino con derrame pleural izquierdo y neumotórax homolateral.

Se administra a la paciente contraste hidrosoluble vía oral: extravasación de contraste a hemitórax izquierdo.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo, pancreatitis aguda, síndrome de Boerhaave.

Juicio clínico: síndrome de Boerhaave.

CONCLUSIONES
En la actualidad, no existen muchos estudios acerca de este síndrome; la mayoría de las publicaciones describen casos clínicos aislados, todos con el mismo denominador común: el difícil diagnóstico.

La conclusión que puede extraerse de este caso es la importancia que tiene la exploración para hacer un diagnóstico, así como una detallada historia clínica del paciente.

SÍNDROME DE CHILAILITI
Miró Botella P, Franco Alonso A, Vergara Alert M Capse Casanova. Barcelona. Cataluña tricio.miro@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Centro de Atención Primaria urbano.
PRESENTACIÓN
Mujer de 71 años que acude al CAP por tos con expectoración purulenta, disnea y fiebre (38 °C).
Antecedentes personales: no AMC, fumadora de 50 paquetes/año.
En tratamiento con budesonida, salbutamol, amoxicilina-clavulánico con resolución del cuadro.
En 2 años, la paciente vuelve a la consulta en cinco ocasiones por cuadros similares. Se le pauta un tratamiento con corticoides inhalados y broncodilatadores a espera de los resultados de la Rx de tórax y de la espirometría. En la Rx se observa una marcada elevación hemidiafragmática D con interposición de colon subdiafragmática sugestiva de parésis frénica. La espirometría es normal.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: parálisis diafragmática unilateral: infiltración neoplásica del nervio frénico, trauma obstétrico, osteoartritis cervical, aneurisma aórtico, bocio endotorácico, tumor mediastídico, inflamaciones locales (neuritis, neumonia, pleuritis), neuropatía diabética y origen idiopático.

Se solicita una TC toracoabdominal, en la que se observa una elevación diafragmática derecha compatible con el síndrome de Chilaiditi.

CONCLUSIONES
El síndrome de Chilaiditi se define como una alteración anatómica que consiste en la interposición del colon, generalmente derecho, entre el hígado y el diafragma. También ha sido descrita la interposición del colon izquierdo y del intestino delgado.

Los factores predisponentes son: hígado pequeño, defectos congénitos de ligamentos hepáticos, ausencia de lóbulo hepático derecho, malrotación o elongación del colon, enfermedad diafragmática, parálisis frénica, estreñimiento, cirugía abdominal previa, EPOC, cirrosis, esclerosis, obstrucción mecánica, obesidad. El tratamiento consiste en medidas higiénico-dietéticas y el diuretismo intestinal.

Como únicos antecedentes en este caso, destacaban obesidad y estreñimiento, por lo que se pautó un tratamiento dietético y se dieron pautas de consulta en casos de abdominalgía aguda por riesgo de obstrucción intestinal.

SÍNDROME DE CUSHING
Rubi Alzugaray I, Lumbier Martínez de Morentín M, Álvarez Villanueva E, Sota Yoldi P, Sotil Arrieta A, Ciaurriz Martín M
CS Azpilagia. Pamplona (Navarra). Navarra
inesrub@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.

PRESENTACIÓN
Varón de 48 años, natural de Rusia, diagnosticado hace 1 año de DM, no controlado en su médico de Atención Primaria, acude acompañado por un familiar, porque refiere un cambio de carácter y MEG.

Menciona también que desde hace 1 año ha aumentado unos 20 kg de peso, se muestra irritable y presenta disnea de media-
nos esfuerzos, que parece estar en relación con el aumento de peso. Refiere asimismo ronquidos nocturnos y somnolencia diurna.

Exploración física: PA: 130/85 mmHg. Obesidad troncular, joroba de búfalo, facies de luna llena, ACP normal, abdomen globuloso. Examen neurológico normal. Destaca una gran somnolencia.

Juicio clínico provisional: al coincidir en el tiempo el diagnóstico de DM con los cambios de carácter y el aumento de peso, se sospecha un probable síndrome de Cushing frente a SAOS como causa del cambio de carácter.

DESARROLLO
Se decide que el paciente ingrese en Medicina Interna, donde se realiza polisomnografía y cortisol urinario. El paciente es diagnosticado de síndrome de Cushing por tumor hipofisario y SAOS.

CONCLUSIONES
Ante pacientes con cambio de carácter, debe considerarse una enfermedad física antes que un trastorno psiquiátrico (SAOS, síndrome de Cushing, etc.).

SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO: ¿REALIDAD O CIENCIA FICCION?
Caspe Rosselló-Barcelona. Barcelona. Cataluña
afrancoa@clinic.ub.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Paciente de 56 años con obesidad, hiperplasia benigna de próstata, psoriasis y pie cavum pospoliomielitis, desde hace 7 días presenta dolor en el pie derecho. No tiene antecedentes traumáticos.

En la exploración se observa pie cavum, dedos en garra, dolor en la planta del pie a la dorsiflexión forzada y al caminar. La radiografía simple de pie muestra signos osteodegenerativos. Se orienta el diagnóstico como fascitis plantar y se indica como tratamiento fisioterapia y analgesia.

Pasado 1 mes el paciente presenta edema blando con lesiones eritematosas de la pierna derecha. Se le remite a Urgencias, donde se descarta una trombosis venosa profunda por eco-Doppler y se le indican medidas de higiene postural. A los 3 meses, el paciente vuelve a la consulta por coxalgia derecha, mecánica. En la exploración se observan cambios tróficos de la extremidad y limitación de la movilidad de la cadera. Se realiza una Rx de cadera, que muestra signos osteodegenerativos.

Se deriva al paciente al traumatólogo, que completa el estudio con una RM que muestra una lesión del labrum y edema óseo. Se le realiza una gammagrafía ósea, en la que se detecta hiperfijación del trazador en la pierna derecha.

DESARROLLO
Dado este cuadro, nos planteamos si era un dolor referido a la cadera (lumbar), extraarticular (bursitis trocantérea) o de la articulación (degeneración artística, lesión del labrum acetabular).
Ante la cronopatología, reorientamos el diagnóstico: síndrome de dolor regional complejo tipo I (SDRC). El paciente realizó tratamiento con calcitonina, imipramina, paracetamol y codeína durante 20 días junto con 18 sesiones de magnetoterapia, con lo que experimentó una mejora.

CONCLUSIONES
La coxalgia es un motivo de consulta frecuente y generalmente se debe a degeneración artrósica. Puede ser causada por otros procesos, como el dolor neuropático, por ejemplo el SDRC, caracterizado por un estado agudo (síntomas de inflamación regional) y uno crónico (trastornos neuropáticos).

¿SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI?
Mata Pérez A, Montiel Argaiz R, Fernández García S
CS Gonzalo de Berceo. Logroño (La Rioja). La Rioja bilisia@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Cuando un paciente presenta unas lesiones dermatológicas, es muy complicado establecer un diagnóstico en la consulta; en ocasiones es necesario dejar pasar un tiempo para poder hacer un diagnóstico diferencial mucho más preciso.

Antecedentes personales: varicela en infancia.
Enfermedad actual: paciente de 30 años que acude a la consulta por presentar lesiones papulares y pruriginosas de 24 h de evolución y que van aumentando en número. Todas se encuentran en el mismo estadío. La paciente refiere haber estado en contacto hace 7 días con un niño que presentaba varicela.
Exploración física: lesiones dermatológicas papulares de 3 mm de diámetro distribuidas en los dedos de las manos y los pies, los codos y el hélix de ambos pabellones auriculares.

DESARROLLO
Ante la dificultad del diagnóstico del cuadro, recurrimos al servicio de Teledermatología, donde se sugiere que podría tratarse del síndrome de Gianotti-Crosti por la apariencia de las lesiones; este síndrome no precisa tratamiento específico, sólo sintomático. Dejamos evolucionar las lesiones mientras hacemos un seguimiento. A los 7 días han evolucionado a lesiones maculares en forma de diana en los mismos lugares donde anteriormente existían papúlas, por lo que se establece el diagnóstico de eccema numular. La paciente evoluciona favorablemente con un corticoido tópico.
Diagnóstico diferencial: varicela, síndrome de Gianotti-Crosti, eccema.
Juicio clínico: eccema numular.

CONCLUSIONES
El síndrome de Gianotti-Crosti se produce por el virus varicela-zoster en aquellos pacientes que han padecido previamente una varicela. Es una entidad extraña con muy pocos casos descritos en el mundo. Aparece al estar en contacto con pacientes que tienen una varicela. El diagnóstico es de exclusión tras evolucionar las lesiones y hacer un diagnóstico diferencial amplio. La evolución es favorable.

SÍNDROME DE SINOVIITIS SIMÉTRICA SERONEGATIVA REMITENTE DEL ANCIANO CON EDEMA CON FÓVEA (RS3PE)
Ortiz Navarro B, Casado Sánchez I, Corona Pérez I
CS Palma-Pamplina. Málaga. Andalucía betrita9@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
El síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema con fóvea (RS3PE) se considera una manifestación precoz de un síndrome paraneoplásico. Se trata de una tenosinovitis aguda de muñecas, metacarpalafálicas y interfalángicas proximales que provoca un edema dorsal de manos y pies. Ocurre en varones de 70 años y es de etiología desconocida, aunque se considera una manifestación precoz de un síndrome paraneoplásico. Ocasiona en unos días una inflamación articular simétrica en las manos con edema foveolar. El factor reumatoide es negativo y en la Rx no existe erosión ósea. El diagnóstico es clínico y el diagnóstico diferencial se hace con la artritis reumatoidea y la polimialgia reumática. Se trata con corticoides y la respuesta es espectacular, salvo si se debe a un síndrome paraneoplásico.
Motivo de consulta: varón de 80 años que acude a la consulta por edema en manos y pies desde hace varios días.
Antecedentes personales: artritis, insuficiencia renal crónica, carcinoma de antro gástrico tratado con radioterapia y quimioterapia paliativa, ascitis, trombosis venosa profunda.
Enfermedad actual: refiere desde hace varios días inflamación y dolor de manos y pies, sin otra sintomatología.
Exploración física: se objetiva inflamación y edema foveolar en el dorso de las manos y los pies, que son dolorosos a la palpación. Se pauta furosemida, pero se obtiene una escasa mejora.

DESARROLLO
Se revisa la bibliografía y tras realizar un diagnóstico diferencial se sospecha que el paciente presenta RS3PE.

CONCLUSIONES
Se trata de una patología poco frecuente, pero que hay que tener en cuenta en Atención Primaria.

SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: ORO PARECE, PLATA NO ES
Arnáez Solís R, Rodríguez Sanz P, Navarro González D, Huarte Labiano I
Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra). Navarra davidsilos@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
El síndrome de Tako-Tsubo o cardiomiopatía inducida por estrés se caracteriza por una discinesia apical transitoria del VI que simula un infarto miocárdico en fase aguda. Es más prevalente en mujeres posmenopáusicas entre los 62-75 años. Lleva el nombre de un recipiente de cuello angosto y base globular ancha que los pescadores japoneses emplean para capturar pulpos (por la similitud de la forma con la imagen sistólica del ventrículo en la fase aguda).
Motivo de consulta: dolor torácico.

Antecedentes personales: menopausia a los 49 años. Osteopenia.

Enfermedad actual: mujer de 62 años que acude a la consulta por un cuadro de dolor precardial, irradiado al brazo izquierdo, seguido de disnea y sudoración profusa, de 2 h de duración, sin pérdida de conciencia.

Exploración física: PA: 90/60 mmHg; pulso: 95 lpm; SatO2: 95%; FiO2: 21%; Tº: 36,5 ºC. REG. EF: sudorosa, taquicárdica. ACP: normal. Consciente y orientada, lenguaje normal, exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: analítica: troponina: 1,4 ng/ml; CPK: 100 µ/ml; mioglobina: 70 ng/ml. ECG: elevación ST en precordiales anteriores. Rx de tórax: normal.

La paciente ingresa en Cardiología con sospecha diagnóstica de IAM. Se le realiza una coronariografía, donde se observa la ausencia de obstrucción o de ruptura de una placa; también se le practica una ventriculografía, donde aparece discinesia-quietud apical de 1/3 del VI. FE conservada.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: síndrome X, angina de Prinzmetal, miocarditis, abuso de cocaína, síndrome de Tako-Tsubo.

Juicio clínico: síndrome de Tako-Tsubo.

CONCLUSIONES
El tratamiento de la cardiomiopatía inducida por estrés se basa en una terapia de soporte con hidratación y con la resolución del estrés psicológico o físico. Los síntomas y cambios del ECG se resuelven en horas. Se estima una prevalencia en torno al 1,7-2,2% del total de SCA. Debemos tenerlo en cuenta ante un cuadro de dolor torácico agudo.

SÍNDROME DIARRÉICO EN ATENCIÓN PRIMARIA
Poveda M, Meineri M, Magraner E
Capse Casanova. Barcelona. Cataluña
mpovedaayora@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: varón de 68 años que consulta por diarreas. Antecedentes personales: no refiere alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. HTA de larga evolución en tratamiento con calciumantagonistas y ACxFA crónica en tratamiento con diltiazem y acenocumarol. Antecedentes familiares: sin interés. Enfermedad actual: consulta por diarreas líquidas sin productos patológicos, unas 6-8 al día, de 24 h de evolución. No hay dolor abdominal, ni náuseas o vómitos.

Ha estado ingresado en el hospital 10 días atrás por ACxFA rápida que ha requerido un ajuste de la medicación. Se le indica que debe seguir una dieta astringente. Ingresó en Urgencias tras 48 h de diarreas mantenidas.

Exploración física: estado general y constantes vitales conservados. Abdomen blando, depresible, no doloroso y con peristaltismo aumentado.


Se cursa toxina de Clostridium difficile, la cual es positiva, por lo que se inicia un tratamiento con metronidazol.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: los cuadros diarreicos recidivantes incluyen múltiples etiologías, como intestino irritable postinfeccioso, colitis micros cópicas y enfermedad inflamatoria intestinal.

Un 20-50% de los pacientes hospitalizados presentan una colonización por Clostridium difficile, que puede evolucionar hasta dar cuadros de colitis pseudomembranosa graves.

CONCLUSIONES
El síndrome diarreico constituye una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria. La valoración de pacientes que previamente han estado hospitalizados y que presentan cuadros diarreicos debe considerar la infección por Clostridium difficile como diagnóstico diferencial.

SÍNDROME MiccIONAL y DIPLOPIA
Falguera Vilamajó M, Melló Iniesta A, Rodríguez Garrocho A, Calderó Solé M, Sánchez Fernández V, Pena Arnaiz M
ABS Pla d’Urgell. Mollerussa (Lleida). Cataluña
mireafalguera@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: fiebre y disipolia.

Antecedentes personales y familiares: ex fumador. Sin hábito ético. No toma medicación habitual. HTA y DM tipo 2 asociados a obesidad mórbida que se resolvió en 2005 con la pérdida de 60 kg de peso gracias a una gastroyeyunostomía.

Enfermedad actual: hombre de 55 años que acude a la consulta por la aparición de disipolia binocular y cefalea frontal 4 días después de autolimitación de un cuadro de gastroenteritis aguda, junto con disuria y polaquiría.


DESARROLLO
Las causas más frecuentes de la disipolia binocular son isquémicas, tumorales y postraumáticas. Otras causas son la miastenia grave, la enfermedad tiroidea ocular, la oftalmoplejía externa progresiva, el pseudotumor orbitario, la oftalmoplejía intrinseca, el síndrome de Parinaud, la arteritis de células gigantes y la esclerosis múltiple.

Juicio clínico: oftalmoplejía derecha por probable neuritis inflamatoria frente a isquémica con prostatitis aguda.
CONCLUSIONES
Diplopía binocular por neuritis inflamatoria asociada a infección bacteriana (prostatitis aguda), sin poder descartarse neuritis isquémica dados sus antecedentes. Deben descartarse enfermedades autoinmunitarias, inflamaciones locales, lesiones ocupantes de espacio y vasculares.
Se inició un tratamiento antiagregante, corticoideo y polivitaminico y el paciente experimentó una mejoría clínica.

SÍNTOMA FRECUENTE, CAUSA RARA
CS José Barros, Murias (Cantabria). Cantabria
agarciasant@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Las artromialgias son la manifestación inicial de un gran número de patologías que se estudian, en un primer momento, en las consultas de Atención Primaria. Algunas tienen repercusión sistémica, lo que debe hacer pensar en enfermedades potencialmente graves como las vasculitis.
Méto de la consulta: mujer de 50 años acude a la consulta por imposibilidad para deambular.
Antecedentes personales: ex fumadora desde hace 1 año.
Antecedentes familiares: sin interés.
Enfermedad actual: artromialgias en EEUU de 1 mes de evolución que no mejoran a pesar de tratamiento con AINE e impiden la dorsiflexión de los tobillos, por lo que la paciente no puede deambular. Presenta, además, fiebre en picos. Es remitida urgentemente al hospital.


DESARROLLO
Las artromialgias tienen muy diversas formas de expresión. Vasculitis asociada a los ANCA: granulomatosis de Wegener, PAM y síndrome de Churg-Strauss.

Juicio clínico: vasculitis necrotizante sistémica de mediano vaso.

CONCLUSIONES
Las vasculitis constituyen un grupo de enfermedades autoinmunitarias caracterizadas por la inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos. Su evolución espontánea es fatal. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de manifestaciones no sólo reumatólogicas, sino también de afección visceral de muy diversa extensión y gravedad.
El tratamiento se basa en la inmunosupresión más o menos intensa, según el grado de afectación sistémica. Hay que diferenciar la actividad del cuadro vasculítico de una complicación infecciosa, en especial si se trata con inmunosupresores.
ÁMBITO DEL CASO
Mixo.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: repercusión grave de fármaco común.
Antecedentes personales: appendiciectomizado, aneurisma de aorta abdominal intervenido meses atrás. En tratamiento con Plavix.
Enfermedad actual: dolor abdominal autolimitado en hemiabdomen izquierdo, con irradiación lumbar, de 15 días de evolución, con un empeoramiento progresivo. Sin relación con ingesta, movimientos ni deposiciones.
Exploración física: dolor a la palpación en FII e hipogastrio. PPRI + Pulso positivos. Sin soplos vasculares.
Pruebas complementarias: amilasuria 959. Hematies 4,37; Hb 11,4; Hto 34; VCM 78,6. El diagnóstico fue de pancreatitis leve.

En planta: Vit B12 136. Eco y TC abdominal: prótesis abdominal sin cambios. Eventración (2.a a cirugía) que no justifica la clínica según los cirujanos. Tras estudios complementarios: vesícula muy distendida sin colecistitis, nódulo suprarrenal (probable adenoma), quiste en epidídimo izquierdo, dolor a la palpación en FII e hipogastrio. PPRI

Anamnesis dirigida apunta a un posible fármaco urinario. La exploración física es normal. Se pautan antitérmicos e hidratación y ventilación global sin señales, y el resto es normal. Se solicita Rx del tórax, serología de atípicas, cultivo de esputo y BK.

En la Rx del tórax se observa una posible imagen de condensación basal derecha, por lo que se instaura un tratamiento empírico con levofloxacino 500 cada 24 h durante 10 días, y el paciente permanece afebril desde el inicio del tratamiento antibiótico. Un mes más tarde acude de nuevo a la consulta por fiebre y cuadro catarral. Los resultados analíticos pendientes fueron negativos. Se solicita una nueva Rx de tórax, donde se observa cistíritis y derrame pleural derecho.

DESARROLLO
Dados estos resultados, se plantea como diagnóstico posible una neumonía basal derecha complicada/masa pulmonar. El paciente es derivado a la consulta de Neumología, donde se le diagnostica un carcinoma epidermoide de lóbulo superior derecho T2N2M0 estadio IIIa. Al plantearse el caso a la comisión de tumores del hospital de referencia, se considera la posibilidad de realizar quimioterapia con cisplatino y gemcitabina con posterior lobectomía inferior derecha más linfadenectomía. Actualmente, el servicio de Oncología sigue el caso de este paciente.

CONCLUSIONES
La fiebre es un motivo de consulta muy frecuente en el ámbito de la Atención Primaria, pero no por ello debemos confiarnos. Ante la falta de remisión de la fiebre, debemos retomar el diagnóstico diferencial, aunque en la mayoría de los casos la fiebre estará causada por una patología banal.

SÓLO UN MOTIVO DE CONSULTA, POR FAVOR
Hospital 12 de Octubre. Madrid. Comunidad de Madrid
rbktn@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixo.

PRESENTACIÓN
El dolor torácico, con sus múltiples etiologías, constituye uno de los principales retos e incertidumbres del médico de familia, por lo que es imprescindible saber cómo realizar un correcto manejo del mismo.
Motivo de consulta: mujer de 21 años, sin antecedentes, que refiere odinofagia, fiebre de 2 días de evolución y episodios ocasionales de dolor en el hemitórax izquierdo tipo “pinchazo”, autolimitados, y que coinciden con momentos de ansiedad.
Exploración física: se objetiva hiperemia faríngea, junto con amigdalas hipertróficas hiperémicas con exudados blanquecinos “en placa”. AC: rítmica a 100 lpm con roce sistólico.
Pruebas complementarias: ECG y Rx de tórax urgente: apalancamiento de onda T en todas las derivaciones precordiales, por lo que se deriva a la paciente a Urgencias del hospital para la determinación de las enzimas cardiacas ante la sospecha de que presenta una pericarditis aguda.
En Urgencias se observa CPK 250, CKmb 50, Trop T 0,41. Con el diagnóstico de miopericarditis aguda, la paciente ingresa en Cardiología. En la ecocardiografía se observa un engrosamiento pericárdico sin datos de taponamiento. Se instaura un tratamiento con AAS y la paciente experimenta una evolución favorable.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: amigdalitis aguda, pericarditis aguda.
Juicio clínico: pericarditis aguda.
CONCLUSIONES
Es necesario que en Atención Primaria se realice una valoración adecuada de los pacientes que consultan por motivos evidentes, como en este caso la faringoamigdalitis, y que refieren entre sus síntomas dolor torácico, debido a las graves implicaciones diagnósticas y terapéuticas de algunos trastornos.

SORPRESAS DE LA HTA
Navarro Elizondo M, Torrubia Fernández M, Calahorra Gámez L, Ceballos Marín J
CS Tudela Oeste. Tudela (Navarra). Navarra
marienmediz@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: mareo e HTA.
Antecedentes personales: cefalea crónica, HTA, cardiopatía isquémica.
Enfermedad actual: mujer de 62 años que es remitida a Urgencias desde Atención Primaria por mareo e cefalea occipital, disnea y aumento de la PA. La paciente refiere un episodio de dolor precordial opresivo con palpitaciones de 30 minutos, que cede con cafinitrina sublingual.

Exploración física: PA: 166/110 mmHg; FR: 24; SatO2 77 %. Palidez, fríaldad. AP: crepitantes. Examen neurológico: pupilas miádriáticas arreactivas.


DESARROLLO
La sospecha diagnóstica inicial apunta a que hay crisis hipertensiva; IAM killip 4; midriasis bilateral, probablemente farma-cológica.

La evolución es desfavorable: la paciente continúa sudorosa y fría, con anuria. PAS 60 mmHg. Se realiza una intubación orotraqueal y TC torácicoabdominal (edema agudo de pulmón, masa suprarrenal derecha compatible con fococromocitoma).

CONCLUSIONES
La HTA secundaria es una entidad infrecuente en la población, y con tasas de reversibilidad bajas. La potencial reversibilidad en estadios tempranos y la mayor morbimortalidad justifican su detección.

La HTA del fococromocitoma es el resultado de la acción de las catecolaminas circulantes, lo que da como síntomas temblores, taquicardia, hiperhidrosis, cefalea, dilatación pupilar, etc. Si la HTA se acompaña de cefalea, hiperhidrosis y palpitaciones, la especificidad es del 94 % y la sensibilidad del 91 %.

PRESENTACIÓN
Mujer de 63 años que acude a la consulta por episodios recurrentes de episistaxis anterior, más frecuentes en el último mes, que se acompañan en ocasiones de epifora hemática (comenta que «llora sangre»). Los episodios ceden espontáneamente sin tratamiento alguno.

Antecedentes personales: hipotiroidismo, hepatopatía crónica VHC.
Antecedentes familiares: padre, ya fallecido, con antecedentes de episistaxis y hemorragia digestiva.

Exploración física: PA: 170/70 mmHg; FC: 80 lpm; Tª: 36,2 ºC. Sangrado activo en la fosa nasal derecha que no cede con el taponamiento anterior; sólo cede tras varias horas en observación. Se evidencian telangiectasias faciales en las mucosas subtarsales y bucales, así como en la lengua y los labios. El resto sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea y Rx de tórax sin hallazgos de interés.

DESARROLLO
Tras interconsultar con especialistas de ORL, Hematología y Digestivo, se decide realizar una endoscopia, en la que no se dan evidencias de telangiectasias en la mucosa digestiva.

Se procede al diagnóstico de enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

CONCLUSIONES
La telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por múltiples telangiectasias en la piel y las mucosas asociadas en ocasiones a malformaciones arteriovenosas de distintos órganos, que originan cuadros espontáneos de epistaxis, hemoptisis, hematuria o hemorragias digestivas.

La epistaxis es la forma más frecuente de sangrado (80 %), seguida de las hemorragias gastrointestinales.

La existencia de fenómenos hemorrágicos espontáneos sin factores etiológicos responsables nos tiene que hacer sospechar de la existencia de anomalías vasculares, lo que obliga a hacer una historia clínica exhaustiva en busca de fenómenos hemorrágicos en otras estructuras del organismo, responsables de la morbimorbilidad de estos pacientes cuando no son diagnosticados y tratados a tiempo.

Muchos pacientes presentan síntomas banales, por lo que frecuentemente la patología es infradiagnosticada.

TENDINOPATÍAS Y QUINOLONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Fuentes Ponte M, De la Luz Santón J, Yépez Vivas J, Sánchez Salvador J, Vázquez Ramos V, Honrado Galán B
CS María Ángeles López Gómez. Leganés (Madrid). Comunidad de Madrid
monicaftp13@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Las quinolonas son una familia de antibióticos de amplio espectro, de uso habitual en la práctica clínica. Sus efectos secundarios incluyen reacciones musculoesqueléticas, como artralgias, mialgias y raramente tendinitis y tenosinovitis, sobre todo a nivel del tendón de Aquiles. La aparición de los síntomas suele oscilar entre las primeras 24 h y una semana después del inicio del tratamiento.
tratamiento. Es obligada la retirada del fármaco ante cualquier signo de inflamación o dolor, para así reducir el riesgo de rotura.

Motivo de consulta: mujer de 84 años con dolor en talón derecho.

Antecedentes personales: HTA y artritis de la temporal sin tratamiento en el momento actual.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: acude a la consulta a los 15 días de iniciar un tratamiento por bronquitis aguda con levofloxacino. Presenta dolor a nivel del tendón aquileo.

Exploración física: dolor, edema e inflamación en el tendón aquileo derecho.

Pruebas complementarias: ecografía de las partes blandas que muestra una rotura completa del tendón de Aquiles derecho.

CONCLUSIÓN
La tendinopatía por quinolonas es infrecuente. Se asocia a la edad avanzada, el sexo masculino, la insuficiencia renal y el uso de corticoides orales. La fisiopatología es desconocida. Su diagnóstico se basa en la exploración física y la clínica, y se apoya en las pruebas complementarias. Por ello es necesario estar alerta y sospechar ante cualquier afectación tendinosa y toma concurrente de quinolonas, dado que el único tratamiento efectivo conocido hasta el momento es la retirada del fármaco.

«TENGO AZÚCAR PERO NO SOY DIABÉTICA»
Falguera Vilamajó M, Molló Iniesta À, Rodríguez Garrocho A, Quésada Almacellas A, Pena Amiañ M, Mari López A
ABS Pla d’Urgell. Mollerussa (Lleida). Cataluña
mireiafalguera@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Motivo de consulta: glicemia basal alterada.

Antecedentes personales y familiares: ausencia de alergias. Ex fumadora, no bebe alcohol. Hipertögliceridemia en tratamiento con estatinas.

Enfermedad actual: mujer de 57 años en la que en un análisis para un preoperatorio de hernia inguinal se objetivan unos niveles de glucosa de 123 mg/dl. Recientemente ha aumentado su peso en 4-5 kg.

Exploración física: talla: 152 cm; peso: 75 kg; IMC: 32,46; FC: 80 lpm; PA: 135/90 mmHg. Exploración cardíopulmonar, abdominal y neurológica normal.

Pruebas complementarias: analítica: glucosa: 120 mg/dl; colesterol: 215 mg/dl; colesterol HDL: 11 mg/dl; colesterol LDL: 132 mg/dl; triglicéridos: 273 mg/dl; GGT: 40 U/l; GPT: 45 U/l. Coagulación, hemograma y hormonas tiroideas: normales. Sedimentación, Rx de tórax y ECG: normales.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial de hiperglucemias: infecciones respiratorias, acantosis nigricans, hemocromatosis, hipertiroidismo.

Fármacos: corticoides, interferrón, dopamina, salbutamol, glucagón y antipsicóticos atípicos.

Prediabetes: glicemia basal alterada o intolerancia a la glucosa.

Juicio clínico: glicemia basal alterada en ayunas sin causa desencadenante en una paciente con otros factores de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES
La prediabetes es un estado intermedio en la historia natural de la DM tipo 2 que se asocia a un síndrome metabólico con un elevado riesgo cardiovascular.

La American Diabetes Association (ADA) aconseja su detección con criterios de cribado y la intervención educativa en los estilos de vida con recomendaciones como hacer ejercicio (150 min/sem) y seguir una dieta (pérdida de 5-10% del peso), lo que permitiría la reducción de la incidencia de diabetes en un 58%.

El único fármaco autorizado para esta indicación es la metformina, con una reducción de la incidencia de un 31% cuando las intervenciones educativas no son efectivas. Siempre deben tratarse los factores de riesgo asociados.

TIROIDES Y AMIODARONA. ¿LO SABEMOS TODO?
Obregón Díaz R, Ortega Sánchez G, Torres Baile J
CS Rodríguez Paterna. Logroño (La Rioja). La Rioja
robregon@riosalud.es

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
Varón de 79 años con DM de tipo 2 y fibrilación auricular. Acude a la consulta por astenia, temblor y mialgia de 1 mes de evolución. Está en tratamiento con insulina y amiodarona. La exploración resulta normal. Se solicita la realización de una analítica, que objetiva T4 libre 4,29 ng/dl, TSH 0,01 µU/ml. Anticuerpos tiroideos negativos. Se diagnostica hipertiroidismo y se instaura un tratamiento. El paciente presenta una buena evolución.

DESARROLLO
Hipertiroidismo.

CONCLUSIONES
Las enfermedades tiroideas son muy prevalentes en el anciano, pero su diagnóstico y tratamiento difiere de los estándares establecidos en la población de mediana edad.

La amiodarona es potente antiarrítmico que puede producir tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo; la mayoría de los individuos permanecen clínicamente eutiroideos durante el tratamiento.

Las pruebas utilizadas en el diagnóstico del hipotiroidismo inducido por amiodarona son similares a las empleadas en otros casos de hipotiroidismo. En el hipertiroidismo, la supresión de TSH junto con el aumento de T3 o T4 libre o síntomas de hipertiroidismo se considera un criterio diagnóstico.

En el tratamiento del hipertiroidismo se requiere realizar eco-Doppler color, que es la prueba de elección para establecer el diagnóstico diferencial entre ambos subtipos de hipertiroidismo (en el tipo I, el flujo vascular es normal o está incrementado; en el tipo II, está inhibida).

Otra de las pruebas definitivas es la gammagrafía de yodo radiactivo, el mayor discriminador en el hipertiroidismo (es normal o elevado en el tipo I y muy baja o ausente en el tipo II).
Una vez se ha obtenido un diagnóstico, es posible conseguir un manejo personalizado de las enfermedades tiroideas y una mayor efectividad del tratamiento.

TODO EMPEZÓ CON UN MALESTAR GENERAL
Sarmiento Cruz M, Medeiros Faria J, Sabaté Arnau L, Villalba Tost L, Escuer Mateu P, Soler Elicacho C
ABS Bordeta-Magraners. Lleida. Cataluña
msarmiento1979@hotmail.com

MIXTO

PRESENTACIÓN
Introducción: la ictericia es el signo más frecuente en colestasis, aunque no siempre es tan evidente.
Motivo de consulta: varón de de 31 años con malestar general, artralgias y mialgias.
Antecedentes personales y familiares: sin interés.
Enfermedad actual: malestar general y mialgias y artralgias generalizadas desde hace unos 3-4 días. No presenta fiebre y ha estado tomando ibuprofeno. No tiene tos, disuria o otra clínica.
Exploración física: ictericia de piel y conjuntiva. T°: 36,4 °C. Auscultación cardíaca normal. Abdomen blando y depresible, sin megalias ni masas, dolor a la palpación de hipocóndrio derecho. Blumberg negativo, peristaltismo conservado.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial:
– Colestasis intrahepática: cirrosis biliar, síndrome de Alagille, hepatitis (víricas, farmacológicas, alimentaria), sérptica.
– Colestasis extrahepática: colicistitis, colangitis, atresia, tumores.
Juicio clínico: en la primera exploración, tras observar la ictericia, se vuelve a interrogar al paciente, que refiere hipocópilia, y visualizamos colorura. En la primera analítica no se había detectado aumento de transaminasas, pero en la segunda analítica, al ver la evolución, se orienta el cuadro a colestasis por hepatitis por CMV o VEP. El paciente mejora con reposo y tratamiento sintomático.

CONCLUSIONES
Una buena exploración completa y sistematizada es esencial para realizar un buen diagnóstico. Muchas veces, el tiempo facilita el diagnóstico, por lo que se conveniente seguir la evolución del paciente.

TOS CRÓNICA, PODEMOS ESTUDIARLA EN PRIMARIA
CS Guayaba. Madrid. Comunidad de Madrid
luz潼aravazquez@yahoo.es

TOS CRÓNICA
Sánchez Falcó A, Pinyol Martínez M, Mas Heredia M, Rodríguez Soler E, Vergara Alert M
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
annita_sanchez@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La prevalencia de la tos crónica varía del 14 al 40% en adultos no fumadores, y es la tos que persiste más de 3 semanas y que no se relaciona con ningún proceso agudo.
Motivo de consulta: varón de 3 meses de evolución.
Antecedentes personales: mujer de 58 años, obesa, sin alergias ni hábitos tóxicos, con hernia de hiato, DM tipo 2 en tratamiento con metformina, HTA en tratamiento con enalapril y macrolactinoma tratado con radioterapia en el año 2000.
Enfermedad actual: tos seca de 3 meses de evolución sin factores desencadenantes ni agravantes. No existen síntomas acompañantes.
Exploración física: normal.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: farmacológico, refluo gastroesofágico, gota nasal posterior, asma, psicógena, sarcoidosis, tuberculosis, neoplasia.
Juicio clínico: se retira el enalapril de su tratamiento a las 2 semanas por persistencia de la tos y se realiza una Rx de tórax, donde se halla hilo derecho aumentado, atelectasia parcial del lóbulo superior derecho.
Ante la sospecha de un proceso neoplásico, se deriva a la paciente al hospital. Una TC torácica muestra pérdida de volumen del lóbulo superior derecho con cavitación, lo que sugiere una neumonía tuberculosa. La fibrobroncoscopia con citología del broncoaspirado resulta sin atipias y el cultivo de Lowenstein positivo. Se inicia un tratamiento.

CONCLUSIONES
Se deriva a la paciente al hospital porque para establecer un diagnóstico se precisa hacer unas pruebas que no son accesibles en Atención Primaria. La tuberculosis presenta una incidencia de 40-45 casos al año por 100.00 habitantes. La forma más frecuente de presentación es la pulmonar; la tos es el síntoma más habitual, en principio leve, y que progresa en semanas o meses.

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

TOS CRÓNICA
Sánchez Falcó A, Pinyol Martínez M, Mas Heredia M, Rodríguez Soler E, Vergara Alert M
CAP Les Corts. Barcelona. Cataluña
annita_sanchez@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Desde las consultas de Atención Primaria se puede hacer el estudio de muchas patologías como, por ejemplo, la tos crónica y la de los pacientes bronquíticos crónicos.
Motivo de consulta: varón de 48 años, fumador de 40 cig/d, que acude por un cuadro de 3 meses de evolución de tos con expectoración escasa y ocasional disnea, sin fiebre ni síndrome constitucional asociado.
Pruebas complementarias: analítica: Hb de 17,3; 16.000 leucocitos con desviación izquierda; bioquímica con hormonas y coa-...
gulación normales. Mantoux negativo y patrón espirométrico normal. Rx de tórax: infiltrado parahiliar izquierdo y ECG normal. Inicialmente se realiza un ciclo de tratamiento antibiótico y se repite la Rx, en la que persiste la imagen, por lo que se solicita una ecografía, donde se observa una masa en hilio izquierdo que afecta el lóbulo superior izquierdo, con mayor extensión en lín-gula, en donde produce atelectasia. Extensión broncovascular superior junto con linfangitis carcino-matosa. Masas adrenales bilaterales, posiblemente metastásicas. Nódulo mamario izquierdo de 2 x 2 cm.

Una vez recibidos los resultados, se deriva de forma preferente al paciente al servicio de Neurología para continuar el estudio.

DESARROLLO
Juicio clínico: carcinoma epidermoide con adenopatías mediastínicas y cervicales.

CONCLUSIONES
El estudio de la tos crónica puede realizarse en nuestras consultas, donde se establece en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo, lo que nos permite realizar el tratamiento y el seguimiento de nuestros pacientes.

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Lozano Sánchez M, De Pro Chereguini M, Pascual Aguirre N, González Campos B, López R, Berrospi Melgar J, CS Murcia-San Andrés, Murcia. Región de Murcia millozoanances@hotmail.com

OBJETIVOS
Analizar el tratamiento antihipertensivo, antidiabético e hipolipemiante empleado en pacientes con síndrome metabólico atendidos en EAP.

DISEÑO
Tipo del estudio: observacional retrospectivo.
Sujetos: pacientes con SM (criterios ATP III) atendidos ambulatoriamente.
Material y métodos: se incluyeron 458 pacientes (256 V, 202 M), excluyéndose los que tenían un FG < 60 ml/min.
Mediciones e intervenciones: se registró el tratamiento antihipertensivo, antidiabético e hipolipemiantempleado en estos pacientes.
Análisis: tratamiento antihipertensivo, antidiabético e hipolipemiante empleado en estos pacientes.

RESULTADOS
En monoterapia con ARA II, 121 pacientes (29,4%); con IECA, 46 (11,2%); con ACA, 16 (3,9%); con diuréticos, 16 (3,9%); con betabloqueantes, 9 (2,2%) y con alfabloqueantes, 2 (0,5%). En tratamiento combinado con más de un fármaco estaban 194 pacientes (47,2%) y sin tratamiento farmacológico 71 (17,7%). Respecto al tratamiento antidiabético, se empleaba la metformina en 89 (34,1%) pacientes, seguida de secretagogos en 33 (13,1%), insulina en 9 (3,6%), inhibidores de las aflaglicosidasas en 7 (2,8%) y glitazonas en 5 (2,0%). En tratamiento combinado con más de un fármaco hipoglucemiante estaban 82 pacientes (32,5%) y sin tratamiento farmacológico 30 (11,9%).

Referido al tratamiento hipolipemiante, se empleaban las estatinas en 195 (67,5%) pacientes, fibratos en 20 (6,9%). En tratamiento combinado con más de un fármaco hipoglucemiante estaban 12 pacientes (4,2%) y sin tratamiento farmacológico 62 (21,5%).

CONCLUSIONES
En estos pacientes con SM, el tratamiento antihipertensivo más empleado son los ARA II, por encima de los IECA, así como la metformina para el control glucémico y las estatinas para controlar las alteraciones del metabolismo lipídico.

TROMBOSIS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA
Alvarez Villanueva E, Solit Arrieta A, Sota Yoldi P, Ciarruz Martín M, Baztarrica Echarte E, Lumbier Martinez de Morentin M, CS San Jorge, Pamplona (Navarra). Navarra elenaviel@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Urgencias.

PRESENTACIÓN
Cuadro clínico de 1 hora de evolución de disartria, confusión y déficit motor con frialidad ESD.

DESARROLLO
Ante el déficit motor y la disartria que presenta el paciente, se comenta el caso con el neurólogo de guardia y se solicita TC craneal y eco-Doppler carotídeo, que son normales.
Ante el déficit motor, la frialidad y el dolor se solicita TC torácica abdominal, con la que se descarta la disección arterial.
Ante la sospecha de oclusión de la arteria subclavia derecha proximal, se avisa al servicio de Cirugía Vascular, donde se localiza una arteriografía de EESS vía femoral derecha, que permite apreciar una trombosis del tronco de la arteria subclavia derecha y de todas sus ramas, incluida la arteria vertebral.

CONCLUSIONES
El paciente presenta una trombosis embólica aguda del tronco de la arteria subclavia derecha que engloba a la arteria vertebral, lo que produce un ACSV proterverbal que da la clínica de disartria. Se realiza embolectomía de arteria subclavia, humeral y cubital- radial. El paciente ingresa en el servicio de Neurología.
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, LA PUNTA DEL ICEBERG

Vázquez Rodríguez L, García Marin A, Hernández Durán C, Albarracín Moreno B, Herrero Martínez M, Peña y Lillo Echeverría G
CS Guaya. Madrid. Comunidad de Madrid
luztamaravazquez@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La trombosis venosa profunda (TVP) es una patología de presentación poco frecuente en las consultas del médico de familia, si bien es importante saber cuándo cabe sospechar que un paciente presenta esta enfermedad para hacer el diagnóstico e instaurar el tratamiento precozmente.

El paciente es un varón de 39 años, sano, que acude a la consulta por dolor en extremidad inferior izquierda, de inicio súbito e inflamación de la misma. La exploración muestra tumefacción de la extremidad inferior izquierda, con signo de Homans positivo y aumento de la Tº.

Se deriva al paciente a Urgencias ante la sospecha de una TVP con eco-Doppler confirmatoria. La sospecha se hizo de una trombosis venosa poplitea e infrapoplítea izquierda. En la analítica se obtienen los siguientes resultados: fosfatasa alcalina 239; GG T 97; Dimero D 6134 y anemia microcítica. Se ingresa al paciente para continuar el estudio.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: rotura, quiste de Backer, tromboflebitis, TVP.
Juicio clínico: TVP de extremitad inferior izquierda, adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas y pulmonares. Tratamiento con quimioterapia.

CONCLUSIONES
Ante un paciente joven, sin antecedentes de interés ni factores de riesgo cardiovascular, que presenta una TVP, debemos sospechar que existe una patología de base, probablemente de origen maligno, y que la TVP se debe a un síncope de Troussau. Por tanto, hay que realizar las pruebas precisas para concluir con el diagnóstico etiológico, sabiendo que el tumor más frecuentemente asociado a trombosis es el de páncreas.

TUBERCULOSIS, LA GRAN SIMULADORA

Ibrahim K, Coderch M, Garibyan N, Fuentes R, Reyes C, Aumala A
EAP Sardenya. Barcelona. Cataluña
khammi2002@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

PRESENTACIÓN
La astenia está etiquetada como un cuadro depresivo, pero en ocasiones forma parte de un síndrome tóxico con causa orgánica subyacente difícil de diagnosticar.
Motivo de consulta: mujer de 82 años que acude al centro de Atención Primaria por abandono de las actividades, tristeza, pérdida de peso e ideas delirantes de ruina y perjuicio iniciadas después de la muerte de un familiar.
Explotación física: anodina.

Pruebas complementarias: analítica completa con pruebas tiroideas y marcadores tumorales normales; ecografía abdominal y tránsito esofago-gastro-duodenal normales; Rx de tórax con imagen dudosa parahiliar derecha.

Su diagnóstico se orienta como un síndrome depresivo y se inicia tratamiento. Ante la falta de respuesta de la paciente, se la deriva para que ingrese en el servicio de Psiquiatría.

DESARROLLO
Se repite el estudio para descartar organicidad y establecer el diagnóstico diferencial de neoplasias (marcadores tumorales, TC abdominal y sangre oculta en heces) y enfermedades infecciosas (serologías hepatitis B, hepatitis C, Epstein-Barr, CMV, toxoplasma y Brucella). Se ajusta el tratamiento psiquiátrico, pero no se obtiene ninguna mejoría.

Al mes del ingreso, la paciente presenta tos seca. Se decide realizar un TC torácico para evaluar la imagen en la Rx de tórax y se hallan imágenes sugestivas de TBC. Se realiza un aspirado bronquial con PCR positivo para TBC. Se inicia un tratamiento antitubercoloso y la paciente presenta una buena evolución clínica.

CONCLUSIONES
La TBC es una patología muy prevalente. Muchas veces la presentación clínica es atípica y sin síntomas respiratorios. Ante un síndrome tóxico siempre debemos plantearnos el diagnóstico. En el caso que nos ocupa, además había una radiografía previa no normal que debería haber sido estudiada.
El estudio se completa en el servicio de Neumología. CT torácico: imágenes nódulares, una de ellas cavitada, con afectación pareneumótasa y zonas sugerentes de una patología bronquial. Fibrobroncoscopia con aspirado bronquial: 150 ufc Mycobacterium tuberculosis complex. Se inicia un tratamiento antituberculostático y el paciente presenta una buena evolución.

**Juicio clínico:** tuberculosis.

**CONCLUSIONES**

La tuberculosis es una patología prevalente en nuestro medio y de la que siempre debe sospecharse en pacientes que presenten nódulos pulmonares cavitados.

**UN ANDAMIO DE INFARTO**

Costa Bugalí G, Barquero Bardón E, Giménez Jonadan L, Gil Ortiz E. ASBS de Castellet dels. Barcelona. Cataluña 3971 4gb@comb.cat

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto (Atención Primaria, consulta especializada, Urgencias).

**PRESENTACIÓN**

**Introducción:** acostumbrados a etiquetar la etiología orgánica frente a la funcional, podemos olvidarnos de que ambas coexistan y se interrelacionan en un mismo paciente y en un mismo síntoma, lo que constituye el concepto de medicina psicosomática.

**Motive de consulta:** control post-IAM, dolor torácico autolimitado y persistente.

**Antecedentes personales:** fumador activo, ex enolismo, EPOC, dislipemia.

**Antecedentes familiares:** sin interés. Vive con su esposa, tiene dos hijos emancipados.

**Enfermedad actual:** varón de 57 años padece infarto anterolateral Killip I en febrero de 2008 mientras trabajaba en un andamio. Posteriormente realiza múltiples consultas al servicio de Urgencias por dolor torácico, astenia, ortostatismo. En enero de 2009 manifiesta pensamientos de muerte, familiares fallecidos, etc. El dolor torácico se asocia a todo lo que le recuerda su trabajo en la construcción. La situación se agrava cuando deja de recibir prestación por no actualizar los autónomos. Desde Atención Primaria se realiza un seguimiento de su caso, con el apoyo del psiquiatra del centro.

**Exploración física:** normal.

**Pruebas complementarias:** espirometría, prueba de esfuerzo, ECG.

**DESARROLLO**

**Diagnóstico diferencial:** patología coronaria, patología digestiva, dolor musculoesquelético, trastorno por somatización.

**Juicio clínico:** paciente que tras padecer un infarto en el lugar de trabajo presenta un cuadro fóbico, síndrome de estrés postraumático y síndrome de ansiedad generalizada.

**CONCLUSIONES**

Todo trastorno orgánico se acompaña de una clínica emocional y cognoscitiva.

Una economía desfavorable entorpece o enlentece la recuperación. No toda manifestación clínica es plenamente orgánica o funcional.

**UN SIMPLE CONTROL ANALÍTICO**


**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

El cáncer de vesícula es más frecuente en mujeres de unos 70 años. Suele desarrollarse en relación con la litiasis biliar, pero incluso ante su presencia el riesgo de padecer cáncer es muy bajo. Puesto que sus síntomas indican que la enfermedad está avanzada, se debe estar atento a cualquier indicio para diagnosticarlo precozmente.

**UN SÍNDROME NEFRÓTICO CON SORPRESA**

Fernández López E, Martín Pérez A, Martín Rodrigo J, Salguero Bodes I, García Reina M, Hinojosa Díaz J. CS La Paz. Badajoz. Extremadura javimnal77@yahoo.es

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria y atención especializada.

**PRESENTACIÓN**

Varón de 54 años, hipertenso, DM tipo 2, hiperlipémico, dudoso síndrome antifosfolípido e insuficiencia renal crónica de 5 años de evolución. El paciente acude a la consulta por edemas de 3 meses de evolución que asocia a disnea de esfuerzo. No presentan palpitations, ortopnea, disnea paroxística nocturna o clínica...
respiratoria. Refiere una inflamación de la mano derecha sin otra clínica acompañante.

La auscultación cardiorenal es normal, y se observan en el paciente edemas maleolares hasta las rodillas, leve edema de la pared abdominal de predominio hipogástrico y en el antebrazo y la mano derecha.

Tras una valoración del estado del enfermo, se instaura un tratamiento para la insuficiencia cardíaca y se solicita un hemograma, bioquímica de sangre y orina.

**DESARROLLO**

Una semana más tarde, el enfermo acude nuevamente a la consulta porque se encuentra peor de la inflamación de la mano, y asocia dolor, rubor, calor e impotencia funcional; se mantienen los edemas en EEII hasta los muslos, un claro edema de pared y mal estado general.

En la analítica se observa un empeoramiento de su creatinina basal, urea en límites normales y una proteinuria de 3,5.

Se realiza un diagnóstico diferencial con etiologías de proteinuria en rango nefrótico: enfermedad de cambios mínimos, gumeroloesclerosis focal y segmentaria, glomerulopatía membranosa, nefropatía diabética, amiloidosis y glomerulonefritis membrana proliferativa. Es necesaria la intervención de la atención especializada y se decide que el paciente ingrese en Urgencias para completar el estudio del síndrome nefrótico.

**CONCLUSIONES**

La patología crónica renal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el ámbito de la Atención Primaria. Los médicos de familia, como facultativos, somos coautores en la vigilancia de estos enfermos, por lo que en el manejo de los mismos este tipo de patología es de obligado conocimiento.

---

**UNA CEFALÉA INUSUAL**

Hernández Aznar M, Sabaté Arnau L, Pérez Durán M, Farran Torres N, Morcillo Gallego M, Martín Berdagüé S
CAP Exampole, Lleida. Cataluña
mahena82@gmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Introducción: cefaléa.

Motive de consulta: varón de 77 años que consulta por cefaléa y polimialgias.

Antecedentes personales: alergia a penicilina, HTA, DM tipo 2 en tratamiento farmacológico.

Enfermedad actual: cefalea frontal derecha de características sordas de 1 mes de evolución, acompañada de 39 °C de fiebre y polimialgias que le dificultan las actividades habituales. El dolor no cede con la analgesia habitual. No padece fotosofobia.

Exploración física: exploración neurológica normal. Hipersensibilidad y engrosamiento de la arteria temporal derecha; no hay una disminución del pulso. Exploración traumatólogica: dolor a la palpación a nivel de cintura escapular y con la elevación de ambas EESS.

Pruebas complementarias: analítica: anemia normocítica normocrómica, hemostasia y bioquímica normal; PCR 153; VSG 88. Rx de tórax y ECG: normales.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: migraña, cefalea tensional, absceso cerebral, neoplasia cerebral, patología cerebrovascular, neuritis, metástasis, encefalitis.

Juicio clínico: artritis de células gigantes.

**CONCLUSIONES**

Se inicia un tratamiento con corticoterapia oral, con lo que desaparecen los síntomas y se normalizan los marcadores inflamatorios. Se realizan controles glucémicos domiciliarios periódicos, densitometría ósea e instauración de calcio y vitamina D para evitar los efectos secundarios posttratamiento.

La incidencia de la arteritis de células gigantes es de 11 casos por 100.000 habitantes/año. Afecta principalmente a pacientes mayores de 50 años, con máxima incidencia en mayores de 70 años.

Para diagnosticar este síndrome deben cumplirse tres de los cinco criterios siguientes: edad superior a 50 años, cefalea de inicio reciente, sensibilidad de arteria temporal o disminución del pulso, VSG > 50 y biopsia de la arteria temporal con infiltrado mononuclear o inflamación granulomatosa.

---

**UNA FARINGÍTIS QUE NO MEJORA. ¿TENEMOS QUE SOSPECHAR ALGO MÁS?**

CS Casa del Barco. Valladolid. Castilla y León
martukig@gmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Varón de 30 años acude a Urgencias por rash maculopapuloso en las palmas de las manos y preesternal, después de haber estado tomando amoxicilina por malestar general, odinofagia y adenopatías laterocervicales de más de 1 mes de evolución. Se le diagnostica una reacción adversa a la amoxicilina, que se suspende.

El paciente acude de nuevo a la consulta de Atención Primaria por persistencia de la sintomatología. En la anamnesis sólo destaca que tiene relaciones sexuales de riesgo sin protección.

Antecedentes personales: fumador, hepatitis B (AgHBs-), apendicitis.

Exploración física: normal, salvo adenopatías cervicales con características de benignidad y exantema en palmas y pared torácica, sin otras adenopatías, hepatosplenomegalia o lesiones genitales.

Pruebas complementarias: analítica: serologías: monocitosis 12,5%; VSG 61; PCR 65; anticuerpos VIH (+); anticuerpos HBC (+); VDRL 1/8; TPHA (+); hiper gammaglobulinemia policlínica; el resto sin alteraciones significativas.

Se deriva al paciente a Medicina Interna, donde se le realiza una punción lumbar con VDRL (-) en el LCR y se instaura un tratamiento con penicilina-G benzatina 2.400.000 UI/sem im durante 3 semanas. Se cuantifica la carga viral (1118402 copias) y cifra de CD4 (200/mm³), por lo que se inicia un tratamiento antirretroviral.

**DESARROLLO**

En la mayoría de las ocasiones, el síndrome mononucleósico es secundario a infecciones virales o bacterianas o bien constituye
la manifestación de una reacción adversa a fármacos. El diagnóstico diferencial es clínico y serológico.

CONCLUSIONES
La primoinfección por VIH es sintomática en más de la mitad de los casos, en que se manifiesta como un síndrome mononucleológico o una meningoencefalitis viral. Debemos investigar posibles factores de riesgo en todo paciente con fiebre, adenopatías, sudoración nocturna, exantema y artralgias, y solicitar una determinación de anticuerpos anti VIH o carga viral plasmática en caso de dudas.

UNA FOLICULITIS MUY REBELDE
Hernández Aznar M, Sarmiento Cruz M, Casañ Pallardo M, Sabaté Arna L, Rosero Gómez M, Pérez Durán M
CAP Exemple. Lleida. Cataluña
maheraz82@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN
La foliculitis es una lesión cutánea frecuente en Atención Primaria de etiología bacteriana en la mayoría de los casos. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de los casos puede deberse a otras causas.

Motivo de consulta: mujer de 44 años que presenta un forúnculo en la región dorsal y foliculitis generalizada.

Antecedentes personales: DM tipo 2, tratamiento dietético.

Enfermedad actual: mujer de 44 años que presenta forúnculo en la región dorsal y foliculitis generalizada desde hace 12 días, de aparición nosocomial (cuidadora de un familiar). Ha realizado un tratamiento antibiótico durante 5 días, sin experimentar mejoría. Durante la última semana, presenta artralgias sin signos de artritis, aftas orales y vaginales y ojo rojo bilateral.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: foliculitis bacteriana/fúngica/vírica, foliculitis químicofarmacológica, varicela, infección por herpes simple, acné vulgar, acné esteroide, sarna, pustulosis eosinofílica estétil.

Juicio clínico: síndrome de Behçet.

CONCLUSIONES
Se derivó a la paciente a consultas externas de Medicina Interna y se decidió posteriormente su ingreso hospitalario para la realización de pruebas complementarias. Se le retiró la antibioticoterapia y se inició un tratamiento antiinflamatorio, con lo que experimentó la mejoría de su sintomatología.

Los criterios diagnósticos del síndrome de Behçet son aftas orales recurrentes (> 3 episodios/año) con, al menos, 2 de los siguientes signos: aftas genitales recurrentes, fenómeno de Patéria positivo, lesiones oculares (uveítis anterior/posterior) y lesiones cutáneas (eritema nodoso, seudofoliculitis, forúnculos, pioderma gangrenoso o nódulos acniformes).

VALORACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ANGINA CRÓNICA DE ESFUERZO, SIN HISTORIA PREVIA DE INFARTO DE MIOCARDIO

Ramírez Castro V, Rodríguez Marcos M, Muriel Díaz P, Diego Domínguez M
CS Miguel Armijo. Salamanca. Castilla y León
victormarines154@yahoo.es

objetivos
Determinar el perfil clínico en un grupo de pacientes con angina de pecho crónica (APC) sin historia previa de cardiopatía isquémica de tipo infarto de miocardio antiguo o infarto crónico.

DISEÑO
Ámbito del estudio: un grupo de pacientes de la consulta.

Sujetos: pacientes previamente diagnosticados de APC, de al menos 1 año de evolución, sin evidencia clínica de infarto de miocardio o de revascularización coronaria previos.

Material y métodos: se han valorado variables demográficas, antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento farmacológico en el momento de la consulta.

Mediciones e intervenciones: ECG basal y el grado de afectación en su vida diaria de acuerdo con la clase funcional.

Análisis: análisis estadístico de variables cuantitativas y cualitativas.

RESULTADOS
Se estudiaron 109 pacientes, de 60,93 ± 10,75 años, de los que 66 (60,6%) eran mujeres y 43 (39,4%) varones. El 34,9% tenían sobrepeso (IMC > 25), sin diferencias entre varones y mujeres; el 23,9% padecían obesidad (IMC > 30), con un claro predominio en las mujeres (31,8%/11,6%) (p = 0,016). El 54,1% eran hipertensos; el 13,8%, diabéticos; el 37,6% tenían hipercolesterolemia; el 11,9% eran fumadores; el 12,8% presentaban depresión. De las mujeres, un 92,42% eran menopáusicas.

En el ECG basal, 20,2% presentaban BRIHH y 8,3% fibrilación auricular. Según la clasificación de NYHA, el 68,8% de los pacientes tenían algún grado de alteración de su capacidad funcional (I = 31,2%, II = 41,3%, III = 22,9% y IV = 4,6%). Tomaban 3,33 ± 1,44 medicamentos/paciente, entre los que predominan nitratos, betabloqueantes, antidepresivos y calcio-antagonistas.

CONCLUSIONES
Estos pacientes constituyen un reto para el médico de Atención Primaria por el deterioro de la calidad de vida que presentan, el elevado número de medicamentos que toman y las visitas que hacen por repetición de síntomas. Su perfil clínico predominantemente es de mujeres menopáusicas, obesas e hipertensas.
VARÓN DE ORigen SUBSAHARIANO CON EPigastrALGIA
García Masegosa I, Gómez García S
CS de Cuevas del Almanzora. Almería. Andalucía
juanvaleria@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Atención Primaria.

PRESENTACIÓN
En los últimos años estamos asistiendo a un incremento significativo de los pacientes inmigrantes procedentes de áreas subsaharianas, sobre todo en el este y sur de la Península.

Motivo de consulta: epigastralgia y astenia.

Antecedentes personales: paciente de origen subsahariano, residente en nuestro país desde hace 1 año.

Enfermedad actual: varón de 29 años que acude a la consulta de Atención Primaria por presentar epigastralgia y astenia de 4 días de evolución, a lo que se asocia un episodio de diarrea al comienzo del cuadro. Además se queja de cefalea leve e insomnio.

Exploración física: PA 125/68 mmHg; FC 80 lpm; SatO2 99%. Normocloreoado y normoperfundido. Buen estado general. APC: ausencia de murgillo vesicular y ruidos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, con molestias en el epigastro a la palpación, sin signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: Hb: 14,6 g/dl; plaquetas 200,8 mil/mm³; leucocitos 9.500 mil/mm³, eosinófilos 18 %. Sedimento de orina normales. Coprocultivo: presencia de huevos de Ancylostoma duodenale.

DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: astritis, infección por parásitos, gastrenteritis vírica, gastrenteritis bacteriana, neoplasia.

Juicio clínico: Ancylostoma duodenale.

CONCLUSIONES
Es importante tener en cuenta en la práctica clínica diaria las patologías más frecuentes en los pacientes inmigrantes, los cuales pueden presentar enfermedades no habituales enmascaradas con síntomas y signos comunes.

VÉRTIGO, MASTODINIA Y OTALGIA
Ortega Jiménez A, Rodríguez Martín A
Hospital La Inmaculada. Huerca-Overa (Almería). Andalucía
ilopis23@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto (servicio de ORL y Unidad de Vigilancia para la Salud del hospital).

PRESENTACIÓN
Moto de consulta: paciente derivado al servicio de ORL por mareos que no mejoran con el tratamiento médico.

Enfermedad actual: varón de 33 años, que trabaja en el hospital, consulta por mareo, otalgia izquierda de meses de evolución, ocasionales, que se desencadenan tras realizar deporte; en intercisis refiere mastodinia izquierda con determinados alimentos.

Antecedentes personales: fumador de 10 cig/d. No ha sufrido ninguna intervención quirúrgica.

Exploración física: otoscopia normal; rinofaringitis seca; edemas en la fibrolanringoscopia atribuibles al tabaco; audiometría tonal liminar; exploración cerebelosa y vestibular: normales, Romberg, Babinski Weil, test de Dix-Hallpike.

Se le diagnostica un síndrome estilolcarotídeo.

VIH Y TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN INMIGRANTE
Barcala Del Caño F, Orge Amado M, Carballe Llovo A
CS de Sárdoma. Vigo (Pontevedra). Galicia
ionesantiago@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
La llegada de muchos inmigrantes a nuestro país ha supuesto que este hecho haya sido calificado de “problemático”. El objetivo de nuestro trabajo es incidir en que cierta patología infecciosa que se da en la población inmigrante parece estar más relacionada con las condiciones sociales que soportan en nuestro medio que con enfermedades importadas desde su origen.

Moto de consulta: fiebre y tumoración cervical.

Antecedentes personales: no AMC. Paciente natural de Perú que reside en España desde hace 10 años. Desde hace 7 años tiene una pareja ADVP. No refiere hábitos tóxicos ni toma ninguna medicación.

Enfermedad actual: desde hace 1 mes, la paciente presenta un cuadro febril y tumefacción dolorosa en el cuello, así como anorexia y malnutrición.


ACP y ABD normal. Ausencia de signos meníngeos.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitos: 4700 (20% linfocitos, 76 % pmn); Hb: 8,8; VCM: 81; VSG: 86; GOT: 66; GPT: 44; GG: 120; FA: 579; colesterol LDH: 443. VIH + (CV 314.000 CD4 70). Cultivo exudado cuello: + mycobacterium tuberculosis. ECG, Rx de tórax, TC completa, ecografía abdominal patológicos.
CONCLUSIONES

Muchas veces nos llegan pacientes derivados con una impresión diagnóstica que, aunque parezca la más correcta, resulta errónea. No debemos caer en la tentación de dejarnos influenciar por el primer diagnóstico. Debe y valorarse al paciente como si fuera la primera vez que es visitado por un médico; así evitaremos comprometer su salud.

**VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE**

Mari López A, Moreno Castillón C, Bartolomé Mateu S, Torra Solé N, Juanós Lanza M, Escuer Mateu P

ABS Baláfia-Pardinyes-Secà de St. Pere. Lleida. Cataluña

amariópéz@hotmail.com

**ÁMBITO DEL CASO**

Mixto.

**PRESENTACIÓN**

Motivo de consulta: edemazación de la extremidad inferior de 10 días de evolución. Antecedentes personales: alergia a penicilina, hipercolesterolemia. Enfermedad actual: asociado a la edemazación, la paciente presenta disnea progresiva, pérdida de 10 kg de peso, astenia y anemia no fliada. Explotación física: taquicardia, disritmica con soplo panfocal VVI, subcrepitantes base pulmonar izquierda, abdomen doloroso en hipogastrio y epigastrio; el resto es anodino. Extremidad inferior derecha edematosa con diámetro aumentado, Homman positivo, pulsos conservados.

Pruebas complementarias: analítica: Hb 6,6 g/dl; creatinina 2,03 mg/dl y PCR 125,2. Rx de tórax: cardiomegalia a expensas de aurículas. ECG ACx FA con RV a 130x’, bloqueo incompleto de la rama derecha. TC helicoidal: trombosis venosa poplítea izquierda. Eocardio transtorácico: endocarditis bacteriana con múltiples implantes mitraoárticos y septo interventricular. Gastroscopia normal. Colonoscopia: neoplasia de colon izquierdo. Hemocultivos positivos para Streptococcus Bovis.

**DESARROLLO**

Diagnóstico diferencial: síndrome tóxico con afectación paraneoplásica, descompensación de una insuficiencia cardíaca, infecciones sistémicas de diferentes orígenes.

Nos encontramos ante una paciente que presenta diversas patologías agudas paraneoplásicas en relación con una neoplasia de colon en el contexto de una endocarditis con sospecha de la suelta de émbolos.

**CONCLUSIONES**

Ante una paciente con hemocultivos positivos para S. Bovis y endocarditis confirmada hay que descartar razonablemente una neoplasia colónica, pues esta entidad se encuentra en el 50% de los casos. Se le añaden, además, a la paciente afectaciones paraneoplásicas de debut como trombosis en extremidades y probablemente renal, lo que condiciona su afectación y mal pronóstico. Se trata a la paciente con daptomicina ajustada a la función renal y se inicia anticoagulación, con lo que se obtiene una mejoría relativa de su situación basal.
¿VOMITO PORQUE ESTOY EMBARAZADA?

Perera Rodríguez J, Toledo Marante M, Rodríguez Cabrera A, Rodríguez Domínguez C, Guerra Hernández I, Cazorla Hernández B
UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias
calomarc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO
Mixto.

PRESENTACIÓN
Los vómitos, entendidos como una expulsión forzada de contenido gástrico por la boca, pueden constituir el signo de inicio de numerosos trastornos sistémicos.

Motivo de consulta: mujer gestante (de 9 semanas) acude al médico de familia por vómitos de repetición que achaque el embarazo.


Enfermedad actual: mujer gestante de 25 años que acude a la consulta por vómitos de repetición. Se le pauta un tratamiento sintomático y evaluación en 72 h. Por la mala respuesta al tratamiento y su empeoramiento se la remite a Urgencias, donde ingresa en Ginecología durante 1 semana. Dos semanas más tarde, ante la persistencia de los vómitos y la presencia de ictericia cutánea, coluria, acolia y dolor en el hipocondrio derecho, se deriva a la paciente a Urgencias, donde ingresa por colelitiasis para colecistectomia. Tras el alta (19 + 4 semanas), la paciente presenta un cuadro confusional, trastornos de la marcha, vómitos, debilidad generalizada y areflexia en miembros-inferiores de predominio-distal (ingreso en Neurología).


Ingreso en Ginecología: intensa bacteriuria. Ecografía transvaginal normal. Ingreso en Cirugía: leucocitos 7.500 (70% neutrófilos). Bilirrubina total 3,8 mg/dl; bilirrubina directa 2,65 mg/dl; GOT 67 U/l; GPT 170 U/l; GGT 88 U/l; FA 77 U/l; amilasa 55 U/L. TSH- 0,009 ng/dl; T3 2,2 ng/dl; T4 1,04 ng/dl. Ecografía abdominal: vesícula distendida, litiasis múltiples, edema mural, Murphy ecográfico positivo. Anatomía patológica: colelitiasis crónica inespecífica mínima.


DESARROLLO
Diagnóstico diferencial: hiperémesis gravidica, hipertiroidismo, colelitiasis, apendicitis, gastroenteritis, hepatitis aguda, pancreatitis aguda.


CONCLUSIONES
La importancia del caso radica en el papel desempeñado desde Atención Primaria por la unidad médico-materna para el seguimiento de un embarazo que no es de riesgo, sin olvidar el abordaje de cualquier síntoma (en este caso, vómito) más allá de la situación de base, mediante anamnesis y exploración física dirigida.
ÍNDICE DE AUTORES

A
Abad Schilling C, 46, 87, 118, 141
Abadía Gallego V, 96, 115
Aburúa Ortiz P, 18, 36, 37
Abellán Rubio L, 117, 127, 135
Acebal Beruguete R, 67
Ahmed Humaid W, 123, 125, 129
Alba Rodríguez N, 24, 129
Albarracín Moreno B, 26, 132, 159
Albendea Calleja C, 72, 110
Alcalá Aniento J, 48, 132
Aldea Molina E, 34, 96
Alejano Rodríguez A, 34, 59, 79, 84, 102, 125, 129, 138, 157, 160
Almonacid Canseco G, 66, 116
Alonso Martínez S, 90, 108, 148
Alonso Molina E, 34, 96
Alonso Ríos F, 26, 56, 58
Alonso Rodríguez E, 43, 123
Altzaga Amondarain A, 18, 55, 80, 135, 155
Álvarez González M, 18, 28, 49, 102, 145
Álvarez Górriz I, 94
Álvarez Villanueva E, 25, 67, 91, 122, 147, 150, 158
Amondarain Ibarguren N, 35
Amor Valero J, 21, 28, 98
Andreu Llovo A, 26
Antolin Atencia C, 142, 149
Arancibia Freixa I, 39, 71, 73, 75, 91, 153
Arango Sánchez M, 81
Ares Blanco S, 62, 88, 103, 110, 117, 159
Arenós Sambró R, 20
Argüelles Vázquez R, 41, 149
Arias Moliz M, 40, 112
Arias Tobería L, 133
Arjiz Cao O, 109
Armas Rodríguez J, 81
Arnáz Solís R, 30, 45, 151
Arregui Adrián L, 23, 106, 143
Arrieta Bernara M, 18, 55, 80, 135, 155
Asensio Villanueva M, 145
Asín Berges M, 154
Aspas Martínez C, 110
Astals Bota M, 40, 59, 73, 108, 139
Aumala A, 71, 159
Ausejo Castejón T, 144
Avilés Vargas J, 17, 71, 116
Ayala Vidal V, 75
Azofra Crespo M, 144
Azuero Perdomo J, 112
B
Babace Isturiz C, 29, 102, 113
Bachrani Reverté E, 51, 87
Baena Martín J, 36
Báez Expósito M, 77
Bailón López de Lerena P, 46, 87, 118, 141
Balas Urea R, 61
Ballester Otero C, 88, 103, 110, 117, 159
Balsalobre Arenas L, 21, 28, 49, 98, 102, 145
Barcala Del Caño F, 163
Barquero Bardón E, 23, 160
Barrado Solís V, 52, 100
Barreiro Carrero M, 31, 86, 130
Barreiro Martínez C, 17, 71, 116
Barrenetxea Barrutetabeha I, 74
Barroso Pérez T, 136
Bartolomé Mateu S, 18, 54, 58, 65, 139, 146, 164
Bauer Izquierdo S, 52
Baza Bueno M, 74
Bazarra Carou R, 114
Baztán Romero M, 29, 102, 113
Baztarrica Echarte E, 25, 67, 91, 122, 147, 158
Beiguristain Reparaz A, 30, 90, 108, 148
Bejarano Rivera N, 57
Benedicto C, 88, 117
Benito Alonso E, 47, 78, 104, 115
Bentué Ferrer C, 45, 77, 100, 114, 147
Beramendi Garciañeda F, 53
Berdún Ramírez M, 67
Berganzo Andonegui N, 90, 108, 148
Berrospi Melgarejo J, 158
Berruete Gilveti M, 18, 55, 80, 135, 155
Bessó Carreras E, 20
Bestard Reus F, 17, 125
Bestard Solivellas J, 59
Blanco Rio A, 146
Blázquez Álvarez J, 75
Blázquez García C, 96, 99, 113
Bogdan A, 96, 128
Bolado E, 62
Bordón Hernández S, 81, 126
Borronat Moreiro J, 41, 149
Borrás Vilalta I, 132, 138, 139, 148
Borrego Yanes J, 53
Bosch Mestres J, 55
Bravo Pardo R, 49
Briongos Figueruelo L, 49
Bronchon González C, 133
Buela Castell M, 40, 112, 120
Bugarín González R, 134
C
Caballero Encinar N, 46, 118, 141
Cabanos Pegito J, 58
Cabañas Goikoetxea A, 35
Cabrera Zegarra A, 97
Cáceres Cortés C, 62
Caido Martínez I, 118, 147
Calahorra Gámez L, 121, 155
Calahorra Puerto M, 68, 131, 145
Calderó Solé M, 93, 98, 99, 120, 135, 152
Calonge Calzadilla N, 63, 88, 93
Callis Privat M, 63, 88, 93
Camarero Altuzarra R, 144
Campo Alegría L, 61, 82, 101, 131, 153
Campo Martín de Zuazo A, 64
Cañizal Casuso M, 42
Carballo Villavicencio J, 96, 99, 113
Carbajosa Rodríguez V, 88, 103, 110, 117, 159
Carballo González V, 93
Carballo Lafuente Y, 71, 116
Carballo Llovo A, 163
Camorna Guerrero I, 75
Carrasco Fernández I, 18
Carrasco Marín C, 17, 71, 116
Carravilla Parra J, 62
Casado Blanco M, 19
Casado Górriz I, 94
Casado Pardo J, 68, 98, 131, 145
Casado Sánchez I, 151
Casanova D, 41
Casanova Lage M, 89
Casañ Pallardo M, 162
Castelao Barcena L, 61, 131, 153
Castello Alonso M, 93
Castelvi Margalef A, 51, 87
Castillo Herrera L, 95
Castro Arias L, 43, 59, 63, 102, 106, 123
Castro Arias M, 19, 28, 33, 44, 110, 154
Castro Neira M, 53
Catalán Ladron M, 110
Cátedra Castillo B, 79, 164
Cárcel Sastre Z, 46, 87, 118, 141
Cazorla Hernández B, 165
Ché Hidalgo E, 42, 64
Checa Diez L, 136
Chico Civera R, 43, 123
Ceballos Marín J, 69, 121, 155
Cedeño Benavides T, 25, 61, 66, 83, 116, 127
Cerrillo García I, 75, 128
Cervantes Guijarro C, 26, 63, 105, 116, 127, 147, 150
Cervantes M, 69
Cervantes M, 69
Cervantes Molina S, 10, 127, 137
Cervantes M, 25, 107
Cervera León M, 63, 64, 93
Chirrián López S, 20
Chimás Ballesteros M, 47, 78, 104, 115
Claramonte Gual E, 66
Coderc M, 71, 159
Colomo Elduayen P, 53
Core Vicente J, 33
Cordero Guevara J, 136
Corona Pérez I, 151
Cortés Merino P, 28, 33, 34, 59, 63, 95, 102, 123, 138, 157, 160
Cortés Molina M, 29, 61
Cortés Molina S, 25, 116, 127
Cortés Troyano E, 24, 117, 137
Costa Atienza E, 57
Costa Bugallo G, 23, 160
Cotilla Rebollo J, 142
Coullaut López A, 85
Cubó Delgado E, 136
Cuesta Sánchez A, 34
Cueto Alarcón M, 21
Cueto Alarcón Y, 49, 145
Cuyp O, 119

Dávila Blázquez G, 133
Dávila López M, 130
De la Fuente Gelabert S, 40, 112, 120
De La Haza M, 137
De la Luz Santión J, 51, 155
De la Torre Bonal Y, 81
De Lamo Mansilla I, 89
De Miguel Abanto M, 131
De Pro Chereguini M, 75, 158
De Sans Flores L, 111
De Santiago González C, 35, 42
Del Cura I, 145
Del Vera Guillén C, 109
Del Olmo De la Iglesia O, 124, 141, 146
Del Río Fernández F, 99
Delgado Sosa A, 27
Demetrio Pablo R, 41, 42, 104, 111, 134
Díaz Gómez B, 161
Díaz Grávalos G, 37, 94
Díaz Luperena J, 79, 125, 129, 157, 160
Díaz Mayan M, 35
Díaz Noain M, 23, 106
Díaz Ortiz M, 133
Díaz Ramos F, 66
Diego Domínguez M, 162
Diez Herranz S, 35
Diez-Cascón González R, 55, 57
Doce Bartolomé V, 55, 57
Dona M, 142
Dorado Rabaneda S, 47, 78, 104, 115
Durbán García I, 142, 149

El Assar De la Fuente S, 129
Escobar De las Heras N, 112
Escobar García M, 131
Escobar Mateu P, 124, 157, 164
Espuis Albas L, 20, 34, 41, 132
Esquivias Campos M, 51, 59, 70
Esteban Villacampa A, 41
Etxezarraga Ugalde E, 74

Fabregat Sanjuan J, 18
Falces De Andrés E, 32
Falguera Sacrest M, 36
Falguera Vilamajó M, 32, 47, 54, 65, 93, 98, 99, 119, 120, 126, 135, 139, 152, 156
Fandiño Cobo M, 77
Far Ferrer T, 140
Farrais Villalba S, 66
Farran Torres N, 28, 36, 65, 100, 124, 141, 161
Farraye M, 79, 164
Fenollar Sastre F, 105
Fernández S, 23
Fernández Álvarez M, 58
Fernández Arean M, 25
Fernández Cardama E, 109
Fernández Fernández F, 58
Fernández García A, 32
Fernández García S, 26, 72, 128, 151
Fernández López F, 19, 33, 35, 39, 44, 46, 69, 70, 109, 160
Fernández Martín M, 107
Fernández Martín P, 130
Fernández Martínez C, 39, 71, 73, 75, 91, 153
Fernández Muñoz S, 111
Fernández Núñez J, 39, 69
Fernández Palacios C, 145
Fernández Ramos O, 60
Fernández Sánchez S, 96
Fernández Terrón M, 30, 36, 52
Ferradas Milligan G, 98, 102
Ferreras Améz J, 20, 96, 115
Figueroa García M, 23
Flores Silva M, 18, 130, 133
Forcadell Dragó E, 138
Fornies Medina M, 111
Franco Alonso A, 95, 149, 150
Franco Sánchez-Horneros R, 19, 28, 33, 44, 58, 63, 95, 102, 106, 110, 123, 138, 154
Franquesa Sala L, 63, 88, 93
Frias Vargas M, 61
Fuentes R, 71, 159
Fuentes Ponte M, 51, 155

Gabantxo Laka I, 42
Gajate García A, 30, 47, 53, 103
Galán Aisa A, 142
Galán González S, 63, 88, 93
Gálañena Jamar B, 23, 143
Galindo Martí M, 52, 100
Gallego Vigil L, 24, 129
Gámez Gómez M, 84
Garcés Ballesteros E, 84
García Alfaro F, 120
García Álvarez J, 47
García Caballos M, 25, 29, 66, 137
García Cáceres M, 35
García Caro A, 36
García Castelló E, 46, 87, 118, 141
García De Blas F, 49, 102, 145
García Elvira A, 17
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre</th>
<th>Páginas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>García España S</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>García Garrido A</td>
<td>61, 82, 101, 131, 153</td>
</tr>
<tr>
<td>García González L</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>García Gorria M</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>García López M</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>García Marín A</td>
<td>34, 44</td>
</tr>
<tr>
<td>García Masegosa J</td>
<td>121, 124, 163</td>
</tr>
<tr>
<td>García Mozún B</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>García Palacios Y</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>García Reina M</td>
<td>19, 33, 35, 39, 44, 46, 69, 70, 109, 160</td>
</tr>
<tr>
<td>García Rodríguez R</td>
<td>74, 83</td>
</tr>
<tr>
<td>García Rodríguez V</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>García-Ciudad Young V</td>
<td>20, 25, 80, 134</td>
</tr>
<tr>
<td>García-Izquierdo Jaén T</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Garde Borao M</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Garibyan N</td>
<td>71, 159</td>
</tr>
<tr>
<td>Garín Alegre M</td>
<td>60, 68</td>
</tr>
<tr>
<td>Garví Ruiz A</td>
<td>81, 82</td>
</tr>
<tr>
<td>Gas Colomé C</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Gata Maya M</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Gayo Tur R</td>
<td>27, 51, 87</td>
</tr>
<tr>
<td>Genique Martínez R</td>
<td>70, 82, 143</td>
</tr>
<tr>
<td>Gil Aguilar V</td>
<td>96, 128</td>
</tr>
<tr>
<td>Gil De Gómez M</td>
<td>29, 102, 113</td>
</tr>
<tr>
<td>Gil Mosquera M</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>Gil Ortiz E</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>Gil Pérez T</td>
<td>75, 105, 106, 153</td>
</tr>
<tr>
<td>Giménez Jordán L</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>Godino Moya M</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Goenaga López de Munain A</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Bravo R</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Esteban M</td>
<td>131</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Fernández C</td>
<td>56, 101</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Fernández L</td>
<td>56, 101</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Fernández L</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez García S</td>
<td>21, 73, 121, 124, 163</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Guerra R</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Liarte A</td>
<td>117, 127, 135</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Morillo M</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Gómez Suanes G</td>
<td>88, 90</td>
</tr>
<tr>
<td>Gonzáles Reynolds L</td>
<td>21, 28, 61</td>
</tr>
<tr>
<td>González Bermúdez M</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>González Campos B</td>
<td>117, 127, 135, 158</td>
</tr>
<tr>
<td>González García I</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>González Gómez M</td>
<td>72, 110</td>
</tr>
<tr>
<td>González González C</td>
<td>74, 88, 103, 110, 117, 159</td>
</tr>
<tr>
<td>González Guillermo E</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>González López M</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>González Novoa V</td>
<td>41, 104, 111, 134</td>
</tr>
<tr>
<td>González Ortiz C</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>González Romero P</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>González Touya M</td>
<td>161</td>
</tr>
<tr>
<td>Gracia Aznar A</td>
<td>70, 82, 143</td>
</tr>
<tr>
<td>Gracia Aznar M</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>Gragera García Y</td>
<td>18, 130</td>
</tr>
<tr>
<td>Grau Suárez-Varela M</td>
<td>23, 106, 143</td>
</tr>
<tr>
<td>Greco C</td>
<td>52, 95, 100</td>
</tr>
<tr>
<td>Griñó Guimerá A</td>
<td>39, 91</td>
</tr>
<tr>
<td>Guerra F</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>Guerra Hernández I</td>
<td>77, 165</td>
</tr>
<tr>
<td>Guerra Villa L</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Guerra Villa O</td>
<td>21, 28</td>
</tr>
<tr>
<td>Guiracco Pappetti N</td>
<td>85, 154</td>
</tr>
<tr>
<td>Gutiérrez Arcaya M</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Gutiérrez De Antonio M</td>
<td>56, 104</td>
</tr>
<tr>
<td>Gutiérrez López M</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>Gutiérrez Pantoja A</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Guzmán Coronat L</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Haro Iniesta L</td>
<td>40, 120</td>
</tr>
<tr>
<td>Heras M</td>
<td>56, 104</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Anadón M</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Aznar M</td>
<td>26, 54, 66, 124, 141, 161, 162</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Durán C</td>
<td>28, 33, 34, 59, 63, 84, 102, 123, 132, 138, 159</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Estévez M</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Luque S</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Muñoz I</td>
<td>62, 85</td>
</tr>
<tr>
<td>Hernández Stegmann M</td>
<td>45, 97, 113, 121, 140</td>
</tr>
<tr>
<td>Herranz B</td>
<td>88, 117</td>
</tr>
<tr>
<td>Herrera Martínez M</td>
<td>19, 43, 110, 159</td>
</tr>
<tr>
<td>Hinjojosa Mena-Bernal J</td>
<td>68, 145</td>
</tr>
<tr>
<td>Hinjojosa Díaz J</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>Homedes Celma L</td>
<td>132, 138, 139, 148</td>
</tr>
<tr>
<td>Honrado Galán B</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospital Guardiola I</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Huarte Labiano I</td>
<td>30, 45, 108, 148, 151</td>
</tr>
<tr>
<td>Huidobro Aribau J</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>J</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jaraba Becerril C</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiménez González A</td>
<td>65, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>Jimeno Sáinz A</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Juanós Lanuza M</td>
<td>40, 54, 59, 73, 108, 164</td>
</tr>
<tr>
<td>Juárez Laiz M</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Jurado Fernández S</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lacoste O</td>
<td>60, 68</td>
</tr>
<tr>
<td>Lafarga Giribets A</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>Lamagrande Obregón A</td>
<td>41, 104, 134</td>
</tr>
<tr>
<td>Lameiro Flores P</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Lamigueiro Merino A</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Landeo Fonseca A</td>
<td>43, 69</td>
</tr>
<tr>
<td>Larrea Arranz I</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Larrondo Pamiés S</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Latore Ginés V</td>
<td>70, 82, 143</td>
</tr>
<tr>
<td>Lázaro Lafuente Y</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Lechuga Vázquez P</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>León Martinez L</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>Lima Channeco A</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>Lista Arias E</td>
<td>45, 97, 113, 121, 140</td>
</tr>
<tr>
<td>Llardén García M</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>Llompart Cerdá A</td>
<td>17, 64, 125, 139, 140</td>
</tr>
<tr>
<td>Llovet Font R</td>
<td>99, 126</td>
</tr>
<tr>
<td>López Douei M</td>
<td>35, 42, 104, 134</td>
</tr>
<tr>
<td>López Eugenio A</td>
<td>75, 128</td>
</tr>
<tr>
<td>López Fando C</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>López Fernández I</td>
<td>146</td>
</tr>
<tr>
<td>López Gallego M</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>López García E</td>
<td>24, 74, 84, 92, 117, 137</td>
</tr>
<tr>
<td>López Garciarena I</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>López Gil M</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>López González A</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>López León I</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>López Lanza J</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>López López R</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>López Sejas C</td>
<td>25, 80, 134</td>
</tr>
<tr>
<td>López Villalvilla A</td>
<td>46, 87, 118, 141</td>
</tr>
<tr>
<td>López-Fando Lavalle C</td>
<td>79, 160</td>
</tr>
<tr>
<td>López-Tápperio Irazabal L</td>
<td>79, 164</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorca González M</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorenzo Parapar L</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorenzo San Martín A</td>
<td>31, 130</td>
</tr>
<tr>
<td>Lozano Gomariz M</td>
<td>105, 106, 153</td>
</tr>
<tr>
<td>Lozano Sánchez M</td>
<td>75, 117, 127, 135, 158</td>
</tr>
<tr>
<td>Lucas Noll J</td>
<td>132, 138, 139, 148</td>
</tr>
<tr>
<td>Lumbier Martínez de Morentín M</td>
<td>25, 53, 67, 91, 122, 147, 150, 158</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Luque De la Roza L, 93
Lusarreta Herreros M, 106, 143

M
Madrid Valls M, 28, 36, 100
Maganer E, 150, 152
Manjón Villanueva R, 93
Manso Fernández G, 56, 104
Manzano Carmona R, 36
Marco N, 62
Marco Gracia M, 48, 132
María López A, 18, 40, 54, 58, 69, 70, 109, 156
Marín Berdagué S, 161
Martín de Mazo M, 99
Martín Medina M, 93
Martín Muñoz M, 24, 84, 92, 112, 117, 150, 157
Martín Pascual I, 43
Martín Pérez A, 19, 33, 37, 44, 46, 69, 70, 109, 160
Martín Rodríguez J, 19, 33, 35, 39, 44, 46, 69, 70, 109, 160
Martín Santos J, 66, 137
Martín Tomás R, 49, 102, 145
Martín-Urda Rodrigo S, 142
Martínez Aguilar A, 102
Martínez Alamillo P, 84, 92, 117, 137
Martínez De Quintana E, 105, 106, 153
Martínez Fernández G, 122
Martínez González D, 73
Martínez Ortega M, 153
Martínez Rocamora M, 105, 106, 153
Martínez Soba A, 144
Martínez Villena B, 125
Martínez-Raposo Piedrafita C, 41
Mas Heredia M, 55, 57, 77, 95, 150, 157
Masat T, 92
Mascarell Cortés E, 111
Masip Arnaiz R, 122
Mata Pérez A, 72, 151
Mateescu D, 45, 77, 100, 114, 140, 147
Matías González E, 119
Maxenchs M, 53
Maza Anillo C, 94
Maza Vera M, 31, 86, 130
Medeiros Faria J, 141, 157
Meineri M, 107, 150, 152
Melgares Ruiz R, 87
Melón Juncosa P, 143
Mendizábal Condon I, 40, 112
Mendo Giner L, 43, 69
Merino Díaz de Cerio C, 29, 102, 113
Miquela Llamas F, 36
Miranda Arto P, 20, 41
Miranda Camarero E, 110
Miranda Mendoza C, 123
Miró Botella P, 95, 149, 150
Moldón Garrido V, 112, 120
Molero Alfonso C, 41, 149
Molina López G, 27
Molina Martínez L, 46, 70
Molló Iniesta A, 32, 47, 65, 93, 98, 99, 119, 120, 126, 135, 152, 156
Molló Iniesta M, 126
Mombian Trejo C, 45, 77, 100, 147
Montenegro Gordillo R, 42, 64
Montero Alarcón R, 26, 56, 58
Montes Fernández L, 106, 143
Montesa Lou C, 20, 41, 132
Montiel Arcaiz R, 128, 151
Morales Barroso I, 68
Morales Espinoza E, 77
Morales García M, 85
Morcillo Gallego M, 54, 161
Moreno Castiñón C, 18, 54, 58, 65, 139, 146, 164
Moreno Caycedo C, 51, 59, 70
Moreno Moreno A, 118, 147
Morente López M, 29, 102, 113
Motilla Fraile M, 119
Moya Vera M, 31, 86, 130
Munoz Jacobo S, 20, 132
Munoz Moreno M, 26, 28, 44, 56, 58, 95, 106
Murcia Herrero A, 133
Muriel Díaz P, 162
Murillo Colorado B, 107

N
Nágera Bellón F, 123
Navarrete Martínez J, 96, 128
Navarro Elizondo M, 82, 121, 155
Navarro González D, 30, 45, 108, 148, 151
Niño De Azcárate C, 79, 164
Noelia C, 87
Novo Armesto I, 18, 55, 80, 135, 155
Nuñez Iriarte M, 90

O
Obregón Díaz R, 23, 92, 142, 156
Ochoa Prieto J, 112
Olazola Nogales Y, 42, 64
Oliva Fanlo B, 41, 149
Oliva Maza E, 39, 71, 75, 153
Ontañón Nasarre B, 62
Ordóñez León G, 132
Ordóñez Ruiz M, 25, 61, 83, 116, 127
Orge Amoedo M, 163
Ortega Cerrato A, 122, 156
Ortega Jiménez A, 163
Ortega Sánchez G, 23, 92, 142
Ortiz Gil E, 23
Ortiz Navarro B, 151
Ortiz-Roldán Rodríguez N, 76, 86, 90
Osorio Solar M, 76, 86, 90
Otegi Altolagirre I, 18, 55, 80, 135, 155
Ovalle González N, 78

P
Pacho Beristain M, 35
Pachón Tardío E, 136
Palacios Camacho F, 95
Palacios Martínez D, 33
Pampín Gutiérrez N, 35
Panisello Tafalla A, 132, 138, 139, 148
Pardo Vintanel T, 20, 41
Parent Mathias V, 68, 101, 144
Parra Ulloa A, 96, 99, 113
Pasco Odar L, 21, 28, 98, 102
Pascual Aguirre N, 117, 127, 135, 158
Pastor Plana L, 92
Pavón López C, 24, 129
Pedro Pijoan A, 107, 142
Peláez Campos G, 137
Pena Arnaiz R, 32, 65, 152, 156
Pendón Fernández S, 20, 76, 87, 130
Peña León I, 70, 82, 143
Peña y Lillo Echeverría G, 19, 43, 110, 154, 159
Peña Lora D, 95
Peraita Rios L, 85
Perrone Cecavos R, 63, 84, 85, 157
Pereira A, 58
Perelló García I, 18, 99, 119, 126, 139, 146
Perera Rodríguez J, 77, 165
Pérez Castro P, 31, 86
Pérez Durán M, 54, 105, 124, 141, 161, 162
Pérez Feito D, 43, 69
Pérez García J, 79
Pérez Herrero C, 26, 56
Pérez Irazusta I, 35
Pérez Martín A, 35
Pérez Martínez J, 122
Pérez Olano B, 28, 100
Pérez Valero I, 105, 106, 153
Pinilla García D, 30, 47, 53, 103
Pinyol Martínez M, 157
Piñeiro López Á, 86, 105
Piñeiro Vidal M, 74, 83
Plana Mirallas E, 48
Plaza De las Heras I, 65, 67, 85
Pol Reyes M, 153
Poveda M, 152
Poza Mauere, 136
Queiro Motto E, 82
Quesada Almacellas A, 32, 47, 93, 98, 119, 120, 126, 156
Quijano Terán F, 82
Quinteiro Seoane C, 130
Quispe Martínez C, 62, 85
Ramírez Castro V, 162
Ramírez Ceballos A, 142
Ramírez Díaz F, 29, 137
Ramírez González A, 75
Ranea Martín E, 76, 87, 107
Rangel Tarifa M, 18, 130
Rascón Roig N, 29, 137
Ramos I, 94
Ramos Díaz F, 29, 137
Ramos González A, 75
Rangel Tarifa M, 18, 130
Rascón Roig N, 132, 139, 148
Raya Collados D, 29, 66, 137
Recio Díaz P, 62
Recio Gállego M, 17, 71, 116
Redondo Lobato L, 136
Reinoosio Hermida S, 37
Repiso Gento I, 30, 47, 53, 103, 161
Requejo Brita-Paja P, 42, 64
Reyes C, 159
Rico Recio M, 76
Rios Calderón V, 45, 77, 100, 114, 147
Ripoll Pons M, 51, 87
Rivera Figueiras M, 146
Robles Castiñeiras A, 94
Rodríguez B, 119
Rodríguez M, 58
Rodríguez Alonso D, 25, 61, 83, 116, 127
Rodríguez Cabrera A, 27, 77, 165
Rodríguez Cañas R, 29, 102, 113
Rodríguez Dominguez C, 77, 165
Rodríguez Garrocho A, 32, 47, 65, 93, 98, 99, 119, 120, 126, 135, 152, 156
Rodríguez González R, 117, 127, 135
Rodríguez López I, 89
Rodríguez López V, 31
Rodríguez Marcos M, 162
Rodríguez Martin A, 163
Rodríguez Melgarejo M, 25, 61, 116, 127
Rodríguez-Mirón I, 137
Rodríguez Pascual M, 45, 97, 113, 121, 140
Rodríguez Peñil E, 35
Rodríguez Perulero P, 68, 145
Rodríguez Rivas T, 29
Rodríguez Sanz P, 90, 108, 148, 151
Rodríguez Soler E, 95, 107, 157
Rojo Cardenas P, 68, 144
Roldán Pérez A, 89
Romaña García G, 60, 68, 144
Romera Santa Bárbara B, 84
Romero Cerrón A, 133
Romero Hurtado J, 37
Ros Domingo N, 107
Rosaura Gómez M, 54, 162
Rubí Alzugaray I, 25, 91, 98, 122, 147, 150
Rubio Santos J, 56, 58, 95, 106, 154
Ruiz Pérez Guijarro L, 45, 97, 113, 121, 140
Ruiz Clavijo D, 45
Ruiz Molina T, 47, 78, 104, 115
Sabach M, 140
Sabaté Arnau L, 54, 119, 141, 157, 161, 162
Sánchez Falcó A, 107, 157
Sánchez Fernández A, 24, 129
Sánchez Fernández V, 65, 98, 135, 152
Sánchez Galán P, 48, 132
Sánchez Puigarrín I, 44, 79, 84, 125, 129, 132, 160
Sánchez Salvador J, 155
Sanchez A, 140
Sanmarfurl Schwarz A, 114
Santamarta Solla N, 53, 66, 103
Santesteban Muruzabal R, 23, 106
Santigosa Ayala A, 20
Santos García A, 29, 66, 137
Santos Murillo J, 92
Sanz Cantalapiedra R, 161
Sanz Palomo A, 28, 33, 44, 110, 154
Saperas Pérez C, 111
Sarmiento Cruz M, 20, 26, 28, 32, 36, 54, 65, 66, 100, 105, 107, 124, 126, 130, 137, 157, 162
Sarrat Torres M, 115
Sartolo Romeo M, 34, 96
Secades B, 53
Sellarés Gómez N, 40, 120
Senovilla J, 96
Serrano H, 71
Serrano Heras A, 24, 129
Sierra Moreno A, 23
Sierra Santos L, 79
Siles Canga M, 43, 123
Sitjar Martínez De Sas S, 55, 57
Sobejano De Pablo R, 161
Socas Dominguez H, 81, 126
Solvenda Balcairat N, 142
Soler Elacho C, 28, 36, 100, 124, 157
Soler Llorén R, 154
Sosa Alonso A, 62
Sota Yoldi P, 67, 122, 150, 158
Soltil Arrieta A, 25, 67, 91, 147, 150, 158
Soto Piñero A, 136
Suárez Alen S, 25, 80, 134
Suárez Bonel M, 34
Suárez Bonel P, 96
Sueiro Justel J, 25
Sukhlyak A, 139
Supersaxco Macià L, 51, 87
Torra Solé N, 18, 54, 58, 65, 146, 164
Torrecilla Sequí J, 75
Torres Baile J, 23, 92, 142, 156
Torres Font M, 20
Torres Oliveros M, 55, 57
Torres Sentis M, 27
Torrubia Fernández M, 70, 82, 143, 155
Toscano Castillo E, 142
Trillo Sánchez-Redondo G, 103, 110, 159
Troncoso Recio S, 31, 86
Touroula J, 132, 138, 148

U
Urbanos Martínez C, 51
Urdaz Hernández M, 72

V
Valcárcel Martínez A, 27
Valencia Alvarado A, 30, 36, 52
Valencia Hernández J, 78
Valencia Orgaz P, 67
Valiente Hernández S, 20, 93, 142
Vallejo Tabarés E, 41, 104, 134
Varas Mayoral M, 49
Varela Aler S, 31
Varela Castro S, 83
Vargas Negrín F, 27
Vázquez Ramos V, 51, 155
Vázquez Rodríguez L, 26, 33, 34, 59, 84, 106, 110, 123, 125, 129, 132, 138, 157, 159
Vázquez Rodríguez T, 160
Vázquez Sánchez T, 19, 79
Veiga J, 58
Vejo Puente E, 61, 82, 101, 131, 153
Vela Flores L, 74, 83
Velasco Bermúdez L, 130
Velásquez Vanegas C, 53
Veililla Zancada S, 76, 86, 90
Ventura Olivé C, 56
Vera García M, 79
Vergara Alert M, 95, 149, 150, 157
Vicario Jiménez N, 30, 47, 53, 103, 161
Vicente Molinero A, 115
Vidal Mansilla J, 139
Vidal Rojas F, 20
Vidarte Sota M, 23, 143
Vila Corcoles A, 53
Vila Puñet I, 40, 59, 73, 108
Vilar Pérez M, 31
Vilchez Ortega R, 79, 123
Vilchez Escamilla M, 89
Villalba Tost L, 28, 36, 47, 93, 100, 124, 126, 157
Villanueva García Y, 25, 80, 134
Villaverde Llana A, 61, 82, 101, 131, 153
Vinegra Domínguez A, 77

Y
Yago Calderón C, 142
Yanguas Torres V, 89, 118, 147
Yépez Vivas J, 61, 155

Z
Zafra Gamallo S, 96
Zlatkes Kirchheimer J, 79, 164
Zugazaga Badallo E, 79, 164
Zurita Badosa M, 63, 88, 93