

XVIII Jornadas de Residentes de la semFYC

Libro de comunicaciones

Barcelona,
7 y 8 de febrero
de 2014



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES	3
<i>Las 10 mejores comunicaciones</i>	
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	
C-01. Análisis de los cuidados paliativos realizados a pacientes oncológicos en un centro de salud	3
C-02. Cirugía menor: derivar o no derivar, esta es la cuestión... ..	3
C-03. Estudio de día: asociación entre diabetes mellitus y depresión	4
C-04. Las estatinas y su relación con la aparición de la tendinitis de hombro y codo	4
C-05. ¿Qué piensan y qué necesitan las mujeres con hijos?	4
CASOS CLÍNICOS	
C-06. Colestasis silenciosa. ¿Le hacemos una ecografía en Atención Primaria?	5
C-07. ¿Conocemos bien el enalapril?	5
C-08. Detrás de una cervicalgia.....	6
C-09. Dolor intercurrente en el duelo.....	6
C-10. Lesiones cutáneas y fiebre... ¿Diagnóstico urgente?	7
COMUNICACIONES PÓSTER	8
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.....	8
CASOS CLÍNICOS.....	13

COMUNICACIONES ORALES

LAS 10 MEJORES COMUNICACIONES

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

C-01

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS REALIZADOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN CENTRO DE SALUD

Frutos Hidalgo E, Chedas Fernández AL, Fierro Alario MJ, Navea Tejerina C
CS El Olivillo. Cádiz
nfrutosh@hotmail.com

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes oncológicos en Cuidados paliativos de una Unidad de Gestión Clínica (UGC), dentro del ámbito de la Atención Primaria.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Pacientes oncológicos incluidos en el proceso asistencial de cuidados paliativos de la UGC del CS El Olivillo, Cádiz. Estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Participaron consecutivamente todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión entre octubre de 2012 y octubre de 2013: enfermedad avanzada, incurable y progresiva sin posibilidades razonables de que se dé una respuesta al tratamiento específico y con pronóstico de vida limitado de origen oncológico.

Material y métodos: Utilizando los registros de la hipertensión HSD, se recogieron las variables de estudio.

Mediciones e intervenciones: Información sociodemográfica, enfermedad oncológica principal, tratamientos farmacológicos, lugar del fallecimiento, visitas domiciliarias y valoración del duelo.

Análisis: Los datos se analizaron mediante el paquete informático SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes (de ellos, 22 varones). Los tumores fueron: cáncer de pulmón (14,7%); cáncer de colon y estómago (11,8%); cáncer vesical (8,8%) y de mama (8,8%). La valoración integral del paciente se realizó en el 79,4% de los sujetos. El fallecimiento ocurrió en el domicilio en el 37,9% de los casos, y en el hospital en el 31% (no registrado en el 31%). El opioide más utilizado fue el fentanilo (61,8%) frente a la morfina oral (20,6%). Los fármacos no opioides más utilizados fueron metamizol (23,5%) y paracetamol (26,5%). La asistencia al duelo familiar se constató en el 52,9% de los casos.

CONCLUSIONES

Los tumores que con más frecuencia requieren cuidados paliativos domiciliarios son los de pulmón y gastrointestinales. A pesar de la valoración integral del paciente, el número de *exitus* en domicilio sigue siendo bajo. El fentanilo desplaza a la morfina como opioide más usado.

C-02

CIRUGÍA MENOR: DERIVAR O NO DERIVAR, ESTA ES LA CUESTIÓN...

Vilavella Lizana C, Saúl Gordo E, Duch Juvinyà B, Marina Ortega MV, Subias Loren PJ
ABS Canet de Mar. Barcelona
clairevili1@gmail.com

OBJETIVOS

1) Valorar las patologías y las lesiones derivadas desde Atención Primaria hasta los servicios de Cirugía menor, Cirugía plástica y Dermatología para que se practique exéresis o crioterapia.
2) Conocer si dichas patologías son abordables desde Atención Primaria con menor tiempo de espera a fin de instaurar un servicio de Cirugía menor en nuestro centro.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Centro Atención Primaria semirural.

Sujetos: Pacientes derivados a los especialistas para practicar cirugía menor desde junio de 2012 hasta junio de 2013. Criterios de inclusión: historias clínicas de los pacientes derivados a Cirugía menor, Cirugía plástica y Dermatología para practicar exéresis o crioterapia con diagnóstico de patología abordable desde nuestro CAP. Criterios de exclusión: patologías no abordables desde nuestro CAP (sospechosas de malignidad, lipomas y patología ungueal).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Mediciones e intervenciones: Variables: edad, sexo, lesión, localización, especialidad, tipo de tratamiento, abordable desde Atención Primaria, criterios de exclusión, realización de intervención quirúrgica, tiempo de espera.

Análisis: Resultados descriptivos analizados con el programa SPSS.

RESULTADOS

Derivaciones: Cirugía general, plástica y dermatología, 912; para exéresis o crioterapia, 283. Diagnósticos abordables desde nuestro CAP ($n = 163$). Media de edad de 51 años. Hombres, 50,62% (82). Lesiones: verrugas 31,48% (51); tumores benignos 7,41% (12); quistes 16,05% (26); cuerpos extraños 1,23% (2); abscesos 11,73% (19); queratosis actínicas 12,35% (20); queratosis seborreicas 13,58% (22). Localizaciones: cabeza 45,68% (74) [cuero cabelludo 10,49% (17), cara 29,63% (48), cuello 5,56% (9)]; tronco 18,79% (30) [tórax 3,09% (5), abdomen 1,85% (3), espalda 8,64% (14), nalgas 2,47% (4), genitales 2,47% (4)]; extremidad superior 11,72% (24) [hombro 1,23% (2), axila 1,23% (2), brazo 2,47% (4), mano (11), 6,79% (4)]; extremidad inferior 17,9% (27) [ingle 3,09% (5), piernas 11,11% (18), pies 3,7% (6)]. Derivaciones: Dermatología 54,94% (89); Cirugía plástica 4,94% (8); Cirugía general 40,12% (65). Tratamiento: exéresis 34,57% (54); crioterapia/exéresis 64,81% (105). Abordables 74,07% (120). Exclusiones: zona de riesgo (cara, ingle, axila) 16,67% (27); extensión 0,62% (1); sospecha de malignidad 1,85% (3); otros 6,79% (11). Intervenido 58% (94), tiempo medio de espera 4 meses.

CONCLUSIONES

Las verrugas, queratosis y quistes suponen el 73,46% de las derivaciones a los especialistas. El tiempo medio de espera por intervención al especialista es de 4 meses. Un elevado porcentaje de las derivaciones constituyen patologías que son abordables en Atención Primaria (74%) Un servicio de cirugía menor en nuestro centro permitiría disminuir la lista de espera para los especialistas y mejorar la satisfacción del usuario.

C-03**ESTUDIO DE DÍA: ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES MELLITUS Y DEPRESIÓN**

Viana Jorge L, Mendes A, Sequeira Eiras AF
Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Amélia. Porto (Portugal)
aiendra@hotmail.com

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de la diabetes en un centro de salud. Determinar la prevalencia de la depresión en ese mismo centro y verificar la asociación entre depresión y diabetes y su influencia en el control metabólico.

DISEÑO

El diagnóstico de depresión se suele asociar a los pacientes diabéticos.

Sujetos: Pacientes de un centro de salud diagnosticados con depresión o diabetes mellitus, o ambos, según la clasificación de CIAP-2.

Material y métodos: Los datos los recogió del 1 de enero de 2013 al 30 de abril de 2013 un solo investigador que utilizó el programa informático del Sistema de Apoyo al Médico (SAM).

Mediciones e intervenciones: Se recogieron los casos de pacientes clasificados con los códigos de CIAP-2 correspondientes a T90, diabetes no insulino dependiente o P86, depresión/trastornos depresivos.

Análisis: Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS versión 18. Este análisis incluyó el cálculo de χ^2 al cuadrado y del *odds ratio* y se ha considerado un valor estadísticamente significativo de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La prevalencia de diabetes fue del 10,6% y la de depresión del 26,8%. La diferencia entre la proporción de individuos deprimidos en la población no diabética y la población diabética es estadísticamente significativa. Se ha verificado una asociación entre la depresión y diabetes en la población estudiada (OR: 3,164; IC al 95%: 2,544-3,935). No se verificó una relación estadísticamente significativa entre depresión y control metabólico en los pacientes diabéticos del centro de salud.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la depresión en pacientes diabéticos es semejante a la descrita en la literatura médica. Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre las dos patologías.

C-04**LAS ESTATINAS Y SU RELACIÓN CON LA APARICIÓN DE TENDINITIS DE HOMBRO Y CODO**

Bermúdez Rengifo IJ, Cano Capdevila I, Martínez Guerrero JN,
Madrid Ruiz RO, Borrell Carrió F, Martí Nogué M
EAP Gavarra. Barcelona
injoberen81@hotmail.com

OBJETIVOS

Se ha relacionado el consumo de estatinas con la aparición de debilidad muscular o tendinitis, que suelen presentarse en el primer año de consumo. Las tendinitis de hombro y codo pueden ser marcadores de estos efectos adversos. El objetivo del estudio es determinar si el consumo regular de estatinas se asocia a la aparición de tendinitis de hombro o codo.

DISEÑO

Tipo de estudio: Estudio de cohortes retrospectivo.

Sujetos: Población de estudio: pacientes de 50 a 70 años atendidos en el período 2006-2013.

Material y métodos: Variables: sociodemográficas, tipo y dosis de estatina, tendinitis de hombro (M75), tendinitis de codo (M77, CIM 10).

Mediciones e intervenciones: Criterios de exclusión: fibromialgia, artritis reumatoidea o espondilitis anquilopoyética.

Análisis: Análisis de datos: análisis descriptivo de las variables y la medida de la magnitud de asociación mediante el cálculo de la *odds ratio* (OR).

RESULTADOS

1) Se incluyeron 3.638 pacientes. El 31% recibieron tratamiento con estatinas. 2) El 3,05% de los pacientes en tratamiento con estatinas presentaron tendinitis. En los pacientes no tratados se observó la presentación de tendinitis en un 24%. OR: 0,19 (IC: 0,15-0,24, $p < 0.0001$).

CONCLUSIONES

1) El consumo de estatinas no se asocia a mayor riesgo en la aparición de tendinitis de hombro o codo en los pacientes estudiados. 2) Se observa un elevado porcentaje de población que ha consumido estatinas en un periodo de 7 años. 3) Es posible que las estatinas estuvieran asociadas a tendinitis en otras regiones anatómicas que, por su carácter leve, no quedaran registradas. 4) También es posible que el riesgo sea indetectable para un estudio retrospectivo.

C-05**¿QUÉ PIENSAN Y QUÉ NECESITAN LAS MUJERES CON HIJOS?**

Pérez Lobera S, Doncel Soteras B, Santa Eulalia Gonzalvo C,
Cebollero Buisán P, Arnal Pérez E, Rueda Rubio R
CS Arrabal. Zaragoza
splobera@gmail.com

OBJETIVOS

Conocer las actitudes y vivencias de madres con niños menores de cinco años sobre el apoyo social y reflexionar sobre las diferencias entre el medio rural y el urbano.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Urbano y rural.

Sujetos: Madres con al menos un hijo menor de cinco años.

Material y métodos: Metodología cualitativa. Método interpretativo. Entrevista grupal (grupos de discusión, 60-90 minutos) para cada ámbito registrada mediante videograbación y cuaderno de notas. Muestreo intencional y bola de nieve.

Mediciones e intervenciones: Categorías: apoyos, recursos, problemas al institucionalizar y necesidades.

Análisis: Proceso de análisis: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

RESULTADOS

Participantes: 13 mujeres (5 de ámbito rural: media 1 hijo, 3 en activo; 8 de ámbito urbano: media 2 hijos, 4 en activo). Categorías: 1. Apoyo. Ámbito rural: por igual, la familia y la guardería. Urbano: principalmente la familia y luego la guardería.

2. Recursos. Ámbito rural: guardería privada, flexibilidad horaria, actividades extraescolares, campamentos, vecinos; ante una emergencia, se llama a amigos y vecinos. Urbano: principalmente, la familia; niñera y guardería en segundo lugar; ante una emergencia, se llama a amigos y luego se recurre a la guardería, la familia y el trabajo.

3. Problemas al institucionalizar. Ámbito rural: horarios reducidos; de forma secundaria: número de plazas, precio, diferencia de edad en la misma clase, comida llevada desde casa, escasos recursos e implicación sanitaria. Urbano: el horario, después el precio y, por último, la escasa implicación sanitaria.

4. Necesidades. En ambos ámbitos, posibilidad de reducir la jornada laboral/flexibilidad horaria; en el rural, además alargar bajas maternales, poco apoyo por parte de empresas y administración, falta de concienciación respecto a la maternidad en el ámbito laboral.

CONCLUSIONES

Llama la atención el peso de la familia en el medio urbano frente a la institucionalización y el recurso a la guardería privada o el apoyo de los vecinos en el medio rural.

CASOS CLÍNICOS**C-06****COLESTASIS SILENCIOSA. ¿LE HACEMOS UNA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA?**

Martín Fernández AI, Armela Sánchez-Crespo E, Alonso Arizcun B, Rodríguez Benito L, Chao Escuer P, Rico Pérez MR
CS Pinto. Pinto (Madrid)
a.i.martinfernandez@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

La colestasis se caracteriza por prurito, ictericia, elevación de fosfatasa alcalina y de otras enzimas como una manifestación de varias patologías. Si se sospecha una etiología obstructiva, la ecografía es la prueba de elección.

Motivo de consulta: Varón de 62 años que acude a una revisión de HTA programada con resultados analíticos.

Antecedentes personales: Paciente sin alergias medicamentosas. HTA en tratamiento con enalapril 5 mg; exfumador, IPA acumulado de 20. Los resultados analíticos son los siguientes: bilirrubina total 5,21; bilirrubina conjugada 2,99 mg/dl; GPT 659; GOT 330; GGT 761; fosfatasa alcalina 277; LDH 306 (U/l).

Exploración física: Se encuentra asintomático. No se medica ni consume alcohol; no presenta síndrome constitucional. Esclerótica ictericia; hepatomegalia de 2,5 cm; dudoso Murphy. Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Se solicita nueva analítica urgente y se cita al paciente para el día siguiente para realizarle una ecografía en Atención Primaria. El paciente llega con ictericia de piel generalizada y refiere coluria sin acolia. La bilirrubina es de 12,96. En la ecografía se visualiza dilatación de la vía biliar (signo del doble carril).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Colestasis extrahepáticas: litiasis, neoplasias de páncreas o vías biliares, lesiones inflamatorias de conductos biliares, pancreatitis. Se deriva al paciente a Urgencias para su estudio. Ingresó en Medicina Digestiva, donde solicitan TC abdominal, que objetiva dilatación de la vía biliar intra y extrahepática por ampuloma. Se le practica una duodenopancreatectomía cefálica, con radioterapia adyuvante posterior.

CONCLUSIONES

Los ampulomas son infrecuentes (0,2% de los cánceres gastrointestinales) y tienen un buen pronóstico por detectarse en fases más precoces por ictericia temprana. La ecografía es una técnica inocua que permite mejorar la capacidad resolutoria del clínico en Atención Primaria y detectar patologías que precisan derivación urgente.

C-07**¿CONOCEMOS BIEN EL ENALAPRIL?**

Armela Sánchez-Crespo E, Alonso Arizcun B, Rodríguez Benito L, Martín Fernández AI, Herrera Sánchez B, Alonso Roca R
CS Pinto. Pinto (Madrid)
earmela@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) son de los medicamentos de primera elección para el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial; entre ellos destaca el enalapril.

Motivo de consulta: Mujer de 69 años, fumadora, sin otros antecedentes de interés. Se le diagnostica una HTA grado 1, con cribado en Atención Primaria, y se descarta lesión en órganos diana. Inicia un tratamiento basado en cambios en el estilo de vida y la prescripción de enalapril 10 mg/día. Dos semanas después, presenta mejoría en las cifras tensionales, pero refiere que desde el inicio de la toma de la medicación tiene molestias abdominales, por lo que se cambia la posología de la mañana a la noche. Al cabo de 6 días, consulta por dolor abdominal en el epigastrio irradiado a flancos, de predominio posprandial, así como náuseas sin vómitos, sin otra clínica acompañante. La paciente lo relaciona claramente con la prescripción del fármaco antihipertensivo.

Exploración física: Abdomen doloroso a la palpación en el epigastrio y ambos flancos, sin signos de irritación peritoneal.

DESARROLLO

Tras revisar los efectos adversos del enalapril, destacan síntomas digestivos como náuseas, diarrea, vómitos y dolor abdominal, pero raramente pancreatitis e ictericia colestásica que pueda progresar a necrosis hepática. Se deriva a la paciente a Urgencias para ampliar el estudio, donde se le diagnostica una pancreatitis aguda asociada a la toma de enalapril y esteatosis hepática. La paciente evoluciona favorablemente y mantiene un buen control tensional con abstención tabáquica, dieta y ejercicio.

CONCLUSIONES

El tratamiento antihipertensivo disminuye la morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, no podemos olvidar que es necesario conocer con detalle los fármacos que empleamos y sus efectos adversos para valorar, según las recomendaciones, el tratamiento más adecuado a cada paciente.

C-08**DETRÁS DE UNA CERVICALGIA**

Alfaro García-Belenguer E, Ayuda Alegre C, Arnal Pérez E, Santa Eulalia Gonzalvo C, Cebollero Buisán P, Pérez Lobera S
CS La Jota. Zaragoza
elealfaro87@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y servicio de Urgencias hospitalario.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 42 años sin alergias medicamentosas conocidas que acude al servicio de Urgencias hospitalario por presentar dolor en la región occipito-temporal y pérdida de sensibilidad termoalgésica de 1 semana de evolución. No refiere inestabilidad ni pérdida de fuerza acompañante.

Antecedentes personales y familiares: sin interés

Exploración física: Estable hemodinámicamente, afebril, Glasgow 15, ACP normal, signos meníngeos negativos, pares craneales normales. Sensibilidad táctil conservada, fuerza muscular 5/5 en las cuatro extremidades, pérdida de sensibilidad termoal-

gésica en extremidad superior izquierda, mayor en la región cubital, y parestesias en palma de mano izquierda.

Pruebas complementarias: ECG y AS sin alteraciones. Rx cervical: rectificación de la lordosis con incipientes cambios degenerativos a partir de C4.

DESARROLLO

El paciente es dado de alta en Urgencias con el diagnóstico de cervicoartrosis. Al cabo de cuatro días, vuelve a atención continuada del centro de salud por hemiplejía derecha de instauración progresiva. La exploración física da los siguientes resultados: fuerza 0/5 extremidad superior derecha y 2/5 extremidad inferior derecha; fuerza izquierda 5/5; sensibilidad derecha normal; hipoalgia termoalgésica en extremidad superior izquierda. Se remite al paciente al servicio de Urgencias hospitalario para que lo valoren en Neurología y Neurocirugía. Se le realiza RM y angiografía, que permiten diagnosticar un cavernoma intramedular, por el que es intervenido. El servicio de lesionados medulares hace un seguimiento de su caso y, a los siete meses del ingreso, se le practica una RM de control, en la que no se observa recidiva. Actualmente el paciente presenta tetraplejía C3 derecha C2 izquierda, vejiga e intestino neurogénos.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro de cervicoartrosis debemos realizar una buena anamnesis y una correcta exploración física, centrándonos en la exploración neurológica; hay que estar alerta a todos los síntomas y signos para hacer un buen diagnóstico diferencial.

C-09**DOLOR INTERCURRENTE EN EL DUELO**

Aparcero Gallardo MR, Gómez-Camino AE, Gutiérrez Doblas FA
CS El Porvenir. Sevilla
maparcero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente de 75 años que consulta por cansancio, tristeza, pérdida de apetito y dolores generalizados desde el fallecimiento de su marido, del que era la cuidadora principal, 2 semanas atrás.

Antecedentes personales: Hipertensión, hipertrofia de ventrículo izquierdo, dislipemia, asma bronquial y rinitis alérgica. Está en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida, Pulmicort®, salbutamol, simvastatina y lansoprazol.

Exploración física: La exploración por aparatos es normal, salvo dolor a la palpación de la musculatura paravertebral cervical y lumbar y dolor a la movilización del hombro izquierdo. Se retira la simvastatina y se pauta naproxeno. Además, se habla con la paciente sobre el duelo señalando y reforzando la buena labor que hizo como cuidadora.

DESARROLLO

A la semana, la paciente continúa con astenia y refiere dificultad para levantarse de la silla e incapacidad para levantar ambos brazos por el dolor que siente. En la exploración afirma sentir dolor a la palpación de hombros, pero no se detectan otros signos inflamatorios locales. Se solicita una analítica, que resulta normal, salvo por una hipercolesterolemia, una velocidad de sedimentación de 79 mm/h y PCR 52 mg/l. Ante la sospecha de que la paciente sufre polimialgia reumática, se inicia un trata-

miento con prednisona 20 mg/día. Una semana después, ha mejorado la debilidad muscular y la astenia, y el duelo comienza a elaborarse. Siete días más tarde, el dolor ha desaparecido y solo queda la pena por la pérdida de su marido.

CONCLUSIONES

En los procesos de duelo hay que estar pendientes de diferenciar bien las somatizaciones de otros procesos intercurrentes que puedan pasar desapercibidos

C-10

LESIONES CUTÁNEAS Y FIEBRE... ¿DIAGNÓSTICO URGENTE?

Armela Sánchez-Crespo E, Martín Fernández AI, Alonso Arizcun B, Rodríguez Benito L, Herrera Sánchez B, Alonso Roca R
CS Pinto. Pinto (Madrid)
earmela@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

El linfoma B difuso de células grandes constituye uno de los tipos más frecuentes de linfoma no Hodgkin en nuestro medio. De crecimiento rápido y comportamiento agresivo, las localizaciones tumorales aumentan a lo largo de días hasta que el paciente las percibe.

Motivo de consulta: Varón de 62 años que consulta por lesiones cutáneas en el tronco, no pruriginosas, que han ido en aumento

desde su aparición, hace 15 días. Además refiere febrícula, dolor dorso-lumbar y sudoración nocturna.

Antecedentes personales: Sin alergias conocidas. Prostatactomía por cáncer de próstata e hiperuricemia asintomática.

Exploración física: Lesiones nodulares eritemato-violáceas, ligeramente dolorosas a la palpación, diseminadas por el tronco, sin otros hallazgos. Se solicita analítica urgente y se deriva de forma preferente al paciente a Dermatología. Al día siguiente, en el laboratorio avisan de la presencia de células linfoides atípicas en sangre periférica sugestivas de síndrome proliferativo, por lo que se contacta con el servicio de Dermatología para que valore al paciente al día siguiente con la realización de una biopsia.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Con los nódulos inflamatorios: patologías benignas (eritema nodoso, sin ser el tronco la localización típica, lupus o síndrome de Sweet) y malignas (leucemia y linfomas).

Juicio clínico: El paciente ingresa en Hematología, donde se confirma el diagnóstico: linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande, estadio IV B (con afectación cutánea esplénica y ósea). Se inicia tratamiento con quimioterapia diez días después de la visita a Atención Primaria, y, tras seis ciclos con buena tolerancia, el paciente presenta una evolución favorable.

CONCLUSIONES

La forma de presentación del linfoma puede comprometer la vida del paciente si no se actúa con rapidez. Por lo tanto, el médico de familia desempeña un papel muy importante en el diagnóstico y pronóstico de enfermedades graves.

COMUNICACIONES PÓSTER

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

CREENCIAS DEL ADOLESCENTE SOBRE LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

Merino De Haro I, Pérez Buendía I, Jiménez Ruiz J
CS La Zubia. Granada
merinoharo@hotmail.com

OBJETIVOS

Identificar la práctica de ejercicio físico y su potencial relación con el modelo de creencias y facilitadores del entorno

DISEÑO

Tipo de estudio: Transversal mediante encuesta.

Sujetos: 270 adolescentes de entre 14 y 16 años elegidos aleatoriamente de tres centros educativos (confianza 95%; precisión 5%).

Material y métodos: Cuestionario de 40 ítems (Alfa de Cronbach 70% y validez de constructo con 10 factores explican 70% varianza).

Mediciones e intervenciones: Perfil actividad física (10 ítems); creencias ejercicio (3 ítems); autoimagen (8 ítems); apoyo socioafectivo (11 ítems).

Análisis: Univariante y bivariante.

RESULTADOS

De los adolescentes estudiados, el 30% procede de zonas de exclusión social. El 76% de ellos considera que el deporte ocupa un lugar importante/muy importante en su vida; el 61% se declara en buena o excelente forma física, y el 65% presenta buena/muy buena aptitud para el deporte. El 52% afirma realizar deporte fuera del colegio diariamente/varias veces por semana. El 65% considera que tiene talento para practicar deporte. El 74% realiza ejercicio de forma frecuente. Para el 87% de los varones el deporte es importante, frente al 62% en el caso de las mujeres ($p = 0,000$). Los motivos claves que aducen para hacer deporte son relativos a la diversión y la salud, y, por el contrario, la ausencia de práctica se debe a la falta de tiempo, a problemas de salud y al cansancio. La realización de deporte es infrecuente o nula con la red de amigos en 40% y con la red familiar en 50%.

CONCLUSIONES

Los adolescentes consideran muy importante el ejercicio físico. Los varones forman una red social mediante la práctica de deporte, que para ellos es más importante que para las mujeres.

CRITERIOS STOPP EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL

Hurtado de Mendoza Medina A, Gamboa Antiñolo F, Martínez Posada P
CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)
angelhurtado5@hotmail.com

OBJETIVOS

Analizar los criterios STOPP como herramienta de mejora de la prescripción.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Hospital.

Sujetos: Pacientes crónicos ingresados en la unidad de Medicina interna-Cuidados paliativos de un hospital.

Material y métodos: Análisis de la prescripción realizada a los pacientes ingresados. Estudio transversal y prospectivo sobre la práctica clínica habitual.

Mediciones e intervenciones: Se analizaron 65 pacientes mayores de 65 años.

Análisis: Edad media de 84,3 años, en su mayoría mujeres. Comorbilidad media (CHARLSON) superior a 4. El diagnóstico principal era neoplasia avanzada, sepsis o insuficiencia cardíaca. Más del 40% presentaban deterioro cognitivo grave.

RESULTADOS

El 90% de los pacientes tomaban más de 6 fármacos, y la mayor parte de ellos precisaban más de 12 dosis de medicación (excluida la sueroterapia). Más del 80% de los pacientes presentaban criterios de prescripción inadecuada aplicando los criterios STOPP, en su mayoría del grupo A (uso inadecuado de diuréticos de asa sin signos de insuficiencia cardíaca y dosis de antiagregantes superiores a las indicadas), del grupo D (uso de corticoides parenterales en EPOC sin corticoides inhalados) y del grupo H (uso de benzodiazepinas, neurolépticos y opioides que incrementan el riesgo de caída).

CONCLUSIONES

La alta tasa de pacientes pluripatológicos y el gran número de fármacos incrementa el riesgo de toxicidad. Los resultados descritos son similares a los existentes en la literatura y revelan importantes márgenes de mejora en la calidad de la prescripción. Es factible realizar controles de calidad de la prescripción en los pacientes ingresados mediante la herramienta STOPP. En ocasiones las prescripciones inadecuadas detectadas están justificadas por la situación clínica del paciente.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE EMERGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

García Montañana EM
CS de Manacor. Mallorca (Illes Balears)
esthergarmon@gmail.com

OBJETIVOS

Valorar los conocimientos del personal del centro de salud sobre reanimación cardiopulmonar. Diseñar un plan de emergencias en caso de parada cardiorrespiratoria. Instruir al personal sobre reanimación cardiopulmonar.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: Personal sanitario y no sanitario de un centro de salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo que engloba a todos los profesionales de todas las categorías que trabajan dentro de un horario (8-15 h) en un centro de salud, es decir, en unas instalaciones y con el material del que se dispone. Se parte de un supuesto de parada cardiorrespiratoria.

Mediciones e intervenciones: Cuestionario para valorar conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar.

Análisis: Distribución de profesionales que contestaron la encuesta. Formación de los profesionales en soporte vital básico y avanzado. Año de formación. Según categoría profesional.

RESULTADOS

Se comprueba la necesidad de instaurar unas recomendaciones desarrolladas de forma sistemática (de crear una unidad básica de emergencia). Se obtienen unos gráficos estadísticos sobre el conocimiento en reanimación cardiopulmonar de los profesionales del centro de salud que participaron en la encuesta.

CONCLUSIONES

En un caso de parada cardiorrespiratoria, todo el personal del centro es importante. También es esencial trabajar en equipo y cohesionar a todo el personal. Es necesario establecer un plan de emergencias. Resulta fundamental crear una unidad de emergencia básica y establecer roles para disminuir el tiempo de actuación, así como que todo el personal conozca la activación de la cadena de emergencia. Es imprescindible formar a todo el personal del centro en soporte vital básico. La falta de práctica hace que el personal olvide la técnica o la metodología, de ahí que resulte tan básico el reciclaje. El soporte vital básico puede traducirse en lograr que alguien conserve la vida.

ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO CON ALZHEIMER INSTITUCIONALIZADO

Salva Ortiz N, Allely Ramírez MJ, Marcelo Martínez AM, García Godino F, Vela Ruiz M
CS Pinillo Chico. Puerto de Santa María
nereasalva@gmail.com

OBJETIVOS

Valorar el estado nutricional y el perfil de ancianos con Alzheimer institucionalizados y factores asociados. Prevalencia de úlceras por presión, número de ingresos e infecciones respiratorias.

DISEÑO

Tipo y ámbito de estudio: Entorno y salud.

Sujetos: Ancianos ingresados en un centro especializado en la enfermedad de Alzheimer.

Material y métodos: Diseño descriptivo transversal. Muestra: 59 ancianos ingresados en octubre de 2013 en el centro.

Mediciones e intervenciones: Variables: edad, sexo, meses en el centro, test nutricional MNA, indicadores analíticos de desnutrición.

Análisis: Recogida de datos: historias de salud del centro. El análisis de los datos se realizará mediante el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS

Perfil: La población son ancianos, en un 31,6% hombres y en un 68,4% mujeres, todos ellos con una media de edad de 81,31 años \pm 1,054, con un mínimo de 58 años y un máximo de 97 años. Tiempo de ingreso medio en el centro de 44,19 \pm 5,44

meses. Con un mínimo de 3 meses y un máximo de 264 meses. El 14% tiene úlceras preingreso y el 86% no las presenta. El 17,5% presenta úlceras de nuevo diagnóstico en el centro. En un 25,4% se detecta malnutrición; en un 54,2%, riesgo de malnutrición, y en un 20,3% el estado nutricional es normal. El grado de demencia condiciona el nivel nutricional con diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

En los pacientes con enfermedad de Alzheimer hay un aumento del riesgo de malnutrición. Su estado nutricional se relaciona con el grado de demencia tanto en hombres como en mujeres.

ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA DE REAGUDIZACIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA OBSTRUCTIVA CRÓNICA O HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Recondo Goitia O, Aramburu Querejeta O, Olasagasti Caballero C, Rotaache Del Campo R, Uriarte Seminario AM
CS Alza. Donostia
oladire@hotmail.com

OBJETIVOS

Analizar la incidencia de las reagudizaciones infecciosas de pacientes con riesgo de patología respiratoria.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Centro de salud urbano de Atención Primaria.
Sujetos: 800 pacientes de 9 cupos del CS con registro de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), asma > 55 años, enfisema, bronquiectasias o bronquitis aguda.

Material y métodos: Estudio descriptivo de seguimiento de cohorte. Revisión exhaustiva de las historias clínicas desde enero de 2010 hasta diciembre de 2012.

Mediciones e intervenciones: Edad, sexo, patología identificada, tratamiento crónico broncodilatador, incidencia, tratamiento y gravedad de las reagudizaciones.

Análisis: Base de datos en Access y análisis con el paquete estadístico G-Stat.

RESULTADOS

El 29,7% de los pacientes estaban registrados como enfermos con EPOC; el 25,6%, como asmáticos, y el 44,4% tenían bronquitis aguda. El 38,1% (IC: 34-41%) recibían tratamiento broncodilatador crónico. El 65% (IC: 65-68%) sufrieron al menos una reagudización. De las 1.322 en un 44,4% (IC: 65-68%) se prescribe antibiótico. El 78,2% de los pacientes con tratamiento crónico consultaron como mínimo en una ocasión por reagudización, frente al 56,8% de los que no presentaron ninguna reagudización ($p < 0,0001$). Se indicó derivación a Urgencias en el 4,8% (IC: 3,7-6%) de los casos.

CONCLUSIONES

Los pacientes con tratamiento broncodilatador crónico presentaron una mayor incidencia de reagudizaciones y estas fueron más graves. La identificación correcta de estos pacientes puede permitir diseñar planes específicos para mejorar su evolución clínica.

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS EN UN CENTRO DE SALUD

Cantallops Borrás MA, Duro Robles R, Ripoll J, Álvarez Porta E, Tamborero G
CS Coll d'en Rabassa-UBS Es Molinar. Palma de Mallorca
m_borras@hotmail.com

OBJETIVOS

- 1) Analizar las características de las sesiones docentes.
- 2) Valorar la opinión de los profesionales sobre las mismas.
- 3) Plantear propuestas de mejora.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Atención Primaria.

Sujetos: Sesiones clínicas impartidas en el centro de salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo basado en: 1) análisis retrospectivo del registro de sesiones de 18 meses (2012 y de enero a junio de 2013), 2) encuesta anónima con 10 preguntas sobre la adecuación y utilidad de las sesiones.

Mediciones e intervenciones: $n = 244$ sesiones (13,5 al mes): 39,3% bibliográficas; 16,4% monográficas; 13,1% casos clínicos; 10,6% externas; 4,2% pediatría. 58 (23,7% del total) impartidas por residentes; 43,1% monográficas.

Análisis: Participaron en la encuesta 8 médicos de familia, 2 pediatras y 4 residentes ($n = 14$). Opinan que son escasas: las sesiones prácticas (14), las conjuntas con enfermería (13), las externas (10), las de pediatría (7) y las de casos clínicos (6). En cambio, 5 de los participantes consideran que las bibliográficas son excesivas.

RESULTADOS

Todos opinan que los contenidos son útiles y adecuados para Atención Primaria. Para los residentes, las sesiones monográficas y las basadas en casos clínicos son las más útiles. Además, 11 de los médicos que participan creen necesario evaluar las sesiones, y todos opinan que hay que planificarlas. Como sugerencias piden una mayor puntualidad y metodología participativa.

CONCLUSIONES

Las sesiones bibliográficas y monográficas suponen el 56% del total, y cerca del 25% son impartidas por residentes. Si bien las sesiones se consideran útiles y los profesionales están satisfechos, se hacen las siguientes propuestas: aumentar las sesiones prácticas y conjuntas con enfermería, potenciar la metodología participativa, motivar la asistencia, fomentar la participación y puntualidad, evaluar las sesiones y planificarlas según las necesidades.

HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA: PREVALENCIA Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sequeira Eiras AF

Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Amélia. Porto (Portugal)
aiendra@hotmail.com

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) e identificar cuáles son los fármacos más comúnmente prescritos en un centro de salud para su tratamiento en una población de varones de más de 65 años. Analizar la asociación de la HBP con la disfunción sexual presente en esta muestra.

DISEÑO

Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal de base poblacional.

Sujetos: La población de referencia está constituida por los pacientes mayores de 65 años que acuden al centro de salud.

Material y métodos: Se seleccionó una muestra de 372 hombres de 65 años o más.

Mediciones e intervenciones: A partir de los registros electrónicos del SAM (Sistema de Apoyo al Médico) y PDS (Plataforma de Datos de la Salud), se recogió información sobre datos diagnósticos CIAP-2 (Y07;Y85) y medicación prescrita para la HBP, que se codificó mediante el sistema ATC (7 dígitos).

Análisis: El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 21 con empleo de la estadística descriptiva con recurso al test de ji al cuadrado.

RESULTADOS

El 26,9% de la muestra tenía registrados el Y85-HBP (CIAP-2). El fármaco con más frecuencia prescrito es la finasterida en monoterapia en 7,8%. No se ha descrito una asociación estadísticamente significativa por los registros entre la HBP y la disfunción eréctil (2%). OR = 0,195, IC 95%.

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran la necesidad de incrementar las intervenciones para mejorar la calidad del tratamiento farmacológico de la HBP en Atención Primaria. La disfunción eréctil está subdiagnosticada. Es preciso cuestionar activamente esta enfermedad, dado que existen diversas herramientas que incrementan la calidad de vida de los pacientes.

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

González de Muñoz VA, Calles Monar PS, Padilla Segura MR
CS Jardiniillos. UD de MFyC de Palencia
tutis114@yahoo.com

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico del paciente con insuficiencia cardíaca atendido en un centro de salud.

DISEÑO

Ámbito de estudio: Centro de salud urbano. Pacientes atendidos hasta diciembre de 2012.

Sujetos: Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de insuficiencia cardíaca.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Los datos clínicos se obtuvieron del sistema informático MEDORA. Se incluyó una muestra de 124 pacientes con insuficiencia cardíaca. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, etiología, comorbilidades, tratamiento farmacológico y factores desencadenantes de descompensación de insuficiencia cardíaca.

Mediciones e intervenciones: Prevalencia, mortalidad, frecuencia absoluta, porcentajes, mediana, desviación típica.

Análisis: El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

RESULTADOS

La prevalencia de insuficiencia cardíaca es del 7,52% y la mortalidad, del 3,6 por mil habitantes. La edad tiene una distribución asimétrica, con una media de 83,5 años. El porcentaje de mujeres es del 59%. Las tres principales etiologías son: hipertensión arterial 43,5%; arritmias 22,6%; cardiopatía isquémica 16,9%. Comorbilidades: dislipemia 32,3%; diabetes mell-

tus tipo 2 29,8%; arritmias y EPOC/asma 25,8%. Tratamiento: no reciben tratamiento, 30,6%; reciben tratamiento para el control de la insuficiencia cardíaca clase I según la New York Heart Association (NYHA), 30,6%, y para una clase II NYHA, 24,2%. Desencadenantes de descompensación: arritmias 41,9%; anemia 12,9%; 35,5% sin evidencia de desencadenantes.

CONCLUSIONES

El perfil clínico es un paciente de edad avanzada, predominantemente de sexo femenino, con hipertensión arterial como la etiología más usual de insuficiencia cardíaca, y con las principales comorbilidades: dislipemia y diabetes mellitus, que aumentan el riesgo cardiovascular y las arritmias, como el factor más frecuente de descompensación del estado basal.

PERFIL Y CONDUCTAS DE RIESGO DE NIÑAS INGRESADAS EN UN CENTRO DE MENORES

Allely Ramírez MJ, Salva Ortiz N, Marcelo Martínez AM, García Godino F, Cairón Villanueva T, Segura S
CS Pinillo Chico. Puerto de Santa María
mjallely@hotmail.com

OBJETIVOS

Identificar prácticas de riesgo y factores asociados a dichas prácticas.

DISEÑO

Tipo y ámbito de estudio: Entorno y salud.

Sujetos: Niñas del centro de menores.

Material y métodos: Diseño descriptivo transversal. Muestra: 50 niñas ingresadas en el centro en octubre de 2013.

Mediciones e intervenciones: Variables: edad. Consumo: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, heroína, otros. Gestaciones, interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Comorbilidades. Uso de anticonceptivos hormonales orales (ACHO).

Análisis: Recogida de datos: historias de salud del centro y datos analizados mediante IPSS versión 15.

RESULTADOS

Perfil: chicas con una media de edad de 16,3 años \pm 1,099, con un mínimo de 14 años y un máximo de 19 años. El 80% de ellas fuma; el 24% consume cocaína; el 2%, heroína; el 60%, cannabis; el 34%, alcohol; el 22%, éxtasis, y el 4%, otros tóxicos. El 28% tiene hijos. El 24% ha abortado en alguna ocasión, el 12%, mediante IVE. Morbilidades: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA) 8%; TDHA y trastorno disocial 12%; trastorno adaptativo 4%; trastorno adaptativo y trastorno disocial 2%; anorexia-bulimia 2%; ansiedad 4%. El 4% presenta condilomas y el 2% tiene hepatitis B. El 18% toma ACHO. No existen diferencias significativas en las conductas de riesgo con la edad y la comorbilidad asociada, excepto para la cocaína. Las fumadoras tienen asociado el consumo de otros tóxicos, sobre todo cannabis y cocaína.

CONCLUSIONES

Las chicas ingresadas en centros de menores siguen conductas de riesgo abordables. Sería necesario implementar programas educativos orientados a mejorar su salud.

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN URGENCIAS?

Acosta Roza MA, Requeno Jarabo MN, Trávez Valiente M, Ruiz Ferrández E, Ruiz Ruiz FJ, Bastaros Bretos M
CS Oliver-HCU Lozano Blesa. Zaragoza
drmayraacosta@yahoo.com

OBJETIVOS

Describir el tratamiento farmacológico durante el ingreso y alta de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) tratados en la Sala de Observación de Urgencias (SOU) entre enero y agosto de 2012, según la Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca en 2012.

DISEÑO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo-retrospectivo.

Sujetos: Pacientes con diagnóstico de IC que ingresaron en la SOU del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de Zaragoza, entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2012 (ocho meses).

Material y métodos: Fuentes de los datos: historia clínica sistematizada de Urgencias e informes de alta hospitalaria. Datos recogidos en una ficha codificada predeterminada.

Mediciones e intervenciones: Programas utilizados: Excel y SPSS versión 10.0.

Análisis: Durante los ocho meses ingresaron 88 pacientes con diagnóstico de IC. La edad media fue de $81,3 \pm 7,7$ años. El 42% eran varones y el 58% mujeres. El tiempo medio de estancia fue de $19,9 \pm 9,67$ horas.

RESULTADOS

Durante su estancia, el 56% de los pacientes requirieron tratamiento deplectivo con furosemida. El 80% se trataron con dosis-bolo entre 60-80 mg/d y solo el 9% con dosis superiores a 100 mg/d. Al ingreso, el 24% tomaba IECA; el 44,3%, betabloqueadores; el 26,1%, ARA-II; el 11,4%, antialdosterónicos; el 20,5%, digoxina, y el 1,1%, ivabradina. Prescripciones al alta: 22,7%, IECA; 39,8%, betabloqueadores; 21,6%, ARA-II; 20,5%, antialdosterónicos; 27%, digoxina, y 0%, ivabradina.

CONCLUSIONES

En nuestra SOU, se da un aumento de prescripciones al alta de antialdosterónicos, lo que responde a uno de los aspectos farmacológicos más relevantes de la nueva versión de la guía, como es la mejora en la evidencia IA en pacientes con IC, FEVI \leq 35% y síntomas.

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN MEDICINA DE FAMILIA

Otero Martínez M, Álvarez Fernanz C, Lozano Guede L, Vázquez Boan D, Rodríguez Fernández C, Diéguez Diéguez R
Centro Hospitalario Universitario de Ourense
marguisotero@hotmail.com

OBJETIVOS

Comprobar la satisfacción obtenida por los pacientes incluidos en un programa de cirugía menor llevado a cabo por médicos de familia en un centro de salud (CS).

DISEÑO

Estudio realizado en un CS urbano (13.757 habitantes y 14 facultativos). Fueron incluidos todos los casos intervenidos entre

2011 y 2012. Se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con el procedimiento quirúrgico (IQ), así como una encuesta donde, entre otras cuestiones, se interrogaba al paciente sobre su elección si tuviera que repetir el procedimiento.

Resultados: Se analizaron 224 casos, de los que el 56,7% eran mujeres, con una media de edad de 57,2 (DE 18,5) años y con residencia en el medio urbano en el 76,3% de los casos. El principal motivo de IQ fue el dolor (45,1%), seguido del estético (38,4%). El tiempo medio de espera fue de 7 días hasta la IQ. Los principales diagnósticos anatomopatológicos fueron quiste epidérmico (29%), nevus (12,1%) y queratosis seborreica (11,2%). El 92,5% de los pacientes afirmó que elegiría nuevamente el CS si tuviera la necesidad de repetir el procedimiento.

CONCLUSIONES

Se constata una elevada fidelización, que puede interpretarse como una medida de la satisfacción por parte de los pacientes respecto al programa de cirugía menor.

TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN UN CENTRO DE SALUD

De la Casa Ponce M, Galobart Morilla P, Sampedro Abascal C, Perea Rodríguez M, Barrios Rodríguez L, Gómez del Estal L
CS Alcosa. Sevilla
marinadelacasa@hotmail.es

OBJETIVOS

Comprobar la adecuación del tratamiento según los acuerdos de gestión de la unidad y las guías de práctica clínica.

DISEÑO

Tipo de estudio: Evaluación retrospectiva en pacientes de un centro de salud en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales (ACO).

Sujetos: Pacientes anticoagulados del centro de salud: 360; de estos, 17 están en tratamiento con nuevos ACO (4,7%), que son los que entran en el estudio.

Material y métodos: Se contacta telefónicamente con los pacientes en tratamiento con nuevos ACO durante el mes de abril 2013 para pedir su consentimiento y comprobar la adherencia terapéutica. A través de acceso a las historias de salud se comprueban los criterios del estudio.

Mediciones e intervenciones: Edad, facultativo prescriptor, tratamiento previo con otros ACO, indicación, fármaco, dosis, CHADS2, precauciones y contraindicaciones.

Análisis: Estudio descriptivo de pacientes en tratamiento con nuevos ACO en un centro de salud urbano.

RESULTADOS

Edad: 29,4% igual o superior a 75 años; 70,6% menor. Facultativo: 52,9% cardiólogo; 35,3% internista; 5,9% traumatólogo; 5,9% neurólogo. Tratamiento previo con otros ACO: 70,6% sí; 29,4% no. Indicación: 76,5% fibrilación auricular no valvular; 5,9% cirugía protésica; 17,6% trombosis. Fármaco: 58,9% dabigatrán; 41,2% rivaroxabán. CHADS2: 52,9% mayor o igual a dos; 47,1% menor de dos. Dosis según protocolo: 64,7%

adecuadas; 35,3% no adecuadas. Precauciones: cálculo de aclaramiento de creatinina no reflejado en la historia clínica ni comprobación del cumplimiento terapéutico. Contraindicaciones: 100% no.

CONCLUSIONES

En pacientes en tratamiento con nuevos ACO sin justificación aparente y a dosis infraterapéuticas según las guías clínicas, hay que mejorar su seguimiento, seguridad y adherencia terapéutica desde Atención Primaria.

VALIDACIÓN DEL MODELO PREDICTIVO DE DISPEPSIA ORGÁNICA DE BARENYS Y COLABORADORES

Aparicio Cao O, Goza Alfonso LG, García García EM, Tejedor M
UD Zona IV Fuerteventura. Las Palmas
olsapacao@gmail.com

OBJETIVOS

Validar el modelo de Barenys (2003). Ofrecer una herramienta de diagnóstico clínico científicamente probada que optimice la demanda de endoscopias digestivas altas (EDA).

DISEÑO

El modelo muestra un valor discriminativo para el diagnóstico de dispepsia orgánica (75%) superior a la presunción clínica (69%) e incluso al test de *H. pylori* (61%).

Sujetos: Pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 85 años con dispepsia (Collins, 1988). Criterios de exclusión: pacientes que consulten exclusivamente por pirosis; pacientes que no cumplan los criterios de inclusión; pacientes que consulten con clínica de alarma.

Material y métodos: Grupo A: pacientes captados de forma prospectiva en las consultas de Atención Primaria (AP) de los médicos colaboradores durante un período de once meses. Grupo B (control): pacientes remitidos a la consulta de digestivo para EDA de forma habitual por los médicos de AP. Inicialmente, los médicos de AP del grupo A y el gastroenterólogo que reciban a los pacientes realizarán una visita clínica que incluirá la aplicación del modelo y se practicará la endoscopia con test de ureasa. A los pacientes del grupo B solo se les realizará la endoscopia con test de ureasa. Los pacientes se clasificarán en EDA positiva/negativa; infectados/no infectados.

Mediciones e intervenciones: Modelo clínico EDA, test de ureasa.

Análisis: Curvas ROC para determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba t de Student.

RESULTADOS

Las causas orgánicas de dispepsia y de *H. pylori* positivo se concentran a partir de los puntos de corte 6 y 7, respectivamente. Sensibilidad: corte 6, 81% y corte 7, 62%. Especificidad: 18% y 43%. VPP (valor predictivo positivo): 50% y 43%. VPN (valor predictivo negativo): 50% y 53%.

CONCLUSIONES

Implementar la aplicación del modelo en AP.

CASOS CLÍNICOS

A PROPÓSITO DE UN CASO: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Ríos Cabrera MR, Bartolomé Resano R, Girón Estrada V
CS Rochapea. Pamplona (Navarra)
rociorioscabrera@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 77 años que acude a Urgencias por dolor súbito de más de 6 horas de evolución en la zona lumbar derecha, que irradia hacia el flanco derecho y los testículos. Refiere dolor de tipo cólico y náuseas asociadas.

Antecedentes personales: HTA y HLP en tratamiento.

Exploración física: PA: 116/87 mmHg; FC: 68 lpm. El paciente permanece afebril, pero su estado general es regular, pues está afectado por el dolor, inquieto. ACP normal. Abdomen blando, depresible, ruidos presentes, dolor a la palpación en flanco derecho. Signos de Murphy y Blumberg negativos. Sin signos de irritación peritoneal. Sin soplo abdominal; tampoco se palpan masas ni hernias. Espalda: PPR derecha positiva dudosa. Sin dolor a la palpación de apófisis espinosas. Pulsos periféricos palpables. El resto es normal.

Pruebas complementarias: Análisis de sangre: 13.600 leucocitos con desviación izquierda. Análisis de orina: sangre 0,06 mg/dl, resto normal. Rx de abdomen: imagen redondeada calcificada en la región de aorta abdominal.

DESARROLLO

Ante la sospecha de cólico renal derecho, se administra analgesia endovenosa (paracetamol, ketorolaco, meperidina), sin que el paciente experimente mejoría. Ante la sintomatología persistente, sus factores de riesgo (edad \geq 60 años; antecedentes de HTA e HLP) y la imagen de la placa, se sospecha aneurisma de aorta abdominal, por lo que se solicita urgentemente la ecografía abdominal, que confirma el diagnóstico, mientras que la angio-TC abdominal evidencia rotura del mismo con hematoma retroperitoneal.

CONCLUSIONES

Debido a que el aneurisma de aorta abdominal es una entidad con diversas formas de presentación clínica es necesario mantener un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico rápido y exacto. El cólico renal es una patología frecuente en Urgencias, a diferencia de la patología aórtica aguda; sin embargo, siempre hay que plantearla como un diagnóstico diferencial

A PROPÓSITO DE UN CASO: DIVERTÍCULO DE ZENKER

Fernández García MJ, De León Gallo RM, De la Cruz Patricio M
ABS-IV Riu Nord y Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
enea833@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: Mujer de 79 años, sin antecedentes médicos cono-

cidos, no fumadora. Acude a la consulta por presentar tos seca y escozor faríngeo de larga evolución.

Antecedentes personales: HTA, hipotiroidismo en tratamiento farmacológico y dislipemia que controla mediante dieta

Exploración física: Faringe hiperémica. Se le pauta AINE y se le deriva a Otorrinolaringología. En la laringoscopia se detecta miocosis faríngea. Se le prescribe Mycostatin® y fluconazol oral. Pasados 3 meses, los síntomas persisten junto a disfagia a sólidos y pirosis nocturna ocasional. Se deriva a la paciente a Digestivo donde se realiza una fibrogastroscoopia que muestra hernia de hiato de mediano tamaño. Al mes, la paciente vuelve a consultar en el ambulatorio y en el hospital por la misma clínica, y se decide que ingrese en el hospital para completar estudio. Tránsito: estenosis 1/3 medio que no impide el paso de contraste. TC cuello-tórax: divertículo mucoso con nivel hidroaéreo dependiente de la pared posterior del esófago a nivel de opérculo posterior. A los cinco meses, se le practica una marsupialización del divertículo de Zenker por vía endoscópica. Se valora una nueva reintervención por recidiva a los seis meses.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Estenosis congénita o adquirida, síndrome de Plummer-Vinson, carcinoma esofágico, miastenia grave, carcinomatosis, lipomas...

Juicio clínico: Divertículo en la pared posterior de la hipofaringe por encima del esfínter esofágico superior. Se trata de una entidad que se desarrolla en personas adultas mayores de 50 años, con una prevalencia del 0,01-0,11%. Como clínica, destaca disgeusia, disfagia, regurgitaciones, tos y disnea, etc.

CONCLUSIONES

Se debe prestar especial atención a toda sintomatología persistente y realizar las pruebas complementarias necesarias hasta llegar a un diagnóstico concluyente.

A PROPÓSITO DE UN CASO: EPILEPSIA DEL BAÑO

Andreu Huertas N, Batalla Masana L, Alavedra Celada C, Laplaza Miras T,
Sánchez Fraga Á, Medina Del Rosario M
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
noe_andreu@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La epilepsia del baño es un tipo de epilepsia refleja, más frecuente en varones, que requiere un estímulo complejo táctil y térmico. Su fisiopatología es desconocida, al igual que su prevalencia e incidencia. Puede ser autoinducida, benigna y autolimitada. La exploración neurológica y el electroencefalograma son habitualmente normales y su diagnóstico es clínico.

Motivo de consulta: Varón de 43 años que acude a la consulta por episodio de pérdida de conciencia mientras se duchaba.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Varios episodios de pérdida de conciencia mientras se ducha, estando solo en el domicilio. No presentó pródromos ni aura. Su recuperación fue íntegra, sin período poscrítico ni relajación de esfínteres, aunque sí con amnesia acerca de lo sucedido.

Exploración física: Por aparatos y sistemas, incluido el neurológico, sin alteraciones.

Pruebas complementarias: ECG, analítica, Rx de tórax, TC cra-

neal, Holter, ergometría y ecocardiograma: normales. RM con pequeña lesión necroglíótica temporo-basal derecha y electroencefalograma anormal con presencia de ondas a nivel del temporo izquierdo de moderada especificidad epiléptica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Síncope, epilepsia, tóxicos, síndrome conversivo.

Juicio clínico: El paciente es valorado en las unidades de Neurología y Cardiología, que realizan el estudio y descartan que la causa sea cardiológica y, por el contrario, la orientan como epilepsia del baño, por lo que se inicia tratamiento con levetiracetam. El paciente experimenta una buena evolución hasta que abandona el tratamiento y reaparece la clínica. Cuando se instaura de nuevo el tratamiento, la clínica remite.

CONCLUSIONES

Las epilepsias reflejas constituyen el 5% del total de epilepsias, por lo que deben incluirse en el diagnóstico diferencial de episodios de pérdida de conciencia. El contexto clínico de este paciente y el estudio realizado permitió establecer el diagnóstico de epilepsia del baño.

A PROPÓSITO DE UNA ANALÍTICA RUTINARIA

Caballero Sánchez MM, Meseguer García P, De Mena Poveda R, Sarabia Cárcel C, Castán Lagrava MR, Caballero Cánovas JA
CS La Ñora. Murcia
marcaballero88@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La hepatitis C es una enfermedad infecciosa causada por el VHC, un virus del ARN del que se conocen seis serotipos. En Europa, el más frecuente es el 1 (70%) seguido por el 2 y 3 (25%). Por lo general, la infección es asintomática o con síntomas inespecíficos.

Motivo de consulta: Analítica habitual.

Antecedentes personales: Sin interés.

Enfermedad actual: Mujer de 47 años que, en un análisis normal en su centro de salud, presenta trombopenia leve (125.000), sin otra sintomatología. Se decide hacer un seguimiento con analíticas trimestrales, en las que se evidencia el descenso de las plaquetas. En el tercer análisis, presenta 95.000 plaquetas sin sangrados activos, con equimosis por traumatismos leves, por lo que es derivada a la consulta de Hematología para proceder a un estudio.

Exploración física: Sin equimosis ni petequias. ACP: normal. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación.

Pruebas complementarias: Hemograma: 95.000 plaquetas. Frotis de sangre periférica: normal. Serología: VEB infección pasada, VHC+, VHB-, PCR virus. VHC: 2.651.488 UI/ml, genotipo 2. Test aliento: *Helicobacter pylori* negativo. Eco abdominal: normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Deficiencia de folato y vitamina B12, síndromes mieloproliferativos, enfermedades autoinmunes, trombopenia moderada secundaria a infecciones: VIH, VHC.

Juicio clínico: Trombopenia moderada secundaria a VHC activo genotipo 2 sin afectación hepática.

CONCLUSIONES

La infección crónica por VHC puede ser asintomática en el contexto de una trombopenia aislada. Es conveniente realizar hemogramas periódicos de control en Atención Primaria ante el hallazgo de una trombopenia aislada. En el caso de que el recuento de plaquetas sea $< 100 \times 10^9/L$, es conveniente derivar al paciente a Hematología para su estudio.

A VECES SÍ QUE SON LAS CERVICALES

Pascual González R, Bordell Sánchez A, Benito Santamaría M, Atarés Vicente R, Montesinos Díaz JL, García Peláez A
CS Las Ciudades. Getafe (Madrid)
roberp11@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La cervicalgia es uno de los síndromes musculoesqueléticos más frecuentes a los que el médico de Atención Primaria se enfrenta diariamente, y en ocasiones presenta unos auténticos desafíos diagnósticos.

Motivo de consulta: Varón de 78 años, que no tiene antecedentes de interés ni sigue ningún tratamiento actualmente, acude a la consulta por dolor en el codo derecho de características mecánicas y de unos meses de evolución, sin que haya habido un desencadenante traumático. La exploración física es anodina.

DESARROLLO

El paciente comienza el tratamiento con analgesia habitual. Presenta una mejoría inicial y, luego, un empeoramiento, por el que requiere varias infiltraciones con anestésicos y corticosteroides locales. Esto alivia puntualmente la clínica, si bien el dolor reaparece más tarde y los síntomas empeoran hasta presentar una clínica de radiculopatía con afectación de los territorios C6-C7 de la extremidad superior derecha. El paciente acude a Urgencias en varias ocasiones por mal control del dolor pese al aumento del tratamiento analgésico y el uso de opioides menores. Se realiza una radiografía de columna cervical informada como compatible con cervicartrosis grave. Días después, es derivado urgentemente por cuadro de paraparesia progresiva y deterioro neurológico fulminante. Mediante RM cervical se detecta infiltración tumoral de cuerpos vertebrales C6-C7 con estenosis grave y compresión del cordón medular. Se visualiza, además, una masa cervicotorácica, que se sospecha, como primera opción, que corresponde a un carcinoma de tiroides. El paciente ingresa en el hospital para someterse a corpectomía urgente y posterior radioterapia.

CONCLUSIONES

Los tumores en la región cervical o mediastínica pueden debutar con cuadros osteomusculares que dificultan la correcta filiación del dolor. Sin embargo, debe sospecharse la presencia del tumor cuando la clínica es persistente, el empeoramiento progresivo y hay un mal control del dolor.

ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A METFORMINA

Flores Cebada E, Pérez Eslava M, Bellanco Esteban P, Machuca Albertos MJ, Fuentes Vallejo MS, Mazón Ouviaña EA
UGC La Laguna. Cádiz
elvira_fc86@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 67 años que consulta por disnea.

Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica, trastorno depresivo mayor y trastorno cognitivo con vida limitada en cama. Sigue un tratamiento con omeprazol, enalapril, insulina lantus, metformina, mirtazapina, alprazolam, ácido acetilsalicílico e ivabradina.

Enfermedad actual: La paciente presenta disnea progresiva hasta hacerse de reposo, con náuseas y dos vómitos de alimentos, sin dolor abdominal, fiebre u otra clínica asociada.

Exploración física: Dificultad respiratoria con tiraje abdominal importante. FC: 140 lpm. PA y SatO₂ normales. AC: normal. AP: MVC y mínimos crepitantes bibasales. El resto es anodino.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 140 lpm y HBAI; Rx de tórax, normal. En la analítica destaca: leucocitosis con neutrofilia; hiperglucemia (256); deterioro de la función renal con creatinina 7,5; urea 96; potasio 7,26; lactato 24; INR 1,5; actividad de protrombina 55%; TPTA 26 s; dímero D 3,72. En la gasometría venosa se objetiva acidosis metabólica: pH 6,89; pCO₂ 18; pO₂ 71; HCO₃ 3,3.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar, cetoacidosis diabética, acidosis láctica medicamentosa, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, neumonía.

Juicio clínico: Acidosis metabólica asociada a metformina.

CONCLUSIONES

La acidosis láctica asociada a metformina es una complicación poco frecuente (1-9/100.000 tratados/año) con alta mortalidad (30-50%), por lo que es necesario instaurar un tratamiento temprano con soporte hemodinámico, respiratorio, corrección hidroelectrolítica, control metabólico y hemodiálisis para asegurar la supervivencia. La paciente fue hemodializada de Urgencias, y posteriormente se mantuvo eúneica con estabilidad hemodinámica y con corrección del desequilibrio ácido-base.

ADIÓS, MIGRAÑA. ADIÓS, VISTA

López Muñoz N, Folgado Pérez C, Melero Serrano JL, Muñoz Flores M, Serrano Flores I, Sousa Rodríguez MJ
CS Los Pintores. Parla (Madrid)
Inerea19@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: El topiramato es un antiepiléptico que se emplea para la prevención de la migraña y que puede pautarse en Atención Primaria.

Motivo de consulta: Visión borrosa de inicio brusco.

Antecedentes personales: DM tipo 2, hipotiroidismo, migraña crónica. En tratamiento actual con metformina, Levothroid® y topiramato.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Mujer de 31 años que refiere visión borrosa de unos 3-4 días de evolución, que va en aumento, pero no menciona escotoma central. Se acompaña de cefalea hemicraneal derecha pulsátil, sin otra focalidad neurológica. Hace una

semana comenzó un tratamiento con topiramato 25 mg, a pesar de que se le había pautado varios meses atrás.

Exploración física: PA: 140/92 mmHg. BMTs 115 mg/dl. La exploración neurológica es normal. Se deriva a la paciente a Urgencias.

Pruebas complementarias: TC craneal sin hallazgos significativos. La paciente es valorada por el oftalmólogo, quien observa en el fondo de ojo maculopatía y en AV, miopización aguda.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Hiperglucemia brusca; patología del sistema nervioso central; consumo de fármacos; defecto refracción.

Evolución: Se suspende la prescripción de topiramato y, una semana después, la paciente presenta ausencia de clínica y mejoría de la agudeza visual, según valoración del oftalmólogo.

Juicio clínico: Maculopatía y miopización por topiramato.

CONCLUSIONES

Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial descartando los efectos secundarios de los fármacos que toma el paciente. El topiramato puede provocar la aparición de trastornos oculares de forma excepcional, pero que deben tenerse en cuenta.

ALTERACIONES DEL POTASIO Y SU REPERCUSIÓN EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Mancebo Somoza N, Fernández Garrido T, Prieto Cabezas V, Alonso Arizcun B, De Nicolás Navas MB, Díaz Sánchez S
CS Pintores. Parla (Madrid)
noemancebo@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Varón de 63 años con HTA de larga evolución y de control irregular que está en tratamiento con lercanidipino y olmesartán. Tiene insuficiencia renal crónica con creatinina en torno 1,3-1,5, así como hipopotasemia, con cifras entre 3-3.5.

Motivo de consulta: Acude a la consulta para una revisión. En la analítica se evidencian niveles de potasio de 2,5 mEq/L, por lo que se instaura tratamiento con potasio y el paciente es derivado a Nefrología.

Exploración física: AP: MVC. AC: rítmica y sin soplos. Exploración neurológica sin alteraciones. Ecografía renal: quistes renales en riñón izquierdo.

DESARROLLO

En analítica se objetiva una hipopotasemia de 3,1. ECG: ritmo sinusal a 66 lpm, QTc 0,45-0,5, con extrasístoles ventriculares. Se añade nebivolol para disminuir la frecuencia cardíaca y reducir el riesgo de que puedan darse extrasístoles ventriculares durante la fase de repolarización ventricular, lo que podría causar una arritmia grave.

CONCLUSIONES

Las alteraciones hidroelectrolíticas son un problema frecuente. La mayoría de las veces no producen síntomas. Los indicios más frecuentes son musculares o alteraciones cardíacas relacionadas con el retraso en la repolarización (alargamiento del QT), que pueden llegar a causar arritmias malignas, como *torsade de pointes*, o taquicardia ventricular. Debemos realizar un ECG a

todo paciente en el que encontremos una hipopotasemia destacable. Las causas de hipopotasemia son variables, pues pueden estar relacionadas con pérdidas digestivas (vómitos, diarreas), renales (acidosis tubulares, diuréticos) o algunas patologías.

ARTRALGIAS EN PACIENTE CON HEMOCROMATOSIS

Junco Fernández A, Machuca Gómez L, Alberdi Martín L, Álvarez Lamolda B, Basualdo Irigoyen C, Tavi Mvogo JM
CS Motril-Centro. Motril (Granada)
antoniojunfer@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 62 años que refiere artralgiyas, especialmente en la rodilla derecha, pero también en las muñecas. No ha sufrido ningún traumatismo previo y no tiene fiebre.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida.

Exploración física: Leve edematización de la rodilla derecha, que no presenta enrojecimiento ni aumento de la temperatura; movilidad conservada. Se pauta un tratamiento con ibuprofeno y la sintomatología cede parcialmente. Sin embargo, transcurridas tres semanas, la paciente acude a Urgencias por un dolor intenso en ambas rodillas y también en las manos. Vuelve a la consulta para someterse a un control.

Pruebas complementarias: Análisis: Hb 14,9; plaquetas 283.000; ferritina 986 µg/l; hierro 112 µg/dl; transferrina 288; IST 28,7; hormonas tiroideas normales; factor reumatoide negativo. GGT 44; GOT 52; GPT 90; colesterol 220; cLDL 153. Pruebas radiológicas: tórax, sin hallazgos; rodillas: gonartrosis grado II; manos: signos degenerativos en las articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos.

Se deriva a la paciente a Hematología Biología molecular: mutación H63D positiva con carácter heterocigoto. Se realizan sangrías cada tres meses con control analítico. Bajan niveles de: ferritina 42,4; transferrina 262; IST 24,7; hierro 81. Mejora clínica de artralgiyas con la toma de AINE.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Artrosis, artropatía por pirofosfatos idiopática, artritis reumatoide, poliartritis gotosa, enfermedad metabólica...

Juicio clínico: Hemocromatosis.

CONCLUSIONES

La artritis se produce hasta en un 50% de los pacientes con hemocromatosis (que puede ser la primera manifestación de la enfermedad) en muñecas, metacarpofalángicas, rodillas o caderas. En Atención Primaria, un paciente con clínica de artralgiyas recidivante nos puede hacer sospechar hemocromatosis, por lo que será necesario realizar un análisis bioquímico para comprobar los niveles de ferritina y de saturación de transferrina. Para confirmar esta enfermedad es necesario contar con un diagnóstico genético.

ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO DOMICILIARIO

Peláez Rodríguez E
CS Ortuella. Vizcaya
esti_p_r@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: Abordaje biopsicosocial de un paciente crónico domiciliario.

Motivo de consulta: Mujer de 88 años que avisa por disnea.

Antecedentes personales: Vive sola. HTA sin tratamiento, depresión prolongada sin tratamiento. Artrosis con problemas de movilidad.

Enfermedad actual: Desde hace 4 días, refiere disnea a mínimos esfuerzos, con edemas en EEII y caída en domicilio (por tropezar con la alfombra).

Exploración física: PA: 180/100 mmHg; FC: 80 lpm; SatO₂: 95%. Crepitantes pulmonares bibasales húmedos y edemas maleolares con fovea. Gran dificultad para levantarse del sillón y deambular, incluso con muleta.

Pruebas complementarias: Índice de Barthel/Lawton-Brody.

DESARROLLO

Nos encontramos con una paciente anciana, con poca patología de base, que consulta por un síntoma cardinal: disnea, pero que además tiene dificultades basales que no expresa (movilidad reducida). Como profesionales sanitarios, se deben poner los medios necesarios para que remita la sintomatología y no olvidar que puede requerir un abordaje multidisciplinar: personal médico, de enfermería y quizá también servicios sociales.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca; disnea de origen respiratorio; tromboembolismo pulmonar.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca; problema de movilidad.

CONCLUSIONES

La limitación del tiempo hace que nos centremos en la enfermedad y que dejemos de lado el enfoque global de la paciente: la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida; trastornos de la marcha; riesgo de caídas; función cognitiva y afectiva; relaciones sociales; fuentes de apoyo social y familiar; condiciones de la vivienda; acceso a servicios sociales... Es fundamental y una prioridad en el ámbito de la Atención Primaria establecer un abordaje global en nuestros «crónicos domiciliarios».

BUSCANDO LA GARRAPATA

Valentina Mares C, Bona Otal M, Bravo Andrés R, Callejas Gil I, Bernal Pérez B, Gutiérrez Sánchez M
CS La Jota. Zaragoza
cami.mares@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer, de 53 años, acude a la consulta por clínica de una semana de evolución de fiebre de más de 39 °C junto con cefalea y náuseas. El día de la consulta le sale un exantema maculopapular pruriginoso en EEII que se extiende hacia el tronco, las EESS y cara, así como palmas y plantas. No tiene conjuntivitis, tos o expectoración. No se conocen otros casos parecidos en el entorno. No ha estado en contacto con niños. Refiere la picadura de insecto, no de una garrapata, hace aproximadamente una semana.

Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con amlopirdino y lisinopril/HCT.

Exploración física: Consciente y orientada. Paciente con sobrepeso y con afectación del estado general. Exantema maculopapular en extremidades, que afecta a palmas y plantas, abdomen y tórax. AC y AP: normales. Abdomen anodino. Glasgow 15. Fuerza muscular 5/5. Reflejos: RCP flexor bilateral. Marcha normal. Signos meníngeos negativos. Rx de tórax: sin hallazgos. TC cerebral: variante anatómica del *septum pellucidum* con presencia de *cavum septi pellucidi*, sin otros hallazgos. Ecografía abdominal: hígado de dimensiones y morfología normal, con leve aumento parcheado de la ecorrefringencia sugestivo de esteatosis parcheada (control a las seis semanas, normal). LCR compatible con meningitis vírica. Análítica sanguínea: leucocitos 10.700 (E 11%); Hb 11,1 g/dl; hematocrito 31,7%; VSG 93 mm/1.^a hora; PCR 19 mg/dl; AST/GOT 190UI/l; ALT/GPT 232 UI/l; GGT 611 UI/l; FA 368 UI/l. Coagulación normal. Hemocultivos negativos. Parvovirus, rubéola, sarampión negativos en frotis faríngeo y orina. Serologías rubéola IgG positiva, IgM negativa, Iúes negativo, VIH negativo, CMV IgM negativo, VEB IgM negativo, VHB negativo, VHC negativo, *Borrelia* IgM positiva confirmada.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Rubéola, sarampión, Iúes, VIH, enfermedad de Lyme, hepatitis vírica, eritema marginado.

Juicio clínico: Enfermedad de Lyme.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Lyme se sospecha en las áreas endémicas cuando hay una clínica compatible. Pero en nuestro medio, dada la rareza de la enfermedad y la variabilidad clínica, se tiene en cuenta pocas veces. El tratamiento antibiótico específico evita las complicaciones.

CASO CLÍNICO DE HEPATITIS TÓXICA

Machuca Gómez L, Mateos Montes C, Junco Fernández A, Tabi Mogo JM, Álvarez Lamolda B, Quintero Palomino J
Hospital General Básico Santa Ana. Motril (Granada)
leo_medica11@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias hospitalarias/Medicina Interna.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente de 21 años que ingresa por un cuadro de malestar general, fiebre, astenia, prurito, coluria, ictericia y acolia de 5 semanas de evolución. Las dos posibles causas relacionadas con el cuadro son: el tatuaje del hombro derecho que 5 semanas antes le había producido molestias locales y lesiones vesiculosas pruriginosas, por lo que se había tratado con pomada antibiótica; la toma de proteínas de forma regular como suplemento oral (realiza ejercicio anaeróbico en el gimnasio desde hace 7 años) y de cinco dosis de clenbuterol y testosterona por vía iv 2 meses antes. Durante este tiempo ha perdido 12 kg por menos ingesta calórica.

Antecedentes personales: Sin interés. No sigue ningún tratamiento habitual.

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado, eupneico. Lesiones vesiculopapulosas generalizadas, excepto en palmas y plantas. Ictericia mucocutánea. Afebril. ACP: tonos rítmicos, sin soplos; MVC. Abdomen: depresible, doloroso en HD sin peritonismo. Se palpa hepatomegalia de dos traveses de dedo. Ausencia de edemas en EEII.

Pruebas complementarias: Análítica al ingreso: hemograma normal. Bioquímica: destaca BT 9,3; BD 7,44; GPT 119; CPK 319. Sedimento: indicios de leucocitosis; bilirrubina 3; urobilinógeno 8. Análítica al alta: hemograma normal. Bioquímica: BT 17; BD 14; GOT 44; GPT 49; GGT 22; FA 280; albúmina 4,9; CPK 239. Estudio de autoanticuerpos y serología negativos. Ecografía abdominal normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Hepatitis por virus hepatotropos, enfermedad autoinmune, hepatitis aguda tóxica.

Juicio clínico: Hepatitis aguda tóxica con buena función hepática.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de hepatitis tóxica se basa en la demostración de que no hay otra causa específica.

CEFALEA EN EL ADOLESCENTE

Bona Ota M, Callejas Gil I, Bravo Andrés R, Rodríguez Mañas J, Valentina Mares C, Bernal Pérez B
CS Amparo Poch. Zaragoza
marta_bona@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 14 años que acude a la consulta por cefalea de localización frontal, de carácter opresivo, de 4 días de duración y de intensidad variable. No hace que se despierte por la noche, pero el dolor se mantiene a lo largo del día y mejora parcialmente con ibuprofeno. No empeora con el ejercicio físico. Como sintomatología acompañante, el paciente refiere sensación de entumecimiento y hormigueos en brazos que coinciden con la cefalea. Se encuentra afebril, con foto-fonofobia. No ha experimentado episodios similares previos.

Antecedentes familiares: migraña.

Exploración física: Consciente, orientado. Ausencia de exantemas o petequias. ACP sin alteraciones. Pupilas isocóricas normorreactivas. Campimetría por confrontación y pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad 5/5 en extremidades. ROT presentes y simétricos. Marcha sin alteraciones. No presenta temblor ni disimetrías. Meníngeos y Romberg negativos. Faringe y otoscopia sin hallazgos. Fondo de ojo: sin alteraciones. Ante la presencia de parestesias, se deriva al paciente a Urgencias para la realización de TC craneal, en la que no se objetivan hallazgos patológicos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura (parestesia), cefalea tensional, cefalea atribuible a proceso expansivo/cerebrovascular.

Juicio clínico: Migraña con aura: el aura puede manifestarse como síntomas visuales (luces/pérdida de visión) y sensitivos (hormigueo/entumecimiento) o habla disfásica, pero que siempre son reversibles.

CONCLUSIONES

La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en adolescentes. Una correcta anamnesis y una buena exploración permiten descartar signos de alarma que hagan necesaria la realización de pruebas de imagen. Los niños y los adolescentes pueden presentar todos los tipos de cefalea primaria y secundaria. La

migraña y la cefalea tensional tienen una alta prevalencia en estos grupos de edad. El fármaco de primera elección es el ibuprofeno. Puede estar indicado el tratamiento farmacológico profiláctico.

CLORHIDRORREA CONGÉNITA

Mateos Montes C, Machuca Gómez L, Álvarez Lamolda B, Tabi Mvogo JM, Quintero Palomino J, Junco Fernández A
Hospital General Básico Santa Ana. Motril (Granada)
cristinamateos1@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias y Pediatría.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Lactante de 2 meses con deshidratación, 6-7 deposiciones al día y pérdida ponderal.

Antecedentes personales: Recién nacido prematuro. Polihidramnios. Lactancia artificial.

Exploración física y pruebas complementarias: Deshidratación moderada. Ausencia de signos meníngeos. Sin foco infeccioso. Afebril. FN deprimida. Gasometría: pH 7,65; HCO₃ 43,5; pCO₂ 38; pO₂ 62. EB 19,7 Ionograma: sodio 126 mEq/l; potasio 2,8 mEq/l; cloro 77 mEq/l. Calcio 4,18 mg. Hemograma y bioquímica normales.

DESARROLLO

Se decide el ingreso en UCIP, con reposición hidroelectrolítica y rehidratación parenteral, y el lactante recupera la normalidad gasométrica. Al reemprender la alimentación enteral, se vuelve a repetir el cuadro. Esta vez se opta por añadir suplementos de Cl y Na en la dieta enteral, en forma de NaCl y ClK, con lo que se alcanzan cifras normales. El lactante presenta una ganancia ponderal durante el ingreso. Sigue el tratamiento con Ferinsol y suplementos de cloruro potásico y cloruro sódico. Se le realizan pruebas complementarias: Cultivos de orina, sangre y heces: negativos; eco-abdominal: dilatación de asas yeyunales; gasometría heces: pH 6,09, Cl 139, K 33,1, Na 104; inmunología normal; aldosterona 105 pgr; laparotomía negativa para Hirschsprung; estudio genético: positivo para clorhidrorrea congénita. FQ y celiacía negativa.

Juicio clínico: Clorhidrorrea congénita.

CONCLUSIONES

La clorhidrorrea congénita es un desorden genético de tipo HAR de muy baja incidencia y cuyo diagnóstico tardío conlleva graves consecuencias para el lactante. En esta enfermedad se da un defecto sobre la absorción de cloro en ID que desencadena diarrea crónica, hiperaldosterismo secundario y alcalosis metabólica grave. Su tratamiento se basa en aportes extra de cloruro sódico y cloruro potásico en la dieta.

COLECISTITIS GANGRENOSA ASOCIADA A HERPES ZOSTER

Castán Lagrava MR, Sarabia Cárcel C, Pinto Silva E, Estévez Monción A, Dalmasí Sicard GA, González Barberá M
CS Alcantarilla-Sangonera. Alcantarilla (Murcia)
mariacastan1988@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Urgencias y Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón de 70 años, diagnosticado en Atención Primaria de herpes zoster crural, es remitido a Urgencias para valorar el tratamiento parenteral por presentar, desde la instauración de valaciclovir oral, dolor abdomino-pélvico, febrícula, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: HTA, apendicectomía.

Exploración física: Dolor abdominal difuso, predominante en flanco derecho. Blumberg (-). Murphy (-). PPR (-). EEII: lesiones eritemato-vesiculosas desde cresta iliaca derecha hasta rodilla.

Pruebas complementarias: PCR: 32,2 mg/dl. Leucocitos 15,67 (85% neutrófilos). Perfil hepático, pancreático y sedimento urinario normales. Rx de tórax y ECG: sin alteraciones.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Dolor neuropático; reacción adversa a medicamentos por tratamiento antiviral; CRU derecho; colecistitis aguda; isquemia/obstrucción intestinal.

Evolución: Pese a la analgesia, el dolor persiste y el paciente experimenta un empeoramiento importante del estado general con PA: 77/50 mmHg. Abdomen muy doloroso, con defensa en HCD y Murphy (++). Eco-abdominal: colecistitis aguda litiásica.

Juicio clínico: Colecistitis aguda gangrenosa. Herpes zoster crural.

CONCLUSIONES

La colecistitis gangrenosa se da en un 30% de los pacientes con colecistitis aguda. Son factores de riesgo la edad superior a 50 años, el sexo masculino, leucocitosis mayor de 14.000 c/ml, FC < 90 lpm y Na < 135. La tasa de complicaciones aumenta si se retrasa la colecistectomía. En este caso, la coexistencia de dolor neuropático en el territorio de inervación del plexo lumbar, con origen en el músculo psoas-ilíaco, pudo contribuir a la demora en el diagnóstico. Como nos han enseñado, trabajamos con amplias hipótesis de diagnóstico diferencial para que lo más obvio no enmascare lo más grave.

CORIOCARCINOMA UTERINO

Prieto Cabezas V, De Nicolás Navas MB, Mancebo Somioza N, Fernández Garrido T, Ordóñez García M, Gómez Ocaña JM
CS Pintores. Parla (Madrid)
vpc_11@yahoo.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 40 años con VIH en estadio C3 con > 250 CD4 y CV < 37 copias/ml, acude a la consulta por malestar general, astenia y anorexia, y por tos con expectoración sanguinolenta de una semana de evolución.

Antecedentes personales: Antecedentes ginecológicos G7A7P0 6 IVE. Mola parcial en mayo 2008 tratada con legrado.

Exploración física: taquicardia (120 lpm), hipotensión (90/40 mmHg) taquipnea y desaturación (88%). AC: rítmico, sin soplos. AP: crepitantes bibasales.

Derivamos a la paciente a Urgencias.

DESARROLLO

En Urgencias realizan Rx de tórax, en la que se objetivan lesiones pulmonares sospechosas de malignidad (suelta de globos), y una analítica con BHCG elevada (26.7257 U/l). Se deriva a la paciente a Ginecología, donde finalmente ingresa con diagnósti-

co de coriocarcinoma uterino con metástasis pulmonares, ganglionares y óseas. Recibe tratamiento quimioterápico y, posteriormente, histerectomía y anexectomía bilateral.

CONCLUSIONES

El coriocarcinoma es un tumor con alta capacidad de angioinvasión, lo que facilita su diseminación. El 90% de las pacientes desarrollan metástasis pulmonares, estas no disminuyen la supervivencia. Las metástasis cerebrales y hepáticas la acortan hasta en un 50%. Es una enfermedad de mal pronóstico a corto plazo cuando se cumplen algunas de las siguientes condiciones: más de 4 meses de evolución, β HCG elevada (> 100 mil U/l), masa tumoral grande, metástasis cerebrales o hepáticas. En nuestra paciente llama la atención la ausencia de clínica ginecológica, así como el antecedente de mola cinco años atrás, sin posterior seguimiento. Solo existe una determinación negativa de β HCG posterior al legrado.

CORRER ESTÁ DE MODA

Del Amo Ramos S, Andrade Soto MC, Delgado Alonso L, Sanz Almazan M, Melero Broman J, Benítez S
CS Arturo Eyries. Valladolid
saradelamoramos@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente de 29 años que acude al servicio de Urgencias por dolor en los gemelos después de haber corrido media maratón. No refiere traumatismo, solo dolor y calambres. Añade un síntoma, algo que «no tendrá que ver», ya que ha cedido, y es que «ayer oriné como té».

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: No se observa inflamación, hematoma, ni alteración de la continuidad muscular ni tendinosa, pero sí dolor al palpar la musculatura gemelar. La fuerza, movilidad y sensibilidad están conservadas. No hay cordones venosos, y los pulsos distales son normales. Thompson y Homans negativas. Ante la sospecha de rhabdmiolisis se realiza tira de orina, que es positiva a hemafías. La analítica es normal, salvo por las siguientes cifras: Creatinquinasa (CPK): 12.030 U/l; potasio: 6 mEq/l; GOT: 359 U/l, y GPT: 187 U/l. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm sin alteraciones de la repolarización.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Con patología músculo-tendinosa, vascular y rotura quiste Baker.

Juicio clínico: Rhabdmiolisis secundaria a esfuerzo físico.

CONCLUSIONES

Cuando existen dolores musculares después de realizar una actividad física de intensidad variable y aparece orina oscura, debe sospecharse este síndrome. En las tiras reactivas aparecen falsos positivos para hemafías por la mioglobulinuria, que proporciona la coloración característica a la orina y que ayuda a orientar el diagnóstico, que se confirma mediante la elevación de la CPK cinco veces por encima de su valor normal. Debe instaurarse lo antes posible una perfusión intravenosa de suero fisiológico para prevenir la insuficiencia renal aguda y posibles complicaciones. Tras la sueroterapia, nuestro paciente se recuperó y en los días sucesivos experimentó una normalización analítica.

CUADRO HIPOMANIACO SECUNDARIO A TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Sánchez-Vasconcellos Martín C, Sánchez Gil A, Falcón Vega L, Ortigosa Rodríguez M
CS Cueva Torres. Las Palmas de Gran Canaria
cintiasvm@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 36 años que presenta dos cuadros depresivos posparto (1994 y 1996) y en el segundo de ellos precisa ingreso en la unidad de internamiento breve en el servicio de psiquiatría por sus ideas autolíticas. Valorada por el psiquiatra y la psicóloga, establecen el diagnóstico de depresión reactiva y neurosis histérica. Se instaura un tratamiento antidepresivo y ansiolítico, con el seguimiento de psiquiatría y psicoterapia. La paciente se mantiene estable y con ánimo distímico durante diez años aproximadamente, en los que se realizan escasos cambios en tratamiento. En 2006 la paciente presenta un cuadro de alteración del comportamiento compatible con cuadro hipomaniaco, que se mantiene durante unos años, aproximadamente, y se resuelve al retirar el tratamiento antidepresivo e instaurar un estabilizador del ánimo. Tras meses de estabilidad, se decide la retirada de estabilizador del ánimo de manera progresiva. La paciente se mantiene estable hasta el momento actual y solamente presenta su humor distímico de base, pero sin nuevos episodios depresivos ni maníacos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Cabe plantearse si el diagnóstico de esta paciente es de trastorno bipolar frente a fase hipomaniaca secundaria a tratamiento antidepresivo.

Juicio clínico: Fase hipomaniaca secundaria a tratamiento antidepresivo.

CONCLUSIONES

En la actualidad se mantiene el diagnóstico de neurosis histérica, distimia y fase hipomaniaca secundaria a antidepresivos resuelta, ya que, tras la retirada de estos y la instauración de un tratamiento con estabilizador del ánimo, la paciente mejoró de su hipomanía, con lo que se pudo llegar incluso a suspender estos últimos sin que presentara nuevos cuadros hipomaniacos. En la consulta debemos estar atentos a este tipo de pacientes para evitar diagnósticos y tratamientos erróneos, así como para saber cómo actuar ante estos casos.

«CUANDO AGACHO LA CABEZA, SE ME HINCHA LA CARA»

González Urdampilleta L, Goñi Damborenea N, Díez Ruiz AI, Recondo Goitia O, Félix de Eguía Mocoora E
CS Beraun. Rentería (Guipúzcoa)
LEIRE.GONZALEZURDAMPILLET@osakidetza.net

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 50 años que acude a la consulta por edema facial.

Antecedentes personales: Fumadora. Hipotiroidismo subclínico.

Linfoma no Hodgkin folicular (2007) tratado con esplenectomía, quimioterapia y AutoTPH (2010).

Enfermedad actual: Hace una semana sufrió un accidente de tráfico y presenta edema y sensación de congestión en hemicara y hemicuello izquierdo, lo que se acentúa al flexionar el cuello.

Exploración física: Buen estado general. Edema blando no doloroso desde hemicara hasta región supraclavicular izquierda, que aumenta al flexionar el cuello. ACP: normal. Campimetría por confrontación: hemianopsia temporal del ojo izquierdo. El resto de la exploración neurológica es normal.

Pruebas complementarias: Dímero D: 1.050. Rx cervical y torácica: sin alteraciones. TC craneal: normal. Eco-Doppler: permeabilidad de ambas venas yugulares y subclavias. Campimetría: amputación del campo visual temporal ojo izquierdo. TC torácica: obstrucción de vena cava superior e innominada en relación con trombosis, con importante circulación colateral.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Edema facial unilateral: trombosis venosa, insuficiencia venosa. Hemianopsia unilateral: lesiones pre-quirúrgicas.

Juicio clínico: Trombosis de vena cava superior e innominada y amputación del campo visual temporal del ojo izquierdo. El caso se valora en Cirugía vascular, que ante el elevado riesgo quirúrgico desestima la intervención quirúrgica. La paciente sigue un tratamiento con anticoagulantes orales, sin claras expectativas de resolución.

CONCLUSIONES

El síndrome de vena cava superior puede verse favorecido por el estado de hipercoagulabilidad del proceso oncológico subyacente y desencadenarse por el mecanismo compresivo producido por el cinturón de seguridad en el accidente de tráfico. La etiología de la hemianopsia no está confirmada, aunque parece estar relacionada con el suceso traumático.

CUANDO LA EXPLORACIÓN FÍSICA ES DIAGNÓSTICA

Forcadell Arenas T, Ripollés Vicente R, Forcadell Arenas M, Calduch Noll C, Rivera Machado R, Tena Salvador L
CAP El Temple. Tortosa (Tarragona)
t_forcadell@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: La sialolitiasis es una enfermedad de presentación esporádica que hay que tener en cuenta en los motivos de consulta otorrinolaringológicos.

Motivo de consulta: Molestia e inflamación en la zona anterolateral derecha del cuello.

Antecedentes personales: Dislipemia, en tratamiento con dieta.

Enfermedad actual: Varón de 39 años que consulta por leve molestia en la zona submandibular derecha. En la anamnesis dirigida comenta que se levantó con molestias en dicha área y que después de cenar la notó levemente hinchada.

Exploración física: Cuello: ligero aumento de volumen en la parte anterolateral del cuello, consistencia dura, móvil y levemente doloroso; ORL: sialolito sublingual.

Pruebas complementarias: Ecografía, radiografía, sialografía. En nuestro caso, al ser la exploración física diagnóstica, no se realizaron.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Sialoadenitis aguda, flebolitos, adenopatías crónicas submandibulares y neoplasias.

Juicio clínico: Sialolitiasis.

Se pautó tratamiento analgésico y medidas locales. En el nuevo control, el paciente ha experimentado una mejoría y no presenta litiasis.

CONCLUSIONES

Hacer una anamnesis y una exploración física correctas en Atención Primaria nos permite obtener un buen enfoque diagnóstico. Hay que realizar una exploración completa y estructurada sin olvidar que las glándulas salivales también existen, puesto que a veces se pasan por alto en la consulta del día a día, cuando exploramos la cabeza y el cuello.

CUANDO LOS FÁRMACOS NO SON SUFICIENTES

Guirao Salinas FÁ, Roca Noval A, Sánchez López IC, Martínez López J
CS Vistalegre-La Flota. Murcia
franciscoangelguirao@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: La esfera biopsicosocial del paciente es de suma importancia.

Motivo de consulta: Varón de 73 años pluripatológico. Se trata de un anciano frágil con un carcinoma vesical evolucionado que obliga a realizar una doble nefrostomía. Ingresa en el hospital en múltiples ocasiones (diez) por mal cuidado de las sondas. Después de tantos ingresos por la misma causa, decidimos poner en marcha un plan de actuación con un seguimiento de la esfera biopsicosocial. El contexto es el siguiente: pareja sin hijos con una buena relación afectiva. No tienen problemas económicos. La mujer, una enfermera jubilada, es la cuidadora principal y única, pero padece la enfermedad de Alzheimer en fase avanzada, lo que impide el buen cuidado de su marido. No cuenta con una red de apoyo familiar ni social.

DESARROLLO

Es preciso comprender al paciente desde un enfoque biopsicosocial. Fueron varias las medidas (negociadas con trabajadora social) propuestas a la pareja (asistente en domicilio, ingreso en residencia, enfermera para el cuidado de las heridas, teleasistencia...). La mujer rechazaba todo tipo de ayudas por creerse autosuficiente. Se plantearon ingresos hospitalarios de causa social, pero las altas posteriores no tenían en cuenta esa causa. La decisión final tras meses de negociaciones fue la incapacitación legal por parte del juzgado.

CONCLUSIONES

En este caso nos encontramos con la figura del enfermo cuidando al cuidador. Se daba un conflicto entre las necesidades de cuidados y el respeto a los sentimientos de la pareja. Aun siendo consciente de la mala condición de los cuidados, el paciente apoyaba la decisión de su mujer. Otro problema se basaba en el no reconocimiento del sistema sanitario de los ingresos hospitalarios por causa social. ¿Podríamos plantear otras soluciones antes de tener que denunciarlo a fiscalía? Como conclusión destacamos la importancia en Atención Primaria de la contextualización global del paciente y del trabajo colaborativo interprofesional.

¿CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR UN HIPERPARATIROIDISMO?

Alonso Arizcun B, Rodríguez Benito L, Martín Fernández AI, Armela Sánchez-Crespo E
CS Pintores. Parla (Madrid)
b.alonso.arizcun@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

El hiperparatiroidismo afecta al 1% de la población adulta, y hasta al 2% de la población a partir de los 55 años. Más del 80% de los casos son secundarios a un adenoma paratiroideo. El 88% cursa de manera asintomática, aunque puede presentar múltiples manifestaciones clínicas. Debemos sospecharlo en pacientes con historia de cálculos renales, nefrocalcinosis, dolores óseos, fracturas patológicas y osteoporosis.

Enfermedad actual (caso 1): Varón de 41 años con antecedentes de cólicos renoureterales de repetición que consulta por un nuevo episodio de cólico. En la analítica destacan cifras de calcio sérico de 10,7 con hipercalcemia de 45.

Enfermedad actual (caso 2): Mujer de 53 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y fibromialgia desde hace 3 años. Es valorada en Traumatología y Reumatología. Las radiografías no muestran hallazgos de interés y con la densitometría ósea se detecta osteopenia. La paciente consulta de nuevo por migrañas generalizadas, pero la exploración física es normal. En la analítica, el nivel de calcio es normal; el fósforo está disminuido.

DESARROLLO

El 90% de los casos de hipercalcemia son secundarios a hiperparatiroidismo y procesos neoplásicos malignos (PTH suprimida). Debemos descartar que esta se deba a la ingesta de fármacos como diuréticos tiazídicos y litio y estudiar las causas de hiperparatiroidismo primario o secundario (fallo renal, disminución de ingesta, malabsorción, pérdida renal de calcio, inhibición de resorción ósea). En ambos casos, se ampliaron niveles de PTH que resultaron elevados (148 y 257). Ambos pacientes fueron derivados a Endocrinología con el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo y se sometieron a paratiroidectomía selectiva.

CONCLUSIONES

El hiperparatiroidismo generalmente se diagnostica por hallazgos bioquímicos. Debemos tener en cuenta, para diagnosticar a algunos pacientes, que el hiperparatiroidismo puede cursar con formas subclínicas asintomáticas.

¡CUANTAS MÁS CONSULTAS, MÁS ALERTA!

Fernández García MJ, De León Gallo RM, De la Cruz Patricio M
ABS-IV Santa Coloma de Gramenet. Barcelona
enea833@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: Mujer de 82 años, sin antecedentes médicos conocidos.

Antecedentes personales y familiares: DM tipo 2, dislipemia, glaucoma y osteoporosis. Sigue un tratamiento farmacológico oral.

Motivo de consulta: Caídas frecuentes desde hace dos semanas que atribuye al cambio en la medicación antidiabética oral. Anteriormente había realizado múltiples visitas por intolerancia a la medicación tanto al inicio como en los cambios de esta. Tras el cambio de medicación antidiabética, persiste la debilidad en EEI y continúa cayéndose, por lo que consulta su caso en el hospital.

Exploración física: Destaca paresia facial izquierda central, hemiplejía braquio-crujal izquierda y hemihipoestesia izquierda.

Pruebas complementarias: TC craneal: se observa hipodensidad en territorio de arteria cerebral media derecha compatible con ictus isquémico. Se instaura tratamiento antiagregante.

Pasados 15 días, en el control en consultas externas de Neurología, se detecta un aumento progresivo de la debilidad de extremidades izquierdas. Exploración física: hemiplejía izquierda. TC craneal: lesión hipercaptante paraventricular derecha, compatible con glioblastoma. Se inicia tratamiento corticoideo. Dado el estado funcional de la paciente y de acuerdo con la familia, se decide no aplicar medidas agresivas y realizar un control paliativo. Al mes, la paciente fallece.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial (causas de debilidad muscular):

- Metabólicas: enfermedad de Addison, hiperparatiroidismo, tirotoxicosis...
- Neurológicas: esclerosis lateral amiotrófica, síndrome de Guillain-Barré, EM...
- Musculares: distrofia muscular de Becker o de Duchenne, dermatomiositis...
- Intoxicaciones: botulismo...
- Otras: anemia...

Juicio clínico: Glioblastoma. Constituye el 12-15% de las neoplasias intracraneales. Cada año se dan 2-3 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. El pico de incidencia se encuentra entre los 45 y los 70 años y la relación varón/mujer: 1,5:1. El tiempo medio de supervivencia desde el diagnóstico es de 3 meses.

CONCLUSIONES

No debe prestarse menos atención a un paciente porque consulte en múltiples ocasiones por problemas con la medicación. En ocasiones, los prejuicios hacen que no detectemos enfermedades.

DE LA DISNEA A LA ENFERMEDAD DE CROHN

Zurdo Muñoz E, Llordés Llordés M
CAP Terrassa Sud-Mútua de Terrassa. Barcelona
elbazurdo@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Introducción: Cuando un paciente consulta por disnea, la anemia es una etiología que se ha de valorar, pero no es frecuente que su estudio lleve al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Motivo de consulta: Disnea

Antecedentes personales: Obesidad, exfumador.

Enfermedad actual: Varón de 50 años que consulta por disnea de esfuerzo de semanas de evolución. No presenta otros síntomas.

Exploración física: Palidez mucocutánea. Taquicardia de 95 lpm. El resto es normal.

Pruebas complementarias: Analítica: anemia microcítica (hemoglobina 5,7 g/dl). El paciente es derivado a Urgencias para hacerle una transfusión. La fibrocolonoscopia es compatible con diverticulitis. La fibrogastrosocopia detecta erosiones superficiales en píloro y *Helicobacter pylori* positivo, que se erradica. Aunque se instaura un tratamiento con feroterapia oral, el paciente mantiene niveles de ferritina inferiores a 5 ng/ml, por lo que se decide completar el estudio con TC abdominal, que es normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Anemia ferropénica: escaso aporte de dieta, malabsorción, pérdidas digestivas, hemólisis, hemoglobinuria, hemosiderosis.

Juicio clínico: Ante la persistencia de la anemia, se decide la derivación del paciente a Digestología, donde se inicia feroterapia endovenosa, con lo que experimenta una mejoría clínica y analítica. Finalmente, se realiza un estudio con cápsula endoscópica que muestra úlceras de aspecto inflamatorio a nivel ileocecal. Con el diagnóstico de enfermedad de Crohn leve en íleo terminal y ciego, se inicia tratamiento con mesalazina, con el que se obtiene una buena respuesta.

CONCLUSIONES

En la consulta, es frecuente justificar la anemia ferropénica grave del paciente joven con endoscopias, pero en algunos casos es necesario realizar un estudio más completo, así como pensar en un diagnóstico diferencial más amplio que incluya patología inflamatoria o autoinmune.

DE PACIENTE «SANO» A POLIMEDICADO

Varela Mariño M, Pérez Lorenzo ML, Mini Castro MD
CS Fontiñas. Santiago de Compostela (A Coruña)
mariavilaxoan19@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 59 años, de profesión albañil. No es fumador, ni bebe alcohol. Acude a la consulta por disnea de esfuerzo. Aporta la analítica de empresa realizada hace un mes: Hb 15,3; Glu 148; creatinina 1; colesterol total 253; triglicéridos 93; resto normal. PA: 161/95 mmHg.

Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: Madre con DM.

Enfermedad actual: Disnea tras esfuerzos moderados y mareo, que ceden con el reposo, desde hace uno o dos años. Nunca ha consultado por ello al médico. No tiene dolor torácico. No presenta sudoración, náuseas ni vómitos.

Exploración física: ACP: arritmica, sin soplos. MVC. Carótidas sin soplos. Abdomen normal. Pulsos periféricos presentes. No edema. PA: 153/87 mmHg. IMC: 28,64. Perímetro abdominal: 100 cm.

Pruebas complementarias: ECG: FA a 107 lpm. No ECG previos. SatO₂ 98%. Análisis sanguíneo: Hb 14,4; HbA_{1c} 7%; glucosa 147; FGE > 60; colesterol total 235; cLDL 169; cHDL 51. TG 77; TSH 1,88. Hemograma normal. Orina sin alteraciones. Rx de tórax: sin alteraciones.

DESARROLLO

Se realiza EGG urgente que evidencia fibrilación auricular (FA). Se pauta HBPM y betabloqueador mientras se esperan los resul-

tados de la analítica, que permiten diagnosticar DM tipo 2 y dislipemia.

Juicio clínico: DM tipo 2, dislipemia, HTA, FA.

CONCLUSIONES

Varón que acude por disnea de esfuerzo a su médico. Tras la exploración física, la analítica y el ECG, se le diagnostican varias patologías en Atención Primaria. En la segunda consulta para obtención de resultados se convierte en polimedicado, aunque es difícil entender la necesidad de tener que tomar medicación. Se le explican las recomendaciones higienicodietéticas y los factores de riesgo cardiovasculares, así como las patologías que presenta. Iniciamos, por lo tanto, tratamiento con antidiabético oral, estatina, IECA, así como con HBPM y betabloqueador mientras esperamos a que en la consulta de Cardiología le hagan una prueba de esfuerzo y un ecocardiograma.

«¡DE TRIPAS... CORAZÓN!»

Muñoz Flores M, Melero Serrano JL, Folgoso Pérez C, López Muñoz N, Sousa Rodríguez MJ, Serrano Flores I
CS Los Pintores. Parla (Madrid)
miguelin1985@live.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Varón de 54 años, con antecedentes de HTA, dislipemia y úlcera duodenal, acude a la consulta de Atención Primaria tras haber ido al servicio de Urgencias hospitalarias por infección respiratoria aguda y dolor torácico atípico. En Urgencias se realizan ECG y Rx de tórax, que salen normales, y una analítica, en la que se detecta una elevación de las transaminasas (FA: 388; GPT: 277; GOT: 173; GGT: 471). Se explora al paciente en la consulta y se evidencia faringe hiperémica sin exudados. La auscultación cardiopulmonar es normal y en el abdomen se palpa hepatomegalia de 2 traveses. Repetimos la analítica con serologías y apreciamos un aumento de transaminasas; las serologías salen negativas. Por ello decidimos hacer una ecografía en Atención Primaria, en la que se aprecia esteatosis hepática. Más tarde, el paciente acude de nuevo a la consulta por presentar disnea. Se le vuelve a explorar y se realiza ECG, en el que se objetivan alteraciones significativas de la repolarización: taquicardia sinusual con onda Q en III y aVF, onda T negativa en V5-V6 y aplastada en V4.

DESARROLLO

Ante los cambios electrocardiográficos, se deriva al paciente a Urgencias para descartar pericarditis aguda. Finalmente se le diagnostica insuficiencia cardíaca izquierda con derrame pericárdico en contexto por evolución electrocardiográfica de una miopericarditis aguda y hepatitis por citolisis en contexto de miopericarditis viral.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con elevación de transaminasas, hay que hacer un diagnóstico diferencial a conciencia y no pensar solo en causas hepáticas, si no valorar también el consumo de fármacos y otras causas extrahepáticas. En nuestro caso, el paciente presenta una elevación de transaminasas en el contexto de una miopericarditis que pasó desapercibida al principio por no presentar inicialmente una clínica sugerente.

DE UNA FERROPENIA A UNA PARÁLISIS DE PLEXO BRAQUIAL

Navarro Contreras SM, Spaans Fernández N, García Vaquero S, Benítez Bartolomé S, Álvarez Hodel AE, Casado Vicente V CS Parquesol. Valladolid sandramargotnavarro@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente que consulta por una ferropenia y, ante la insistencia de su médico de familia, se realiza colonoscopia, donde se evidencia adenocarcinoma.

Antecedentes personales: HTA, fibrilación auricular, hipertrofia benigna de próstata y enfermedad de Graves-Basedow con oftalmopatía.

Enfermedad actual: En el estudio de extensión que se le realiza al paciente se detecta tumoración renal y, tras una resección segmentaria de colon y nefrectomía derecha, la tumoración renal resulta benigna (oncocitoma). En el postoperatorio se le produce una peritonitis fecaloidea e ingresa en la UCI. Tras el alta, solicita atención domiciliar por dolor intenso laterocervical y proximal de extremidad superior derecha con imposibilidad para su movilización.

Exploración física: Hipotonía con paresia en extremidad superior derecha 0/5, ptosis palpebral y enoftalmos que da falsa impresión de resolución de su oftalmopatía. Se deriva al paciente por sospecha de parálisis del plexo braquial con síndrome de Claude Bernard Horner.

Pruebas complementarias: Electromiograma: plexopatía braquial parcial supraclavicular derecha. Eco-Doppler TSA: trombosis en confluencia de vena subclavia y yugular interna y hematoma intramuscular deltoideo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Etiología traumática, síndrome del desfiladero torácico, patología vascular, tumor de Pancoast, infiltración metastásica, infecciones, enfermedades autoinmunes, síndrome de Parsonage Turner.

Juicio clínico: Trombosis de vena yugular interna-subclavia.

CONCLUSIONES

Ante una parálisis de plexo braquial, debemos pensar en causas vasculares, neoplásicas o autoinmunes. La trombosis de vena yugular es una posible complicación de las punciones de vías centrales. En este caso, ante un antecedente de canalización de vía central y adenocarcinoma, hay que descartar etiologías más probables como la yatrogénica o neoplásica. Tras múltiples intervenciones iniciadas por una ferropenia, hay que hacer hincapié en la rehabilitación motora, pero también en la psicológica y familiar.

DEBUT DIABÉTICO

Allely Ramírez MJ, Salva Ortiz N, Marcelo Martínez AM CS Piniillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz) mjallely@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Hiperglucemia y dolor en EEII.

Antecedentes personales: No se conocen reacciones adversas a medicamentos. No fumador. Representante de abonos. Fiebre Q hace un mes.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Varón de 39 años que, tras ser diagnosticado de fiebre Q, presenta alteraciones en las pruebas analíticas, dolor en EEII y problemas de erección y eyaculación. Antes del ingreso por fiebre Q presentó astenia, poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.

Exploración física: Constantes normales. Afebril. AC: tonos rítmicos. AP: MVC. EEII: pulsos conservados. Sin cambios tróficos en la piel.

Pruebas complementarias: Hemograma: normal. Bioquímica: HbA1c de 9%; glucemia 193; triglicéridos 270; cHDL 31 y cLDL 127. Ferritina: 953,5. Tasa de albúmina/creatinina: 2 mg/g. Pruebas reumáticas: negativas. Resto normal. Orina 24 h: normal. Serología: treponema, *Brucella*, *Rickettsia*, hepatitis A, B, C, CMV, VIH, Epstein-Barr: negativos; *Coxiella* IgM fase I: 1/96 y *Coxiella* IgM fase II: > 1/768. Retinografía: retinopatía diabética proliferativa leve. RM de columna lumbar: normal. EMG: polineuropatía periférica sensitiva EEII.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Dolor articular, neuropatías.

Juicio clínico: DM tipo 2, retinopatía diabética, disfunción eréctil, polineuropatía periférica sensitiva.

CONCLUSIONES

Ante la presencia en Atención Primaria de un paciente con una enfermedad crónica y manifestaciones clínicas de diferentes patologías relacionadas, es de gran importancia que su caso se enfoque desde diferentes campos específicos aunque la raíz sea una sola enfermedad.

DEJAR DE FUMAR MATA

Roca Noval A, Sánchez López IC, Guirao Salinas FÁ, Sánchez Pinilla M CS Vistalegre-La Flota. Murcia anaroca14@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: Se trata de un paciente autodestructivo con un riesgo cardiovascular elevado.

Motivo de consulta: Presíncopes por ataques de tos y aumento de disnea de 6 meses de evolución.

Antecedentes personales: Varón de 54 años y obeso. Fumador durante veinte años de más de 30 paquetes al año; lleva un mes sin fumar. EPOC y SAOS, con HTA, DM tipo 2 insulino dependiente y dislipemia con mal control metabólico. Evolución tórpidamente en últimos años por complicaciones de patología de base (neuropatía y retinopatía diabética, ERC, disfunción eréctil, infarto agudo de miocardio, neumonías de repetición). A pesar de que se le ha explicado la importancia del control metabólico y del abandono del hábito tabáquico, el paciente no cumple el pacto terapéutico, ya que lo único importante para él es mantener una vida sexual activa (autoconsumo descontrolado de sildenafil) y disfrutar de hábitos tóxicos.

Enfermedad actual: Varios episodios presincoales por maniobras vagales (golpes de tos) acompañados de disnea de mínimos esfuerzos. Se niega a acudir a Urgencias y a la realización de

pruebas complementarias. El 4 de julio de 2013 sufre un síncope en el hospital tras un ingreso por neumonía. Posteriormente presenta PCR que termina en fallecimiento del paciente.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, ACV, muerte súbita.

Juicio clínico: Fallecimiento del paciente, que no cumple el pacto terapéutico a pesar de su mal control metabólico y sus hábitos tóxicos.

CONCLUSIONES

A pesar del conocimiento de las posibles consecuencias fatales de su inadecuado estilo de vida, el paciente muestra una tendencia autodestructiva. Nos queda la duda de si se aprovecharon todas las herramientas que el médico de familia puede utilizar en este tipo de pacientes (entrevista motivacional...).

DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Izquierdo Fuentes MT, Algarate Linares E, Pineda Barrero S, González Candia JC, Pineda Barrero L, Bueno Corral JM
CAP Terrassa Sud. Barcelona
tnatura@msn.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Varón de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ni antecedentes patológicos de interés; mujer de 40 años, alérgica a la penicilina y con antecedente personal de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, pero sin antecedentes patológicos familiares. Ambos acuden al CAP por dolor abdominal, vómitos y diarreas de 8 horas de evolución, sin fiebre. Se encuentran hemodinámicamente estables, con buen estado general y normocoloreados y normohidratados. La auscultación cardiorrespiratoria es normal. En ambos se palpa abdomen blando, doloroso de forma difusa, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Timpánico. Peristaltismo aumentado. Son dados de alta orientados como gastroenteritis aguda, que no relacionan con dieta previa.

Tres días después, vuelven a la consulta. Presentan inestabilidad hemodinámica y clínica compatible con hepatitis aguda. Cuando se les interroga de nuevo, refieren la ingesta cuatro días antes de setas, que podría tratarse de *Lepiota brunneoincarnata*. Son derivados a Urgencias hospitalarias e ingresados en la UCI. Ambos presentaban fallo hepático grave secundario, sin criterios de trasplante. Se tratan con silibinina (legalon EV). El hombre sufre una insuficiencia renal que alarga su estancia hospitalaria.

DESARROLLO

La *Lepiota brunneoincarnata* es una seta autóctona cuya ingesta causa una elevada mortalidad y que prolifera en condiciones de humedad y cuando se da un retraso del frío invernal. El cuadro se incluye dentro de los síndromes de aparición tardía, junto con *Amanita phalloides*. Empieza con una clínica de gastroenteritis aguda; posteriormente, aparecen lesiones viscerales, en general hepáticas, y en la última fase, insuficiencia renal, por lo que con frecuencia estos pacientes ingresan en Cuidados Intensivos.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, hepatitis aguda, insuficiencia renal.

CONCLUSIONES

Dada la elevada mortalidad del proceso, el conocimiento de la evolución permite mejorar el pronóstico en los pacientes intoxicados por *Lepiota brunneoincarnata*.

DEL ZOSTER A LA NEUROBORRELIOSIS

Prieto Muñiz V, Milián Chacón J
CS Sotrondio. Asturias
anastasia666330@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 48 años, que trabaja en la recogida de basuras, acude a la consulta por pérdida de fuerza en extremidades superiores (EESS).

Antecedentes personales: Exfumador con bronquitis crónica, esteatosis hepática y duodenitis erosiva. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía.

Enfermedad actual: Inicialmente acude a su CAP por dolor en hipocondrio izquierdo irradiado a la espalda, lo que se interpreta como un cólico renal y como tal se trata. En la región lumbar presenta un eritema, que él achaca a una picadura. Ante la no remisión del dolor, el paciente acude a su médico de Atención Primaria, que se percata de que el dolor sigue un recorrido metamérico con cierta induración y que las lesiones se agrupan en su trayecto. Ante el mal estado general del paciente, decide remitirlo al hospital, donde le diagnostican un herpes zoster y se le pauta un tratamiento con Nervinex® y Nolotil®. A los pocos días, por incremento del dolor, se asocia a este tratamiento Tryptizol®, con el que tampoco se logra el control sintomático, por lo que el paciente acude de nuevo a la consulta, esta vez refiriendo pérdida de fuerza en ambas EESS, en las que se objetivan disociaciones termoalgésicas (ante maniobras de dermatografía, muestra piloerección en toda la extremidad). Se remite de nuevo al paciente al hospital para realizarle una punción lumbar, en la que se objetiva: 860 leucocitos/ μ l; glucosa 33 mg/dl, y proteínas 2,32 g/l. RM: mínimo realce leptomeníngeo. Serología de Lyme: no concluyente.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Realizado en consulta de Atención Primaria: síndrome de Guillain-Barré o enfermedad de Lyme. Finalmente el paciente ingresa en Medicina Interna, donde se le diagnostica una meningitis linfocitaria subaguda.

Diagnóstico definitivo: síndrome de Bannawarth, neuroborreliosis de Lyme.

CONCLUSIONES

A pesar de las serologías negativas, el paciente mostró una progresiva mejoría en los síntomas tras el tratamiento con doxiciclina.

«DESDE QUE ME HE JUBILADO ME AHOGO»

De Nicolás Navas MB, Fernández Garrido T, Prieto Cabezas V, Mancebo Somoza N, Alonso Arizcun B, Conde Bejerano C
CS Pintores. Parla (Madrid)
belendenico@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 66 años hipertenso que consulta por disnea de un mes de evolución de grandes esfuerzos acompañada de tos y de sibilancias que él mismo oye. Se le pauta antibiótico, broncodilatadores y corticoide oral, con lo que se obtiene una mejoría parcial. Se mantiene durante un mes el tratamiento con broncodilatadores y corticoide inhalado. Acude a Urgencias por empeoramiento de la disnea y síncope tusígeno. Es remitido a Neumología y Cardiología.

Exploración física: PA: 145/86 mmHg; FC: 75 lpm; SatO₂ 94%. AP: MVC con sibilancias diseminadas. AC: rítmico sin soplos.

Pruebas complementarias: Rx de tórax: sin alteraciones significativas. ECG: RS a 69 lpm sin alteraciones en la repolarización. Analítica: sin alteraciones. Ecocardiograma: estudio normal. Espirometría: patrón obstructivo.

DESARROLLO

El paciente comienza a desarrollar lesiones eritematosas descamativas en manos y edema facial. Se le pauta Dacortin® y se le remite a Alergología. Se le practican pruebas epicutáneas en parche con True Test, que resultan negativas, y para serrín de madera, que son positivas. Es diagnosticado de asma persistente moderada por exposición reciente con madera.

CONCLUSIONES

El asma de comienzo tardío está relacionada con la exposición en el trabajo. Ante su sospecha se debe realizar una anamnesis detallada de la ocupación del paciente, puesto que la exposición al factor desencadenante es fundamental en la cronicidad de los síntomas. El paciente, que se había jubilado hacía poco y había comenzado a dedicarse a la carpintería, nos trajo un regalo de madera fabricado por él que nos dio la clave para conocer el factor desencadenante del asma. El paciente mejoró cuando evitó la exposición a la madera.

DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Rodríguez C, García Peláez A, Benito Santamaría M, Atares Vicente R, García Sánchez S, Montesinos Díaz JL
CS Las Ciudades. Getafe (Madrid)
clara.gr@live.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: Desde 1996, la violencia de género es considerada por la OMS como un importante problema de salud pública que tiene su origen en la desigualdad entre hombres y mujeres. En España, la prevalencia se sitúa en el 10,9%. En los centros de salud solo se identifica un 1%.

Motivo de consulta: Mujer de 29 años que acude a la consulta diez veces en el último año por diferentes patologías (problemas gastrointestinales, dolores articulares, síntomas depresivos, dolor torácico atípico). Se la deriva a diversos especialistas y se la somete a varias pruebas diagnósticas con hallazgos inespecíficos. En la décima consulta, se le pregunta a la paciente por sus relaciones de pareja y la mujer reconoce ser víctima de malos tratos, pero no cree que esta cuestión guarde relación con sus problemas de salud.

DESARROLLO

Se ha demostrado que la violencia de género es un factor de riesgo para padecer múltiples patologías de índole psicopatológica como ansiedad, depresión, síndrome de colon irritable, fibromialgia, dolor torácico...

CONCLUSIONES

Dado que las víctimas de violencia de género perciben que su salud es mala, pero la mayoría de ellas no lo relacionan con el maltrato, y que además este tipo de violencia implica la intimidación, el aislamiento y el silencio, es frecuente que las pacientes no reconozcan su problema de forma espontánea. Sin embargo, un interrogatorio directo aumenta llamativamente la detección del conflicto. Así, las últimas guías elaboradas para el abordaje de la violencia de género en Atención Primaria recomiendan el interrogatorio sistemático ante la más mínima sospecha por parte del profesional.

DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

Pérez Eslava M, Machuca Albertos MJ, Bellanco Esteban P, Flores Cebada EM, Mazón Ouviaña EA, Narváez Mejías C
UGC Loreto-Puntales. Cádiz
mpeslava@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 42 años acude al SCCU por cuadro de epigastralgia y diarrea de 7 días, polaquiuria y polidipsia.

Antecedentes personales: Sin interés.

Exploración física: Dolorosa palpación en FID, resto normal.

Pruebas complementarias: Rx de abdomen y analítica normal, salvo por una discreta insuficiencia renal; PCR 19. Se le da el alta al paciente con diagnóstico de gastroenteritis.

Transcurridas 48 horas, consulta por los mismos síntomas, que además se acompañan de febrícula. La exploración física y las pruebas complementarias son idénticas. Se le da el alta con mismo diagnóstico. Al día siguiente acude de nuevo, y se obtienen los mismos resultados en anamnesis y en la exploración. Analíticamente se objetiva un empeoramiento de la función renal y PCR 23,9. Ecografía abdominal: ectasia pielocalicial grado I bilateral, escaso líquido libre; apéndice no visualizado. Ingresar por insuficiencia renal prerenal, que no mejora tras la sueroterapia, por lo que se traslada al paciente al hospital de referencia para continuar el estudio. A la llegada a Urgencias de dicho hospital, se solicita TC abdominal, en la que se objetiva uropatía obstructiva bilateral por atrapamiento de ambos uréteres por infiltrado frente a adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. Apéndice cecal aumentado de calibre. Se realiza una interconsulta con Medicina Interna, en cuyo servicio ingresa el paciente. Durante su estancia en este servicio se realiza URO-TC y biopsia, con lo que se obtiene el diagnóstico definitivo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, IR prerenal, apendicitis, uropatía obstructiva: etiología intrínsecas (reflujo vesico-renal, vejiga neurógena, litiasis, tumor) o extrínsecas (tumores, fibrosis retroperitoneal).

Juicio clínico: Linfoma difuso de células B grandes, estadio inicial.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con dolor abdominal y clínica miccional, hay que valorar la función renal. Si esta se encuentra deteriorada y las pruebas de imagen orientan a uropatía obstructiva, debemos descartar etiología neoplásica. Este tipo de linfoma es el más frecuente. Su rápida progresión permite diagnosticarlo en estadios precoces.

DIPLOPÍA POR FIBRILACIÓN AURICULAR DESCONOCIDA

Cuesta Vázquez S, Martín Giner B, Arrillaga Ocampo I
CS Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)
silvia.cuesta.v@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente que acude al servicio de Urgencias por haber presentado el día anterior un episodio autolimitado de alteración de la agudeza visual, con sensación de pérdida de visión en el ojo derecho y recuperación en unos minutos. Presenta un nuevo cuadro a las 19 horas.

Antecedentes personales: No presenta factores de riesgo cardiovascular. Bronquitis crónica. Exfumador desde hace 25 años de 1 paquete/día. Intervenciones quirúrgicas: cataratas en ambos ojos. Tratamiento: Seretide® 25/250 cada 12 horas; Iaptan®.

Exploración física: PA: 200/115 mmHg. Tórax: tonos arrítmicos sin soplos ni extratonos. Examen neurológico: Glasgow 15, lenguaje sin alteraciones. Pupilas isocóricas y normorreactivas, con reflejo fotomotor directo y consensuado conservados. Exploración de pares craneales oculares: se observa una afectación monolateral del músculo recto externo derecho, con parálisis para la abducción del ojo de forma alternante, además de repetición de la sensación de telarañas y pérdida de visión por parte del paciente en varias ocasiones y recuperación a los segundos. ECG: fibrilación auricular no conocida a 120 lpm. TC craneal: normal.

DESARROLLO

Diagnóstico: Ictus isquémico cardioembólico de territorio de fosa posterior. Fibrilación auricular de data indeterminada.

Diagnóstico diferencial de diplopía: Miastenia grave, oftalmopatía tiroidea, migraña oftalmopléjica, miositis orbitaria, síndrome de Wernicke, síndrome de Guillain-Barré, lesiones estructurales, botulismo, afectaciones cardíacas.

CONCLUSIONES

En este caso se objetiva la importancia de la exploración física, puesto que la auscultación cardíaca nos ha puesto sobre la pista de la etiología de la diplopía. La fibrilación auricular afecta a un 4,3% de la población de más de 40 años y cada año aumenta su incidencia.

DISNEA DE RECIENTE APARICIÓN

Gómez-Caminero Gómez AE, Aparcero Gallardo MR, Codina Lanaspá A
CS La Candelaria. Sevilla
ana.gomezcaminero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente que acude a la consulta de Atención Primaria por sintomatología respiratoria acompañada de fiebre de dos meses de evolución. Al principio, presentaba tos sin expectoración acompañante, que ha ido aumentando. Hace una semana comenzó con episodios de fiebre vespertina y sudoración intensa, junto con disnea a moderados esfuerzos.

Antecedentes personales: Destaca una fascitis/paniculitis que se trató con metotrexato y Dolquine®, de la que fue dado de alta en 2011.

Antecedentes familiares: La madre tiene un trasplante de hígado como consecuencia de evolución tórpida de lupus.

Exploración física: el paciente febril (38 °C) y sudoroso, sin alteraciones neurológicas y con una ligera taquipnea. No presenta alteraciones en la auscultación cardiopulmonar, salvo taquicardia rítmica sin soplos ni rones. Abdomen y EEII sin alteraciones patológicas. Se realiza ECG, en el que no se evidencian alteraciones en el trazado, y Rx, con presencia de cardiomegalia y derrame pleural derecho.

DESARROLLO

Se sospecha que el paciente presenta pericarditis o miocardio-patía, por lo que se decide derivarlo a Urgencias. En Urgencias se le realiza una ecocardiografía en la que se aprecia derrame pericárdico en moderada cuantía, por lo que se cursa su ingreso con juicio clínico de pericarditis aguda a filiar etiología.

CONCLUSIONES

Dados los antecedentes autoinmunes familiares y del paciente, se le remite a unidad de Colagenosis para descartar la pericarditis como manifestación de inicio de un lupus eritematoso sistémico. Actualmente, el paciente se halla en estudio de filiación.

DISNEA RECURRENTE, ¿Y SI FUERA UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR?

Machuca Albertos MJ, Fernández Ortega S, Fuentes Vallejo MS, Bellanco Esteban P, Flores Cebada E, Pérez Eslava M
UGC La Laguna. Cádiz
mjose2411@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Varón de 65 años sin antecedentes médicos que acude a Urgencias del centro de salud por dolor de extremidad inferior derecha. Es diagnosticado de celulitis y se instaura un tratamiento con metilprednisolona intramuscular, cloxacilina y AINE. Un mes después, vuelve a las Urgencias del hospital y refiere dolor torácico, disnea con mínimos esfuerzos, náuseas y palpitaciones. Es dado de alta con diagnóstico de fibrilación auricular revertida farmacológicamente. Una semana después, acude a su médico por persistencia de la disnea, por lo que se le deriva a las Urgencias de hospital, donde evidencian edemas bilaterales, insuficiencia venosa crónica y pulsos pedios débiles. Es dado de alta a Atención Primaria con diagnóstico de disnea a estudio. A los tres días, vuelve al médico por disnea y sensación de plenitud abdominal, por lo que de nuevo es derivado a Urgencias. En todas las visitas, la exploración física es anodina. En la última, se realiza gasometría arterial: pH 7,46; pCO₂ 38; pO₂ 74; SatO₂ 95%; dímero D 4.591. Electrocardiograma: ritmo sinusal, onda T negativa en III. Angio-TC, buena opacificación de

arteria pulmonar principal, derecha e izquierda. Pequeño defecto de repleción de arteria lobar superior derecha en relación con tromboembolismo pulmonar (TEP).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), inhalación de gases, atelectasia, neumonía, TEP, síndrome de distrés respiratorio agudo, neumotórax, derrame pleural, anemia, insuficiencia cardíaca, acidosis metabólica, síndrome de hiperventilación alveolar.

Juicio clínico: TEP.

CONCLUSIONES

La exploración física y la complementaria normal hace difícil el diagnóstico de TEP. Son muy importantes los factores predisponentes. Debe considerarse el TEP ante un paciente con disnea.

DISNEA: UN SÍNTOMA COMÚN QUE ESCONDE ALTERACIONES NO TAN COMUNES

Alicia Bordell Sánchez A, Pascual González R, Benito Santamaría M, García Peláez A, García Sánchez S, Atarés Vicente R
CS Las Ciudades. Getafe (Madrid)
ali.b.sanchez@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: Algunos cuadros banales cursan con complicaciones inusuales. El médico de Atención Primaria debe sospechar su aparición ante una evolución tórpida en pacientes aparentemente sanos.

Motivo de consulta: Varón de 63 años que acude a la consulta por un cuadro de fiebre de 38 °C, escalofríos, tos con expectoración purulenta y disnea de moderados esfuerzos de 48 horas de evolución.

Antecedentes personales: Exfumador de puros y bebedor de un vaso de vino durante las comidas. No destacan otros antecedentes de interés.

Exploración física: Se objetiva disminución del murmullo vesicular y crepitantes en base izquierda.

DESARROLLO

Se completa un ciclo antibiótico, pero la disnea del paciente persiste y progresa paulatinamente hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Por ello, se le deriva al servicio de Urgencias para realizar una Rx de tórax urgente, en la que se objetiva derrame pleural leve y elevación del hemidiafragma izquierdo. Tras instaurar un nuevo ciclo antibiótico, la disnea muestra nula mejoría y meses después persiste la hipofonía en la base izquierda. En nueva Rx se mantiene la elevación del hemidiafragma izquierdo y en TC se objetivan adenopatías con impronta en luz bronquial y pérdida de volumen en LII. El paciente ingresa en el hospital para someterse a un estudio.

CONCLUSIONES

La parálisis del nervio frénico es una complicación inusual que hace sospechar patología tumoral o traumática subyacente en primer lugar; puede ser secundaria a patología infecciosa de forma menos frecuente, con posibilidad de producir parálisis temporal o permanente de dicho nervio. No obstante, con un

tratamiento y seguimiento adecuados, el paciente permanece asintomático y puede llevar una vida normal.

DISTONÍA AGUDA POR FÁRMACOS

Barona García L, Fernández de Béjar MM, González Torres L, Pancorbo M, Abellán García P, Sánchez García B
CS Barrio del Carmen. Murcia
l_a_u_r_a_bg@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Mujer de 20 años que acude a Urgencias con una crisis de ansiedad al presentar de forma súbita e involuntaria una marcada y dolorosa desviación mandibular derecha de minutos de duración y persistente a su llegada.

Exploración física: ACP: taquipneica y taquicárdica. El resto de la exploración neurológica es normal. Durante la anamnesis niega haber sufrido un antecedente traumático, así como otros episodios similares previos. Lleva 6 días en tratamiento con sulpirida y domperidona, asociación prescrita en un servicio de Urgencias al que acudió por un cuadro de mareo rotatorio, náuseas y vómitos.

Pruebas complementarias: Bioquímica. Hemograma. Rx AP y lateral mandibular. Ante la sospecha de una distonía oromandibular aguda secundaria a fármacos, se tranquiliza a la paciente y se inicia tratamiento con biperideno iv 5 mg diluido, con lo que cede rápida aunque parcialmente la sintomatología, lo que confirma el diagnóstico de sospecha.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular; crisis parcial simple; tétanos; distonía aguda por fármacos, tóxicos o alteración hidroelectrolítica; trastorno conversivo.

Juicio clínico: Distonía aguda oromandibular secundaria a fármacos.

CONCLUSIONES

Aunque la domperidona es uno de los fármacos antieméticos con menor riesgo de efectos extrapiramidales, su asociación con ciertos fármacos antivertiginosos o neurolépticos aumenta considerablemente el riesgo de presentación de distonía aguda. Por ello, y ante la gran carga de angustia que produce, hemos de ser especialmente cuidadosos al prescribir asociaciones de este tipo en Urgencias, ámbito donde no se sigue un control estrecho de la evolución clínica del paciente.

«DOCTOR, ESTOY DE LOS NERVIOS»

Benítez Bartolomé S, Navarro Contreras SM, Spaans Fernández N, Álvarez Hodel AE, Calvo Sardón S, Villafañe Olmedo M
CS Parquesol. Valladolid
sbbgl@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Colaboración con nivel secundario.

PRESENTACIÓN

Mujer de 29 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes familiares o personales de interés y que no toma medicación en el momento actual. La estructura familiar está formada por una familia nuclear en extensión.

Motivo de consulta: Astenia, nerviosismo y pérdida de peso de meses de evolución. No presenta otra sintomatología en el momento actual.

Exploración física: PA: 120/80 mmHg; FC: 144 lpm; peso: 46 kg (peso habitual 55 kg); talla: 1,65 m; IMC: 19 kg/m². Consciente, orientada, colaboradora, buen estado general, eupneica, temblor fino de extremidades. Carótidas isopulsátiles, no ingurgitación yugular, no soplos, bocio difuso, no se palpan adenopatías. AC: rítmica, sin soplos, taquicárdica. El resto, sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma normal; glucosa, urea, creatinina normales. TSH 0,04; T4 > 46. Anticuerpos TSI pendientes.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves, bocio multinodular tóxico, tiroiditis subaguda, tumores trofoblásticos, adenoma tiroideo hiperfuncionante.

Sospecha de hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow. Se instaura un tratamiento con tiamazol (20 mg cada 12 horas) y propranolol (20 mg cada 8 horas). La paciente acude a una revisión al cabo de un mes en Endocrinología. TSI positivos.

CONCLUSIONES

La patología tiroidea es muy prevalente en la población general. El diagnóstico de sospecha se realiza con frecuencia en Atención Primaria. La determinación de la hormona tiroidea estimulante (TSH) debe ser la primera prueba en pacientes con sospecha de disfunción tiroidea. En el hipertiroidismo es casi indetectable. El tratamiento se basa en tres opciones: fármacos antitiroideos, yodo radiactivo o cirugía. Con el cribado generalizado en la población se detectan pocos casos y no está justificado.

«DOCTOR, ME MAREO»

Diez Morales S, Gutiérrez García P, Gómez González T, González Silva Y, Orbea García R, Fernández Torre D
CS Parque Alameda-Covaresa. Valladolid
sory10@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 75 años que se ha despertado con sensación de inquietud, palpitaciones y mareo, así como de inestabilidad y visión borrosa.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. HTA y DM de reciente diagnóstico. No dislipemia. Exfumador de 20 cigarrillos/día desde hace 20 años.

Exploración física: PA: 140/85 mmHg; FC: 104 lpm; SatO₂: 96%; Gluc: 55 mg/dl. No soplos carotídeos ni IVY. AC: arritmico, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, RHA +, sin masas ni megalias. EELL: no edematosas, no signos de TVP, pulsos +. Exploración neurológica normal, sin datos de focalidad.

Pruebas complementarias: ECG en el que se observa fibrilación auricular no conocida, por lo que se envía al paciente a Urgencias para que lo valoren. Una vez allí, se repite el ECG, en el que persiste la fibrilación auricular con respuesta ventricular a 100 lpm. Rx de tórax con ligera cardiomegalia, analítica con enzimas cardíacas normal. Se realiza cardioversión farmacológica con amiodarona, tras lo que se recupera el ritmo sinusal. El paciente

permanece en observación durante algunas horas hasta que se le da de alta por estar asintomático y sin complicaciones tras la cardioversión farmacológica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Hipoglucemia frente a presíncope por un primer episodio de fibrilación auricular sintomática.

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente, sobre todo en edades avanzadas. Dado que nuestro paciente tiene más de 2 puntos en la escala CHADS-VASc está indicada la anticoagulación con Sintrom® para la prevención de posibles complicaciones. Ante los síntomas del paciente y teniendo en cuenta sus antecedentes personales, podría haberse encontrado ante una situación de hipoglucemia que podría haber sido el desencadenante de la fibrilación auricular.

«DOCTOR, NO PUEDO ANDAR»

Alegre Ramos L, Fernández Rodríguez E, Mindre Pérez A
CS Las Torres. Burgos
laura_alegre87@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La necrosis avascular puede aparecer por traumatismos (luxaciones y fracturas intracapsulares de cadera) o por enfermedades que interfieren en la irrigación de la cabeza femoral (enfermedad de Gaucher). Suele ser bilateral en más del 50% de los casos. Los pacientes consultan por dolor de comienzo gradual, sordo e intermitente, en ingle, nalgas o rodilla. En la exploración física se aprecia limitación dolorosa de la movilidad de la cadera.

Motivo de consulta: Dolor inguinal.

Antecedentes personales: Asma en tratamiento con corticoides durante más de 20 años.

Enfermedad actual: Varón de 36 años con dolor en la región lumbar que se irradia hacia la cara interior de ambos muslos y en ambas caderas de 8 meses de evolución. El paciente es visto en rehabilitación y en el servicio de Urgencias en numerosas ocasiones por lumbalgia. Acude a Urgencias por nuevo episodio de dolor lumbar y región inguinal que se acompaña de gran impotencia funcional.

Exploración física: Afebril. Hemodinámicamente estable. Coxalgia bilateral, flexión de ambas caderas hasta 90°, extensión completa, dolor intenso con las rotaciones (de mayor intensidad con la rotación externa) y dolor a nivel inguinal bilateral. Marcha con cojera de predominio izquierdo. No se observan heridas ni hematomas. Neurovascular distal conservado.

Pruebas complementarias: Rx de pelvis: imágenes compatibles con necrosis avascular de ambas cabezas femorales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Osteoporosis transitoria de cadera, artrosis de cadera, fractura de cadera.

Juicio clínico: Necrosis avascular de cabeza femoral bilateral.

CONCLUSIONES

La necrosis avascular de cabeza femoral bilateral es típica de varones entre 20 y 40 años. Los factores de riesgo más frecuen-

tes son consumo elevado de alcohol y tratamiento con corticoides. Si se detectan cambios radiológicos patognomónicos (colapso de la cabeza femoral, radiolucencia subcondral o secuestro anterolateral) puede establecerse el diagnóstico. Son necesarios otros estudios para la estadificación. Se trata de una entidad que puede acabar con artroplastia total de cadera.

«DOCTOR, NO SÉ QUÉ ME PASA PERO VEO DOBLE»

Hernández Reyes Á, Yanes Díaz F, Martínez Hernández V, Henry González AA, Rodríguez Toledo D
CS Dr.Guigou. Santa Cruz de Tenerife
angy_mhr@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Visión doble.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas. Hipertensión. Hemorroidectomía.

Antecedentes familiares: Padre y madre diabéticos.

Enfermedad actual: Mujer de 46 años que acude a la consulta por visión doble de 15 días de evolución. Hasta el momento la ha relacionado con una operación reciente de hemorroides, pero ha acudido por la persistencia de los síntomas. Comenta que la diplopía es mayor en la mirada neutra, e igual tanto en la visión cercana como lejana, con corrección de la misma con el cierre de un globo ocular. La diplopía aparece por la mañana y empeora a lo largo del día. No presenta otra sintomatología.

Exploración física: Normal, salvo por la diplopía mixta inmediata y progresiva en todas las direcciones de la mirada. Se deriva a la paciente a Neurología con carácter urgente, donde se solicitan pruebas complementarias y, ante sospecha diagnóstica de miastenia grave ocular, se pauta tratamiento con piridostigmina.

Pruebas complementarias: RM craneal, TC de tórax y ecografía abdominal: sin hallazgos relevantes. Electromiograma (*jitter* facial): sugestivo de patología de placa motora postsináptica. Analítica con serologías negativas, perfil tiroideo, de vasculitis y anticuerpos de la placa negativos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, miopatías mitocondriales, sarcoidosis, neurosífilis, botulismo, lupus sistémico, vasculitis, paraneoplásico, hipertiroidismo.

Juicio clínico: Miastenia grave tipo 1.

CONCLUSIONES

El inicio clínico de la miastenia grave puede ser muy inespecífico y mimetizar cuadros muy diversos. El médico de familia debe tener en cuenta este diagnóstico ante cualquier síntoma de debilidad muscular, y es, asimismo, muy importante una adecuada anamnesis y exploración física para delimitar el diagnóstico diferencial, ya que su pronóstico depende de un rápido diagnóstico y tratamiento.

«DOCTOR, NO TENGO FUERZAS»

García Padrones E, Orihuela de la Cal JL
CS Maspalomas. San Bartolomé de Tirajana (Las Palmas)
evagarcipadrones@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

La fatiga muscular implica la reducción de la fuerza muscular máxima en la contracción de uno o varios músculos; tiene múltiples causas y es frecuente motivo de consulta.

Motivo de consulta: Varón de 65 años que acude a la consulta de Atención Primaria por debilidad muscular en EESS.

Antecedentes personales: Carcinoma prostático en tratamiento radioterápico.

Enfermedad actual: Refiere debilidad en cintura escapular de varias semanas de evolución con dificultad progresiva para elevar los brazos, también a nivel pélvico, decaimiento e hiporexia. Además presenta lesiones cutáneas pruriginosas.

Exploración física: Balance articular activo en hombros limitado por encima de 90° con balance muscular 3-4/5. Lesiones eritematosas en surcos nasogenianos, brazos y tronco; enrojecimiento en V del escote más edema facial.

Pruebas complementarias: Analítica: discreta anemia normocítica normocrómica; VSG aumentada; transaminasas elevadas y CPK alta.

DESARROLLO

Se deriva el caso a Medicina Interna como un síndrome constitucional y dermatológico pendiente de estudio en un paciente oncológico; este es ingresado con diagnóstico de sospecha de rabdomiolisis. El estudio se completa con prueba de autoinmunidad, electromiograma y biopsia cutánea muscular.

Diagnóstico diferencial: Distrofias musculares, lupus eritematoso sistémico, polimiositis, etc.

Juicio clínico: Dermatomiocitis de probable origen paraneoplásico.

CONCLUSIONES

La dermatomiocitis constituye una miopatía idiopática inflamatoria de base autoinmune, progresiva y simétrica, que se asocia a neoplasias con empeoramiento del pronóstico si la VSG está incrementada, como es el caso de nuestro paciente, que cumple criterios diagnósticos de Bohan y Peter. Su evolución y pronóstico son desfavorables a pesar del tratamiento médico y de que se ha dado una adecuada interrelación entre los diferentes niveles de atención médica. Ante un cuadro de debilidad muscular progresiva, debemos cumplir los algoritmos de actuación y derivar al paciente de la forma más oportuna.

«DOCTOR, SIENTO UN HORMIGUEO EN EL BRAZO IZQUIERDO»

Fontana Pastor A, Poveda Martínez R, Cano Molina MP
CS de Algemesí, Hospital de la Ribera. Valencia
andreufp87@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencia hospitalaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 74 años con que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por parestesias en hemicuero izquierdo de 3 días de evolución.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, ERC y artrosis.

Exploración física: Procedemos a la realización de la exploración física, poniendo especial interés en la exploración neurológica, en la que destaca la presencia de hipoestesias en extremidad inferior izquierda.

Pruebas complementarias: Se realiza una analítica. Se objetiva una espondiloartrosis generalizada al revisar las radiografías

realizadas en episodios anteriores. Dada la presencia de parestesias e hipoestesias en hemicuero izquierdo, que se pueden interpretar como signo de focalidad neurológica puramente sensitivo, se solicita TC de cráneo. Esta revela la presencia de tres lesiones compatibles con metástasis. Se vuelve a explorar a la paciente y se detecta la presencia de una adenopatía axilar derecha. Se procede a la inspección y palpación de ambas mamas y se solicita Rx de tórax, que evidencia un nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo.

DESARROLLO

Con el diagnóstico de lesiones ocupantes del espacio cerebrales sugestivas de metástasis, a las que se suman nódulo pulmonar, que está en estudio, y adenopatía axilar derecha, se decide que la paciente ingrese en el hospital para completar el estudio, con el que se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón con metástasis cerebrales.

CONCLUSIONES

En estos casos surgen dudas a la hora de solicitar pruebas de imagen. Mientras que en los pacientes que presentan focalidad neurológica motora nadie dudaría en solicitar un TC craneal de Urgencia, las dudas nos invaden al encontrarnos delante de un paciente con manifestaciones puramente sensitivas. Aquí cobra vital importancia la realización de una correcta anamnesis y una exploración neurológica minuciosa y exhaustiva.

«DOCTOR, YO ANTES NO ERA ASÍ»

Melero Serrano JL, Muñoz Flores M, López Muñoz N, Folgoso Pérez C, Conde Bejarano C, Alonso Roca R
CS Los Pintores. Parla (Madrid)
melero85@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 25 años con clínica de inflamación facial.

Antecedentes personales: Lipoescultura de abdomen y muslos ocho meses antes de la consulta.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: La paciente acude en cuatro ocasiones a lo largo de doce meses a la consulta de Atención Primaria por inflamación facial. La atienden cuatro médicos distintos. Se solicitan dos analíticas, que muestran valores normales. Asimismo, la paciente presenta amenorrea, pero el test de embarazo es negativo. Se la deriva a Dermatología, donde se le pautan corticoides y antihistamínicos, sin que se dé una mejora, por lo que se la deriva a la consulta de Alergología. Acude a la consulta de un nuevo médico para recoger los resultados de la última analítica. Este explora a la paciente y observa estrías vinosas en el abdomen y persistencia de la inflamación facial. Para orientar el diagnóstico, compara su estado actual con una fotografía previa de la paciente. Dados los datos recogidos, se solicita una prueba de cortisol urinario de 24 horas, en la que presenta 995 µg (normal < 100), y se la deriva de forma preferente a Endocrinología para iniciar un estudio de síndrome de Cushing. La paciente ingresa en la unidad, donde se confirma síndrome de Cushing con prueba de supresión con dexametasona. Se realiza una ecografía abdominal, que sale normal, y una RM cerebral, en la que se detecta un microadenoma hipofisario. El resultado de ACTH es

< 20 pg/ml. Se solicita RM abdominal, donde se objetiva adenoma suprarrenal. Tras la intervención, la paciente recupera de forma progresiva su apariencia habitual.

DESARROLLO

Se trata de un síndrome de Cushing primario por adenoma suprarrenal.

Diagnóstico diferencial: Obesidad, reacción alérgica, patología maxilofacial.

CONCLUSIONES

Se subraya la importancia de la atención longitudinal del médico de familia, de una buena historia clínica, de una exploración física rigurosa y de la realización de pruebas diagnósticas desde Atención Primaria que orienten el diagnóstico. El cortisol urinario es la prueba de diagnóstico de sospecha desde Atención Primaria.

«¡DOCTORA, ME DUELE AL RESPIRAR!»

Spaans Fernández N, Benítez Bartolomé S, Navarro Contreras SM, Villacorta Martín MM, Álvarez Hodel AE, Marcos Sánchez B
CS Parquesol. Valladolid
nspaans@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 15 años, sin alergias medicamentosas y con un hábito de vida saludable. Refiere dolor centrotorácico opresivo, irradiado a costado izquierdo, de 48 horas de evolución, que se incrementa con la respiración profunda y disminuye con sedestación. No presenta disnea, ni palpitaciones. El cuadro se acompaña de náuseas, sudoración y 38 °C de fiebre. También refiere un cuadro catarral en días previos.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés.

Exploración física: FC: 95 lpm; PA 120/74 mmHg; SatO2 99%. ACP: rítmica, sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: sin edemas, pulsos distales conservados.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 19.800; neutrófilos 86,5%; linfocitos 6%; PCR 26; CK 1.805; Tnl 31,68; coagulación normal; iones normales. Equilibrio venoso: normal. Rx de tórax: sin hallazgos significativos. ECG: RS, elevación ST de hasta 4 mm en I, aVL, cara inferior y anterolateral. Ecocardiograma: cavidades cardíacas de tamaño normal. Función sistólica global conservada. Válvulas normales. Sin derrame pericárdico. RM cardíaca: edema miocárdico en segmentos anterolaterales medio y apical, realce subepicárdico. Resto sin alteraciones.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Neumonía, dolor torácico, pleuritis, tuberculosis, IAM.

Juicio clínico: Miocarditis aguda no complicada.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica diaria, la edad y las características de los pacientes pueden dar a confusión, ya que muchas veces se tiene una idea preconcebida del diagnóstico, como ocurrió con este caso, que se pensó que se trataba de un cuadro catarral. El paciente regresó al día siguiente al servicio de Urgencias e ingresó en Cardiología, donde se estableció el diagnóstico. Hay que realizar una buena anamnesis y abrir el abanico de posibili-

des, ya que si no se pueden cometer errores consistentes en encasillar al paciente.

«DOCTORA, ME DUELE LA CABEZA»

Medina del Rosario ME, Laplaza Miras T, Sánchez Fraga Á, Andreu Huertas N, Batalla Masana L, Alavedra Celada C
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
medina_miorchy@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Neurología.

PRESENTACIÓN

La malformación de Arnold Chiari (AC) es una alteración anatómica de la base del cráneo cuya causa es desconocida. Se trata de un defecto variable en la formación del tronco cerebral que suele asociarse a siringomielia e hidrocefalia, según la clasificación desde el tipo I hasta el IV.

Motivo de consulta: Mujer de 49 años consulta por cefalea pulsátil y constante de meses de evolución acompañada de alteraciones visuales y cervicalgia progresiva.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: No presenta hallazgos relevantes.

Pruebas complementarias: Rx cervical: normal. TC de cráneo: normal. RM de cráneo posterior con marcada compresión y distorsión de tronco cerebral.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Se realiza con fibromialgia, neuralgia del trigémino, quistes cerebrales, malformaciones vasculares y tumores cerebrales, entre otras entidades. Se realizan varias tandas de analgesia, pero los síntomas persisten, por lo que se utiliza perfusión de fenoína, con lo que la paciente experimenta una mejoría parcial de la clínica. Posteriormente es valorada en el servicio de Neurología, donde se realiza una RM en la que se objetiva malformaciones de AC de tipo I, por lo que se la deriva Neurocirugía para someterla a una intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

La malformación de AC es una malformación congénita rara que produce herniación de cerebelo y tronco del encéfalo a través del *foramen magnum* hasta el canal cervical. La clínica es variable. Los síntomas suelen aparecer en la adolescencia o la edad adulta, y son de inicio insidioso y curso progresivo. La confirmación del diagnóstico se hace por RM. La cirugía es el único tratamiento disponible.

«DOCTORA, ME DUELE LA CADERA»

Medina del Rosario ME, Laplaza Miras T, Sánchez Fraga Á, Andreu Huertas N, Alavedra Celada C, Moreno Andujar MD
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
medina_miorchy@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Reumatología.

PRESENTACIÓN

La displasia fibrosa es una patología ósea rara causada por una alteración del desarrollo del tejido óseo. Se diagnostica en las tres primeras décadas de la vida, si bien una cuarta parte de los casos se dan en adultos.

Motivo de consulta: Mujer de 69 años con dolor en cadera derecha de 6 meses de evolución con limitación a la rotación externa y dolor en trocánter.

Antecedentes personales: HTA, obesidad y bronquiectasias.

Exploración: En la Rx se observan imágenes de vidrio esmerilado cadera y fémur bilateral.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Paget, osteopetrosis maligna, mieloma múltiple y neurofibromatosis.

Juicio clínico: Displasia fibrosa. Se realiza consulta virtual con Reumatología con el probable diagnóstico de displasia fibrosa. Se pauta tratamiento analgésico y ejercicio. La paciente presenta una evolución correcta.

CONCLUSIONES

La displasia fibrosa se divide en monostótica (afecta un hueso) (70%), poliostótica (27%) y síndrome De McCune-Albright (3%). La displasia fibrosa poliostótica afecta al 50% de los huesos y es en un 90% unilateral con afectación craneofacial en el 50%, pelvis, huesos largos y costillas. Es sintomática y produce dolor, cojera o deformidad. La complicación más frecuente es la fractura patológica. Tiene proliferación maligna (sarcoma osteogénico) en 4% (fémur y cara). El diagnóstico se realiza por Rx, en el que se observa una imagen radiopaca, con aspecto vidrio esmerilado de límites mal definidos que puede asociarse con deformidad angular. Pruebas como la gammagrafía ósea, TC/RM y biopsia permiten confirmar el diagnóstico. El tratamiento consiste en el curetaje en grandes lesiones con deformidad o injerto o fijación, y el tratamiento no quirúrgico se basa en analgesia, pamidronato y ejercicio. El pronóstico depende de la gravedad de la afectación.

«¡DOCTORA, NO VEO BIEN!»

Spaans Fernández N, Navarro Contreras SM, Benítez Bartolomé S, Martos Álvarez HC, García Vaquero S, Álvarez Hodel AE
CS Parquesol. Valladolid
nspaans@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Varón de 45 años sin alergias medicamentosas. Refiere, desde hace tres días, sensación de visión borrosa, como una «niebla» en el ojo derecho, lo que no se ha modificado desde entonces. No ve miodesopsias ni fotopsias. No experimenta dolor con la movilización ocular. Se detecta una ligera pérdida de agudeza visual. No presenta diplopía, ni lagrimeo ni fotofobia. Niega episodios previos similares. Se deriva al paciente al servicio de Urgencias hospitalario.

Antecedentes personales: Rinoconjuntivitis, asma estacional. Intervención quirúrgica: apendicectomía.

Antecedentes familiares: El padre sufría un déficit de vitamina B12.

Exploración física: PICNR, movilidad ocular conservada en todas direcciones, disminución de agudeza visual (cuenta dedos a 2 m), tinción con fluoresceína negativo. Fuerza, sensibilidad, Romberg, marcha y pruebas cerebelosas sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Analítica: serie blanca, hemograma, coagulación e iones normales; CK: 1187. Serología de *Borrelia*, *Bruceella*, VDRL y VIH: negativas. Proteínograma y complemento:

normales. Rx de tórax: sin alteraciones. RM cerebral y orbitaria: lesión de trayecto orbitario del nervio óptico derecho en el contexto de una neuritis óptica en una esclerosis múltiple. Lesiones de sustancia blanca supratentorial de probable origen isquémico crónico. Potenciales evocados visuales: latencia alargada y amplitud reducida, sugestiva de desmielinización y pérdida axonal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Desprendimiento vítreo, desprendimiento de retina, trombosis de la vena central retiniana.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple.

CONCLUSIONES

La esclerosis múltiple es la segunda enfermedad neurológica más frecuente en adultos jóvenes tras la epilepsia. Los primeros síntomas suelen aparecer entre los 20 y los 40 años. A partir de los 50 años es más frecuente en varones. Ante un paciente que presenta sintomatología visual, debemos descartar enfermedades neurológicas, y no solo oftalmológicas, ya que muchas veces están interrelacionadas.

«DOCTORA, ¿QUÉ LES PASA A MIS DEDOS?»

Díez García L, Canal Santos R, Ribas Batllori MA, Estrada Alfonso CE, López Montañez E, Castell Slacke T
ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Lorenadiezgarcia@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) fue descrito en 1862 por Maurice Raynaud. Se caracteriza por episodios transitorios de vasoconstricción de las arterias y arteriolas de las extremidades en respuesta al frío. El FR puede ser primario o secundario, y el diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Motivo de consulta: Dolor en los dedos de las manos.

Antecedentes personales: DM insulino dependiente. Fumadora. Cocinera. Hermana con lupus eritematoso sistémico.

Enfermedad actual: Mujer de 40 años con dolor en la región distal de los dedos de ambas manos y cambio de la coloración en contacto con el frío desde hace un año y que ha progresado en los últimos 2 meses.

Exploración física: Eritema de piel en el dorso de ambas manos. Tercer dedo de mano derecha cianótico con lesión distal en pulpejo de aspecto necrótico muy dolorosa. Pulsos presentes.

Pruebas complementarias: Analítica: glicemia 19,2 mmol/l. CT 6,17 mmol/l. Hemograma normal. ANA 1/320. Anti Scl-70 negativo. Ac lúpico negativo. FR negativo. VSG 3 mm. Rx, TC tórax y PFR normales. Capilaroscopia: patrón compatible con esclerodermia.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Acrocianosis, eritromelalgia, eritema pernio, lívido reticularis, Raynaud primario/secundario, embolias arteriales agudas, toxicidad farmacológica.

Juicio clínico: Síndrome de Raynaud secundario a Esclerodermia.

CONCLUSIONES

El FR no es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, pero posiblemente esté infradiagnosticado dada su prevalencia, que es del 3% en varones y del 5% en mujeres. El síndrome de Raynaud es la asociación del FR a una enfermedad

como las conectivopatías. La esclerodermia sistémica es más frecuente en mujeres a partir de los 40 años y es muy común la presencia del FR durante años como único síntoma. El tratamiento consiste en la adopción de medidas físicas, el control de los factores riesgo cardiovascular y la prescripción de vasodilatadores, entre los que bosentán es el mejor para las ulceraciones en pacientes con esclerodermia.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO QUIRÚRGICO

Pérez Eslava M, Flores Cebada EM, Mazón Ouviaña EA, Fuentes Vallejo MS, Machuca Albertos MJ, Bellanco Esteban P
UGC Loreto-Puntales. Cádiz
mpeslava@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 47 años acude a Urgencias del centro de salud por dolor abdominal de escasas horas de evolución.

Antecedentes personales: Cólicos nefríticos de repetición. Hernioplastia umbilical en 2010.

Exploración física: Palpación dolorosa en FID, Blumberg dudoso, discretos signos de irritación peritoneal. Se realiza tira de orina negativa y se pauta buscapina y Solu-moderin® iv. Ante la no mejoría del paciente, lo derivan a Urgencias hospitalarias, cuya anamnesis y exploración dan los mismos resultados.

Pruebas complementarias: Rx de abdomen y analítica normal, salvo por PCR 2,1 mg/dl. Se pauta AINE iv y se le da el alta con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico y tratamiento analgésico oral. Al cabo de 72 horas acude a su médico de familia por persistencia de la clínica, que le prescribe ciprofloxacino 500 mg/12 horas. El paciente vuelve a la consulta a los dos días al no experimentar mejoría. La exploración física resulta igual que las previas. Se le deriva de nuevo a Urgencias hospitalarias, donde le hacen más pruebas: analítica, anodina; ecografía y TC abdominal: masa hiperecogénica, ovalada, adherente a la pared abdominal frente a cambios inflamatorios en grasa intraabdominal de hipogastrio. Hay que considerar una posible complicación de la malla quirúrgica. Se realiza interconsulta con Cirugía, donde se valoran las imágenes con Radiología.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis, apendicitis, colecistitis, cólico renal, infarto omental, complicación de la malla quirúrgica.

Juicio clínico: Infarto omental.

CONCLUSIONES

El infarto omental es una patología benigna, más frecuente en varones de mediana edad, autolimitada y que simula un cuadro abdominal agudo. Su diagnóstico definitivo es radiológico y su tratamiento conservador (analgesia oral), con lo que se evitan así cirugías innecesarias.

DOLOR ABDOMINAL DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN EN UNA MUJER DE 36 AÑOS

Pérez Eslava M, Páez Sánchez L, Escribano Tovar Á, Granados López B, Flores Cebada EM, Fuentes Vallejo MS
UGC Loreto-Puntales. Cádiz
mpeslava@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 36 años acude al SCCU por dolor abdominal desde hace 3 meses.

Antecedentes personales: Anemia ferropénica por metrorragias.

Exploración física: Palpación dolorosa en hipocondrio derecho irradiado a región costal ipsilateral.

Pruebas complementarias: Ecografía abdominal y analítica normal, salvo por Hb 9,1. Se le da el alta domiciliaria con un tratamiento con analgesia oral y diagnóstico de cólico biliar. Al cabo de 7 días, la paciente vuelve por parestesias en ambas EEII, que tras iniciarse distalmente y ascender hasta el abdomen, progresan en menos de 24 horas a impotencia funcional de EEII e imposibilitan la deambulación y la bipedestación, sin que se produzca una relajación esfinteriana. Exploración física: analgesia-anestesia distal D7 izquierdo, D8 derecho; hipoalgesia D6 izquierdo-D7 derecho. Reflejos osteotendinosos abolidos bilateralmente, signo de Babinski bilateral y sensibilidad en S2-S5 ausente. Rx de tórax: gran masa mediastínica bien delimitada en el pulmón derecho. RM urgente: masa sólida en hemitórax derecho que invade a través de los espacios foraminales D6-D7-D8-D9, compromete el cono medular extradural y comprime la médula. Posible tumoración neurogénica, sin que se pueda descartar origen pulmonar primario. La paciente es intervenida urgentemente en Neurocirugía, tras lo que recupera parcialmente el déficit motor. TC toracoabdominal posquirúrgico: masa compatible en primer lugar con sarcoma de pared torácica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar; metástasis pulmonares; neoplasia pulmonar primaria; sarcoma de Ewing pulmonar primario; linfoma; neuroblastoma embrionario.

Juicio clínico: Sarcoma de Ewing pulmonar primario, confirmado con anatomía patológica.

CONCLUSIONES

El sarcoma de Ewing es de difícil diagnóstico, dada su baja prevalencia, y, además, en este caso no presentó la sintomatología inicial característica (clínica respiratoria, astenia, fiebre). Aun así, es potencialmente curable y más prevalente en adultos jóvenes.

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE JOVEN

Abad Polo L, Buisán Casbas G, Martínez Castillón D, Rodríguez Mañas J, Ballester Otañal P, Otañal Campo A
Hospital San Jorge, CS Santo Grial. Huesca
laura.abad.polo@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 17 años, sin antecedentes de interés, de origen rumano y con problemas sociofamiliares, que en varias ocasiones presenta cuadro de astenia, anorexia, náuseas, vómitos, febrícula y dolor abdominal en epigastrio de un mes de evolución. En las 2-3 semanas posteriores, este cuadro se acompaña de ictericia, coluria y rash cutáneo.

Entre sus antecedentes destaca una estancia en Rumanía tres meses atrás. Madre con hepatitis B diagnosticada en España a raíz de un tercer embarazo en 2010; la paciente mantiene rela-

ciones sexuales sin protección con su pareja estable, de origen rumano.

En la analítica de sangre, se detecta anemia, bicitopenia, alteración del perfil hepático con aumento de bilirrubina, sobre todo indirecta y en la hemostasia, así como disminución del tiempo de protrombina. Por todo ello, se deriva a la paciente al servicio de Urgencias, que a continuación ingresa en el servicio de Digestivo para completar estudio. Ecografía abdominal: hígado y bazo ligeramente aumentados; eco-Doppler y gastroscopia normales; marcadores serológicos positivos para hepatitis B (HbsAg: positivo, Anti-HBc total: positivo, HbeAg: positivo) posiblemente transmitido por vía perinatal o vertical.

DESARROLLO

Las manifestaciones clínicas para los diferentes tipos de virus causantes de hepatitis (hepatitis A, B, C, virus delta E, G...) son similares, por lo que es necesario recurrir al estudio de marcadores serológicos para su diagnóstico.

CONCLUSIONES

La hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica. El tratamiento es sintomático. Como complicaciones destacan la cirrosis y el hepatocarcinoma.

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE ONCOLÓGICA

Machuca Albertos MJ, Bellanco Esteban P, Flores Cebada E, Pérez Eslava M, Mazón Ouviaña EA, Fuentes Vallejo MS
UGC La Laguna. Cádiz
mjose2411@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 55 años acude a Urgencias por dolor súbito en hemitórax izquierdo irradiado a escápula ipsilateral, disnea y dos episodios presincoales.

Antecedentes personales: Alergia a látex y cáncer de ovario estadio IC tratada quirúrgicamente; recidiva peritoneal en tratamiento con quimioterapia.

Exploración física: Palidez mucocutánea. Abdomen doloroso. Hipotensión.

Pruebas complementarias: Hb 6,9; PCR 102,4; pH 7,50. TC de tórax: se descarta TEP, líquido periesplénico e implantes peritoneales.

La paciente pasa a observación para recibir una transfusión, en la que no se da ninguna incidencia. Al finalizar la misma, refiere la reaparición del dolor, con aerofagia que mejora con analgesia, así como varios episodios de presíncope que responden con la sueroterapia. Se realiza una nueva analítica, que da Hb 6, y una ecografía y una TC abdominal, en las que se objetiva desestructuración esplénica con hemoperitoneo. La paciente ingresa en Cirugía para un manejo conservador.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: TEP, síncope vasovagal; síncope de origen cardíaco; síncope metabólico; síncope neurológico; traumatismo abdominal; rotura esplénica de origen neoplásico, rotura esplénica de origen hematológico, rotura esplénica de origen infeccioso.

Juicio clínico: Rotura esplénica de origen neoplásico.

CONCLUSIONES

La rotura espontánea del bazo es una urgencia abdominal poco habitual que requiere un diagnóstico y un tratamiento inmediatos. Las enfermedades que más frecuentemente producen rotura del bazo son las oncológicas, las hematológicas y las infecciones.

DOLOR ABDOMINAL EN UNA MUJER DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA

Hernández García EC, Formoso I, Escobedo F
CAP Llefia, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Badalona (Barcelona)
emilycarolina@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN

Se describe la evolución de una enfermedad potencialmente grave, subestimada por el antecedente personal de fibromialgia de la paciente.

Motivo de consulta: La paciente acude por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho con alteración de los hábitos deposicionales, lo que se acompaña de anorexia y pérdida de peso.

Antecedentes personales y familiares: Fibromialgia, HTA. No neoplasia familiar.

Enfermedad actual: Dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de meses de evolución que aumenta en los últimos 4 meses y se acompaña de diarreas líquidas sin productos patológicos, anorexia y pérdida de peso. Por ello, la paciente ha acudido en múltiples ocasiones al médico de familia y de Urgencias hospitalarias, quienes siempre le han pautado analgesia, con leve acalmia, pero la sintomatología ha persistido y se ha exacerbado.

Exploración física: Dolor a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho, hepatomegalia.

Pruebas complementarias: Rx de tórax y abdomen: normales. TC abdominopélvico: masa localizada en epimesogastrio que engloba parte del páncreas y contacta con colon transversario; se acompaña de carcinomatosis peritoneal y ascitis. RM: posibles metástasis hepáticas. Eco-endoscopia biliopancreática: lesión ocupante en cuerpo-cola pancreática. PAAF: tumor neuroendocrino.

DESARROLLO

Si bien en un caso así se debe hacer un diagnóstico diferencial con entidades más frecuentes como la gastritis, patología biliar y hepatopatías, también es necesario analizar el contexto de múltiples consultas y sin acalmia con la medicación pautada, además de la presencia de síndrome constitucional.

CONCLUSIONES

Probablemente se han subestimado los síntomas y retrasado el diagnóstico por el antecedente de fibromialgia. Se debe contemplar la derivación a atención especializada cuando sea oportuno y realizar una anamnesis completa, una exploración física y las pruebas complementarias pertinentes antes de incurrir en prejuicios equivocados.

DOLOR COSTAL

Guede Fernández C, Espantoso Romero M, Pérez Vidal E, Fernández Crespo A
CS Pintor Colmeiro. Vigo (Pontevedra)
clara.guede@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 55 años que acude a la consulta por dolor costal de 3 semanas de evolución y por la aparición de una erupción cutánea en últimos 3 días.

Antecedentes personales: Es alérgica a la penicilina. Hipertensa, en tratamiento con enalapril, y con el antecedente de mieloma múltiple quiescente de inmunoglobulina G.

Exploración física: Destaca dolor a la palpación en la región dorsal y lesiones vesiculosas arracimadas en la región de D7-D8 derechos. Se sospecha herpes zoster, por lo que se pauta aciclovir y analgesia. Al cabo de 4 meses, la paciente refiere episodio de dolor costal con dolor incapacitante en hemitórax y a la palpación por dentro del borde interescapular durante la exploración.

DESARROLLO

Un primer diagnóstico es de neuralgia posherpética. Se realiza Rx de tórax y se observa acuñamiento anterior de los cuerpos vertebrales de D6 y D9. El proteinograma que es positivo para IgG (4020), en seguimiento por Hematología. Además, se efectúan pruebas reumatológicas séricas y una teleconsulta a Reumatología, que solicita densitometría ósea. En el momento actual, está pendiente la confirmación de la progresión de mieloma múltiple como causa secundaria de osteoporosis.

CONCLUSIONES

Ante un dolor costal sin traumatismo previo en una mujer mayor de 50 años habrá que descartar fractura por fragilidad, que representa el 80% de los casos en mujeres posmenopáusicas. La osteoporosis, enfermedad esquelética progresiva y sistémica, produce descenso de la masa ósea y el deterioro en la microarquitectura del hueso; una de sus causas secundarias es el mieloma múltiple. En Atención Primaria, el diagnóstico diferencial es una herramienta básica. De hecho, si desde Atención Primaria realizamos una buena historia clínica, podemos disminuir la incertidumbre y efectuar una buena derivación, lo que constituye uno de los roles fundamentales del médico de familia.

DOLOR TOTAL

Benítez Bartolomé S, Spaans Fernández N, Navarro Contreras S,
Calvo Sardón S, Pérez González I, Nieto Sánchez S
CS Parquesol. Valladolid
sbbgl@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 78 años que vive con su mujer y uno de sus tres hijos acude a la consulta por aumento del dolor costal izquierdo y afectación de su estado anímico.

Antecedentes personales: HTA, carcinoma epidermoide de pulmón en estadio IV (afectación pleural izquierda y osteólisis distal por contigüidad), aneurisma de aorta con trombo mural, síndrome ansioso depresivo. Tratado con fentanilo 200 µg/72 h, ibuprofeno 600 mg, pregabalina 75/8 h, rescates con morfina oral 20 mg, trazodona 100 mg, escitalopram 10, omeprazol 20 mg, lactulosa y enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg.

Exploración física: Apático, labilidad emocional, dolorido. Ausencia de ideas de suicidio. Adenopatía submandibular pequeña y rodadera. Tórax: ACP: rítmica, soplo sistólico II/VI, MVC. Dolor

a la palpación de los últimos arcos costales izquierdos a nivel de la línea axilar posterior. El resto de la exploración general es normal.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb 12. Resto de hemograma y bioquímica con valores normales. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm sin alteraciones de la repolarización. Rx de tórax: sin alteraciones óseas. No se han producido cambios respecto al estudio previo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Trastorno depresivo mayor, síndrome ansioso depresivo.

Juicio diagnóstico: Trastorno depresivo secundario a enfermedad médica acentuado por dolor.

CONCLUSIONES

Retiramos los antidepresivos. Rotamos la analgesia a oxicodona 80 µg/12 h y pautamos el rescate con fentanilo inhalado. Una vez controlado el dolor, mejora el estado de ánimo del paciente. Finalmente se pauta mirtazapina para mantener el estado de ánimo. En ancianos, la introducción de fármacos debe realizarse lentamente y con dosis bajas, y es necesario revisar cada poco tiempo la dosis y comprobar si hay efectos secundarios. Es importante explorar las ideas de suicidio y valorar el dolor total.

DOLOR Y EDEMA EN EXTREMIDAD SUPERIOR

Recondo Goitia O, Uriarte Seminario AM, Aramburu Querejeta O, González Urdampilleta L, Gómez Martínez M
CS Altza. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)
oladire@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 19 años que acude a la consulta por edema en extremidad superior derecha.

Antecedentes personales: Asma infantil.

Enfermedad actual: Desde hace 24 horas, tras realizar un sobre-esfuerzo, presenta molestias con aumento de perímetro y parestias en extremidad superior derecha.

Exploración física: Extremidad superior derecha: aumento de perímetro desde la axila con ligero empastamiento. Dolor a la palpación en el trayecto venoso. Radial presente. No se observan lesiones cutáneas. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Pruebas complementarias: Analítica: dímero D 360 ng/ml. Eco-Doppler: trombosis parcial de la vena subclavia derecha en el cruce con la zona proximal de la clavícula. Con el brazo en extensión se interrumpe el flujo. Venografía: se observa irregularidad y estenosis de la vena subclavia derecha a nivel de confluente, pero no se aprecia trombosis. Con la maniobra de hiperaflexión, la vena se colapsa.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda en subclavia; síndrome del desfiladero torácico; tumor apical; radiculitis cervical; síndrome del túnel carpiano.

Juicio clínico: Síndrome del desfiladero torácico.

CONCLUSIONES

El paciente ingresa en Cirugía vascular para someterse a un tratamiento fibrinolítico y después a un tratamiento con Hibor®

durante dos meses. Queda pendiente de una escalenectomía anterior y medio más resección de primera costilla. El síndrome del desfiladero torácico es una constelación de signos y síntomas que se derivan de la compresión de las estructuras neurovasculares a su salida de la cavidad torácica hacia las EESS. Causa dolor en el cuello u hombro, o en ambos, con sensación de entumecimiento y hormigueo en la extremidad superior. Es frecuente el aumento del dolor nocturno y las parestias. La compresión venosa estática puede causar inflamación y cambio de color de la extremidad.

EFFECTOS NO DESEADOS 32 AÑOS DESPUÉS

Batalla Masana L, Sánchez Fraga Á, Alavedra Celada C, Andreu Huertas N, Laplaza Miras T, Medina del Rosario M
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
lauri_laureta@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La aracnoiditis es un proceso inflamatorio proliferativo no específico que produce cambios patológicos comprometiendo principalmente los elementos intratecales; además, conduce a un proceso de enfermedad permanente que causa dolor irritante y déficit neurológico.

Motivo de consulta: Dolor lumbar-cadera izquierda.

Antecedentes personales: Protusión discal latero-foraminal diagnosticada por mielografía hace 32 años.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Dolor lumbar-cadera izquierda irradiado a región tibial. Al mes, el dolor se intensifica al subglúteo y al pie izquierdo.

Exploración física: Arreflexia aquílea izquierda. Debilidad del tibial anterior 4+/5. Peroneo 4-/5 y grupo posterior 4+/5 izquierdo. Pérdida de fuerza en disflexión del pie y flexión plantar.

Pruebas complementarias: EMG: lesión radicular o asta anterior a nivel L5-S1 de lado izquierdo. TC lumbar: imagen de gran atenuación a nivel del fondo de saco dural; podría corresponder a restos de contraste liposoluble dado el antecedente de la mielografía. RM lumbar: aracnoiditis fibroadhesiva de grado I-II a nivel L4-L5, L5-S1.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Protusión discal, fibrosis epidural, estenosis espinal, neuropatía periférica, radiculopatía, traumas quirúrgicos previos, esclerosis múltiple, neuralgia posherpética, enfermedad de Raynaud, artritis reumatoide, lupus.

Juicio clínico: Desde el centro hospitalario se solicita RM por sospechar una protusión discal. Dado el resultado de la prueba, se deriva a la paciente a Neurología, donde se confirma el diagnóstico de aracnoiditis por contraste, y se da el alta con tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

En la aracnoiditis, el diagnóstico clínico se caracteriza por dolor quemante con disestesia, disfunción biesfinteriana y sexual. Estos síntomas se presentan después de un evento adverso durante una intervención en la columna vertebral. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante RM. En nuestro caso, a la paciente se le había practicado una mielografía hacía 32 años con contraste liposoluble, que fue el probable causante de fibrosis en el espacio epidural.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Sánchez Fraga Á, Batalla Massana L, Alavedra Celada C, Andreu Huertas N, Medina del Rosario ME
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
masanchez@tauli.cat

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: La emergencia hipertensiva consiste en una elevación de la PA acompañada de daño orgánico agudo, lo que requiere un descenso inmediato de las cifras tensionales.

Motivo consulta: Varón de 36 años que consulta por cefalea.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg/12 h e hidroclorotiazida 50 mg/24 h.

Antecedentes familiares: Padre hipertenso. Madre con DM tipo 2.

Enfermedad actual: El paciente refiere que desde hace aproximadamente cuatro horas presenta malestar general acompañado de inestabilidad y cefalea frontal opresiva continua. Hace un año abandonó el tratamiento antihipertensivo por encontrarse asintomático.

Exploración física: Regular estado general, sudoración profusa. PA: 229/61 mmHg; FC: 61 lpm. Auscultación, abdomen, otoscopia y cavidad oral normales. Examen neurológico: marcha inestable con aumento de la base de sustentación. Hemianopsia derecha. El resto es normal.

Pruebas complementarias: En Atención Primaria: ECG, con ondas T negativas en cara lateral. En el hospital: analítica, normal; Rx de tórax, normal; TC de cráneo, hematoma agudo intraparenquimatoso parieto-occipital izquierdo con edema perilesional y efecto masa.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, crisis hipertensiva, emergencia hipertensiva.

Juicio clínico: Ante los hallazgos de la exploración física en el CAP, el cuadro se orienta como emergencia hipertensiva con focalidad neurológica, por lo que se deriva al paciente al hospital, donde se confirma el diagnóstico de hemorragia intracraneal secundaria a crisis hipertensiva y se realiza craneotomía y drenaje de la hemorragia.

CONCLUSIONES

La emergencia hipertensiva es una situación de riesgo inminente, en la que existe daño orgánico agudo, por lo que es fundamental actuar rápidamente. Desde el punto de vista de Atención Primaria, es sobre todo importante la exploración física para detectar cualquier afectación de órgano diana y poder reaccionar de forma adecuada.

ENFERMEDAD DE ADDISON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Estrada Alifonso CE, Sandé Sucarrats L, Díaz Fuica C, Mestres Lucero J, Castro Rivera E, Jusmet Miguel X
ABS Sant Josep-Rambla Just Oliveres. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
ce_estradaalifonso@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

La enfermedad de Addison es una insuficiencia suprarrenal primaria debida a la destrucción de la glándula suprarrenal por

causas muy diversas, como infecciosas, autoinmunes y tumorales. Tiene una incidencia de 0,83 por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia de 4-6 por cada 100.000 personas.

Motivo de consulta: Epigastralgia.

Antecedentes personales: Fumador.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Varón de 39 años que presenta epigastralgia asociada a náuseas y vómito, astenia y anorexia, con pérdida de 22 kg de peso en un año.

Exploración física: PA: 96/73 mmHg. Hiperpigmentación cutánea y mucosa, incluidas las palmas y las plantas. Dolor a la palpación epigástrico. El resto de la exploración es anodino.

Pruebas complementarias: Analítica primaria: potasio: 6,5 mmol/l; sodio: 131 mmol/l; creatinina: 113 µmol/l. Analítica de Urgencias: cortisol basal: 54 nmol/l. Analítica al ingreso: autoinmunidad negativa; QuantiFERON TBC positivo; PPD negativo. Rx de abdomen: sin alteraciones. ECO abdominal: anodina. Fibrogastroscopia: hernia hiatal. TC abdominal: presencia de lesiones adrenales bilaterales, con calcificaciones dispersas puntiformes y groseras. Granuloma pulmonar base derecha.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Neoplasia, ulcus gástrico, enfermedad de Addison, enfermedad pancreática, coledocistitis.

Juicio clínico: Enfermedad de Addison.

CONCLUSIONES

Los hallazgos analíticos –hiperpotasemia, hiponatremia asociados a hiperpigmentación, hipotensión, astenia y anorexia– sugieren enfermedad de Addison. Se deriva al paciente a Urgencias, donde se confirma nivel de cortisol sérico bajo. La enfermedad de Addison es un déficit hormonal que puede manifestarse, como primer síntoma, con alteración gastrointestinal, náuseas, vómitos y anorexia. Otras manifestaciones frecuentes son debilidad o astenia, hiperpigmentación cutáneo-mucosa e hipotensión inferior a 110/70 mmHg. Se inicia tratamiento sustitutivo y antituberculoso, con lo que el paciente experimenta una mejoría clínica.

ENFERMEDAD DE BIERMER

Espantoso Romero M, Guede Fernández C, Callejas Cabanillas PA, Abalde Castro ML
CS Teis. Vigo (Pontevedra)
maitetha@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Astenia y alteración de la marcha.

Enfermedad actual: Mujer de 76 años, sin antecedentes, que consulta por astenia, palidez, disnea y alteración en la marcha. También refiere molestias gástricas.

Exploración física: Palidez intensa cutáneo-mucosa; lengua lisa y repapilada; taquicardia a 115 lpm. Marcha atáxica, hiperreflexia y disminución de la sensibilidad vibratoria en EEII.

Pruebas complementarias: Hemograma: anemia macrocítica hipercrómica, LDH aumentado y vitamina B12 baja. Examen microscópico de extensión sanguínea: anisocitosis con macrocitos, pleocariocitosis y eritroblastos circulantes. Ante la sospecha de anemia perniciosa, se derivó a la paciente al servicio de Digestivo, que realizó una endoscopia en la que se objetivó atrofia de la mucosa gástrica. Se la trató con cianocobalamina parente-

ral, tras lo que se observó un aumento de hemoglobina, hematocrito y plaquetas, así como corrección del VCM y mejoría sintomática.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Alcohol, enfermedad hepática, hipotiroidismo, anemia aplásica, mielodisplasia, fármacos citotóxicos, embarazo, dieta vegetariana, período neonatal.

Juicio clínico: Anemia perniciosa o enfermedad de Biermer.

CONCLUSIONES

La anemia perniciosa es la causa más frecuente de anemia megaloblástica en nuestro medio. Se desencadena por una deficiencia de vitamina B12 debida, a su vez, a la disminución o ausencia de factor intrínseco (FI) por atrofia de la mucosa gástrica o por destrucción autoinmune de las células parietales productoras de este. En un 50% de los casos se asocia a anticuerpos anti-FI, cuya presencia en otras enfermedades autoinmunes es excepcional. Nuestro principal objetivo es un diagnóstico precoz, incluso previo a la aparición de la anemia, para evitar el daño neurológico.

ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI

Fuentes Vallejo MS, Mazón Ouviaña EA, Machuca Albertos MJ, Flores Cebada EM, Bellanco Esteban P, Martín Araujo JA
UGC Loreto Punteales. Cádiz
marifuva@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 29 años acude a la consulta por presentar temblor en EESS, alteraciones en la marcha y sospecha de crisis comicial.

Antecedentes personales: con hábito enólico y antecedentes de episodios de alucinaciones visuales en seguimiento por Psiquiatría,

Exploración física: Destaca bradipsiquia, con disminución de agudeza visual. Se deriva al paciente a Urgencias, donde ingresa en Neurología para proseguir el estudio.

Pruebas complementarias: Analítica: creatinina 1,5 mg/dl; GOT 126 U/l; GPT 152 U/l; GGT 505 U/l; ferritina 2.169 ng/ml; proteínas totales 5,9. El resto es normal. Electroencefalograma y Rx de tórax, normales. Ecografía abdominal: esteatosis hepática moderada en hígado granular. Se consulta con Oftalmología, donde mediante potenciales visuales evocados detectan grave disfunción prequiasmática bilateral de tipo axonal. TC craneal: hipodensidad en cuerpo calloso con atrofia cortico-subcortical. RM: signos compatibles con desmielinización del cuerpo calloso.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Con enfermedades desmielinizantes (encefalomielitis diseminada aguda, esclerosis múltiple) y con lesiones captantes de contraste (linfoma, glioblastoma).

Juicio clínico: Enfermedad de Marchiafava-Bignami. Neuropatía óptica bilateral grave de origen tóxico-carencial.

CONCLUSIONES

Presentamos el caso de una entidad poco frecuente, la enfermedad de Marchiafava-Bignami, caracterizada por la desmieliniza-

ción y necrosis del cuerpo calloso y asociada, principalmente, a alcoholismo y desnutrición. Su forma de presentación es variable: aguda/subaguda/crónica. Suele iniciarse con alteraciones cognitivas o psiquiátricas asociadas a múltiples síntomas neurológicos; asimismo, se da la frecuente coexistencia de complicaciones que pueden contribuir a la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas adicionales (mielinolisis centropontina, encefalopatía de Wernicke, esclerosis laminar de Morel...). El diagnóstico se establece mediante una correlación clínico-radiológica, mientras que el diagnóstico de certeza se ratifica con necropsia. Se trata de una enfermedad irreversible, sin tratamiento eficaz.

¿ES TAN BUENO EL DEPORTE COMO SE DICE?

Díaz Ferreiros N, Peláez González Á, Bada Sánchez M, Barcina Pajares R
CS de Riaño. Asturias
snats_88@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La rabdomiolisis se caracteriza por la destrucción de células musculares esqueléticas, liberándose al torrente circulatorio enzimas, pigmentos y electrolitos que pueden inducir un fracaso renal agudo.

Motivo de consulta: Varón de 19 años y mujer de 33 años, sin ninguna relación, que consultan en Atención Primaria por dolor muscular en ambos cuádriceps.

Antecedentes personales y familiares: Varón, sin antecedentes de interés. Mujer con antecedentes de enfermedad de Crohn.

Enfermedad actual: Dolor intenso de cuatro días de evolución después de que los pacientes, poco entrenados, hayan realizado un sobreesfuerzo muscular en el gimnasio.

Exploración física: Intenso dolor a la palpación y movilización de ambos cuádriceps, edema localizado. El resto es anodino.

Pruebas complementarias: Tira reactiva de orina: coluria con hemátíes positivos.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Tendinitis, rotura fibrilar, rabdomiolisis después de hacer ejercicio, síndrome compartimental.

Juicio clínico: Se deriva a Urgencias hospitalarias a ambos pacientes. El varón alcanza cifras de CPK máximas de 99.860 U/l, sin otras alteraciones iónicas. Se le realiza una ecografía, que no muestra evidencia de necrosis ni de afectación vásculo-nerviosa distal, por lo que se descarta realizar una fasciotomía descompresiva. Se le trata con hielo aplicado de forma local, AINE, dexametasona y sueroterapia. La mujer presenta una CPK máxima de 60.435 U/l sin otras alteraciones. Clínicamente se observa menor afectación que el otro paciente. Como tratamiento se le prescribe AINE, sueroterapia y la aplicación de hielo local. Ambos reciben el alta domiciliaria tras constatar una buena respuesta a sueroterapia y haberse objetivado buena función renal.

CONCLUSIONES

Ante su múltiple etiología, su baja incidencia y las numerosas entidades con síntomas similares, es importante no obviar la rabdomiolisis como posible diagnóstico en todo paciente que acude a la consulta con dolor muscular después de realizar ejercicio dada su morbimortalidad.

EVOLUCIÓN DESFAVORABLE EN TRAUMATISMO COSTAL

Girón Estrada V, Contreras Delgado K, Jilaveanu C, Tejeiro Rico M, Alonso Alcañiz M, Saz Simón L, Sanjuán Domingo R
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza)
karen_cd@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: Los traumatismos torácicos constituyen un problema frecuente como consecuencia de lesiones originadas por actividades domésticas, laborales y, especialmente, accidentes de tráfico.

Motivo de consulta: Mujer de 83 años que, tras una caída casual, presenta traumatismo en el costado izquierdo.

Exploración física: Dolor a la palpación de los últimos arcos costales anteriores izquierdos, sin deformidad ni crepitación a ese nivel. El resto es normal.

Pruebas complementarias: En las radiografías se observa fractura anterior de novena costilla izquierda, sin otros hallazgos. Como la analítica no presenta alteraciones, se le da el alta con analgesia. A las 48 horas, la paciente vuelve a Urgencias por un episodio de vómito. Se solicita analítica, gasometría arterial y ECG; todos ellos son normales. La radiografía no presenta cambios. En el TC torácico se observa imagen compatible con contusión pulmonar a nivel de segmento basal posterior de lóbulo inferior izquierdo.

DESARROLLO

Se decide ingresar a la paciente para controlar la evolución de la contusión pulmonar. Su evolución es desfavorable.

Diagnóstico: Contusión pulmonar.

CONCLUSIONES

La contusión pulmonar tiene una incidencia del 30-75 % en los traumatismos torácicos cerrados de elevada intensidad. Suele estar asociada a otras lesiones, en cuyo caso puede alcanzar una mortalidad de hasta el 24 %. Los signos más comunes de contusión son disnea, taquipnea, hemoptisis, cianosis e hipotensión, con crepitantes a la auscultación. La Rx de tórax y sobre todo la TC evidencian infiltrados alveolares parcheados (hemorragia alveolar) que pueden confluir y llegar a afectar a todo un lóbulo o pulmón. El tratamiento consiste en oxigenoterapia, analgesia y fisioterapia intensiva. La indicación de cirugía está limitada a casos de grandes destrucciones parenquimatosas, sangrado de un vaso importante o fístula broncovascular.

EXOFTALMOS UNILATERAL EN PACIENTE HIPERTIROIDEA

Alavedra Celada C, Batalla Massana L, Andreu Huertas N, Sánchez Fraga Á, Laplaza Miras T, Medina del Rosario M
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
calavedracelada@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: El exoftalmos puede ser el primer signo de varias entidades. Aunque la más frecuente es el hipertiroidismo, no hay que olvidar otras y, si es preciso, se deben hacer más estudios.

Motivo de consulta: Dolor en el ojo derecho.

Antecedentes personales y familiares: Mujer de 71 años hipertensa, con dislipemia, diabetes tipo 2 con insulina e insuficiencia renal. Hace dos meses se le diagnosticó hipertiroidismo secundario a enfermedad de Graves, en tratamiento con Tirodril®.

Enfermedad actual: Acude al médico por dolor oftálmico derecho desde hace 4 días.

Exploración física: Exoftalmos, edema palpebral, conjuntiva hiperémica y visión borrosa derecha. El examen neurológico es normal.

Pruebas complementarias: Analítica con función tiroidea correcta. Resonancia craneal con una dilatación de las dos venas oftálmicas de predominio derecho con senos cavernosos ingurgitados.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Oftalmopatía tiroidea, proceso expansivo intracraneal, fístula carotídeo-cavernosa.

Juicio clínico: Se deriva a la paciente a Oftalmología, que orienta el diagnóstico como oftalmopatía tiroidea. La paciente acude reiteradamente al médico por aumento del dolor, que se extiende a zona frontotemporal y no mejora con analgesia. Se la deriva de nuevo por aparición de diplopía de 48 horas y se solicita RM craneal preferente para descartar un proceso expansivo intracraneal u orbitopatía tiroidea. Con la RM se orienta el cuadro como fístula carotídeo-cavernosa y se interviene mediante arteriografía.

CONCLUSIONES

A partir del signo guía del exoftalmos y dado el antecedente del hipertiroidismo, se orientó el cuadro como oftalmopatía tiroidea. Aunque se trata de una de las causas más frecuentes, no hay que olvidar que otros procesos pueden causar el exoftalmos, y más cuando este se presenta de manera unilateral.

¿FIEBRE DE ORIGEN CONOCIDO?

Mateo Simón A, Navarro Martín S, Martín-Rabadan Muro M
CS De Can Misses. Ibiza (Illes Balears)
amateo@asef.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Mujer de 49 años, visitadora frecuente de nuestra consulta, que en el último año ha sido estudiada por nódulo mamario y mastitis, con eco y mamografía normales.

Antecedentes personales: No presenta alergias medicamentosas. HTA bien controlada con enalapril. Drenaje de absceso de mama en juventud. El 7 de julio de 2013 acude a Urgencias de Atención Primaria por fiebre y odinofagia de 4 días de evolución. Le diagnostican faringitis y pautan amoxicilina. Diez días después vuelve a la consulta por persistencia de la fiebre (38 °C) y molestias al tragar, y además nota una induración en la mama derecha.

Exploración física: Mamas fibroquísticas, induración periareolar, dolorosa a la palpación. Se orienta el cuadro como mastitis y se pauta cloxacilina. A las 3 semanas se realiza mamografía de control, con resultado normal. El 27 de agosto de 2013 acude a Urgencias hospitalarias por malestar y fiebre (38,5 °C), y le diagnostican de nuevo una mastitis y se le pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico. El 12 de septiembre de 2013 acude de nuevo por malestar y fiebre, que no se objetiva en ese momento, así como por molestias faríngeas y con alguna deposición dia-reica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Fiebre intermitente de dos meses de evolución: enfermedades del tejido conectivo, infecciones y neoplasias. En la exploración no se observan adenopatías; se palpa un aumento de lóbulo tiroideo derecho, doloroso. Ante la sospecha de tiroiditis, solicitamos analítica: leucocitos: 14,2; VSG: 30; PCR: 7; TSH: 0,074 con T4 normal. Eco tiroides: hallazgos compatibles con tiroiditis subaguda.

CONCLUSIONES

Debemos replantearnos el diagnóstico con un paciente en el que persisten los síntomas a pesar de que sigue un tratamiento correcto. Una exploración minuciosa en la tiroiditis subaguda nos ayuda a sospechar el diagnóstico y a solicitar las pruebas necesarias.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Salva Ortiz N, Allely Ramírez MJ, Sánchez Morales LR, Marcelo Martínez AM CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)
nereasalva@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Fiebre.

Antecedentes personales: No se conocen reacciones adversas a medicamentos ni tiene hábitos tóxicos. Trabaja como lavandera. Pendiente de tiroidectomía por bocio nodular, HTA.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Mujer de 54 años que acude a su médico de Atención Primaria por presentar fiebre de 38,5 °C vespertina desde hace un mes que se acompaña de astenia, pérdida de peso y anorexia. No tiene antecedentes epidemiológicos.

Exploración física: Constantes normales. AC: tonos apagados y rítmicos. Sopro grado I de esclerosis aórtica. AP: normal. Cuello: bocio grado I-II ligeramente doloroso. Hiperplasia biparotidea leve. Abdomen: dolor difuso a la palpación. Ausencia de peritonismo.

Pruebas complementarias: Hemograma: 1.230 neutrófilos; 4.700 leucocitos totales. El resto es normal. Bioquímica: GPT 40; ácido úrico 7; calcio corregido 11; ferritina 400; proteínas totales 5,9; albúmina 3,2. TSH < 0,005; FT3 2,09 ng/dl; FT4 5,14 ng/dl. Marcadores tumorales, factor reumatoide, PCR, orina normal o negativos. Serología: *Brucella*, *Rickettsia*, *Coxiella*, VEB, CMV, VHB y VHC negativos. Urocultivo y hemocultivos negativos. ECG: taquicardia sinusal. Rx de tórax: normal. TC de tórax y abdomen: bocio multinodular intratorácico. Ecocardiograma normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Infecciones víricas, fiebre Q, tumores.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda o de Quervain.

CONCLUSIONES

La tiroiditis subaguda es una enfermedad poco común, pero hay que tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de fiebre sin foco. Para detectarla, es muy importante la anamnesis, la exploración física y el perfil tiroideo en la analítica. Es fácilmente diagnosticable desde Atención Primaria, pero pasa desapercibida.

GRANULOMATOSIS LIMITADA... ¿E INTERMITENTE?

Montesinos Díaz JL, Bordell Sánchez A, Atares Vicente R, Pascual Rodríguez R, García Peláez A, Benito Rodríguez M CS Ciudades. Getafe (Madrid)
jlmontesinos88@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

La sintomatología inespecífica prima en la consulta del médico de Atención Primaria, lo que puede enmascarar cuadros clínicos más complicados de los esperados.

Motivo de consulta: Mujer de 69 años consulta por un cuadro de fiebre, astenia, anorexia y artralgias generalizadas que no mejora pese al tratamiento sintomático pautado.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: anodina.

Pruebas complementarias: analítica solamente destaca una elevación de la VSG a 83, con parámetros de autoinmunidad negativos. En la Rx simple de tórax se hallan formaciones compatibles con nódulos bilaterales, lo que se confirma en el estudio de extensión con TC.

DESARROLLO

Tras descartar un proceso infeccioso, se confirma con una biopsia la existencia de una inflamación granulomatosa necrotizante con vasculitis extensa en parénquima pulmonar. Previo al inicio del tratamiento inmunosupresor, se hace una Rx de control en la que la paciente no presenta las lesiones descritas anteriormente y refiere una franca mejoría clínica.

CONCLUSIONES

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de procesos que reconocen como sustrato patológico la presencia de inflamación de los vasos sanguíneos. Suelen iniciarse con cuadros inespecíficos que desafían el juicio clínico inicial por su gran variabilidad sintomática. Este caso corresponde a una granulomatosis de Wegener (GPA) cuyo diagnóstico es eminentemente clínico y se basa en criterios como la presencia de inflamación oral o nasal, la existencia de nódulos en las vías respiratorias bajas o granulomas en biopsia de cualquier órgano. La GPA que es una de las vasculitis anticuerpo citoplasma de neutrófilo (ANCA) positiva, siendo la mayoría de los casos ANCA positivos, asociadas principalmente a PCR3-ANCA.

HALLAZGO CASUAL EN LA ANALÍTICA DE CONTROL

Mazón Ouviaña EA, Fuentes Vallejo MS, Machuca Albertos MJ, Bellanco Esteban P, Pérez Eslava M, Flores Cebada EM UGC La Laguna. Cádiz
elisa.mzn87@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Adolescente de 14 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria por primera vez; antes siempre iba a Pediatría. Se encuentra correctamente vacunada. Niega tomar fármacos y tener hábitos tóxicos. En la analítica solicitada para abrir la historia se detecta hipertransaminasemia. No presenta sinto-

matología digestiva, salvo una leve epigastria. No hay nada destacable en la exploración. Desde Atención Primaria se solicitan las siguientes pruebas: analítica con marcadores hepáticos, serología de virus hepatotropos (VHA, VHB, VHC, VEB, CMV), serología autoinmune, proteinograma, donde destaca hipertransaminasemia, una discreta elevación del TPTA y anticuerpos ANA y ASML a título 1/320 y 1/160, respectivamente. El resto es normal. La ecografía abdominal también es normal. Se deriva a la paciente a Digestivo para valorarla, desde donde le realizan una endoscopia oral: gastropatía erosiva con test ureasa negativo. Biopsia hepática: hepatitis periportal con intensa actividad inflamatoria en estado de cirrosis, característica de etiopatogenia autoinmune.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Hepatitis autoinmune, hepatitis virales, hepatitis por fármacos o hepatotóxicos, hepatitis alcohólica, hepatitis por déficit de α 1-antitripsina, enfermedad de Wilson.

Juicio clínico: Hepatitis autoinmune,

CONCLUSIONES

La hepatitis autoinmune es una enfermedad etiológicamente desconocida, caracterizada por inflamación hepatocelular que evoluciona a cirrosis. Presenta anticuerpos plasmáticos contra hepato-antígenos. El diagnóstico se sospecha ante una hipertransaminasemia mantenida junto a autoanticuerpos séricos y se ratifica con una biopsia hepática, diagnóstica incluso en estadios tempranos. El manejo es mediante glucocorticoides e inmunosupresores, con lo que se cumplen criterios de indicación de tratamiento. Normalmente los pacientes responden, con lo que se normalizan analítica y anatomopatológicamente, aunque en un alto porcentaje hay recidivas.

HALLAZGO DE ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

Allely Ramírez MJ, Salva Ortiz N, Marcelo Martínez AM
CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)
mjallely@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Detección de enfermedades autoinmunes asociada a vitíligo.

Antecedentes personales: No se conocen reacciones adversas a medicamentos ni tiene hábitos tóxicos. Vitíligo. Intervenida de fractura del tobillo derecho. Menopausia a los 45 años.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Mujer de 54 años que acude a la consulta por cuadro catarral. Se le realiza un análisis de control anual en el que se detectan valores analíticos alterados compatibles con anemia macrocítica.

Exploración física: Constantes normales. Vitíligo estable. Cuello: normal. AC: tonos puros y rítmicos. AP: MVC. Sin ruidos patológicos

Pruebas complementarias: Hemograma: Hb: 9,8 g/dl; VCM: 129; Hb corpuscular media: 43; dispersión de hematíes: 18,2%; 1.610 neutrófilos; 150 monocitos. Resto normal. Bioquímica: LDH: 817; GGT: 59; GOT: 39; GPT: 33. Fosfatasa alcalina: 110; vitamina B12: 289; fólico 15,1. TSH: 1,070 Resto normal. Elemental de orina normal. Endoscopia oral: hernia hiatal pequeña. Gastritis crónica atrófica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: tipos anemias macrocíticas.

Juicio clínico: Anemia megaloblástica. Gastritis crónica atrófica.

CONCLUSIONES

En la consulta de Atención Primaria, es importante tener en cuenta las enfermedades autoinmunes, ya que se relacionan con distintas entidades fácilmente diagnosticables. Dada una buena anamnesis y las pruebas complementarias de que disponemos en Atención Primaria, se puede realizar un enfoque multiespecialidad para llegar a un diagnóstico de certeza. En la consulta tendremos que hacer el seguimiento de dicha patología y realizar controles frecuentes por las posibles complicaciones que puedan aparecer.

HALLAZGO INCIDENTAL DE UN TRAQUEOCELE

Fernández García MJ, De León Gallo RM
ABS-IV Riu Nord i Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
enea833@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: Mujer de 66 años sin antecedentes médicos conocidos.

Antecedentes personales: HTA y DLP en tratamiento farmacológico oral, cifras de glucemia basal alteradas e hipertransaminasemia.

Motivo de consulta: La paciente acude a la consulta por cervicalgia mecánica de dos meses de evolución, sin que se haya dado un traumatismo o un mal gesto previo.

Exploración física: Mínima contractura paravertebral izquierda. Se pauta analgesia y relajante muscular y se solicita Rx. En la columna cervical se detecta espondilosis y pinzamiento en los espacios intervertebrales C3-C4, C5-C6 y C6-C7. Al mes, la paciente vuelve a la consulta por empeoramiento de la clínica, por lo que se le realiza TC cervical, que muestra disminución de la altura de los discos anteriormente citados, además de hallazgos compatibles con artrosis y traqueoceles de pequeño tamaño en la pared posterolateral derecha de la tráquea, a nivel de T1-T2.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Faringocele, laringocele, divertículo de Zenker, herniación del ápice del pulmón y la bulla apical parasseptal o blebs.

Juicio clínico: Traqueocele infrecuente. Cavidad aérea paratraqueal por debilidad congénita o adquirida de la pared de la tráquea. Predilección por el lado derecho, dada la ubicación izquierda del esófago. Síntomas escasos e inespecíficos: disnea, disfagia intermitente, hemoptisis, traqueobronquitis de repetición, estridor... Diagnóstico por TC. Tratamiento variable, que puede ser desde conservador hasta requerir la cirugía.

CONCLUSIONES

Al solicitar una prueba diagnóstica, no solo tenemos que centrarnos en el motivo de la solicitud, sino también en la información adicional que esta nos puede proporcionar.

HAY QUE CONGELAR EL PESCADO

Calvo Sardón S, Martos Álvarez HC, Nieto Sánchez S, Álvarez Hodel AE, Benítez Bartolomé S, Marcos Sánchez B
CS Parquesol. Valladolid
sandracalvosardon@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente de 64 años con alergia a las penicilinas acude a la consulta por un cuadro de 24 horas de evolución de dolor continuo en epigastrio y fosa ilíaca izquierda asociado a náuseas y vómitos. El tránsito intestinal se produce sin alteraciones y sin productos patológicos. Refiere, además, eritema en tronco de horas de evolución con episodio similar al anterior y que relaciona con la toma de anchoas. En los días previos también había comido lucio.

Antecedentes personales: Quiste renal izquierdo. No toma ninguna medicación de forma habitual.

Exploración física: Constantes estables, afebril. Abdomen: ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda, signos de irritación peritoneal a nivel local en fosa ilíaca izquierda, Blumberg positivo en fosa ilíaca derecha, ausencia de visceromegalias palpables. Piel: eritema cutáneo en tórax confluyente y región palmar de ambas manos. Resto de los aparatos, normales.

Pruebas complementarias: Analítica: 12.800 leucocitos; 50,9% neutrófilos; eosinófilos 28,6%; eosinófilos totales 3,7; resto de hemograma normal. Bioquímica sin alteraciones. PCR 99. Serología anisakis: positiva (2,45). Ecografía: a nivel de FII, dilatación de asa de intestino delgado, con hiperperistaltismo y leve engrosamiento de su pared. TC: engrosamiento hipodenso concéntrico de un segmento de íleon proximal, compatible con cambios inflamatorios como primera posibilidad. Rx de tórax, abdomen y ECG sin alteraciones.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, peritonitis, gastroenteritis aguda.

Juicio clínico: Ileítis proximal aguda por anisakis.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha de un cuadro abdominal agudo, es necesaria la derivación urgente hospitalaria del paciente para descartar cuadros potencialmente mortales. La clínica de abdomen agudo junto a la reacción alérgica y eosinofilia periférica con antecedente de toma de pescado sin congelar nos dan la sospecha diagnóstica.

HERPES ZOSTER EN VARÓN INMUNOCOMPETENTE

González Silva Y, De la Fuente Hontañón MC, González Ramos J
CS Plaza del Ejército. Valladolid
gonzalez.silva.yolanda@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 56 años que acude por primera vez a su médico de familia. Refiere dolor en hipocondrio derecho y espalda, de carácter urgente unas veces y en otras como unos pinchazos que le despiertan por la noche. Han comenzado una semana atrás, coincidiendo con un período de estrés laboral.

Antecedentes personales: Sin interés.

Exploración física: No se aprecian alteraciones cutáneas ni dolor a la palpación, no hay contracturas en la zona. Obesidad central. El resto es normal.

Pruebas complementarias: Por ser la primera vez que acude al médico de Atención Primaria, se decide realizar una analítica normal que incluya patrón hepático, lipídico, renal y serología VHC, VHB y VIH.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Herpes zoster (el cuadro es muy significativo para sospechar otra entidad).

Juicio clínico: Herpes zoster por el tipo de dolor y la distribución metamérica. La médico de Atención Primaria pauta metamizol, paracetamol y diazepam e informa al paciente de la posible aparición de vesículas en la piel. A los cuatro días aparecen lesiones herpéticas D7-D8 en la zona dolorosa, por lo que se añade un tratamiento específico a nivel sistémico y tópico. Las lesiones dérmicas evolucionan correctamente y se controla el dolor. A las tres semanas persiste el dolor localizado de características neuropáticas, que responde a gabapentina y lidocaína en parches.

CONCLUSIONES

La escucha atenta de los síntomas descritos por el paciente y sus circunstancias laborales nos facilita la realización de un diagnóstico de sospecha y de un pronóstico evolutivo.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA: POLIQUISTOSIS RENAL

Alonso Arizcun B, Armela Sánchez-Crespo E, Martín Fernández AI, Rodríguez Benito L, Carreras Migueláñez A, De Felipe Medina R
CS Pintores. Parla (Madrid)
b.alonso.arizcun@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

La poliquistosis renal autosómica dominante es una enfermedad hereditaria caracterizada por múltiples quistes renales bilaterales y manifestaciones extrarrenales (quistes en otros órganos, anomalías vasculares, cardíacas, digestivas y musculoesqueléticas). Su manifestación clínica más frecuente es la hipertensión arterial.

Motivo de consulta: Varón de 36 años consulta por cifras de PA elevadas en una revisión de empresa. Se realiza una prueba de HTA con diagnóstico final HTA estadio II con cifras superiores a 160/99 mmHg.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: PA: 180/100 mmHg. El resto es anodino.

Pruebas complementarias: Analítica: función renal normal. ECG: sin datos de HVI. Iniciamos tratamiento con IECA en dosis bajas, pero continúa el mal control de las cifras tensionales, por lo que se precisa un aumento de la dosis y la asociación de un diurético.

Se amplía el estudio de HTA en este paciente joven y se realiza una ecografía en la consulta de Atención Primaria, en la que se observa un riñón derecho aumentado de tamaño (14,8 cm) con múltiples quistes renales. Se investigan sus antecedentes familiares: padre, de 60 años, con múltiples quistes renales bilaterales diagnosticados por TC; hijo, de 5 años, en estudio por síndrome nefrótico corticorresistente. Se deriva al paciente a Nefrología, donde se confirma el diagnóstico de poliquistosis renal.

DESARROLLO

La HTA secundaria puede deberse a múltiples causas: vasculorenal, feocromocitoma, alteraciones tiroideas, glomerulonefritis, vasculitis o poliquistosis renal. En este caso, la ecografía abdominal pone de manifiesto la etiología de la hipertensión arterial secundaria a riñón poliquístico.

CONCLUSIONES

Para el médico de familia es fundamental estudiar las causas secundarias de hipertensión arterial cuando esta se inicia en personas de menos de 40 años. La ecografía es una herramienta muy útil en Atención Primaria, pues nos permite completar estudios y orientar diagnósticos clínicos.

HIPOPOTASEMIA SECUNDARIA A FITOTERAPIA

Peidro Molina L, Safont Moreno M, Colmenares O, Gavarrete A, Mayolas Saura E, Oriol Zebre C
ABS 1 Can Mariner. Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)
luciapm82@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Mujer de 42 años, fumadora de 20 cig/d con antecedentes patológicos de hipercolesterolemia y ansiedad, acude a la consulta por náuseas sin vómitos y dolor epigástrico. Posteriormente presenta un episodio de pérdida de conciencia de pocos segundos de duración con sudoración profusa y parestesias en manos y pies. Al volver a interrogar a la paciente, esta refiere cansancio, palpitaciones, temblor fino de manos de cuatro meses de evolución, lo que coincide con la toma de un complemento dietético para bajar de peso.

Exploración física: Manos en garra. El resto es anodino.

Pruebas complementarias: Analítica: Na 132 meq/l; K 1,5 meq/l; Cr 0,99; FG > 60. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, eje 60, PR 0,08, QRS 0,08, QT 0,6.

DESARROLLO

Nos encontramos ante una hipopotasemia grave con función renal conservada, lo que se expresa en forma de afectación gastrointestinal, del sistema nervioso central, músculo esquelético y músculo cardíaco. El cuadro coincide con la toma de plantas medicinales, la mayoría de ellas diuréticas, sin un suplemento de potasio. En el envase del producto, llama la atención que se identifique las plantas por su nombre común y no por el científico, hecho que dificulta su correcta identificación.

CONCLUSIONES

El uso de plantas medicinales en nuestra población es habitual. Estas contienen principios activos con efectos tanto terapéuticos como secundarios, al igual que los medicamentos de síntesis. Por lo tanto, es importante su correcta utilización y también su identificación en los productos fitoterapéuticos. Creemos que es imprescindible incluir este uso en la anamnesis y ofrecer formación en fitoterapia tanto a sanitarios como a la población general.

INSPECCIÓN, AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN Y PALPACIÓN, ¡QUE NO SE TE OLVIDE!

Delgado Alonso L, Del Amo Ramos S, Andrade Soto MC, Melo Toledo E, Córdoba A, Tijero Rodríguez B
CS Huerta del Rey. Valladolid
lorenadalonso@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: En los últimos años, se ha producido una progresiva masificación de las consultas médicas en Atención Primaria, lo que ha dado lugar a una disminución de los tiempos de atención a los pacientes y supone un riesgo para la calidad asistencial y la salud de los enfermos.

Motivo de consulta: Abdominalgia

Antecedentes personales: HTA. DM tipo 2. Diverticulosis.

Enfermedad actual: Abdominalgia intermitente de 15 días de evolución en FID. Diarrea al inicio del cuadro, ya resuelta. Ausencia de náuseas o vómitos. No síndrome constitucional. La paciente acude a su médico de Atención primaria, siendo tratada como gastroenteritis aguda. Ante la no mejoría, va a Urgencias.

Exploración física (en Urgencias): Febrícula. Abdomen globuloso, distendido, con dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho, donde se palpa una masa. No presenta peritonismo. Discreto timpanismo en hemiabdomen derecho.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. PCR: 248. Eco/ TC abdominal: hallazgos radiológicos compatibles con una neoplasia de ciego o con un plastrón de origen apendicular. La paciente ingresa en CGD, donde se le realiza una colonoscopia: inflamación periapendicular y diverticulosis en sigma. Se inicia un tratamiento antibiótico empírico y desaparece la sintomatología. En la TC de control se observa una disminución del tamaño de la masa.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Cáncer de colon, quiste de ovario, diverticulosis, obstrucción intestinal.

Juicio clínico: Posible plastrón apendicular.

CONCLUSIONES

En el proceso de inspección, auscultación, percusión y palpación, esta última constituye el paso informativo más importante del examen físico del abdomen, pero es difícil llevarlo a cabo junto con una buena entrevista clínica en 10 minutos. No obstante, debemos esforzarnos por realizar una buena práctica clínica.

INTENTO DE AUTOLISIS CON SALFUMÁN

González Begines V, Luque Escalante ML
CS Utrera Sur-Distrito Sevilla Sur. Sevilla
vanegobe@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria (medio rural).

PRESENTACIÓN

El agua fuerte o sulfumán es un ácido fuerte (pH < 3), una disolución acuosa del gas cloruro de hidrógeno.

Motivo de consulta: Nos avisan para que hagamos una valoración en el domicilio de una paciente de 85 años que presenta disartria y desviación de la comisura bucal.

Antecedentes personales: Diabetes, hipertensión, trastorno mixto ansioso-depresivo en seguimiento por un psiquiatra privado.

Enfermedad actual: Según refiere un familiar, han encontrado a la paciente sentada en la cama balbuceante. Presentaba sialorrea, dificultad para el entendimiento del lenguaje y desviación de la

comisura bucal. A nuestra llegada nos encontramos a la paciente en decúbito supino, quejosa e inquieta. Glasgow 14. Eupneica. Náuseosa. Desviación de la comisura bucal hacia la derecha (sin prótesis dental), con lenguaje dificultoso de entender. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y defensa abdominal, con timpanismo. Resto anodino. PA: 110/60 mmHg; FC 72 lpm; glucosa 117 mg/dl.

DESARROLLO

No hay una congruencia entre el motivo de aviso y la exploración física: abdomen agudo y balbuceo. Posteriormente un familiar se alarma al encontrar una botella de agua fuerte abierta a la que le falta un tercio de su contenido. La paciente confirma haber realizado una ingesta con idea autolítica. Por lo tanto, se concluye que existe un intento autolítico con ingesta de sulfamán.

CONCLUSIONES

Es imprescindible realizar una buena historia clínica y profundizar en los datos cuando existan incongruencias entre la anamnesis y la exploración física. Hay que destacar la alta mortalidad por ingesta de cáusticos (perforación esofágica), que requieren un traslado urgente al hospital. Debemos informarnos sobre las medidas que hay que seguir llamando al Instituto Nacional de Toxicología (91 56 20 420).

INTRÍNGULIS Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN UN PACIENTE OBESO

Argueta Armenta R, Peguero E
ABS El Castell. Castelldefels (Barcelona)
rargueta1984@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y hospitalaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 64 años que acude a Urgencias desde el CAP por fiebre de 2 días de 39,2 °C.

Antecedentes personales: Padece obesidad mórbida, HTA, DM tipo 2, dislipemia y cardiopatía isquémica. Es exfumador y alcohólico. En otro episodio, seis meses atrás, se había evidenciado insuficiencia aórtica leve en una ecocardiografía, que se trató con amoxicilina empírica.

Exploración física: Solo destaca el soplo aórtico ya conocido.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR elevada. Sedimento y urinocultivos negativos y Rx de tórax/abdomen sin alteraciones valorables. Hemocultivos: coco Gram positivo. El paciente ingresa en el hospital.

DESARROLLO

Al cabo de 72 horas se realiza una ecocardiografía transtorácica, que objetiva función ventricular conservada, insuficiencia aórtica leve con leve insuficiencia mitral nueva. La ecografía abdominal es normal. Se instaura antibioticoterapia empírica con ampicilina-ceftriaxona, pero una nueva ecocardiografía revela un empeoramiento de su insuficiencia aórtica. Ecocardiografía transesofágica: vegetación de 1,5 cm en válvula aórtica e insuficiencia aórtica moderada. Hemocultivos: *Enterococcus faecalis*. Se completa el tratamiento antibiótico durante 3 semanas, tras lo que una nueva ecocardiografía descarta vegetaciones y complicaciones.

CONCLUSIONES

La fiebre sin foco en una persona con cardiopatía valvular debe hacernos sospechar la endocarditis bacteriana. Sin embargo, en ocasiones la ecocardiografía no es concluyente, por lo que la realización de una ecocardiografía transesofágica es de enorme ayuda. El tratamiento actual que se recomienda es de amoxicilina más ceftriaxona. Es necesario implicar al paciente en la prevención de los factores de riesgo para esta patología. En este caso, la obesidad mórbida es uno de ellos, y es importante tratarla ya que aumenta el riesgo quirúrgico y de reinfección.

LA AUTOEXPLORACIÓN COMO PREVENCIÓN

Fernández Cueto EM, Calderón Moreno FJ, García Aroca M, Canada Cámara E
CS El Algar-Mar Menor. Unidad Docente de Cartagena-Mar Menor.
Cartagena (Murcia)
evam_fc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 30 años sin antecedentes médico-quirúrgicos que acude a la consulta por aumento del tamaño del testículo izquierdo de una semana de evolución sin que se haya producido un traumatismo previo u otra sintomatología asociada.

Exploración física: Palpamos una tumefacción dura, firme y dolorosa en testículo izquierdo que no se transilumina. No observamos ginecomastia o adenopatías inguinales. El testículo derecho no presenta alteraciones. Solicitamos ecografía testicular y remitimos al paciente a consulta preferente de Urología.

Pruebas complementarias: Ecografía testicular: testículo derecho normal; el testículo izquierdo presenta una lesión sólida de 2 cm de eje mayor hipoecoica y heterogénea, con punteado sugestivo de microlitiasis, así como otra segunda lesión similar de 0,8 cm con ambos focos confinados al testículo, impresionan de tumor testicular. Probablemente se trate de un seminoma. Epidídimos normales. Rastreo inguinal y abdominal en el que no se aprecian adenomegalias retroperitoneales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Lipoma del cordón, quilocele, poliorquidia, espermatocelo, varicocele, quistes testiculares.

Juicio clínico: Carcinoma de testículo izquierdo.

CONCLUSIONES

El cáncer testicular detectado precozmente es una enfermedad con posibilidades de curación. Una de las formas de detección precoz consiste en un sencillo autoexamen de apenas unos minutos, que debe comenzarse a una edad temprana. Es importante que desde Atención Primaria se lo recomendamos a nuestros pacientes. Este cáncer afecta en general a varones jóvenes que se encuentran en el tercer o cuarto decenio de vida. Normalmente aparece como una masa unilateral indolora en el escroto o como el hallazgo casual de una masa intraescrotal. En el 20 % de los pacientes el primer síntoma consiste en dolor escrotal, y en el 27 %, en dolor local.

LA BACTERIURIA NO SIEMPRE JUSTIFICA LAS ALTERACIONES EN ANCIANOS

Martín Fernández AI, Salas Álvarez del Valle FJ, Álvarez Vallespín P,
Armela Sánchez-Crespo E, Alonso Arizcun B, Rodríguez Benito L
CS Pinto. Pinto (Madrid)
a.i.martinfernandez@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Dentro del proceso formativo del residente de Medicina Familiar y Comunitaria es fundamental adquirir las competencias necesarias para saber reconocer al paciente urgente. En pacientes ancianos, la ITU puede tener una presentación atípica como una caída. Sin embargo, antes de asumir un diagnóstico, es imprescindible realizar una buena anamnesis y una correcta exploración física que descarten otros procesos.

Motivo de consulta: Varón de 69 años con artritis reumatoide y al que han puesto la vacuna antigripal un mes antes. Lleva una vida activa. Acude a Urgencias tras haberse caído casualmente al suelo y haberse golpeado en el cuello. Refiere debilidad en EEII y manos, disfonía, anuria y estreñimiento.

Exploración física: El paciente está estable hemodinámicamente y orientado; presenta disfonía, así como plejía e hipoestesia en EEII. Paresia distal en EESS. ROT abolidos. Abdomen: timpánico, con dolor generalizado y globo vesical.

Pruebas complementarias: Creatinina 1,5 mg/dl; PCR >190 mg/l; leucocitos 14.140. Sistemático de orina: piuria, bacteriuria. Rx de abdomen: dilatación de intestino delgado y colon. Rx de columna cervical: normal. RM: hematoma epidural desde C4-C5 hasta T1-T2, con efecto masa y estenosis del canal central.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Compresión medular (traumatismos; malformaciones vasculares; neoplasias; enfermedades inflamatorias; infecciones) y síndrome de Guillain-Barré.

Juicio clínico: Hematoma epidural.

CONCLUSIONES

Es importante valorar al paciente de forma global y considerar las exploraciones complementarias como una ayuda al diagnóstico razonado, y no la justificación de los síntomas. El 10% de los varones de más de 65 años presentan bacteriuria asintomática, que no precisa tratamiento por tener un riesgo muy bajo de desarrollar una ITU sintomática. El hematoma epidural con compromiso neurológico es una emergencia que precisa diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico descompresivo urgente.

LA CEFALEA ES UN SÍNTOMA MUCHAS VECES SUBESTIMADO

De la Cruz Patricio M, De León Gallo R, Fernández García MJ
ABS 4 Santa Coloma de Gramenet. Barcelona
miltoncesar85@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: Mujer de 37 años sin antecedentes médicos conocidos.

Antecedentes personales: Migrañas en tratamiento con paracetamol y AINE.

Motivo de consulta: Cefalea hemicraneal de larga evolución que trata con analgésicos y AINE. En los últimos dos años aumenta su frecuencia e intensidad. La paciente visita varias veces Urgencias, donde se le pauta un tratamiento sintomático, y al neurólogo, que prescribe topiramato 25 mg. Al mes, la paciente

vuelve a la consulta por persistencia de la cefalea (todo el día). La exploración neurológica es normal y se deriva a neurólogo. Se le realiza RM cerebral: adenoma hipofisario de 19 × 15 × 11 mm en contacto con pared del SC derecho. Analítica: GH (11,2) e IGF-1 (743) con PRL, FSH, LH y TSH normales. En la anamnesis refiere aumento de tamaño de partes acras (manos y pies). Es derivada a Neurocirugía, donde la analítica resulta con GH (10) e IGF-1(985). Se inicia tratamiento con Somatulina® 90 mg/mes que se sube a 120 mg/mes y cabergolina 3,5 mg/semana; la respuesta es parcial. RM cerebral (control): lesión nodular hipofisaria derecha de 15 × 15 × 20 mm. El margen lateral alcanza el sifón carotídeo, sin llegar a sobrepasarlo (clasificación Knosp 1). Se interviene sin complicaciones vía transfenoidal. AP: adenoma hipofisario e inmuno positivo para GH y ocasionalmente ACTH y PRL. Analítica (al mes): ACTH < 5, GH (5,86), IGF-1 (343). La paciente refiere encontrarse mejor, con disminución de la hinchazón de manos y pies y reducción en la frecuencia de las migrañas.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial (adenoma hipofisario hipersecretor): Adenoma de somatotropo; adenoma de corticotropo; adenomas productor gonadotropina; adenomas de tirotrópico; adenomas no secretores; prolactinomas...

Juicio clínico: adenoma hipofisario hipersecretor. Este constituye el 5-20% de los tumores del sistema nervioso central en el adulto. Es raro y su sintomatología es insidiosa, lenta y progresiva.

CONCLUSIONES

No es infrecuente que pacientes con cefalea secundaria sean erróneamente catalogados como migrañosos. En este caso, se pudieron realizar estudios diagnósticos y evitar que cefaleas provocadas por entidades graves se etiquetaran simplemente como migrañosas.

LA HISTORIA DE UNA POLIMIALGIA REUMÁTICA SIN ELEVACIÓN DE VSG

García Vaquero S, Navarro Contreras SM, Spaans Fernández N, González Silva Y, Benítez Bartolomé S, Casado Viciente V
CS Parquesol. Valladolid
saragvaquero@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: Síndrome constitucional en el anciano.

Motivo de consulta: Síndrome constitucional y poliartrosis.

Antecedentes personales: Alergia: penicilinas, cefalosporinas, grupo PARA, yodo. HTA, parkinsonismo por medicamentos (clonoprida), estenosis de canal, hernia de hiato, litiasis biliar, diverticulosis intestinal, gastritis crónica atrófica y déficit de vitamina B12.

Antecedentes familiares: Cáncer gástrico en madre.

Enfermedad actual: Mujer de 83 años con síndrome constitucional: pérdida de 7 kg en 6 meses, astenia, hiperémesis y epigastria. Dolores óseos generalizados. Dificultad para vestirse, levantarse y lavarse la cabeza agudizada en los últimos 7 días. Edemas en ambas manos de aparición brusca, sin desencadenante. En tratamiento actual con fentanilo 25, Optovite®, colecalciferol, omeprazol, valsartán-hidroclorotiazida, bisoprolol.

Exploración física: Consciente, orientada y colaboradora. Eupnei-

ca. PA: 138/86 mmHg. FC: 78 lpm. Tª 35,7 °C. Movilidad limitada, dolorosa en cintura escapular. Edemas en el dorso de ambas manos con fovea y artritis metacarpofalángicas y carpianas con importante rigidez. Arterias temporales pulsátiles no engrosadas.

Pruebas complementarias: Analíticas repetidas: hemograma, estudio de anemias, coagulación, bioquímica, TSH, FR, ANA, PCR Y VSG negativas. Última analítica: VSG 21; PCR 21; ferritina 123. Ecografía del abdomen: coledocistitis, sin otros hallazgos. Gastroscopia: hernia hiatal por deslizamiento. Gastritis crónica atrófica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Síndrome paraneoplásico, artritis reumatoidea, depresión, polimialgia reumática, síndrome RS3PE, polimiositis, lupus eritematoso sistémico, hipotiroidismo, Parkinson, fibromialgia.

Juicio clínico: Síndrome RS3PE y polimialgia reumática. En tratamiento con corticoides (inicio con 15 mg/día). La paciente presenta una rápida y buena evolución.

CONCLUSIONES

Ante este cuadro, es esencial descartar un síndrome paraneoplásico. La frecuencia de polimialgia reumática con VSG «normal» es de aproximadamente el 20%. El síndrome RS3PE puede asociarse con polimialgia reumática. La respuesta espectacular al corticoide es uno de los criterios diagnósticos.

LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO

Fernández García MJ, De León Gallo RM
ABS-IV Riu Nord i Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
enea833@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: Mujer de 36 años sin antecedentes médicos conocidos.

Antecedentes personales: Menarquía a los 17 años. Ciclos menstruales regulares. Gestación a término a los 30 años.

Antecedentes familiares: Sin antecedentes familiares de neo de mama.

Motivo consulta: Acude a Urgencias del CAP por mastalgia derecha más signos flogóticos de 7 días de evolución, por lo que se le pauta AINE y antibiótico. Pasados 4 días vuelve a la consulta del médico de familia. Ha experimentado una mejoría clínica, a pesar de persistencia de empastamiento cuadrante superior izquierdo y calor mama derecha. A los 9 meses hace una visita de control con médico de familia por una lumbalgia irradiada a EEII izquierda, tras realizar un sobreesfuerzo, por la que ya se ha visitado previamente en Urgencias y se le ha prescrito AINE.

Exploración física: Dolor a la palpación en las apófisis espinosas lumbares, contractura muscular paravertebral izquierda, Lassegue + a 30° EEII izquierda. Retracción del pezón, induración, empastamiento mama derecha. Derivación urgente a Ginecología. Mamografía: lesión de 5 cm en unión cuadrantes de mama derecha. Anatomía patológica: carcinoma ductal infiltrante. Anatomía patológica de la punción adenopatía axila derecha: metástasis de carcinoma. Receptores hormonales positivos. Estudio de extensión: M1 pulmonares/cabeza femoral izquierda/S1/cerebral. Se coloca prótesis total cadera y se inicia trata-

miento paliativo con quimioterapia y radioterapia. La paciente fallece a los quince meses del diagnóstico.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial (mastitis no puerperal): Complicación parotiditis, galactorrea, síndrome de retención, bloqueo conductos galactóforos por neoplasias, traumatismos/lesiones, irritación mecánica por retención/condición fibroquística, infección, reacción autoinmune fluido luminal.

Juicio clínico: Carcinoma ductal infiltrante: es la forma más común del cáncer mama y responsable de 8 de 10 casos de cáncer mama invasivo. La supervivencia es variable.

CONCLUSIONES

Toda paciente con mastitis no puerperal debería someterse a controles periódicos y exploraciones complementarias, si fuera necesario, hasta resolución total del cuadro con el fin de evitar la probable progresión de una de las causas, la neoplasia.

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN URGENCIAS NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Frutos Hidalgo E, Fierro Alario MJ
CS El Olivillo. Cádiz
nfrutosh@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 83 años que acude a Urgencias por disnea. Presenta un cuadro de un mes de evolución de astenia, anorexia, palpitaciones, disnea de esfuerzo y aumento simétrico del diámetro de EEII.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés

Exploración física: FC: 140 lpm; SatO₂: 89%; FR: 25 rpm; PA: 120/60 mmHg y Tª axilar 37 °C. Delgada. Ingurgitación venosa yugular (45°) a 13 cm, con AC arrítmica y soplo sistólico III/VI en borde paraesternal izquierdo. EEII con edema con fovea simétrica hasta rodillas y marcada atrofia de la musculatura proximal.

Pruebas complementarias: hemoglobina de 10,3 g/dl; leucocitos 3,71 × 10⁹/l y plaquetas 74 × 10⁹/l. El resto de la analítica y la Rx de tórax son normales. En el electrocardiograma se detecta una fibrilación auricular a 120 lpm. Se realiza una gammagrafía pulmonar de V/P con resultado de baja probabilidad para tromboembolismo pulmonar.

DESARROLLO

Con el diagnóstico sindrómico de insuficiencia cardíaca derecha, pancitopenia y miopatía proximal, se solicita una determinación de hormonas tiroideas, con los siguientes resultados: TSH 0,006 UI/ml, FT4 4,88 ng/dl y T3 libre 16,71 pg/ml. Tras seguir un tratamiento con propranolol y carbimazol, en 48 horas la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista cardiorrespiratorio, y en las semanas siguientes mejora la pancitopenia y la miopatía.

CONCLUSIONES

El hipertiroidismo apático es una forma frecuente de manifestación en la senectud y carece de los síntomas y signos clásicos de la hiperfunción tiroidea. Se debe descartar en pacientes con insuficiencia cardíaca no filiada, arritmias auriculares, citopenias o miopatía.

LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

Hurtado de Mendoza Medina Á, Artola Garrido B
CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)
angehurtado5@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Tristeza.

Antecedentes personales: No se conocen reacciones adversas a medicamentos. No tiene hábitos tóxicos. Hipotiroidismo.

Enfermedad actual: Paciente que presenta desde hace 4 meses un sentimiento de tristeza, llanto, soledad e insomnio originado a raíz de la muerte en un accidente de tráfico de su hijo de 22 años. Acudió a Urgencias una semana atrás por clínica de nerviosismo, palpitaciones, sudoración y miedo a perder el control, motivo por el cual se aconseja a un médico de Atención Primaria que inicie un tratamiento para cuadro ansioso depresivo.

Exploración física: Normal. Psicopatológica: consciente, orientada. Viste de luto. Ánimo triste, anergia, no anhedonia. Ausencia de limitación funcional. Insomnio de despertar precoz.

Pruebas complementarias: Hormonas tiroideas normales. Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa III final de la extensión, fase preliminar del período centrífugo. Red social: consta de seis personas. Apoyo afectivo de su marido, vecina e hija menor de 7 años, que supone un estímulo diario. Acontecimiento vital estresante: la muerte de su hijo mayor.

DESARROLLO

Juicio clínico: Trastorno adaptativo-duelo normal. (F43.0) Reacción a estrés agudo. Tratamiento con lormetazepam en caso de insomnio.

Se deriva a la paciente a Psiquiatría para darle apoyo psicológico. Contacto con grupo socioeducativo en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

La muerte es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que requiere una nueva organización del sistema familiar donde los patrones de interacción y roles puedan modificarse.

En la sociedad actual cada vez existen menos «rituales» que ayuden a exteriorizar y superar el duelo.

Debemos evitar la tendencia a medicalizar procesos emocionales normales.

LA OSTEOPOROSIS EN EL VARÓN: ¿EXISTE!

Alonso Arizcun B, Fernández Garrido T, De Nicolás Navas B, Prieto Cabezas V, Mancebo Somoza N, De Felipe Medina R
CS Pintores. Parla (Madrid)
b.alonso.arizcun@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

La osteoporosis es una enfermedad del esqueleto caracterizada por una resistencia ósea disminuida que predispone al aumento de riesgo de fracturas. En varones de más de 50 años, el riesgo de fractura osteoporótica es del 13,1 %, un tercio menos que en mujeres de la misma edad, con tendencia a igualarse a partir de los 70 años.

Motivo de consulta (caso 1): Varón de 68 años, antiagregado y consumidor habitual de alcohol, con antecedentes de amaurosis fugaz. Consulta por dorsalgia mecánica sin traumatismo previo. En la exploración presenta dolor a la palpación en la musculatura paravertebral dorsal sin apofisalgias. Una semana más tarde vuelve a la consulta por persistencia del dolor a pesar del tratamiento con AINE. Se solicita Rx de columna, en la que se observa una fractura osteoporótica de T8. Se amplía el estudio y se detecta un aumento de GGT, vitamina D disminuida y PTH normal.

Motivo de consulta (caso 2): Varón de 60 años con antecedente de leucemia linfocítica crónica tipo B de 13 años de evolución, en tratamiento desde hace tres años con ciclos de corticoides en dosis altas. En la radiografía control se objetiva un aplastamiento vertebral agudo asintomático.

Ambos pacientes presentan una fractura vertebral osteoporótica de distinta etiología.

DESARROLLO

Hasta el 60 % de las fracturas vertebrales osteoporóticas en el varón son secundarias; y las causas más frecuentes son el tratamiento con glucocorticoides, el alcohol y el hipogonadismo. En el diagnóstico diferencial es importante descartar fracturas traumáticas y patológicas (mieloma múltiple, metástasis vertebrales).

CONCLUSIONES

En el varón, la osteoporosis es una patología menos prevalente que en la mujer, pero también debemos considerarla, especialmente en pacientes que presentan factores de riesgo.

LA RAPIDEZ DIAGNÓSTICA, CRUCIAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Frutos Hidalgo E, Fierro Alario MJ
CS El Olivillo. Cádiz
nfrutosh@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Las infecciones de partes blandas en EEII son una patología altamente prevalente en pacientes con diabetes y complicaciones macroangiopáticas. La mayoría constituyen cuadros de celulitis autolimitada o necrosis seca digital sobreinfectada.

Motivo de consulta: Mujer de 64 años que acude a Urgencias por presentar en las últimas 24 horas intenso dolor en la cara lateral de la pierna derecha, inicialmente en su tercio inferior con posterior ascenso a la raíz del muslo, lo que se acompaña de fiebre de 39 °C.

Antecedentes personales: HTA esencial, DM tipo 2 conocida desde hace dos o tres décadas y arteriopatía ocluyente crónica grado III.

Exploración física: Presenta una lesión eritematosa en la cara lateral del tobillo derecho, que en las siguientes horas evoluciona a múltiples lesiones eritemato-violáceas hasta la raíz del muslo. Existe crepitación a la presión de la zona afectada.

Pruebas complementarias: La analítica objetiva 18.300 leucocitos y PCR de 16,35 mg/l. En la radiografía simple se aprecia abundante formación de gas que diseca estructuras miofasciales.

DESARROLLO

Con la sospecha diagnóstica de gangrena gaseosa, se intervino a la paciente con carácter urgente y se procedió a la amputación

completa de dicha extremidad. La evolución del postoperatorio fue tórpida, con desarrollo de *shock* séptico que condujo a su fallecimiento en las siguientes horas. En el exudado de las lesiones se aisló *Clostridium perfringens*.

CONCLUSIONES

La gangrena gaseosa es una enfermedad grave que afecta de forma rápidamente progresiva al músculo esquelético y produce una destrucción tisular que puede llegar a ser irreversible y comprometer la vida del paciente si no se instauran precozmente las medidas terapéuticas oportunas.

LESIONES CUTÁNEAS EN MUJER DE 40 AÑOS CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE SIDA

Fernández Cueto EM, Vera Méndez FJ, Calderón Moreno FJ, Contreras D, Ortiz M, García Aroca M
CS El Algar-Mar Menor. Unidad Docente de Cartagena-Mar Menor. Murcia
evam_fc@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 41 años, VIH estadio B2 desde 1991 y con abandono de consultas y del tratamiento antirretroviral (TARV) desde 2004. Ingresó en 2011 por distrés respiratorio por neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, siendo la carga viral (CV) VIH; 2.000.000 c/ml y linfocitos CD4 44 cel/μl. Se realiza el seguimiento de la paciente en la consulta y se constata una buena adhesión al régimen de TARV. En febrero de 2012 se describen dos lesiones pápulo-eritemato-violáceas con superficie erosivo-costrosas y previamente supurativas en zona torácica y extremidad superior derecha.

Pruebas complementarias: 1) Biopsias cutáneas (marzo de 2012): dermatitis granulomatosa tuberculoide, con tinciones (Z-N), PCR para TBC y cultivo micobacterias negativos. 2) TC toracoabdominal (abril de 2012): microabscesos hepáticos, con cultivos y PCR para TBC de la BAG hepática negativos. 3) BAG de masa fluctuante pretibial (mayo de 2012): PCR negativo para TBC y positivo para *M. avium*; 4) CV VIH (junio de 2013) < 25 c/ml y CD4 (75 cel/μl). En mayo de 2013 se instaura un tratamiento específico para *M. avium* con claritromicina, etambutol y rifampicina.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis cutánea, micobacterias atípicas, leishmaniasis cutánea.

Juicio clínico: Síndrome de reconstitución inmune (SRI) tardía e infección atípica por *M. avium*.

CONCLUSIONES

Hay que considerar *M. avium* en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en el contexto de un SRI y de sida.

LESIONES URTICARIFORMES

Cayuelas Redondo L
EAP Casanova. Barcelona
laiacayuelas@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Paciente de 18 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas distribuidas por el tronco y la raíz de las extremidades de una semana de evolución. Tienen un color asalmonado y forman placas de apariencia urticariforme. El paciente desconoce su desencadenante: no refiere cambios en la ropa, en el ambiente ni en la alimentación. No ha presentado disnea, ni malestar general. No le impiden mantener sus actividades habituales. El prurito no le altera el descanso nocturno.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Podría incluirse una urticaria, una vasculitis urticariforme o una toxicodermia.

Juicio clínico: Se diagnostica una urticaria, dado que es el diagnóstico más frecuente, e inicialmente se trata con corticoides tópicos y antihistamínicos, lo que mejora el prurito, pero las lesiones persisten. El paciente consulta entonces a un dermatólogo privado, quien pauta un tratamiento similar al anterior, pero con la potencia corticoidea aumentada. Las lesiones no mejoran al cabo de unos meses: aparecen unas y desaparecen otras. Por ello se decide realizar una biopsia de las mismas, que da como resultado una micosis fungoide. El paciente acude a nuestro centro con este diagnóstico y vía teledermatología lo remitimos al servicio de Dermatología del hospital para agilizar el proceso.

CONCLUSIONES

Si bien en Atención Primaria solemos encontrarnos con entidades frecuentes, siempre tenemos que estar ojo avizor ante patologías graves, como en este caso, para no retrasar el diagnóstico.

MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA MASA ABDOMINAL ASINTOMÁTICA EN UN LACTANTE

Martínez Sureda A, Lázaro Ramos S, Pérez García R, Pages Artuñedo A, Bosch Sero M, Domingo Fuster M
CAP Salou (Tarragona)
aracelimartinez.tarte.ics@gencat.cat

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Manejo desde Atención Primaria de una masa abdominal asintomática en un lactante.

Motivo de consulta: Niño de 15 meses al que su pediatra del CAP atiende en la consulta para controlarle la bronquitis aguda.

Antecedentes personales: Cólicos del lactante, infección del tracto urinario por *E. coli*, reflujo gastroesofágico.

Exploración física: Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Se palpa una masa en el flanco izquierdo y la fosa ilíaca izquierda, de 6 cm, de consistencia dura, no adherida a tejidos profundos. El resto de la exploración es normal.

Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: tumoración de 6,2 cm, de aspecto heterogéneo, lo que sugiere que gran parte de la lesión es de contenido graso. RM abdominal con contraste: tumoración de 57 × 43 × 47 mm, situada en el hemiabdomen inferior izquierdo, por detrás de la musculatura de la pared abdominal anterior y por delante del psoas izquierdo. Se realiza la exéresis quirúrgica de la masa.

DESARROLLO

En Pediatría, ante la palpación de una masa abdominal, conviene descartar las siguientes entidades: teratoma, neuroblastoma, tumor de Wilms y quistes de mesenterio y epiplón. Y también: lipoma, lipoblastoma, hibernoma y liposarcoma.

Juicio clínico: Lipoblastoma. Se trata de un tumor benigno de presentación rara; se forma a partir de la grasa blanca embrionaria, con adipocitos en diferentes estadios de maduración.

CONCLUSIONES

Con frecuencia, las masas abdominales en los niños son hallazgos fortuitos. Los tumores de tejidos blandos son raros en los niños, pero, ante la palpación de una masa, hay que actuar lo más rápido posible por su potencial malignidad.

MAREADA ENTRE ANTIÁCIDOS

Benito Santamaría M, García Sánchez S, García Peláez A, Montesinos Díaz JL, Pascual González R, Capitán Caldas M
CS Ciudades. Getafe (Madrid)
dra.benito@live.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN

El dolor abdominal y el mareo son síntomas muy comunes en Atención Primaria; por sí solos resultan inespecíficos, pero en ocasiones forman parte del mismo complejo sindrómico.

Mujer de 47 años, fumadora, hipertensa, con antecedentes de hepatitis C curada, epigastralgia hasta hace tres años y episodios de vértigo frecuentes, que presenta dolor abdominal de 2 meses de evolución relacionado con la ingesta; en las últimas semanas, a este dolor se ha añadido un mareo que ella describe como «diferente» de sus vértigos habituales y una pérdida de 8 kg de peso, datos a los que la paciente había restado importancia. Después de numerosas consultas en Atención Primaria y sin experimentar ninguna mejoría con tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y antiácidos, la paciente acude a las Urgencias hospitalarias. Tras la realización de una anamnesis y una exploración completas, con una exploración neurológica en la que se objetiva focalidad cerebelosa, se solicita una analítica. Destaca: amilasa: 101; lipasa: 226; ALT: 33; PCR: 8,2 y LDH 439 UI/l. También se realiza TC craneal, en la que se detectan múltiples lesiones ocupantes del espacio (LOE) en cerebro y cerebelo sugestivas de metástasis.

DESARROLLO

La paciente ingresa en Medicina Interna para filiar el tumor primario, del que se plantean como posibles orígenes el tubo digestivo, el páncreas, el hígado y la vía biliar. Mediante endoscopia con biopsia se identifica un carcinoma de esófago pobremente diferenciado.

CONCLUSIONES

El carcinoma esofágico es una patología muy poco frecuente que puede simular otros procesos, por lo que su diagnóstico suele demorarse demasiado. Por ello, una anamnesis y una exploración exhaustivas son puntos clave para la sospecha clínica.

MÁS ALLÁ DE UNA AMIGDALITIS

Doncel Soteras B, Arnal Pérez E, Navarro Castillo V, Rueda Rubio R, Ayuda Alegre C, Alfaro García-Belenguer E
CS Actur Sur. Zaragoza
barbara.donce@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN

Mujer de 31 años apendicectomizada y sin reacciones adversas a medicamentos ni antecedentes médicos o familiares. Acude a la consulta de Atención Primaria por odinofagia, astenia y anorexia de 3 días de duración. Tras seguir un tratamiento con amoxicilina durante una semana por sospecha de amigdalitis y no experimentar mejoría alguna, se instaura otro antibiótico.

Exploración física: Hipertrofia de amígdalas, exudado. Muguet oral. Ausencia de adenopatías.

Pruebas complementarias: Análisis de sangre: 12.700 leucocitos (N 30%; L 60%); PCR: 1,12. Cultivo de exudado faríngeo: *Candida albicans*; serología: VEB.

DESARROLLO

Al cabo de un mes, la paciente acude a Urgencias por debilidad, pérdida de fuerza en EEII y acorchamiento de pies desde hace 5 días, lo que progresa ascendentemente hasta afectar a las manos, la lengua y la zona peribucal. Examen neurológico: EESS: fuerza proximal 5/5. Extensión de muñeca: 4/5. Hipoestesia táctil superficial en manos. ROT 1/4. EEII: fuerza proximal 4/5. Extensión de rodilla 3/5. Flexión de pie 3/5. Hipoestesia táctil superficial hasta rodillas. ROT: 0/4. Imposibilidad de marcha.

Como se sospecha que tiene el síndrome de Guillain-Barré, ingresa en Neurología. PL: predominio de mononucleares. Electromiograma: polirradiculoneuropatía sensitivo-motora atonal y desmielinizante moderada.

La paciente presenta empeoramiento, con la aparición de parálisis facial periférica derecha. Recibe tratamiento rehabilitador y con inmunoglobulinas iv durante 5 días, con lo que recupera la fuerza en EESS y reflejos 2/4. Persiste la paraparesia en EEII (4/5 proximal) y las parálisis distales. Tras 4 meses de rehabilitación, el electromiograma objetiva reinervación.

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis estreptocócica, lesiones de médula espinal, enfermedades motoneuronas.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré.

CONCLUSIONES

Se deben tener presentes las posibles complicaciones de cuadros clínicos banales como la amigdalitis, estar alerta ante la aparición de síntomas de alarma y realizar un diagnóstico precoz.

MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA: EFECTOS ADVERSOS EN EL ANCIANO

Lázaro Ramos S, Pérez García R, Viñas Gaya J, López Vázquez FM, Martínez Sureda A, Mora Martínez A
ABS Salou. Tarragona
silkerus@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Introducción: En mayores de 65 años, la proporción de pacientes que presenta un acontecimiento adverso por medicamentos a lo largo de un año oscila entre el 10 y el 35%.

Motivo de consulta: Mujer de 87 años que presenta un cuadro de náuseas y vómitos de diez días de evolución, sin otra clínica acompañante. Refiere haber consultado previamente en Urgencias por misma sintomatología, donde inició un tratamiento con metoclopramida.

Antecedentes personales: Enfermedad de Parkinson en estadio II/III, HTA, hipotiroidismo, artrosis, insuficiencia venosa periférica.

Exploración física: Abdomen: blando, depresible, ligeramente doloroso en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas, peristaltismo conservado, puño-percusión lumbar bilateral negativo. El resto de la exploración es normal.

Pruebas complementarias: La familia solicitó en una mutua privada unas pruebas diagnósticas, que descartaron organicidad.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: En un paciente de edad avanzada y poli-medicado con clínica inespecífica de náuseas y vómitos, deben descartarse efectos secundarios de medicación frente a otras patologías orgánicas digestivas (obstructivas, infecciosas, inflamatorias y trastornos de función motora) y extradigestivas (trastornos psiquiátricos, intracerebrales, patología renal). Se suspendió la prescripción de metoclopramida y se realizó una consulta virtual con el neurólogo, que aconsejó disminuir dosis de levodopa hasta la remisión de las náuseas y asociar domperidona, si se precisaba.

Juicio clínico: Reacción adversa a levodopa.

CONCLUSIONES

Aunque el Parkinson es una enfermedad cuyo seguimiento lo realiza el neurólogo, la visita virtual desde Atención Primaria es un excelente instrumento que facilita la comunicación entre ambos profesionales.

MASTITIS DEBUT DEL CARCINOMA INFLAMATORIO DE MAMA

Girón Estrada V, Ríos Cabrera R, Yáñez Herbas G, Barnola Petit I, Alonso Alcañiz M, Muñoz Jacobo S
Hospital Ernest Lluch. Zaragoza
ziczack@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Mujer de 54 años, con antecedentes de depresión, acude a la consulta de Urgencias remitida por su médico de Atención Primaria por un cuadro de disnea de medianos esfuerzos de 3 días de evolución. Se encuentra afebril. Según comenta la paciente, desde hace 10 días nota sensación disneica, que ha ido en aumento hasta hacerse de medianos esfuerzos. Desde hace 5 días está en tratamiento con amoxicilina/clavulánico por mastitis, que le ha pautado su médico de Atención Primaria.

A su llegada a Urgencias se encuentra afebril. SatO₂: 86%; PA: 111/77 mmHg; FC 108 lpm. Regular estado general. Deshidratación mucocutánea. Exploración ORL: faringe hiperémica con placas blanquecinas de pus en pilares amigdalinos. AC: rítmico,

sin soplos. AP: hipoventilación generalizada sin ruidos sobreañadidos. Mama del lado derecho eritematosa; importante aumento del volumen; calor local y dolor a la palpación; no se detectan bultos ni masas, pero sí una adenopatía axilar del mismo lado. Resto del examen físico: sin hallazgos. Analítica de Urgencias: glucosa 129; PCO₂ 25 mmHg; dímero D 6.583; troponina T 41; Hb 11,6. ECG: ritmo sinusal a 102 lpm. TC angio-pulmonar: sin defectos de repleción que sugieran trombosis venosa profunda. Rx de tórax: patrón intersticial difuso y mínimo derrame pleural en relación con signos de ICC. Ecografía de mama: se objetivan microcalcificaciones en contexto de carcinoma inflamatorio de mama. TC toracoabdominopélvico: adenopatías axilares. Linfangitis carcinomatosa. Metástasis hepática y en vértebras dorsales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Mastitis.

Juicio clínico: Carcinoma inflamatorio de mama. Biopsia: Carcinoma ductal infiltrante de mama, con invasión de capilares linfáticos de dermis superficial.

CONCLUSIONES

El cáncer inflamatorio es el más grave y el menos común de los cánceres epiteliales de mama. Ante una mastitis, es importante tenerlo en cuenta.

«ME DESPERTÉ CON UN LATIDO EN EL PECHO»

Guede Fernández C, Espantoso Romero M, Del Villar Guerra YA, Pérez Vidal E
CS Pintor Colmeiro. Vigo (Pontevedra)
clara.guede@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 16 años que acude al servicio de Urgencias del hospital derivado desde el servicio de Urgencia extrahospitalarias por presentar un dolor torácico de 2 horas de evolución.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardiovascular. Sin cardiopatía conocida previa. Intervenido de fimosis en la infancia.

Enfermedad actual: Refiere dolor centrotorácico, «un latido» que le despertó. No irradiado y sin cortejo vegetativo. Aumenta con la inspiración. Sin disnea ni sensación de palpitaciones. No ha presentado clínica de angina en los días previos ni de reflujo gastroesofágico, ni tampoco clínica infecciosa.

Exploración física: PA: 140/78 mmHg; pulsioximetría del 100% sin signos de insuficiencia cardíaca. La auscultación cardiorrespiratoria es normal con pulsos pedios presentes y simétricos. Se pauta dexketoprofeno iv.

DESARROLLO

Se realiza electrocardiograma que muestra ritmo sinusal a 72 lpm, con elevación de 1 mm en D₂, D₃, aV_F y V₃₋₆. La Rx de tórax no presenta alteraciones. La analítica objetiva hemograma, coagulación y función renal normales, sin alteraciones hidroelectrolíticas. Los enzimas de daño miocárdico resultan: troponina Ic: 5,86 ng/ml (0,01-0,06), CKMB-masa 62,6 ng/ml (0,6-6,3). Se solicita valoración en Cardiología ante la sospecha de pericarditis.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro de dolor torácico habrá que descartar, mediante la anamnesis, las causas del mismo. Es fundamental conocer en qué condiciones apareció el dolor y qué características presenta. Además, la clínica acompañante es orientativa. La pericarditis es una patología que debemos descartar en Atención Primaria realizando un electrocardiograma; si es normal pero con clínica sugestiva, deberemos solicitar valoración por el servicio de Urgencias hospitalario. Ante todo, un médico de familia es clínico.

«ME DOLÍA LA CABEZA, PERO AHORA ESTOY BIEN»

Forcadell Arenas T, Ripollés Vicente R, Forcadell Arenas M, Calduch Noll C, Tena Salvador L, Paim M
CAP El Temple. Tortosa (Tarragona)
t_forcadell@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Cefalea bitemporal de inicio brusco.

Antecedentes personales: Dislipemia. Es fumador. En tratamiento habitual con simvastatina y ácido acetilsalicílico.

Enfermedad actual: Hombre de 71 años que consulta en Urgencias de Atención Primaria por cefalea pulsátil de inicio brusco en la región bitemporal. No refiere disminución de la agudeza visual. No presenta fotofobia, náuseas, vómitos ni fiebre. Un familiar comenta un episodio de leve desorientación, cefalea de novo y tendencia a hipersomnia. En la anamnesis dirigida se objetiva amnesia lacunar.

Exploración física: Glasgow 15, consciente y orientado. Pupilas isocóricas y normorreactivas; no diplopía, no disimetrías, fuerza y sensibilidad conservadas en extremidades. Episodios breves de desconexión durante la entrevista clínica.

Pruebas complementarias: TC craneal: hematoma frontotemporal derecho con efecto masa. El paciente es valorado en la unidad de Neurocirugía, donde se decide no intervenir dado que el hematoma es intraparenquimatoso. TC con contraste: captación nodular en parietal posterior. Se orienta como lesiones ocupantes de espacio (LOE) cerebrales sugestivas de metástasis que se ponen de manifiesto en la RM cerebral. TC toracoabdominal: masa sólida de 34 mm de contornos espiculados en el lóbulo inferior izquierdo.

DESARROLLO

Hematoma intraparenquimatoso frente a LOE cerebrales. Se realiza RM, que muestra lesiones sugestivas de metástasis con un primario pulmonar. Se practica PAAF guiada por TC para obtener una muestra de anatomía patológica, con la que se concluye el diagnóstico de adenocarcinoma y así se puede iniciar un tratamiento con radioterapia holocraneal y quimioterapia.

CONCLUSIONES

Es importante la escucha activa del paciente para detectar pequeños matices que pueden ser de gran importancia en una cefalea de novo. En consecuencia, no hay que olvidarse de explorar la esfera psicoafectiva y conductual cuando se efectúa la anamnesis al paciente y saber cuándo es preciso derivarlo.

«ME ENCUENTRO NERVIOSA»

De Nicolás Navas MB, Prieto Cabezas V, Fernández Garrido T, Alonso Arizcun B, Mancebo Somoza N, Conde Bejerano C
CS Pintores. Parla (Madrid)
belendenico@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Mujer de 54 años que acude por primera vez a la consulta por presentar, desde hace 5 días, un cuadro de malestar general, nerviosismo y palpitaciones, sin otra sintomatología.

Antecedentes personales: Sin interés.

Exploración física: PA: 160/100 mmHg. AP: MVC con sibilancias diseminadas. AC: arritmico con soplo sistólico. ECG: FA a 120 lpm sin alteraciones en la repolarización. Se solicita analítica con hormonas tiroideas y se deriva a la paciente a Urgencias.

DESARROLLO

En Urgencias se objetiva fibrilación auricular con respuesta ventricular a 125 lpm con BRDHH que no responde a maniobras vagales. Se realiza ECOTT con aumento de cavidades derechas. Rx de tórax: signos de HTP precapilar con leve aumento de ICT. Se descarta tromboembolismo pulmonar tras la realización de angio-TC. La paciente es dada de alta tras controlar la frecuencia cardíaca con digitalización y anticoagulación. Se la remite a Cardiología. Se le realiza ecocardiograma transesofágico en el que se objetiva comunicación interauricular amplia con *shunt* de izquierda a derecha y dilatación grave de cavidades derechas. La paciente es intervenida de comunicación interauricular.

CONCLUSIONES

Las palpitaciones pueden deberse a arritmias cardíacas, ansiedad, causas cardíacas no arrítmicas o causas extracardíacas. La etiología de las palpitaciones, incluso en el contexto de cuadro ansioso en apariencia evidente, requiere una cuidadosa historia clínica y un correcto examen físico que no debe de sustituirse con pruebas complementarias. Por otro lado, la anamnesis debe ser especialmente minuciosa en aquellos pacientes que acuden por primera vez a la consulta de Atención Primaria.

«ME HE QUEDADO DE PIEDRA, DOCTOR»

Folgozo Pérez C, López Muñoz N, Muñoz Flores M, Melero Serrano JL, Sousa Rodríguez MJ, Serrano Flores I
CS Los Pintores. Parla (Madrid)
cfolgosop@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Dolor lumbar irradiado a la pierna derecha.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Mujer de 28 años que acude a la consulta por dolor lumbar irradiado a la pierna derecha de meses de evolución. Niega sobreesfuerzo, traumatismo o alteración neurológica asociada.

Exploración física: Dolor a la palpación lumbar derecha. Tacón punta doloroso. El resto es normal.

Pruebas complementarias: Rx lumbar: discreta disminución de espacio entre D12-L1-L2. Ante la ausencia de mejoría con anal-

gesia y tras varias visitas a Urgencias, se deriva a la paciente a Traumatología, donde se le realiza RM lumbar, que objetiva dis-creta escoliosis, y EMG, con un resultado normal. Se diagnostica una lumbociática y se deriva a la paciente a rehabilitación, pero no se evidencia mejoría.

DESARROLLO

En una nueva consulta de Atención Primaria, se repasa la historia de la paciente, que refiere antecedentes paternos de espondilitis anquilosante. Ante la sospecha de su posible presencia, se la deriva a Reumatología para efectuar pruebas complementarias, donde se confirma el diagnóstico de sacroileítis bilateral mediante RM y analítica con HLA B27 positivo. La paciente mejora tras someterse a un tratamiento con Arcoxia® y sulfasalazina.

CONCLUSIONES

La lumbalgia mecánica es una patología frecuente en Atención Primaria y en la que se deben plantear otros posibles diagnósticos ante la ausencia de mejoría, como pueden ser la espondilolistesis, fracturas vertebrales... o enfermedades inflamatorias, como en este caso. La espondilitis anquilosante es una enfermedad crónica y sistémica con afectación principalmente lumbar que se manifiesta entre los 20 y los 30 años. Está asociada a cierta carga genética. El diagnóstico es clínico y las pruebas complementarias lo apoyan.

«ME SIGUE DOLIENDO LA ESPALDA, NECESITO UNA BAJA»

Rodríguez Toledo D, Henry González AA, Martínez Hernández V, Díaz Yanes F, Hernández Reyes Á
CS La Victoria. Santa Cruz de Tenerife
dau_ro_to@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: El 60-80 % de la población padecerá dolor lumbar en algún momento de la vida. La prevalencia en España es del 14 % y constituye un motivo de consulta frecuente, con dos millones de casos anuales, y la segunda causa de incapacidad temporal.

Motivo de consulta: Varón de 52 años que acude a la consulta por lumbalgia desde hace 1 mes.

Antecedentes personales: Exfumador. Exbebedor. Obesidad. DM tipo 2. HTA.

Enfermedad actual: Refiere dolor en la región lumbar derecha, mecánico y sin irradiación. Niega otra sintomatología y haber realizado esfuerzos. Se trata como lumbalgia mecánica aguda con antiinflamatorios. El paciente vuelve a la consulta por persistencia del dolor nocturno y en reposo durante más de 4 semanas. Refiere pérdida de peso y astenia en últimos meses.

Exploración física: Dolor al palpar apófisis espinosas lumbares y musculatura local. Limitación a la flexo-extensión. Fuerza muscular y sensibilidad conservada. Marcha estable sin dolor. Test Schober modificado y Adams normales.

Pruebas complementarias: Rx lumbar: acúñamiento vértebras dorsales y primeras lumbares y afectación de espacios discales D12-L2. Analítica: Hb: 8,3 g/dl; VCM: 93,3 fl; VSG: 129; IgG: 10174. Cadena ligera lambda 2840, IFE paraproteína monoclonal IgG lambda.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia: inespecífica («mecánica»), específica («inflamatoria»). Causas de fractura vertebral según la analítica: osteoporosis, infección, neoplasia benigna/maligna, metástasis. Con lumbalgia específica, fractura vertebral, anemia normocítica, elevación VSG e IgG lambda, se sospecha una gammapatía monoclonal.

Juicio clínico: Mieloma múltiple IgG lambda sintomático (estadio DSIIa).

CONCLUSIONES

Una buena anamnesis y una correcta exploración son suficientes para diagnosticar un mieloma múltiple IgG lambda sintomático. Las pruebas de imagen en pacientes sin señales de alarma no modifican la evolución del dolor lumbar. Ante un dolor persistente de características cambiantes, debemos profundizar en el estudio. Atención Primaria desempeña papel fundamental en el diagnóstico y manejo de esta patología.

MENINGITIS LINFOCITARIA

Castell Slacke T, Vargas Roca I, Estrada Alifonso CE, Díaz García L, Díaz Fuica C, Batalle Marin D
ABS Sant Josep-Rambla Just Oliveres. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
taniacastell@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Las cefaleas son motivo de consulta frecuente. Sin embargo, hay que tener en cuenta las características y los signos de alarma, pues estos nos ayudarán a realizar un correcto abordaje.

Motivo de consulta: Cefalea.

Antecedentes personales: HTA, migraña.

Enfermedad actual: Varón de 57 años que consulta por cefalea frontal y pico febril de 38 °C tras cuadro gripal. Se inicia tratamiento con Augmentine® por sospecha de sinusitis frontal. Posteriormente el paciente presenta dos episodios de afasia de expresión y parálisis facial derecha de minutos de duración, lo que se orienta como AIT. Se ingresa al paciente para continuar su estudio (TC, RM cerebral, ecocardiograma y EcoTSA anodinos) y se le da de alta por mejoría de la sintomatología. Pasadas 24 horas, el paciente vuelve a experimentar nuevo episodio de cefalea intensa, afasia y visión borrosa.

Exploración física: FO: edema papilar sugestivo de hipertensión intracraneal. Uveítis media.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, proteinograma: normales. LCR: leucocitos: 150 cel/ul (94 % linfocitos, 6 % PMN); proteínas: 2,4 g/l; glucosa: 2,1 mmol/l; ADA: 14 U/l. Citología: componente linfocitario, predominantemente CD3, células grandes mononucleares B, fenotipo CD19 + CD20 + CD10-l. Ziehl-Neelsen y cultivo: negativos. Punción ocular: humor vítreo con componente linfocitario. Serologías y PPD: negativas. QuantiFEROB: positivo. Angio-TC/angio-RM cerebral y PET TC: normales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: AIT, TBC cerebral, linfoma de sistema nervioso central (SNC).

Juicio clínico: Meningitis linfocitaria, linfoma primario de SNC con afectación ocular.

CONCLUSIONES

Se instaura un tratamiento con dexametasona y terapia antituberculosa en seguimiento por el servicio de Neuro-oncología. El linfoma primario del sistema nervioso central es un tipo de linfoma no Hodgkin extranodal que representa el 4% de las neoplasias cerebrales primarias. Afecta al cerebro, la médula espinal, los ojos o al leptomeninges, o todo ello, pero no se evidencia afectación sistémica. La forma de presentación es indistinguible de cualquier proceso expansivo intracraneal, con síntomas y signos de hipertensión endocraneal o déficits neurológicos.

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CÁNCER DE MAMA

Cuesta Vázquez S, Martín Giner B, Arrillaga Ocampo I
CS Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga)
silvia.cuesta.v@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente de 67 años que acude en repetidas ocasiones a Urgencias y a su médico de Atención Primaria por sentir dolor al mover el hombro derecho, lo que le resulta imposible. El dolor no cede con el tratamiento con antiinflamatorios.

Antecedentes personales: HTA; DM tipo 2; peritonitis en el año 1997 que precisó eventroplastia; carcinoma ductal infiltrante en mama derecha de tipo común estadio IIIA tratado con cuadrantectomía de cuadrante supero-externo de mama derecha y linfadenectomía axilar, quimioterapia y radioterapia adyuvante, además de hormonoterapia. En tratamiento con: Carduran®, enalapril, metformina 1 g, sitagliptina 50 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, omeprazol 20 mg.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración física: Movilidad casi inexplorable debido al dolor. Se examina a la paciente desnuda y se observa cicatriz de cuadrantectomía dura, caliente, con nódulos a lo largo de la misma, por lo que se la deriva al servicio de Oncología.

Pruebas complementarias: Biopsia cutánea: piel con infiltración dérmica por carcinoma mamario. TC torácico: masa en profundidad de mama derecha, con invasión mediastínica. Posible metástasis hepática.

DESARROLLO

Juicio clínico: Metástasis en piel de carcinoma mamario, además de mediastínicas y hepáticas.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se debería efectuar con la esclerodermia morfea y con la erisipela o celulitis debido a su similar morfología.

CONCLUSIONES

Las metástasis cutáneas de tejidos internos son poco frecuentes, y de estas, las de cáncer de mama son las más habituales.

MIRAR Y VER

García Uría Santos M, Huntley Pascual D, Díaz Revilla A
CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón (Madrid)
mariagarciauria@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Varón de 44 años que acude al centro de salud por cuadro cataral de 2 semanas de duración asociado a cefalea hemisférica derecha y ptosis palpebral ipsilateral de 48 h de evolución. No ha sufrido ningún traumatismo ni ha hecho recientemente esfuerzo alguno. Se le deriva a Urgencias para que sea valorado.

Motivo de consulta: Ptosis palpebral. No se conocen reacciones adversas a medicamentos. No presenta factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés. No sigue ningún tratamiento habitual.

Enfermedad actual: Cefalea y ptosis palpebral derecha. Niega dolor ocular, carotidinia o fluctuación de la clínica. La cefalea cede con analgesia convencional. No tiene fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física: Buen estado general. Se encuentra afebril y eupneico. PA: 151/78 mmHg; FC: 78 lpm. SatO₂: 99%. ACP: rítmica sin soplos, MVC. Abdomen: sin hallazgos. Examen neurológico: Consciente y orientado. Destaca ptosis palpebral con miosis ojo derecho. Resto de exploración neurológica, sin alteraciones.

Pruebas complementarias: ECG, analítica y Rx de tórax: sin alteraciones. TC craneal urgente: normal. ITC Oftalmología: Test de apraclonidina: mejoría de la ptosis, persiste la miosis. ITC Neurología: se decide el ingreso del paciente.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Eco-Doppler: disección carotídea derecha sin repercusión hemodinámica cerebral. RM: disección ACI derecha y seudoaneurisma en vecindad de la base craneal. El paciente ingresa con antiagregación (AAS 300 mg) y permanece asintomático, si bien persiste la miosis y una leve ptosis.

Juicio clínico: Síndrome de Horner parcial relacionado con una disección carotídea derecha espontánea.

CONCLUSIONES

La disección carotídea es una entidad relevante, pero poco común en Atención Primaria. El médico de Atención Primaria debe prestar especial atención ante los posibles síntomas neurológicos que presente el paciente para no pasar por alto un caso como el descrito.

NEOPLASIA TESTICULAR EN PACIENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luque Escalante ML, González Begines V
CS Utrera Sur. Utrera (Sevilla)
mluisaluque@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: El cáncer testicular es relativamente infrecuente y representa aproximadamente el 1-5% de todos los tipos de cáncer en varones. Durante las últimas décadas, ha aumentado su incidencia en los países industrializados.

Motivo de consulta: Dolor en el testículo derecho.

Antecedentes personales: Fumador. Sin otros antecedentes de interés.

Enfermedad actual: Varón de 31 años que acude a la consulta porque hace dos días, cuando estaba jugando con su hijo, sufrió un traumatismo de baja intensidad en los testículos. Desde en-

tonces refiere dolor leve en el testículo derecho que no le impide realizar sus actividades diarias.

Exploración física: Se encuentra afebril y no presenta secreción hemática por meato urinario. No se observan hematomas, pero hay un leve aumento del tamaño y la consistencia del hemiescrotro derecho. Signo de Prehn negativo. Ausencia de adenopatías. Se solicita una ecografía testicular, donde se visualiza neoplasia maligna de testículo derecho.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Debemos pensar entre distintas patologías como torsión testicular, epididimitis, hematocele tras el traumatismo y, como causa más rara, cáncer testicular.

Juicio clínico: Neoplasia maligna de testículo.

CONCLUSIONES

La ecografía es rápida, indolora y fiable en el diagnóstico de este tipo de patologías. Los autores creemos que ante patologías del escroto debemos solicitar una ecografía, ya que de esta manera podemos diagnosticar cáncer de testículo en estadios iniciales y actuar inmediatamente. Aunque el cáncer de testículo tenga una baja incidencia, estamos viendo un número cada vez mayor, y el hecho de que en este caso se haya detectado de forma accidental nos hace pensar que pueden existir casos no detectados.

NEUMONÍA HIPONATRÉMICA EN EL CONTEXTO DE DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA

López Vázquez FM, Vázquez Moya M, Lázaro Ramos S, Arévalo Paniagua JL, Ortega Vila Y

ABS Salou. Tarragona
fmlv1382@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Malestar general, mareo, temblor.

Antecedentes personales: No tiene alergias. Polimialgia reumática, neuropatía periférica, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, HTA, DM y glaucoma. Nunca ha sido intervenido quirúrgicamente.

Enfermedad actual: Paciente de 72 años presenta desde hace dos días malestar general, somnolencia, escalofríos, debilidad, mareos y dolor abdominal a nivel de hemiabdomen superior, sin náuseas ni vómitos.

Exploración física: PA: 152/66 mmHg; FC: 77 lpm. Glicemia: 398. Tª axilar: 39,5 °C. SatO2: 93%. Auscultación correcta de entrada de aire bilateral. A las 24 horas del ingreso, el paciente presenta hipofonosis en tercio superior del hemitórax derecho.

Pruebas complementarias: Primera analítica: leucocitos 9,90; 83,2% neutrófilos; glucosa: 326 mg/dl; urea: 96 mg/dl; creatinina: 1,65 mg/dl; Na: 125 mEq/l; PCR: 28,90 mg/dl; pH: 7,461; PPO2: 171,3 mmHg; PPCO2: 28 mmHg; bicarbonato: 19,5 mmol/l; SatO2: 99,3%; Rx de tórax: opacidad densa homogénea en LSD. Pruebas secuenciadas: antígeno en orina *Legionella pneumophila*, positivo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: A partir de la analítica, establecemos el diagnóstico diferencial respecto a la hiponatremia: ICC, diarrea, diuréticos, enfermedades renales, cirrosis hepática, SIADH, sudoración, vómitos, neumonía. Excluimos el diagnóstico de con-

sumo de diuréticos, pues no ha presentado sintomatología gastrointestinal, ni tampoco cumple criterios de ICC o enfermedad hepatorenal. En la descompensación diabética, la natremia desciende entre 5-10 mEq/l, y este paciente presenta un descenso mayor. Queda la orientación a etiología infecciosa y la determinación de antígeno en orina *Legionella pneumophila*, que es positivo, lo que da el diagnóstico.

CONCLUSIONES

Después de descartar los posibles diagnósticos diferenciales y apoyados en la clínica, los antígenos en orina y las pruebas radiológicas, concluimos el diagnóstico de neumonía del lóbulo superior derecho por *Legionella* y, como diagnósticos secundarios, insuficiencia renal aguda secundaria, descompensación diabética simple, alcalosis respiratoria.

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD POR ANTÍGENOS AVIARIOS

Fuentes Vallejo MS, Mazón Ouviaña EA, Bellanco Esteban P, Machuca Albertos MJ, Pérez Eslava M, Arnedillo Muñoz A
UGC Loreto-Puntales. Cádiz
marifuva@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 44 años que trabaja como charcutero y ha estado en contacto con aves desde la infancia hasta hace 2 años. Presenta desde hace 8 años disnea y tos no productiva. En espirometría destaca un patrón ventilatorio restrictivo, por lo que se lo deriva a Neumología para su estudio.

Pruebas complementarias: IgG4 elevada, precipitinas IgG positivas (loro 42,8 mg/l; periquito 73,3 mg/l; paloma 41,7 mg/l). Fibrobroncoscopia con LBA: linfocitosis (CD4+/CD8+ disminuido). Pruebas funcionales respiratorias: alteración ventilatoria mixta (obstructiva-restrictiva); DLCO disminuida; hipoxemia al esfuerzo. TACAR tórax: patrón micronodular centro-lobulillar con áreas en vidrio deslustrado que alternan con áreas de atrapamiento aéreo. Biopsia pulmonar por vídeo-toracoscopia: compatible con neumonitis por hipersensibilidad (NH).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis miliar y enfermedades intersticiales difusas (fibrosis pulmonar idiopática, sarcoidosis, neumonía eosinófila, neumonía intersticial no específica...).

Juicio clínico: Neumonitis por hipersensibilidad en fase subaguda por exposición a antígenos aviarios.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de NH o alveolitis alérgica extrínseca atribuida a exposición de antígenos aviarios. Es una enfermedad pulmonar inmunológica cuya clínica depende del tipo, intensidad y duración de la exposición. Puede evolucionar a fibrosis si no se diagnostica de forma precoz. El diagnóstico final es el resultado de la combinación de hallazgos clínicos, radiológicos, inmunológicos e histológicos. En nuestro paciente cabe destacar, además, su contacto previo con aves y la exposición a posibles antígenos ocultos en el edredón de plumón de oca (utilizado en su cama en los últimos cinco años), lo que explicaría el progresivo deterioro clínico-radiológico a pesar de haber cesado el contacto con aves en su puesto de trabajo.

NEUMOTÓRAX INSOSPECHADO

Barona García L, González Torres L, Fernández De Béjar MM, Pancorbo M, Pérez J, Moreno ME
CS Barrio del Carmen. Murcia
l_a_u_r_a_bg@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Mujer de 45 años, fumadora, acude a consulta de Atención Primaria por presentar un cuadro de astenia, leve dificultad respiratoria y tos seca de varios días de evolución resistente al uso repetido de salbutamol. Durante la anamnesis dirigida la paciente refiere, además, leves molestias inespecíficas en el hemitórax derecho de dos días de evolución que comenzaron tras un ligero esfuerzo físico realizado durante las labores domésticas habituales.

Antecedentes personales: No presenta antecedentes médicos conocidos. Episodios de bronquitis de repetición.

Exploración física: Buen estado general. En la auscultación pulmonar se evidencia hipoventilación en el campo pulmonar derecho y aumento del murmullo vesicular en pulmón izquierdo.

Pruebas complementarias: Rx de tórax: hiperclaridad derecha total con ausencia de trama vascular y aumento de la densidad hilar derecha correspondiente a colapso pulmonar derecho masivo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Crisis asmática, broncoaspiración de cuerpo extraño, tromboembolismo pulmonar, neumonía atípica, edema pulmonar no cardiogénico, alveolitis alérgica extrínseca, neumotórax espontáneo, dorsalgia mecánica.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo derecho masivo secundario a rotura de bulla periférica.

CONCLUSIONES

Aunque habitualmente los pacientes que sufren un neumotórax espontáneo suelen demandar atención médica urgente debido a la brusquedad e intensidad del cuadro, el médico de Atención Primaria debe mantener una alta sospecha ante cualquier molestia torácica o sensación de dificultad respiratoria expresada por el paciente, especialmente en fumadores. Por lo tanto, no debe descartarse ningún proceso que requiera atención médica urgente sin haber realizado una correcta anamnesis y exploración física dirigida.

NO TODAS LAS GASTROENTERITIS SON LO QUE PARECEN

Forcadell Arenas T, Ripollés Vicente R, Forcadell Arenas M, Calduch Noll C, Rivera Machado R, Tena Salvador L
CAP Temple. Tortosa (Tarragona)
t_forcadell@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mareo y malestar general.

Antecedentes personales: Hipertensión; síndrome ansioso depresivo. En tratamiento habitual con clortalidona.

Enfermedad actual: Mujer de 86 años que consulta por episodio presincojal con sensación de mareo e inestabilidad sin giro de

objetos que se inicia después de comer. No refiere dolor torácico ni palpitaciones; está afebril y no presenta vegetatismo. Relata que siete días antes había experimentado sensación de malestar general y mialgias de dos días de evolución asociadas a dos vómitos y deposiciones líquidas sin productos patológicos.

Exploración física: Palidez mucocutánea, leve deshidratación. PA: 147/81 mmHg; FC: 94 lpm; afebril; glicemia: 99 mg/dl; SatO₂: 98%; abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias; AR: MVC, sin ruidos añadidos; AC: rítmico, sin soplos; NRL: consciente y orientada

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal, 80 lpm, BCRDHH onda Q en cara inferior y elevación ST, infradesnivel ST cara lateral alta, elevación ST en derivaciones cara posterior. Analítica: troponina 7,12 ng/ml. Ecocardiografía: disfunción sistólica grave del ventrículo izquierdo, acinesia inferior e inferoseptal, ventrículo derecho hipocinético, fracción de eyección conservada.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, presíncope neuromediado pospandrial, presíncope cardiológico, accidente isquémico transitorio vertebrobasilar, seudosíncope psicógeno, hipoglucemia. Se orienta el cuadro como un infarto inferior extenso con afectación de ventrículo derecho. Se deriva a la paciente al hospital, donde se instaura un tratamiento con ácido acetilsalicílico, clopidogrel y enoxaparina, tras lo que ingresa en Cuidados Intensivos, donde presenta una buena evolución.

CONCLUSIONES

Es de suma importancia que el clínico de Atención Primaria muestre sentido común en la valoración de un paciente que refiere síntomas que pueden sugerir un diagnóstico benigno, pero también hay que pensar en otras posibilidades diagnósticas graves que sin un buen criterio y una buena anamnesis podrían pasar perfectamente desapercibidas.

NO TODAS LAS QUEMADURAS SON IGUALES

Girón Estrada V, Sesam Méndez C, Contreras Delgado K, Barnola Petit I, Racareanu A, Yáñez Herbas G, Sanjuán Domingo R
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza)
csesam@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: Las quemaduras químicas son lesiones corporales producidas por sustancias químicas que pueden clasificarse en ácidos orgánicos, inorgánicos, álcalis y compuestos específicos. Los alcalinos causan quemaduras extensas, especialmente profundas, y pueden ocasionar alteraciones sistémicas.

Motivo de consulta: Varón de 56 años acude a la consulta por presentar quemadura en la espalda. Refiere que cinco horas atrás, mientras trabajaba, se derramó al agacharse parte del disolvente de alcalino Tecma-Gras que portaba en una mochila en la espalda. Le limpiaron la quemadura con abundante agua y le aplicaron sulfadiazina argentina.

Exploración física: Placa eritematosa no dolorosa de unos 30 cm (2% de la superficie corporal), a nivel de escápulas, en zona medial presentaba un par de tatuajes, con sensibilidad conservada.

Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones.

DESARROLLO

Se le administró vacuna de tétanos, amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso. Se le irrigó la quemadura durante una hora con suero fisiológico y se le derivó a la unidad de quemados.

Diagnóstico: Quemadura de segundo y tercer grado.

CONCLUSIONES

Ante una quemadura, debemos calcular la superficie corporal quemada (regla de la mano) y la extensión en profundidad (primer grado, segundo o tercero), así como recopilar datos como el tiempo de exposición y la dilución empleada. Si es una quemadura por alcalinos, se le debe retirar la ropa al paciente y lavar la quemadura con suero fisiológico al menos durante una hora por irrigación continua; hay que asegurar la vía intravenosa y aérea. Se debe solicitar una analítica con gasometría venosa para descartar alteraciones sistémicas. En el caso de que la superficie corporal quemada sea superior o igual al 1 %, la unidad de quemados debe valorar al paciente.

NO TODO DOLOR EN EL CODO ES TENDINITIS

Aparcero Gallardo MR, Gómez-Caminero Gómez AE, Gutiérrez Doblas FA
CS El Porvenir. Sevilla
maparcero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

La paciente fue atendida en su domicilio por el Servicio de Urgencias, al día siguiente por su médico de familia y posteriormente se derivó a las Urgencias Hospitalarias.

PRESENTACIÓN

Paciente de 89 años hipertensa y con insuficiencia renal de grado III, artrosis generalizada, obesidad y deterioro de la movilidad. Refiere dolor lancinante, intermitente y de minutos de duración en la extremidad superior izquierda a nivel del codo que se irradia hasta la mano. A las 24 horas de evolución del cuadro, avisan al servicio de Urgencias, que valora a la paciente en el domicilio y le diagnostica una tendinitis, que se trata con paracetamol. Al día siguiente, la paciente no presenta cambios, por lo que se avisa al médico de familia para que le haga una revisión. Al explorarla, el médico no observa signos inflamatorios, deformidad ni hematomas en los tejidos blandos, el codo o la muñeca izquierda; resalta la ausencia de pulso radial con presencia de pulso humeral distal, ligera frialdad y cianosis en mano izquierda al elevar el brazo, así como retraso del relleno capilar. El resto es normal.

DESARROLLO

Se sospecha un proceso isquémico agudo, por lo que se deriva a la paciente a Urgencias hospitalarias. En la exploración que le realizan al llegar, se obtienen los mismos resultados que en el domicilio, y el ECG muestra un ritmo sinusal a buena frecuencia con ondas T amplias y negativas en V3 y V4, sin dolor ni clínica sugestiva de síndrome coronario agudo. Se la valora en el servicio de Cirugía vascular, donde se le diagnostica una isquemia aguda de grado II de la extremidad superior izquierda, de modo que ingresa en planta. Se descarta un origen tendinoso.

CONCLUSIONES

A la paciente se le practicó una embolectomía. Estaba pendiente de filiación y se inició anticoagulación con HBPM. La exploración es una parte fundamental para diagnosticar.

NO TODO DOLOR LUMBAR ES UNA CIÁTICA

Espantoso Romero M, Guede Fernández C, Callejas Cabanillas PA,
Abalde Castro ML
CS Teis. Vigo (Pontevedra)
maitetha@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Dolor en extremidad inferior izquierda.

Enfermedad actual: Varón de 38 años que consulta por dolor de 3 días de evolución localizado en la región glútea izquierda e irradiado a extremidad inferior por la cara posteroexterna sin sobrepasar la rodilla. El dolor es continuo, profundo, punzante, sordo y quemante. Refiere empeoramiento del dolor con la sedestación y a veces parestesias.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: Arcos de extensión y lateralización lumbar no dolorosos. Lassegue negativo. Marcha y bipedestación conservadas. Maniobras sacroiliacas negativas. Maniobras de Freiberg y de Pace positivas. Maniobra de Beatty y prueba de Mirkin positivas.

Pruebas complementarias: Rx de columna lumbar: normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Lesiones que comprimen el nervio ciático (infecciones, tumores); hernia discal; bursitis isquioglútea y trocantérica; síndromes facetarios; sacroileítis; síndrome de isquiotibiales.

Juicio clínico: Síndrome del piramidal o pseudociática del piramidal.

CONCLUSIONES

El dolor lumbar es una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria. Ante un paciente que acude por dolor lumbar y ciático, es imprescindible hacer una exploración completa de caderas, sacroiliacas, musculatura glútea y de ambos muslos. En la mayoría de los casos no se detectan problemas discales, y muchas veces el dolor es provocado por síndrome piramidal u otro tipo de problemas ocasionados por la compresión del nervio ciático en la pelvis. El síndrome del piramidal se produce por compresión o pinzamiento del nervio isquiático por hipertrofia o contractura del músculo piriforme. Saber reconocerlo nos ayudará a tratarlo correctamente y ahorrará muchas pruebas complementarias innecesarias.

NO TODO ES HEMIPLEJIA Y AFASIA

Gómez-Caminero Gómez AE, Aparcero Gallardo MR
CS La Candelaria. Sevilla
ana.gomezcaminero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Paciente de 68 años que es atendida en el sistema de Urgencias de su población y posteriormente se la deriva a urgencias hospitalarias de tercer nivel.

Motivo de consulta: Mientras estaba recogiendo la mesa, la paciente ha experimentado un cuadro súbito de mareos y visión doble. A los 20 minutos ha notado acorchamiento del hemicuer-

po izquierdo y ligera asimetría facial izquierda, por lo que se la ha trasladado al puesto de Urgencias. Una vez allí, en la exploración se han observado los síntomas mencionados, además de inestabilidad de la marcha y una ligera disartria. No presenta otra sintomatología acompañante.

Antecedentes personales: Dislipemia y una intervención de conización mamaria por galactorrea recurrente.

Exploración física: PA 160/80 mmHg. La paciente está afebril. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Se le practica un ECG, que muestra un ritmo sinusal sin signos de isquemia aguda.

DESARROLLO

En ese momento, dada la clínica y el tiempo transcurrido (40 minutos desde el comienzo del cuadro), se plantea la posibilidad de que nos encontremos ante un ictus, por lo que se decide el traslado de la paciente a un hospital de tercer nivel, a unos 30 km de distancia, a pesar de la cercanía del comarcal, a unos 10 km. Tras ser valorada por el equipo de Neurología y después de realizarle las pruebas pertinentes, se diagnostica que la paciente sufre un accidente isquémico transitorio en el territorio vertebro-basilar. Tras permanecer 24 horas en observación, la paciente se encuentra asintomática, por lo que se le prescribe un tratamiento y se le da el alta.

CONCLUSIONES

Existen presentaciones no muy frecuentes de los accidentes isquémicos cerebrales, pero que nos deben hacer sospechar de la posibilidad de un ictus.

NO TODO SÍNDROME CONSTITUCIONAL VA ASOCIADO A NEOPLASIA

Fernández García MJ, De León Gallo RM, De la Cruz Patricio M
ABS-IV Riu Nord y Riu Sud. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
enea833@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 65 años acude a la consulta por tres episodios en el último mes de diarrea líquida sin productos patológicos, autolimitados tras 24-48 h de dieta astringente.

Antecedentes personales: HTA, hiperparatiroidismo y osteoporosis. En tratamiento con calcio y Calcifediol®.

Enfermedad actual: No presenta dolor abdominal ni otra sintomatología. Se solicita analítica de control y fibrocolonoscopia. En la analítica, el hemograma presenta valores normales con ferropenia. Al mes, la paciente vuelve a la consulta por la misma clínica junto a epigastralgia, que cede parcialmente con la ingesta, así como por sensación nauseosa y pérdida de 10 kg en el último año. Se solicita una ecografía abdominal y fibrogastroscopia urgente.

Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: discreta esteatosis hepática. Quiste hepático simple. A los dos meses, los resultados de fibrogastroscopia objetivan gastritis crónica, y los de fibrocolonoscopia, diverticulosis de sigma. Anatomía patológica biopsias duodeno: aplanamiento vellositario y linfocitosis intraepitelial compatible con enfermedad por hipersensibilidad al gluten tipo 3 de Ensari. La paciente refiere normalización del hábito deposicional. Se solicita serología celíaca, que da positiva.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial (celiaquía): Enfermedad de Crohn; inmunodeficiencia variable común; enteropatía autoinmune; intolerancia a proteínas; gastroenteritis eosinofílica; sobrecrecimiento bacteriano; quimioterapia/radioterapia...

Juicio clínico: Celiaquía, una enfermedad inmune que produce mala absorción. Es de distribución mundial y su prevalencia es del 1%. Se presenta en personas con predisposición genética.

CONCLUSIONES

No todos los pacientes que presentan un síndrome constitucional asociado a anemia ferropénica y cambios en el ritmo deposicional son diagnosticados finalmente de neoplasia. En este caso, la paciente fue diagnosticada tardíamente de enfermedad celíaca.

«NOTÉ ALGO EXTRAÑO EN EL AÑO»

Guede Fernández C, Espantoso Romero M, Pérez Vidal E, Fernández Soto N
CS Pintor Colmeiro. Vigo (Pontevedra)
clara.guede@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de la consulta: Mujer de 25 años que acudió al puesto de atención continuada por notar un material fecal extraño al hacer una deposición. Desde hacía 7 días presentaba ruidos intestinales abundantes tras la ingesta. Se despertó de noche con la sensación de defecación, tras la cual notó algo extraño en la región anal y descubrió una lombriz que salía de su ano. Niega otra clínica acompañante.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Había presentado tirotoxicosis durante su primera y su única gestación, 3 años atrás. Se le dio de alta hacía 26 días por primer episodio de hipertiroidismo y se le diagnosticó enfermedad de Graves.

Exploración física: Sin alteraciones.

Ante la sospecha clínica, se solicitó recogida de heces para análisis de parásitos. Se le pautó mebendazol tanto a ella como a las personas con las que convivía.

DESARROLLO

Juicio clínico: Ascariasis intestinal.

CONCLUSIONES

La ascariasis intestinal es una de las infecciones por helmintos más comunes en todo el mundo. La transmisión, principalmente a través de la ingestión de agua o alimentos contaminados con huevos, se ve incrementada por los individuos infectados asintomáticos. La infección no confiere inmunidad protectora y es frecuente la coinfección con otros parásitos. El diagnóstico habitualmente se establece por microscopía de heces. El tratamiento específico disminuye la morbilidad de la infección, de ahí la importancia del tratamiento comunitario. Desde Atención Primaria debemos priorizar la necesidad del tratamiento de los pacientes y de las personas con las que conviven. Así, debemos saber manejar la incertidumbre en este tipo de infecciones, mayoritariamente asintomáticas (si bien pueden aparecer síntomas pulmonares y de hipersensibilidad, obstrucción intestinal y síntomas hepatobiliares y pancreáticos), realizando una buena anamnesis y una correcta exploración física.

PACIENTE CON SÍNCOPE. ¿ESTÁ ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE?

Girón Estrada V, Tejeiro Rico M, Jilaveanu C, Sesam Méndez C, Contreras Delgado K, Alonso Alcañiz M
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza)
ziczack@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: El síncope es la pérdida brusca de conciencia y del tono muscular durante muy poco tiempo y con recuperación espontánea. Tiene una alta prevalencia y su etiología es diversa. Ante todo síncope se debe realizar un ECG.

Motivo de consulta: Varón de 80 años que presenta síncope de repetición (ya estudiados, sin encontrar filiación).

Antecedentes personales: HTA, dislipemia y ACV hace 10 años con hemiparesia residual izquierda.

Exploración física y pruebas complementarias: ECG: taquicardia regular de QRS ancho a 235 lpm. El paciente se encuentra estable clínica y hemodinámicamente (PA 125/105 mmHg; SatO₂ 98), con pulso presente. Se inicia tratamiento con amiodarona 300 mg y adenosina 6 mg, sin éxito.

DESARROLLO

Posteriormente el paciente refiere malestar general y sudoración. Se realiza cardioversión eléctrica (CVE) sincronizada a 150 mJ, previa sedación con midazolam y fentanilo, con la que se obtiene ACxFA a 65 lpm. Se traslada al paciente para que ingrese en Cardiología, donde presenta varios episodios similares, por lo que ingresa en UCI. Finalmente, se le coloca un marcapasos definitivo y su evolución es favorable.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con taquicardia, lo primero que debemos hacer es tomarle la PA, medir la SatO₂, realizar un ECG y tomar el pulso; en el caso de que el paciente no esté estable, está indicada la CVE sincronizada. Debemos determinar si el QRS es ancho o estrecho y la regularidad. Ante una taquicardia con QRS ancho regular con pulso podemos iniciar tratamiento con amiodarona; si se sospecha una TSV con aberrancia, podemos prescribir adenosina, y hemos de estar preparados para realizar CVE por si el paciente se inestabiliza.

PACIENTE CON VIH POSITIVO Y ANEMIA FERROPÉNICA

Ramírez Mestre C, Gené Huguet L, Gimferrer N, Hervás A, Navarro M
CAPSE Borrell. Barcelona
CRAMIREZ@clinic.ub.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: Varón de 53 años con VIH positivo y anemia ferropénica persistente.

Motivo de consulta: El paciente presenta en la analítica de seguimiento una anemia ferropénica sostenida durante 6 meses a pesar del tratamiento sustitutivo con hierro oral. Analítica: Hb: 12,9 g/l; VCM: 81,65 fl; ferritina: 11 ng/ml; sideremia: 29 µg/dl; transferrina: 316 µg/dl. Realizadas en la primera determinación de anemia, la fibrogastroscopia (FGS) muestra algunas erosio-

nes gástricas sangrantes que se esclerosan y la fibrocolonoscopia es normal.

Antecedentes personales: VIH positivo en tratamiento antirretroviral (TARGA) desde el año 2000, actualmente Atripla (emtricitabina, tenofovir y efavirenz)/24 horas. No presenta infecciones oportunistas, carga viral indetectable y CD4 197/mm³. HTA en tratamiento con atenolol 50 mg/24 horas. Dislipemia en tratamiento con rosuvastatina 10 mg/24 horas. Gastritis erosiva antral, para lo que toma pantoprazol 40 mg/24 horas.

Exploración física: Sin hallazgos.

Pruebas complementarias Se solicita nueva FGS para completar el estudio.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: 1) Déficit de aporte de hierro: mala adherencia al tratamiento; dieta pobre en hierro; síndrome mielodisplásico. 2) Hemorragias: sangrado digestivo; neoplasia gástrica o intestinal; gastritis erosiva; úlcus. 3) Reducción de la absorción intestinal: interacción del hierro con otros fármacos; enfermedad celíaca; toma de AINE o ácido acetilsalicílico. 4) VIH con CD4 < 200/mm³ genera anemia de trastorno crónico. 5) Infecciones oportunistas. 6) TARGA: zidovudina.

Juicio clínico: La fibrogastroscopia muestra linfoma MALT gástrico estadio I-1-e, con *H. pylori* positivo.

CONCLUSIONES

Las anormalidades hematológicas son frecuentes en los pacientes con VIH y representan una patología subyacente, por lo que es necesario indagar en su diagnóstico. El linfoma MALT es un linfoma no Hodgkin gástrico en el que destaca su relación con *H. pylori*, al ser positivo en el 80-90%. Su tratamiento se basa en la erradicación de la bacteria y posterior seguimiento del paciente. Presenta una supervivencia a los 5 años de 85-100%.

PACIENTE DE RAZA NEGRA SOLICITA CURA CON ENFERMERÍA. ¿UNA HERIDA O ALGO MÁS?

Pérez Gortari M, López Carracedo C, Lancova H, Martín Campos N, Rodríguez Ezpeleta AI, De Andrés Meneses R
CS Azpilagaña. Pamplona (Navarra)
gortisol@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN

Paciente de 23 años de origen senegalés que acude a la enfermera de nuestro centro de salud para solicitar cura en la espalda. Se trata de un paciente de nuestro cupo del que destaca, como único antecedente personal, una hepatitis B en la infancia; no presenta hábitos tóxicos ni antecedentes familiares de interés. Habla con la enfermera de un «grano» en la espalda que apareció cuando estaba de vacaciones en Senegal y que al rasarse se ha infectado. Ante la mala evolución de la cura, la enfermera nos avisa para que lo examinemos. Observamos que el paciente presenta una lesión irregular papulosa sobreinfectada con exudado serosanguinolento en la región dorsal. Se pauta cloxacilina y a las 48 horas la sobreinfección ha mejorado, pero llama la atención un trayecto serpiginoso irregular de unos 3 cm. Ante la sospecha de infestación parasitaria, lo derivamos urgente al especialista para confirmarlo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Dermatofitosis, granuloma anular, enfermedad de Lyme y larva currens, entre otras entidades.

Juicio clínico: Finalmente se diagnostica larva cutánea migrans.

CONCLUSIONES

Como conclusión hay que destacar la importancia de sospechar este diagnóstico en viajeros que vuelven de una zona tropical. A pesar de que la localización habitual se da en extremidades, debemos estar atentos porque puede aparecer en otras partes del cuerpo (en este caso, en la espalda). Hay que destacar la necesidad de realizar una buena anamnesis, que en este caso nos llevó a establecer el diagnóstico sin necesidad de hacer pruebas complementarias. Por último, es preciso resaltar la relevancia del trabajo en equipo con nuestra enfermera.

PACIENTE ICEBERG: DE PARÁLISIS FACIAL AL ACV

Sarabia Cárcel C, Castán Lagrava MR, Dalmasi Sicard GA, Pinto Silva E, Romenro Román JR, González Barberá M
CS Alcantarilla-Sangonera. Alcantarilla (Murcia)
cristina.sarabia@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Mujer de 73 años que presenta desviación de comisura bucal derecha tratada como parálisis facial periférica, que se acompaña posteriormente de parestesias en extremidad superior derecha.

Antecedentes personales: Obesa, HTA, hiperlipemia.

Exploración física: Arritmica sin soplos. Examen neurológico: facial central izquierdo. El resto es normal.

Pruebas complementarias: TC craneal: infarto lacunar en cápsula externa izquierda. RM: escasos microsangrados crónicos relacionados con HTA. Ecocardiografía: alteración diastólica. Dilatación auricular leve izquierda. FEVI 57%. IM ligera. Eco-Doppler de troncos supraaórticos: no estenosis significativas.

DESARROLLO

Evolución: fibrilación auricular reciente. Se le da el alta con diagnóstico de AIT en territorio carotídeo izquierdo de probable origen cardioembólico. A los 8 días la paciente reingresa por disnea y signos de insuficiencia cardíaca izquierda. Al volver a evaluarse su caso, se detecta roncopatía y oximetría nocturna con SatO₂ 90-21% con desaturaciones de hasta el 75%. Diagnosticada de apnea grave del sueño e insuficiencia cardíaca izquierda mejora con CPAP y diuréticos.

Diagnóstico diferencial: AIT; parálisis facial central frente a periférica; ACxFA; síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

Juicio clínico: ACV secundario a ACxFA paroxística en el contexto de un síndrome de apnea-hipopnea del sueño e insuficiencia cardíaca izquierda.

CONCLUSIONES

Un síntoma puede ser la punta del iceberg de una enfermedad oculta. Una visión global de la enfermedad es determinante para diagnosticar y tratar la causa principal. En España, la prevalencia del síndrome de apnea del sueño es del 4-6% en varones y del 2-4% en mujeres. Puede desencadenar arritmias y se reconoce como factor de riesgo cardiovascular independiente. Su detección precoz en Atención Primaria podría mejorar su pronóstico y disminuir las complicaciones.

PACIENTE JOVEN CON DOLOR TORÁCICO

Recondo Goitia O, González Urdampilleta L, Uriarte Seminario AM, Aramburu Querejeta O, Gómez Martínez M
CS Altza. Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa)
oladire@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 47 años que acude por dolor torácico.

Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia, angor e isquemia ocular. Intervenciones quirúrgicas: endarterectomía carotídea bilateral. En tratamiento con enalapril, ácido acetilsalicílico, atorvastatina y omeprazol. Entre sus hábitos destacan que es fumador de cuatro cigarrillos al día y que es bebedor.

Enfermedad actual: Hace dos días inició el cuadro con dolor centrotorácico, que aumentaba con los movimientos y en decúbito y se irradió a EESS. Sin cortejo acompañante. El paciente está afebril y no presenta clínica de infección respiratoria.

Exploración física: PA: 164/104 mmHg; FC: 80 lpm; SatO₂: 98%. Dolor a la palpación en hemitórax izquierdo. ACP: normal, sin edemas.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal, BCRDHH. Analítica: VSG: 27 mm/h; enzimas cardíacas y resto normal. Rx de tórax: normal. Angio-TC: cardiomegalia, aterosclerosis aórtica en cayado y torácica descendente, arterias coronarias y vertebrales. Ecocardiograma: derrame pericárdico de 13 mm.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Pericarditis aguda, síndrome coronario agudo, neumotórax, tromboembolismo pulmonar.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

CONCLUSIONES

El paciente inició tratamiento con Colchimax® y AINE a los tres meses. A pesar de seguir con la medicación, tuvo una recaída con una pericarditis aguda de 5 mm e ingresó en el hospital. Se le realizó una perfusión miocárdica y el resto de estudio fue normal, por lo que se le diagnosticó una pericarditis aguda recidivante idiopática. La causa más frecuente de pericarditis aguda es la idiopática o viral, o ambas, que corresponden al 80% de los casos. La triada diagnóstica clásica es: dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones electrocardiográficas, lo que suele ir precedido de fiebre, mal estado general y mialgias. La pericarditis aguda idiopática o viral es generalmente autolimitada y se cura entre dos y seis semanas. Puede recurrir en un 15-32% de los casos.

PACIENTE JOVEN CON FOCALIDAD NEUROLÓGICA

Sesam Méndez C, Alonso Alcañiz M, Sanjuán Domingo R, Saz Simón L, Jilaveanu C, Tejeiro Rico M
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza)
cintiasm@ufm.edu

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Varón, de 53 años y sin antecedentes de interés, presenta una afasia nominativa de 48 horas de evolución, que se resuelve en

el momento de la consulta, sin otra focalidad neurológica. La afasia no le impedía mantener una conversación normal, pero en algunos momentos no le salían las palabras. La exploración y la analítica fueron anodinas. El TC craneal evidenció «lesiones nodulares intraaxiales que plantean enfermedad metastásica a descartar; es posible que exista componente hemorrágica en la lesión de mayor tamaño». Con estos resultados, se decidió que el paciente ingresara en el hospital para continuar el estudio e instaurar un tratamiento con dexametasona. Se realizó RM cerebral, en la que se objetivaron dos lesiones a la izquierda compatibles con metástasis, con efecto masa. El resto de las pruebas fueron negativas: marcadores tumorales, TC toracoabdominal, PET-TC, colonoscopia gastroscopia... Ante estos hallazgos y después de que el comité de tumores valorara el caso, se realizó una biopsia cerebral al paciente, con el resultado de glioblastoma multiforme.

DESARROLLO

Glioblastoma multiforme, craneofaringioma, ependimoma, infecciones y neoplasias oportunistas asociados a VIH.

CONCLUSIONES

El glioblastoma multiforme es un glioma muy agresivo que afecta a ambos hemisferios cerebrales. Su pico de incidencia está entre los 45 y los 75 años. Tiene una supervivencia menor a un año. La clínica suele incluir déficit neurológico focal progresivo, convulsiones o un trastorno neurológico no focal (cefalea, demencia...). Los síntomas generales sugieren antes la presencia de una metástasis más que de un tumor cerebral primario. Habitualmente, las pruebas de imagen son insuficientes para establecer el diagnóstico, lo que obliga a realizar una biopsia de la lesión. El tratamiento de elección es la cirugía asociada a quimioterapia o radioterapia.

PACIENTE QUE HACE CASO OMISO A UN BULTOMA DE PIEL

Bellanco Esteban P, Flores Cebada EM, Pérez Eslava M, Machuca Albertos MJ, Mazón Ouviaña EA, Benítez Rivero J
UGC La Laguna. Cádiz
pilarbellanco@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

En los últimos años, la creciente incidencia del melanoma cutáneo, causante del 90% de las muertes asociadas a tumores de piel, nos motiva a reorientar la población a la cual dirigimos las campañas de prevención del mismo.

Varón de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de Atención Primaria por un bulto en el abdomen desde hace 6 meses que ha crecido rápidamente en 4 semanas tras un traumatismo en la lesión. La exploración evidencia tumoración excrecente pediculada, negruzca en el epigastrio de 6 × 4 × 2 cm, base con bordes irregulares. Acompaña en su superficie hiperqueratósica de exudado serosanguinolento, doloroso a la palpación. Se procede a la derivación urgente del paciente a Dermatología, donde se hace una biopsia incisional y, posteriormente, tras confirmar el diagnóstico, se realiza una extirpación radical y una biopsia selectiva de ganglio centinela axilar bilateral, así como las pruebas complementarias necesarias para descartar una posible extensión.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Lesiones no melanocíticas: carcinoma basocelular pigmentado, espinocelular, queratosis seborreica pigmentada, fibroxantoma atípico, fibrohistiocitoma maligno, angiosarcoma, sarcoma de Kaposi, hemangioma histiocitoide, leiomiomasarcoma. Lesiones melanocíticas: melanoma metastásico, *nevus* de células fusiformes pigmentado, *nevus* azul celular. **Juicio clínico:** Melanoma en estadio IV. Melanoma maligno nodular con metástasis pulmonar y cerebral.

CONCLUSIONES

Según la literatura actual, en el momento del diagnóstico se observan tumores de mayor espesor coincidiendo con edades más tardías en los varones, lo cual quizá se deba a un retraso en el diagnóstico y, consecuentemente, a un peor pronóstico. Las futuras campañas preventivas deberían orientarse, además de a la población general, al colectivo masculino mayor de 50 años.

PALPITACIONES COMO SÍNTOMA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME DE BRUGADA

Castán Lagrava MR, Sarabia Cárce C, Meseguer García P, Caballero Sánchez MM, Estévez Monción A, Pinto Silva E
CS Alcantarilla-Sangonera. Alcantarilla (Murcia)
maricacastan1988@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y Cardiología.

PRESENTACIÓN

Varón, de 43 años, con palpitaciones de años de evolución, que se repiten cada 2-3 meses en episodios de 15 minutos de duración. No se acompañan de ningún síntoma y ceden espontáneamente.

Antecedentes personales: No tiene hábitos tóxicos. Ausencia de factores de riesgo cardiovascular.

Exploración física: ACP normal.

Pruebas complementarias: Analítica normal, incluidas hormonas tiroideas. ECG: RS 70' BCRDHH. Elevación del ST de 1 mm en V2 con imagen en silla de montar. Como se sospecha que el paciente presenta síndrome de Brugada, se le remite para estudio. Unidad de arritmias: ECG: Posible onda delta en V5-6. Patrón Brugada tipo III. Inicio espontáneo de taquicardia 190 lpm con cambios en eje QRS, sugestivos de vía accesorio lateral izquierda. Cede espontáneamente. Ecocardiografía: normal. IEF: taquicardia por reentrada intranodal. Síndrome de Wolff-Parkinson-White mediado por vía accesorio lateral izquierda. Test de flecaínida: negativo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Alteraciones de la conducción; hipertiroidismo; crisis de ansiedad; feocromocitoma.

Juicio clínico: Taquicardia paroxística supraventricular por reentrada intranodal y ortodrómica. Ablación por radiofrecuencia eficaz y sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El síndrome de Brugada causa un 4-10% de episodios de muerte súbita por crisis de taquicardia ventricular. Solo el patrón tipo I es diagnóstico, pero un mismo paciente puede mostrar alternancia de los tres patrones e incluso trazados normales. Se precisan pruebas de provocación para confirmar el diagnóstico, aunque podemos sospecharlo desde Atención Primaria con solo

un ECG. Un 20% de los pacientes con Brugada puede sufrir también arritmias supraventriculares. En este paciente, la causa de las palpitaciones resultó ser una vía accesoria, y el test de provocación descartó el síndrome de Brugada.

¿PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA O REACCIÓN PARADÓJICA?

Izquierdo Fuentes MT, Pineda Barrero S, Algarate Linares E, González Candia JC, Pineda Barrero L, Mur Marti T
CAP Terrassa Sud. Barcelona
tnatura@msn.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Varón de 31 años, marroquí, sin alergias medicamentosas, acude al CAP por inquietud e insomnio, así como por dolor urente en hemitórax izquierdo en reposo, no irradiado y sin vegetatismo, de dos horas de evolución. Niega consumo previo de tóxicos.

Antecedentes personales: Consumo diario de 2 litros de bebida con cafeína, además de cinco cafés, y los fines de semana, alcohol (unas 32 unidades básicas).

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración física: Presenta un buen estado general. Tonos cardíacos rítmicos (100 lpm), sin soplos ni ruidos. Murmullo vesicular conservado (MVC), sin ruidos añadidos. Temblor estático de piernas y brazos, pero la exploración neurológica es normal. En la piel no se advierten lesiones. El ECG es normal.

El cuadro se orienta como un episodio ansioso, por lo que al paciente se le administran 5 mg de diazepam sublingual, con lo que experimenta una mejoría clínica a los 30 minutos y poco más tarde se le da de alta. Dos horas después, vuelve a la consulta. Muestra irritabilidad, desinhibición conductual y verbal e impulsividad (intenta quemar el CAP). Nuevamente niega haber consumido tóxicos. Es derivado al hospital, donde se descartan tóxicos en orina y se limita el cuadro. Se orienta como reacción paradójica a benzodiacepina (RPB).

DESARROLLO

La reacción paradójica farmacológica produce un efecto opuesto al esperable. La RPB tiene una prevalencia del 1% en la población general. Ocurre por una desinhibición similar a la producida por alcohol. Los pacientes susceptibles pueden responder al tratamiento con irritabilidad, agitación, impulsividad, desinhibición, hostilidad, y convulsiones. Es más frecuente en niños, ancianos y pacientes con trastornos del desarrollo.

Diagnóstico diferencial: Manía, esquizofrenia, tóxicos.

CONCLUSIONES

Las benzodiacepinas pueden causar excitación paradójica en pacientes susceptibles, niños, ancianos y pacientes con trastornos del desarrollo.

PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL

Laplaza Miras T, Medina del Rosario ME, Sánchez Fraga Á, Andreu Huertas N, Batalla Masana L, Alavedra Celada C
CAP Ca n'Oriac. Sabadell (Barcelona)
laplaza.tamara@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: El trastorno conversivo es un desorden psiquiátrico caracterizado por síntomas sensoriales o motores que sugieren enfermedad neuronal o médica, si bien no se encuentra causa orgánica. Generalmente están precedidos de un acontecimiento estresante. Los síntomas no son intencionados ni simulados.

Motivo de consulta: Varón de 41 años que consulta por pérdida de visión bilateral.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Pérdida de agudeza visual bilateral y progresiva, con fotofobia y dolor retroocular. No presenta otra sintomatología acompañante.

Exploración física: Exploración por aparatos y sistemas, dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: Analítica, LCR, fondo de ojo y campimetría normal. Agudeza visual: 0,25 OD; 0,4 OI. Inicio de presbiopía sobre una hipermetropía previa de +2D. Electroretinografía multifocal: normal. TC cráneo y RM craneal: sin hallazgos. Potenciales evocados: leve reducción de amplitud inespecífica. Estudio genético de Leber: negativo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Neuritis óptica retrobulbar, accidente cerebrovascular, enfermedad desmielinizante, tumor intracranial, trastorno conversivo.

Juicio clínico: Disminución de la agudeza visual bilateral progresiva, lo que inicialmente se orientó como neuritis óptica y se trató con corticoides, sin que el paciente experimentara una mejoría clínica. Los estudios neurooftalmológicos resultaron normales, a excepción de un defecto de refracción corregible con lentes. Una vez descartada la patología orgánica, el diagnóstico se orientó como trastorno conversivo secundario a estrés laboral, un diagnóstico que el servicio de Psiquiatría confirmó, por lo que se inició un tratamiento antidepresivo.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con disminución de la agudeza visual, al principio debemos descartar que ello se deba a una patología orgánica (vascular, tumoral, neurológica y oftalmológica). Es difícil establecer el diagnóstico de trastorno conversivo, dado que a este se llega por exclusión una vez descartada la patología orgánica, pero por ello debemos obviarlo.

PIODERMA GANGRENOSO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cayetano Cordero R, Rocha Giraldo A, García Espada S, Rangel Tarifa MJ, Muñoz Sanz M, Mellado Vázquez IM
CS de San Roque. Badajoz
rociocayetano83@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Paciente de 17 años que acude a la consulta por una lesión ulcerosa cutánea en la axila derecha de 1 semana de evolución. Es la primera vez que consulta por una lesión de similares características. Días antes presentó bultoma axilar derecho compatible con foliculitis, por lo que fue tratada con cloxacilina 500 mg durante 1 semana sin que experimentara mejoría. No tiene fiebre, dolor u otra clínica asociada.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No fumadora. Acné juvenil sin tratamiento en la actualidad. Obesidad.

Antecedentes familiares: Hermana con enfermedad celíaca. Primo afectado de enfermedad de Crohn.

Exploración física: Buen estado general. ACP normal. Abdomen: sin hallazgos de interés. Lesión ulcerada de aproximadamente dos centímetros de diámetro no dolorosa en axila derecha. Halo periférico violáceo sobrelevado. No se observan otras lesiones dérmicas a otro nivel.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación: normales. Cultivos: negativos. Rx de tórax: normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Patología infecciosa, vasculitis cutánea, úlceras vasculares, patología cutánea maligna. Se realizó interconsulta preferente con Dermatología e iniciamos tratamiento con prednisona oral (1 mg/kg/24 h), así como con curas locales con suero salino fisiológico y oclusión, con lo que la paciente presentó una mejoría clínica de la lesión.

Juicio clínico: Pioderma gangrenoso.

CONCLUSIONES

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica estéril caracterizada por ulceraciones cutáneas recurrentes. Entre el 50-70% de los pacientes asocian patología sistémica. No existen criterios clínicos distintivos ni pruebas complementarias que permitan establecer un diagnóstico definitivo, por lo que se basa en la correlación de los hallazgos clínicos e histopatológicos y en la exclusión de otras entidades.

PLASMOCITOMA COMO DOLOR LUMBAR

Fernández Garrido T, De Nicolás Navas MB, Mancebo Somoza N, Prieto Cabezas V, Alonso Arizcun B, Alonso Pérez MA
CS Pintores. Parla (Madrid)
tatifer84@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria, Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 75 años, sin antecedentes personales de interés, consulta en varias ocasiones por un cuadro de unas 3 semanas de evolución de lumbalgia no irradiada y debilidad de EEII que no mejora con analgesia de primer escalón. Posteriormente presenta deposiciones diarreicas sin productos patológicos, y a la debilidad de EEII se suman disestesias e impotencia funcional progresiva, a lo que más tarde se asocia retención de orina.

Exploración física: EEII: hipoestesia en cara anterior. EID: pie caído, no elevación de cadera, no flexión de rodilla, anestesia en cara anterior e interna. Reflejo Aquileo bilateral disminuido. TC y RM lumbar: fracturas en L2 y L3. Espónilo artrosis lumbar con estenosis degenerativa del canal espinal principalmente en L3-L4 y estenosis foraminales multinivel sobre todo en L5-S1.

DESARROLLO

La paciente ingresa en Neurocirugía. RM cervicodorsal: lesión lítica en D8 con compresión medular. Se hace PET-TC y biopsia, que permite diagnosticar un plasmocitoma, por lo que se instaura tratamiento con radioterapia.

CONCLUSIONES

La lumbalgia es un motivo frecuente de consulta. Aunque en la mayoría de los casos es de características mecánicas, no podemos descartar otras etiologías. En una paciente mayor con lumbalgia, sin antecedente traumático ni respuesta a analgesia, con dolor progresivo y posterior aparición de síntomas neurológicos, debemos considerar como causa más frecuente entidades como hematomas epidurales, abscesos, neoplasias y hernia discal. En este caso, se diagnostica de plasmocitoma, que constituye un tumor de células plasmáticas poco habitual que se asienta principalmente en columna vertebral, lo que provoca dolor a nivel local y afectación neurológica variable según el grado de destrucción ósea y la existencia de compresión radicular o medular.

¿PODEMOS QUEDARNOS TRANQUILOS ANTE UNA LUMBALGIA EN EL PACIENTE MAYOR? ¿CUÁNDO DEBEMOS ACORDARNOS DEL MIELOMA MÚLTIPLE?

Mateo Simón A, Navarro Martín S, Martín-Rabadán Muro M
CS De Can Misses. Ibiza (Illes Balears)
amateo@asef.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Varón de 70 años conocido en nuestra consulta por presentar diversas patologías. Desde hace 3 meses nos consulta siempre por el mismo motivo, y asumimos que conocemos el diagnóstico, pero él no mejora... ¿Es artrosis?

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. HTA, DM tipo 2, dislipemia. Entre los años 2010 y 2012 se le diagnosticó espondiloartrosis dorsolumbar, confirmada por clínica y radiografía. Consultó en numerosas ocasiones por dolores osteomusculares de características mecánicas, que se resolvieron con AINE.

Enfermedad actual: En junio de 2012 inicia un cuadro de dolor lumbar de similares características a las habituales, por lo que se instaura un tratamiento con omeprazol, ibuprofeno 600 mg/8 h y diazepam

Exploración física: Dolor a la palpación musculatura lumbar. Lassegue-Bragard negativos. No apofisalgias. Rx: discopatía L4-L5.

DESARROLLO

Tras varias visitas en julio-agosto a Urgencias y a nuestra consulta, donde se aumentan los analgésicos, el dolor lumbar del paciente continúa y se asocia a dolor en la cara posterior de extremidad inferior derecha. Se le remite a rehabilitación. En septiembre, el paciente vuelve a consultar por el cuadro, que no mejora con la fisioterapia.

Diagnóstico diferencial (de un dolor supuestamente mecánico): Hernia discal, síndrome sacroiliaco, síndrome piramidal, síndrome trocánter mayor, meralgia, tumores metastásicos y tumores vertebrales primarios. Pensando en estos últimos, solicitamos analítica: Hb: 10,8; leucocitos: 6,1 con fórmula normal. VSG: normal. Ca: 9,16; Fe: 66; FR: normal, <10, PCR < 0,1. Proteínograma: gammaglobulina 61,6%; 7,02 g gammaglobulina total. Inmunoglobulinas: posible componente monoclonal. Ante la sospecha de mieloma múltiple, derivamos al paciente a Hematología.

CONCLUSIONES

La lumbalgia es un motivo frecuente de consulta. Debemos prestar especial atención cuando se asocia a síntomas de alarma, pero también cuando se presenta en mayores de 65 años y es de reciente comienzo o bien cambian sus características habituales.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN LINFOMA

Allely Ramírez MJ, Salva Ortiz N, Marcelo Martínez AM
CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)
mjallely@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Odinofagia y malestar general.

Antecedentes personales: No se conocen reacciones adversas a medicamentos. Fumador. Varicela hace 10 meses.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Enfermedad actual: Varón de 46 años que presenta odinofagia de varios días de evolución. Acude a Urgencias por persistencia de la odinofagia, pero no responde al tratamiento antibiótico y corticoideo que se le prescribe. Sigue persistiendo la odinofagia y se observa la presencia de adenopatías laterocervicales, supraclaviculares e inguinales y parestesia en manos. Refiere haber perdido 14 kg en un mes. Se decide remitir al paciente a Urgencias.

Exploración física: Constantes: afebril. Caquético. Palidez mucosa. Regular estado general. Faringe: hiperémica con absceso amigdalinos. Lengua micótica. Cuello: adenopatías laterocervicales, supraclaviculares e inguinales bilaterales. AC: tonos rítmicos. AP: MVC. Abdomen: excavado.

Pruebas complementarias: Rx de tórax: aumento de la trama broncoalveolar y ensanchamiento del mediastino. TC de cuello, tórax y abdomen: adenopatías ganglionares cervicales mayores de 1 cm. Adenopatías axilares y mediastínicas. Nódulos en parénquima pulmonar. Esplenomegalia homogénea. Adenopatías abdominales mesentéricas. Ecocardiograma: normal. Biopsia del ganglio cervical: linfoma no Hodgkin T. Angioinmunoblástico PET: extensa afectación linfática supra e infradiaphragmática y esplenomegalia linfomatosa, lesiones seudonodulares pulmonares y afectación linfomatosa de MO. Estadio metabólico IV.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin T angioinmunoblástico grado IV B.

CONCLUSIONES

Con este caso, destaca la importación en la consulta de Atención Primaria de la exploración física, la anamnesis y las pruebas complementarias de que disponemos para poder realizar un buen enfoque diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO

Meseguer García P, Caballero Sánchez MM, Vicente Martí C, Sarabia Cárcel C, Castán Lagrava MR, Caballero Cánovas JA
CS La Ñora. Murcia
pascual_m_g@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Introducción: La primoinfección por VIH puede presentarse como un síndrome mononucleósico o viriasis a las 2-6 semanas del contagio en un 40-90% de los pacientes. La clínica más habitual consiste en síndrome febril, mialgias, artralgias, *rash* cutáneo, diarrea, adenopatías, úlceras cutáneas y mucosas e, incluso, meningitis, así como, frecuentemente, leucopenia, trombopenia y elevación de transaminasas.

Motivo de consulta: Úlceras genitales y fiebre.

Antecedentes personales: Talasemia menor. El paciente no tiene hábitos tóxicos y niega haber mantenido relaciones sexuales de riesgo.

Enfermedad actual: Varón de 41 años que acude a la consulta de Atención Primaria por fiebre de más de 38 °C y úlceras genitales. Diagnosticado de herpes genital, se trata con valaciclovir. Empeora y acude a Urgencias hospitalarias con más de 39 °C de temperatura, artromialgias, exantema en tronco y frente, lesiones aftosas en mucosas oro-genitales y parafimosis. Ingresa para estudio.

Exploración física: Lesiones eritemato-papulosas en frente y tórax. ORL: orofaringe hiperémica. Lesiones aftosas en mucosa yugal y paladar. Genitales: edema de glándula. Lesiones aftosas en zona anterior, y ulcerosas en zona inferior.

Pruebas complementarias: Analítica: PCR: 5,9; trombopenia y anemia; leucocitos: 4.850 (L 16,9%; N 74,7%). Serología: Ac VIH 1/2: positivo; Ac IgG varicela-zoster: positivo; Ac IgM varicela-zoster: negativo; Ac IgG herpes simple 1/2: positivo; Ac IgM herpes simple 1/2: negativo; Ac treponema pallidum: negativo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Infección aguda por VIH, síndrome febril asociado a herpes, varicela.

Juicio clínico: Infección aguda por VIH.

CONCLUSIONES

La infección aguda por VIH puede presentarse como síndrome mononucleósico y erupción cutánea en el contexto de síntomas inespecíficos. Debemos tener un alto índice de sospecha para no pasar por alto este diagnóstico, que es importante desde una perspectiva de salud pública.

PTOSIS PALPEBRAL EN VARÓN JOVEN

Mazón Ouviaña EA, Fuentes Vallejo MS, Flores Cebada EM, Pérez Eslava M, Machuca Albertos MJ, Bellanco Esteban P
UGC La Laguna. Cádiz
elisa.mzn87@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 43 años de edad, acude a la consulta por blefaroptosis del ojo izquierdo de un mes de evolución, sin signos infecto-inflamatorios del mismo ni pérdida de agudeza visual.

Antecedentes personales: dislipémico, sin otros antecedentes de interés. No sigue ningún tratamiento habitual ni tiene hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración física: destaca ptosis incompleta del ojo izquierdo sin alteraciones pupilares ni otros hallazgos de relevancia.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, que salen normales. Inmunología: Ac antirreticulina, antirreceptor de acetilcolina, antimuscarínicos, antimúsculo liso, antimúsculo estriado y antitiroideos: negativos. Se deriva al paciente a Neurología para su estudio, donde se solicita: electromiograma y electroneurograma, RM cerebral, TC torácico, todos con resultados normales.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Claude Bernard Horner, miastenia grave con afectación ocular.

Juicio clínico: Miastenia grave ocular seronegativa.

CONCLUSIONES

Presentamos el caso de una entidad precoz de miastenia grave, la miastenia ocular, que se caracteriza por la afectación de la musculatura ocular de forma aislada y que puede generalizarse o no (16% de los casos). Esta responde mejor a tratamientos precoces, de ahí la importancia del diagnóstico en estas fases. Se trata de una enfermedad autoinmune, más frecuente en mujeres jóvenes, provocada por anticuerpos contra la unión neuromuscular, lo que altera la neurotransmisión. Además, la forma ocular requiere un diagnóstico diferencial con el síndrome de Claude Bernard Horner por ser frecuente la asociación de este con neoplasias. El diagnóstico es fundamentalmente clínico-inmunológico, excepto en las formas seronegativas, la peculiaridad de este caso.

«¿QUÉ MAL HUELEN LOS FLATOS DE MI HIJO!» ¿MOTIVO DE CONSULTA BANAL?

Andrade Soto MC, Tijero Rodríguez B, Delgado Alonso L, Álvarez Hodel AE, Córdoba Romero A, Melo Toledo E
CS Huerta del Rey. Valladolid
marycarmenandrade@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Paciente de 48 años sin antecedentes previos, soltero y que vive con sus padres. Acude a la consulta con su madre, la cual es una paciente hiperfrecuentadora y refiere que su hijo tiene flatos malolientes. El paciente niega dolor abdominal y no relaciona los flatos con ingesta de alimentos específicos. Refiere heces blandas (una o dos al día) desde hace meses sin productos patológicos. No ha perdido de peso.

Exploración física: Paciente estable, afebril y sin signos de afectación general. Abdomen: ligeramente timpánico, sin peritonismo. Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb: 10,7; plaquetas: 438; PCR: 30. Resto, normal. Pendiente Ac celíacos, tiroideos y marcadores. Rx simple de abdomen con asas de delgado dilatadas. Ecografía normal.

DESARROLLO

Juicio clínico: Estenosis inflamatoria de sigma cuya etiología falta precisar (¿enfermedad inflamatoria intestinal?). Diagnóstico de Digestivo: Estenosis inflamatoria de sigma en relación con enfermedad de Crohn ileal. La sistemática en el diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal se inicia con la presencia de signos/síntomas recurrentes como rectorragia, dolor abdomi-

nal, distensión, retortijón, episodios de diarrea, tenesmo o urgencia defecatoria, lesiones anogenitales y algunas manifestaciones extraintestinales. El diagnóstico de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn se establecerá a partir los cuatro grupos de criterios diagnósticos: clínicos, radiológicos, endoscópicos y anatomopatológicos, con este último como el definitivo.

CONCLUSIONES

Es importante no prejuzgar un motivo de consulta en Atención Primaria, pues no todos los pacientes con síntomas banales deben ser incluidos en el grupo de somatizaciones por disfunción familiar o estrés vital. Se debe realizar un abordaje biopsicosocial del paciente individualmente e identificar indicadores que permitan dar una adecuada respuesta asistencial al problema.

«¿QUÉ ME PASA, DOCTOR?»

Gutiérrez Sánchez MC, Bernal Pérez B, Bona Otal M, Bravo Andrés R, Callejas Gil I, Mares C
CS Actur Sur. Zaragoza
mcgutierrez145@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Servicio de Urgencias.

PRESENTACIÓN

Mujer de 61 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes de insuficiencia mitral, HTA, intervenida de cataratas y en tratamiento con losartán. Acude por presentar desde hace 3 días un cuadro de movimientos tónico-clónicos en la mano izquierda, inicialmente, diseminados por la extremidad superior izquierda y luego por la extremidad inferior izquierda. El cuadro dura unos 60 minutos, coincide con una crisis hipertensiva confirmada por el médico de Atención Primaria y cede tras el control de la PA y la cefalea asociada. La paciente no presenta estupor posterior ni alteración visual asociada. Hoy sufre un nuevo episodio de características parecidas, sin afectación facial ni déficit posterior, que dura de 3 a 5 minutos. La exploración neurológica es normal, salvo por la abolición de aquileos y mínima claudicación en extremidad inferior izquierda en la maniobra de Mingazzini. La analítica y el Rx de tórax y abdomen no presentan alteraciones. TC cerebral: dudosa imagen en lóbulo ínsula izquierda. RM (gadolinio): lesión quística extraaxial en fosa temporal izquierda de unos 17 mm, compatible con quiste aracnoideo. EEG: el trazado no permite descartar patología comicial.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Síncope, trastorno disociativo de conversión, discinesias agudas, síndrome extrapiramidal, epilepsia parcial, emergencia hipertensiva.

Se inicia tratamiento con levetiracetam por sospecha diagnóstica de epilepsia parcial motriz en el contexto de posible encefalopatía posterior reversible o de la dudosa imagen de la TC. A los 15 días de iniciar el tratamiento, este se suspende por mala tolerancia. Dado que las pruebas diagnósticas no son concluyentes y la paciente permanece asintomática, se mantiene una actitud expectante y se programa una revisión en 6 meses. Según la evolución, se valora repetir el EEG. Asimismo, se establece un control de la PA.

CONCLUSIONES

En todo momento se respetan las preferencias de la paciente, que desestima el ingreso desde el principio para completar estu-

dio. Dada la poca tolerancia al tratamiento, se opta por mantener una conducta expectante.

RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA TRAS 45 AÑOS LIBRE DE ENFERMEDAD

Fernández de Béjar MM, Barceló Barceló I, González Torres LM, Barona García L, Clemente García M
CS Barrio del Carmen. Murcia
marbjara@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Mujer de 80 años con cáncer de mama intervenido en 1968 mediante mastectomía radical izquierda y extirpación de dos bultomas en mama derecha, que acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por induración de la cicatriz quirúrgica de la mama derecha de un mes de evolución. Se encuentra afebril y no refiere dolor ni disnea.

Exploración física: Mama derecha pétreo, mal delimitada, sin palpación de adenopatías en territorios ganglionares adyacentes. No se detectan signos inflamatorios, ni alteraciones a nivel cutáneo ni secreción a través del pezón.

Pruebas complementarias: Rx de tórax: normal. Mamografía: nódulo denso de bordes irregulares de 4 cm. Calcificaciones esteatonecróticas por radioterapia previa BIRADS-5. Ecografía: imagen nodular sólida, hipoecogénica, mal delimitada, de 3,5 cm con dudosa adenopatía axilar de 7 mm de profundidad. BAG: carcinoma ductal infiltrante.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Carcinoma ductal de mama, carcinoma lobulillar de mama, mastitis, enfermedad de Paget de la mama, carcinoma inflamatorio de mama.

Juicio clínico: Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama es una enfermedad potencialmente sistémica que requiere vigilancia periódica, ya que pueden aparecer recidivas incluso años después de su resolución. Es fundamental su seguimiento desde la consulta de Atención Primaria y tenerlo siempre presente con el fin de detectar precozmente signos o síntomas de recidiva local o de enfermedad metastásica. Pensaremos en ello sobre todo si trata de pacientes jóvenes en el debut o con ganglios axilares afectados por el tumor primario, dada su mayor probabilidad de recidiva.

REFLEXIÓN SOBRE EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Fernández Garrido T, Prieto Cabezas V, De Nicolás Navas MB, Mancebo Somoza N, Alonso Arizcun B, Alonso Pérez MA
CS Pintores. Parla (Madrid)
tatifer84@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Varón de 72 años con HTA, cardiopatía isquémica, DM tipo 2, retinopatía y nefropatía diabética. Se sospecha que tiene un trastorno de personalidad o una patología psiquiátrica de base

no diagnosticada. En las analíticas destaca Cr en torno a 5 mg/dl, filtrado glomerular de 13 ml/min y microalbuminuria.

DESARROLLO

En seguimiento por enfermedad renal crónica en estadio V por nefropatía diabética. El paciente muestra desconfianza hacia el personal sanitario, se niega a recibir información completa sobre las técnicas de terapia renal sustitutiva y a recibir diálisis. Aunque se le explican los riesgos que eso supone, como la muerte, él los asume y firma su consentimiento. Sigue un tratamiento conservador/paliativo.

CONCLUSIONES

El principio de autonomía exige tener capacidad para comprender la información relevante, entender las consecuencias de cada decisión, elaborar razonamientos a partir de la información que se transmite y comunicar la decisión tomada. También es necesaria la ausencia de coacción. En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio. En algunos pacientes, como en los psiquiátricos, es más difícil aplicar el principio de autonomía. En este caso, hay dudas de si el paciente, que no ha sido valorado ni diagnosticado por parte de psiquiatría, cumple las condiciones para el principio de autonomía. Con la información recibida, rechaza técnicas de terapia renal sustitutiva y diálisis, firma consentimiento informado y opta por tratamiento conservador/paliativo. Por lo tanto, se plantean dudas sobre la competencia de este paciente para tomar sus decisiones.

SACROILEÍTIS AGUDA

Castell Slacke T, Estrada Alifonso CE, Vargas Roca I, Torres Machado V, Díaz García L, Rodríguez Arce MI
ABS Sant Josep-Rambla Just Oliveres. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
taniacastell@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Las lumbalgias son motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Por ello, es necesario conocer su abordaje para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Motivo de consulta: Lumbalgia.

Antecedentes personales: HTA, vasculitis sistémica con afectación cutánea y renal.

Enfermedad actual: Varón de 65 años que consulta por sacrolumbalgia de 2 semanas de evolución. Su cuadro se orienta como una lumbalgia mecánica y se inicia un tratamiento con paracetamol y diazepam. El paciente vuelve a la consulta 72 horas después por dolor persistente y pico febril de 38 °C, por lo que se sospecha una infección urinaria y se instaura tratamiento con Augmentine®. Pasadas 48 horas acude a Urgencias por aumento del dolor, que es de características inflamatorias, interfiere en el descanso nocturno e impide la deambulación, sin que se le asocien otros síntomas.

Exploración física: Úlcera sacra de 1 cm, aproximadamente, en proceso de cicatrización. Dolor intenso a la palpación del sacro y musculatura paravertebral lumbar. Movilidad limitada por el dolor.

Pruebas complementarias: Hb: 9 g/l; plaquetas: 221.000; leucocitos: 7.400; PCR: 198 mg/l. Rx de columna y ecografía abdominal: anodinas. Sedimento y urocultivo: negativo. TC abdominal: aumento de densidad de partes blandas a nivel sacro (características

inflamatorias). RM de columna lumbosacra: osteítis y destrucción ósea sacroilíaca derecha. Gammagrafía ósea: imagen inflamatoria sacroilíaca derecha. Biopsia ósea: polimorfonucleares abundantes. Cultivo: *Pseudomona aeruginosa* multirresistente.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Neoplasia, metástasis óseas, proceso infeccioso.

Juicio clínico: Sacroileítis aguda por *Pseudomona aeruginosa*. En tratamiento con colistina y ceftazidima. Dada su evolución, el paciente ha de ser hospitalizado.

CONCLUSIONES

La sacroileítis es la inflamación de la articulación sacroilíaca y se caracteriza por dolor, limitación articular, fiebre, malestar general y destrucción articular en algunos casos. Las causas suelen ser infecciones cutáneas, urinarias y endocarditis entre otras. El diagnóstico se basa en pruebas de laboratorio, de imagen y microbiología.

«¿SE PUEDE SUPERAR UN DIVORCIO SIN MEDICACIÓN?»

Santiago Rivero N

CS Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria
nieves.sanrivero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

En agosto de 2013 (tutor está de vacaciones), en una consulta matinal en un centro de salud, el paciente expresa que necesita ayuda.

Antecedentes personales: Conductor de autobús sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Dermatitis seborreica. Cefalea tensional y cifras tensionales elevadas desde 2004 hasta 2009 de la que se descartan causas secundarias. Nefrolitiasis en noviembre de 2013. Está en tratamiento con rupatadina 10 mg y fluticasona 27,5 µg.

Antecedentes familiares: Padre hipertenso. Madre hipertensa y con ansiedad. Hermano sano. Hermana con cáncer de mama. Hermanas gemelas sanas.

Enfermedad actual: Varón de 34 años que acude a la consulta acompañado por un compañero de trabajo y que solicita ayuda por ansiedad. Preocupado, no rinde en su trabajo, comete errores y teme hacerle daño a alguien. Refiere tener molestias epigástricas, cefalea e insomnio, así como ideas autolíticas sin plan definido. Se encuentra en medio de un proceso de divorcio conflictivo y comparte casa con su expareja. No cuenta con apoyo familiar, y el apoyo social es escaso.

Exploración física: Buen estado general. Consciente y colaborador. Tiene llanto espontáneo. PA: 132/78 mmHg. AC: rítmica y sin soplos.

Pruebas complementarias: Analítica previa normal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Ansiedad; depresión; trastorno adaptativo.

Juicio clínico: Trastorno adaptativo.

CONCLUSIONES

Los trastornos de adaptación son estados de malestar subjetivos que interfieren en la actividad cotidiana en respuesta a una situación estresante identificable.

El eje del tratamiento de elección es la psicoterapia. La entrevista clínica con actitud empática y receptiva y una escucha activa favorecen que el paciente exprese su problema.

La relación entre el médico y el paciente es muy importante en el abordaje de esta patología e influye en la evolución.

SEGUNDA REACTIVACIÓN TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

González Silva Y, Hernando Fernández R, Montero Carretero T, Nieto Sánchez S, Díez Morales S, Delgado de Paz Á
CS Plaza del Ejército. Valladolid
gonzalez.silva.yolanda@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Urgencias y atención especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 71 años que refiere disnea de un mes de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos, además de ortopnea y tos productiva con moco marrón. Refiere también una sensación distérmica.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, DM tipo 2. Tuberculosis en 2001 y reactivación en 2005. Fumador de 40 cigarrillos al día. No es bebedor.

Exploración física: Constantes normales, SatO₂ 94 %. CyC: rubicundez facial. ACP: arrítmico sin soplos, roncus en ambos campos pulmonares. Abdomen: RHA+, blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Hepatomegalia de dos traveses. EEL: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: En Urgencias se realiza analítica sanguínea (leucocitosis y anemia), gasometría arteriovenosa (insuficiencia respiratoria límite) y se recogen esputos para cultivo. Rx de tórax: LSD cavitación pulmonar, infiltrados pulmonares. El paciente ingresa en Neumología y, ante posibilidad de reactivación de la tuberculosis, se le aísla. Se realiza broncoscopia: carina principal desestructurada y ensanchada y mucosa infiltrada de aspecto neoplásico en el árbol bronquial derecho. BAS, cepillado y biopsia.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Carcinoma bronquioalveolar frente a reactivación de tuberculosis y a neumonía.

Juicio clínico: Reactivación de la tuberculosis. Baciloscopia positiva. Biopsias negativas.

CONCLUSIONES

El paciente aporta un informe previo que indica el diagnóstico de tuberculosis en 2001 tratado correctamente durante un año. En 2004 se dio reactivación de la misma y estuvo en tratamiento durante 6 meses: 2 meses con rifampicina, isoniazida y pirazinamida y 4 meses más con isoniazida y rifampicina; de ello le quedó como secuela una cavitación en el ápex pulmonar derecho y paquipleuritis. Se trata de un caso extraño, pues el paciente es inmunocompetente y ha sido tratado correctamente; podría deberse a reactivación por bacilos quiescentes en la lesión secuelar de LSD. Se ha instaurado tratamiento con etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina.

SENSACIÓN DE ACORCHAMIENTO

Tijero Rodríguez B, Andrade Soto MC, Delgado Alonso L, Feroso Álvarez G, Martín Monclus C, Sanz Almazán M
CS Huerta del Rey. Valladolid
berta.tijero@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Déficit sensitivo y del lenguaje. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: Madre migrañosa.

Enfermedad actual: Mujer de 25 años que acude a Urgencias por episodio brusco de disestesias oro-queiro-podales de instauración gradual en 10-15 minutos seguido de disfasia motora durante 40 minutos y cierta teicopsia mientras estaba estudiando. Cuando se encuentra en el servicio de Urgencias, el cuadro cede y aparece cefalea pulsátil holocraneal asociada a náuseas, sonofobia y fotofobia que ceden con la analgesia habitual. No ha experimentado episodios similares previamente.

Exploración física: Funciones superiores conservadas; PICNR, MOE normales; pares craneales normales; fuerza y sensibilidad simétrica y conservada; Romberg negativo, no claudicación, ni disimetrías. ACP normal.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea normal. ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización. TC craneal: normal.

DESARROLLO

Juicio clínico: Episodio único de migraña con aura.

Diagnóstico diferencial: Descartar si es primaria o secundaria. Cefalea tensional, cefalea en racimos, hemicránea paroxística, cefalea cervicógena.

CONCLUSIONES

La migraña es un síndrome benigno y recurrente que consiste en cefalea pulsátil unilateral o bilateral, que se exacerba por el ejercicio y se acompaña de náuseas, vómitos, sonofobia y fotofobia. El aura presente en el 20-30% casos (alteraciones visuales, sensitivo-motora, del lenguaje) precede a la aparición de la cefalea. Los motivos por los que el paciente acude a Urgencias son: primer episodio, dolor más intenso, no mejora con la analgesia habitual o los fármacos le causan efectos secundarios. El diagnóstico es clínico y el tratamiento se hace con analgésicos/antiinflamatorios.

SEUDOTATUAJES, NO SON TAN INOCUOS COMO PENSAMOS

Vilavella Lizana C, Saúl Gordo E, Duch Juvinyà B, Marina Ortega MV
ABS Canet de Mar. Barcelona
clairevili1@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Chica de 20 años que acude a la consulta por eccema. Diez días antes había estado en Marruecos y se había realizado un tatuaje de *henna* de color negro. Una semana después, cuando el tatuaje empieza a desaparecer, inicia una clínica de prurito y posteriormente le aparece un eritema en el antebrazo izquierdo. Por su cuenta, inicia un tratamiento con corticoides tópicos, pero no experimenta mejoría, motivo por el que consulta en Atención Primaria.

Exploración física: Presenta lesiones maculopapulares eritematosas en cara dorsal del antebrazo izquierdo que siguen el traza-

do ascendente del dibujo de *henna*, desde la muñeca hasta la flexura. En un control posterior diez días después, nota una mejoría de la clínica con persistencia de eritema leve.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Dermatitis de contacto por otros productos irritativos, dermatitis irritativa crónica, fotodermatitis.

Juicio clínico: Dermatitis de contacto por *henna* negra.

CONCLUSIONES

Hay varias culturas en la que existe la tradición de tatuarse de forma temporal. Los tatuajes se realizan con *henna*, un colorante natural que se obtiene del arbusto *Lawsonia inermis*. Se aplica sobre la piel y se deja actuar el máximo tiempo posible, lo que da el característico color marrón-rojizo. En los últimos años, la *henna* se está extendiendo a zonas turísticas. Sin embargo, en muchos puestos ambulantes añaden a los tatuajes componentes para acelerar la acción y aportar mayor intensidad de color, lo que da la *henna* negra. Como consecuencia de ello, se han descrito múltiples casos de dermatitis de contacto en tatuajes de *henna* con aditivos, en especial la parafenilendiamina, presente en múltiples tintes de peluquería, betunes y tejidos en concentraciones <6% (aprobadas por la UE). Su uso directamente sobre la piel está prohibido. La reacción cutánea es tardía, con un inicio en forma de dermatitis de contacto que puede evolucionar a úlceras y lesiones ampollosas, así como dejar áreas cicatriciales y de hipopigmentación, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho para controlar la evolución y las complicaciones

SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Machado V, Llorella Oriol G, Estrada Alifonso CE, Castell Slacke T, Méndez Trias MÁ, Romano Sánchez J
ABS Sant Josep-Rambal Just Oliveres. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
vitorres7@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Las alteraciones electrocardiográficas constituyen un hallazgo frecuente en la consulta de Atención Primaria, si bien algunas de ellas son menos conocidas y están infradiagnosticadas, como el síndrome de Brugada.

Motivo de consulta: Varón de 59 años, asintomático, que acude a la consulta para llevar ECG y analítica.

Antecedentes personales: HTA y dislipemia.

Antecedentes familiares: Ninguno.

Exploración física: Normal.

Pruebas complementarias: Analítica: sin alteraciones. ECG: sinusal, 60 lpm. Eje 0°. PR: 0,20. QRS: 0,08. Onda T negativa en V1 con morfología de R-R'. Elevación del segmento ST en V1 de 1 mm y en V2 de 2 mm con onda T positiva. Ecocardiograma: sin alteraciones.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Bloqueo completo de rama derecha del haz de His atípico; repolarización precoz; síndrome de Brugada; infarto agudo de miocardio, especialmente de ventrículo derecho; tromboembolia pulmonar.

Juicio clínico: Síndrome de Brugada.

CONCLUSIONES

El síndrome de Brugada consiste en unas alteraciones electrocardiográficas que se asocian al riesgo de padecer arritmias ventriculares y muerte súbita. Estas son producidas por defectos en los canales iónicos. El 30% de los casos presentan herencia autosómica dominante. Tiene una prevalencia de 5/10.000 habitantes, y de estos, un 71-77% son hombres. Mayoritariamente es asintomático, pero un 17-42% de los enfermos sufren un síncope. Los criterios electrocardiográficos son alteración del segmento ST como mínimo en dos derivaciones precordiales derechas, a pesar de que el patrón puede no ser constante. Según las alteraciones del ECG, se clasifican en tres tipos. En este caso, finalmente se llegó al diagnóstico del síndrome de Brugada tipo 2, sin patología estructural.

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

González Torres LM, León Martínez LP, Fernández de Béjar MM, Barona García L, Bernabé Vera L, Flores Álvarez C
CS Barrio del Carmen. Murcia
luciagonzalez94@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 60 años con HTA que acude a Urgencias por ansiedad. Se encuentra en tratamiento antibiótico por una cistitis diagnosticada hace 10 días, pero no ha experimentado mejoría. Refiere tener disnea aguda de 3 días de evolución con dolor centrotorácico opresivo y continuo, sin irradiación, que se acompaña de tos, expectoración sanguinolenta matutina, fiebre de 39 °C y astenia.

Exploración física: Consciente y orientada. Mal estado general. Taquipneica con trabajo respiratorio. PA: 94/63 mmHg; T°: 36,6 °C; FC: 107 lpm; SatO₂: 81%. AC: rítmico sin soplos. AP: MCV con *roncus* y crepitantes diseminados. Abdomen: dolor lumbar derecho y FID sin peritonismo.

Pruebas complementarias: PPRD +. ECG: BRDHH. Orina: normal. Hemograma: Hb: 9,8 g/dl; Hto: 29%; leucocitos: 8.500 (N 77%). Coagulación: AP: 52; INR: 1,64. GV: pH 7,18; PO₂: 23; PCO₂: 52; HCO₃-17; EB-9; LAC 2,3. Rx de abdomen: gas en colon. Rx de tórax: imágenes alodinosas bilaterales con patrón intersticio-alveolar en mitad superior. TC de tórax: extensas áreas en vidrio deslustrado bilaterales. Adenopatías en ventana aortopulmonar prevasculares y paratraqueal derecha. Tronco arteria pulmonar de calibre aumentado (HTP). Derrame pleural basal bilateral.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia respiratoria aguda: SDRA, IC, obstrucción VAS, crisis de asma, exacerbación EPOC, neumonía, tromboembolismo pulmonar, IAM, taponamiento cardíaco, neumotórax, volet costal, acidosis metabólica, ansiedad.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria hipoxémica por SDRA con proceso infeccioso subyacente.

CONCLUSIONES

El SDRA es la manifestación pulmonar de un proceso subyacente (pulmonar o extrapulmonar) que provoca insuficiencia respiratoria hipoxémica grave con infiltrados alveolares bilaterales (sin evidencia de IC). El diagnóstico es principalmente clínico y

se basa en el cumplimiento de unos criterios diagnósticos y se apoya en la prueba de imagen.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES. REFLEXIONES A PROPÓSITO DE UN CASO

Prado Fernández M
CS Sama. Langreo (Asturias)
mery_magika@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y asistencia especializada-Urgencias.

PRESENTACIÓN

Introducción: Varón de 14 años hiperfrecuentador (238 consultas hasta hoy). Se le ha derivado a especialistas en trece ocasiones y se le han practicado infinidad de pruebas complementarias, todas normales. Solo ha estado ingresado una vez por gastroenteritis.

Motivo de consulta: El paciente acude con su madre tras una caída casual. Refiere dolor cervical, torpeza de meses de evolución y problemas escolares.

Antecedentes personales: Rinitis alérgica, miopía y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En tratamiento actualmente con metilfenidato.

Antecedentes familiares: Únicamente destaca antecedentes de corea de Huntington en abuela paterna.

Enfermedad actual: Cervicalgia.

Exploración física: Mala posición corporal, con extremidades inferiores (EII) semiflexionadas, contracturas de músculos de la celda posterior de ambas piernas y evidente torpeza en la deambulación.

Pruebas complementarias: Rx de columna vertebral: normal. Se habla con el padre del paciente, por antecedentes familiar que comenta que no se ha hecho estudio genético alguno ni quiere hacerlo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Munchausen por poderes o corea de Huntington.

Juicio clínico: La enfermedad de Westphal (Huntington juvenil) se caracteriza por torpeza de movimientos, rigidez de extremidades, aumento de dopamina y problemas de atención, concentración y memoria. El tratamiento que sigue el paciente, con metilfenidato, produce incremento de dopamina, por lo que quizá la enfermedad está progresando por la toma del fármaco.

CONCLUSIONES

Se da una dificultad en establecer un diagnóstico de normalidad y una buena relación entre el médico y el paciente. Yatrogenia por la realización continua de pruebas. Se ha de remarcar la importancia de la historia clínica y de revisar diagnósticos anteriores.

SÍNDROME DE SHULMAN

Espantoso Romero M, Guede Fernández C, Callejas Cabanillas PA
CS Teis. Vigo (Pontevedra)
maitetha@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Dolor y tumefacción en extremidades.

Antecedentes personales: HTA y dislipemia. El paciente trabaja como administrativo.

Enfermedad actual: Varón de 49 años que consulta por un cuadro de empastamiento en antebrazos y piernas, sin compromiso de manos ni pies, de seis meses de evolución. Refiere parestesias en EEl. No presenta fenómenos de Raynaud, disfgia, ni polise-ro-sitis.

Exploración física: Empastamiento de antebrazos, muslos y tórax; piel con aspecto de naranja e hipostesia digital.

Pruebas complementarias: Analítica: PCR 20,71; eosinofilia $3,34 \times 10^3/\text{UI}$; FR, ANA: negativos. Biopsia profunda de pierna, incluida fascia muscular: hallazgos compatibles con fascitis eosinofílica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse fundamentalmente con la esclerodermia. La ausencia de Raynaud, telangiectasias, esclerodactilia y cambios viscerales significativos, la capiloscopia normal y la respuesta rápida a corticoides ayudan a distinguir la fascitis eosinofílica de la esclerodermia.

Juicio clínico: Fascitis eosinofílica (fe) o síndrome de Shulman.

CONCLUSIONES

La fascitis eosinofílica se da, principalmente, en hombres de entre 50 y 60 años después de realizar un trabajo físico, tras la ingesta de L-triptófano o por infecciones por *Borrelia burgdorferi*. Para plantear el diagnóstico, se deben cumplir los siguientes criterios: 1) Esclerosis y fibrosis de tejidos blandos, con desarrollo inicial en extremidades, respetando manos y pies. 2) Ausencia de Raynaud y compromiso visceral. 3) Infiltrado linfoplasmocitario en fascia muscular con número variable de eosinófilos, sin lesión vascular necrótica. 4) Eosinofilia (20-30%), VHS normal o alta, hipergammaglobulinemia policlonal, PCR alta, factor reumatoide y ANA negativos. Es importante dar a conocer esta enfermedad, ya que si se diagnostica y se trata correctamente, su respuesta es favorable, con remisión total del cuadro.

SÍNDROME DEL CASCANUECES

Manzanares Isabel R, Lafuente Navarro C, Lafuente Navarro AM
CAP Just Oliveras. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
robertiyomanzanares@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 32 años que consulta por dolor lumbar izquierdo irradiado a fosa ilíaca izquierda de tipo cólico con hematuria macroscópica asociada. Además refiere un cuadro sugestivo de cólico nefrítico 2 semanas antes del inicio del cuadro actual. No refiere síndrome miccional ni febril asociado.

Antecedentes personales: Cuadros de lumbalgia de repetición desde los 18 años. Diagnóstico en 2010 de escoliosis, que se trató inicialmente mediante rehabilitación y radiofrecuencia pulsada bilateral posterior. En tratamiento con ACO desde enero de 2013.

Exploración física: Paciente afebril, hipotensa, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. PPLI (+).

Pruebas complementarias: Analítica y radiológicamente no se aprecian alteraciones de interés. Se realiza un sedimento de orina que muestra hematuria (+++) y proteinuria (+++).

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Deben incluirse trastornos que causen dolor o hematuria, como litiasis, malformaciones congénitas vasculares y de la vía urinaria, tumores, infecciones y alteraciones de órganos o estructuras vecinas

CONCLUSIONES

El síndrome de cascanueces es un trastorno que se manifiesta por dolor o hematuria, o los dos, en pacientes de ambos sexos. Aparece cuando existe disminución del ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Esta anomalía puede ser congénita o asociarse a ptosis renal izquierda, disminución de grasa perirrenal, lordosis lumbar y embarazo. Para el diagnóstico, el *gold standard* es la flexografía, aunque también se aprovechan, por ser menos invasivas, la eco-Doppler, la TC (*multislice* de preferencia) o la RM. La cirugía, abierta o endovascular, tiene el objetivo de resolver la obstrucción de la VRI y aliviar la hiperpresión de la misma.

SÍNDROME NEFRÓFICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE WILSON

Alberdi Martín L, Álvarez Lamolda B, Junco Fernández A,
Basualdo Irigoyen C, Machuca Gómez L, Tavi Mvogo JM
CS La Zubia. Granada
alberdilucia@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria, Urgencias y hospital.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Edemas maleolares, náuseas y aumento de perímetro abdominal.

Antecedentes personales: sin antecedentes médicos conocidos, con enfermedad de Wilson en tratamiento con D-penicilamina. Ha faltado a las últimas revisiones en el servicio de Digestivo.

Enfermedad actual: Varón de 45 años, que hace un mes acudió a su médico de Atención Primaria por edemas maleolares, y en los tres últimos días ha ido en tres ocasiones a Urgencias de su centro de salud y hospitalarias por edemas maleolares, molestias gastrointestinales, aumento de perímetro abdominal y oliguria de 3 días.

Exploración física: Buen estado general. Abdomen globuloso con oleada ascítica y matidez timpánica no cambiante con la posición y extremidades con edemas con fóvea +++/+++.

Pruebas complementarias: Analítica: urea 119; creatinina 1,81; Na 130; hipoproteinemia y en orina proteinuria (más de 500 mg/dl), hematuria, creatinina 337,35 y Na 6. Rx de tórax con pinzamiento seno costofrénico derecho. Se deriva al paciente para que ingrese en Nefrología, donde le realizan una biopsia renal que descarta nefropatía membrano-proliferativa y le retiran la penicilamina.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Descompensación hidrótica secundaria a enfermedad de Wilson; síndrome nefrítico.

Juicio clínico: Sospecha de síndrome nefrítico yatrogénico por D-penicilamina.

CONCLUSIONES

El síndrome nefrótico se caracteriza por un aumento de la permeabilidad glomerular con proteinuria intensa, hipoalbuminemia y edemas, unos síntomas que constituyen el principal motivo de consulta. No hay que olvidarse de sospechar un síndrome nefrótico ante un enfermo con un cuadro que comienza con edemas y proteinuria, especialmente en un caso como el expuesto, en que el paciente se encontraba en tratamiento con un fármaco que puede producir este efecto adverso.

TENDINOPATÍA SECUNDARIA A ACTIVIDAD FÍSICA FRENTE A ACV

Sarabia Cárcel C, Castán Lagrava MR, Dalmasi Sicard GA, Pinto Silva E, Romeno Román JR, Giménez Arnau FJ
CS Alcantarilla-Sangonera. Alcantarilla (Murcia)
cristina.sarabia@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y especializada (Rehabilitación y Neurología).

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 57 años que acude por dolor en pie izquierdo e impotencia funcional de meses de evolución. Se le diagnóstica de forma inicial una tendinitis aquilea. No experimenta ninguna mejoría con AINE. Reevaluado con rehabilitador, se detecta alteración de la marcha con imposibilidad para andar de puntillas, RCP extensor, ROT vivos y atrofia gemelar. Se sospecha que presenta un déficit neurológico asociado.

Antecedentes personales: No tiene hábitos tóxicos. Ausencia de HTA, dislipemia, diabetes u obesidad. Practica una actividad física moderada. Parestesias en hemicuerpo izquierdo de horas de duración hace un año.

Exploración física: Neurología: extremidad inferior izquierda, zona distal: paresia 4/5, ROT izquierdos rotuliano y aquileos disminuidos. RCP extensor. Dudosa hipoestesia tactoalgésica. Marcha parética. No fasciculaciones. El resto es normal.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, coagulación: normales. ECG: RS. RM cerebral: pequeña lesión en centro semioval derecho paraventricular sugestiva de pequeño infarto crónico dependiente de arterias medulares

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: ACV, proceso expansivo, patología 1.ª MN.

Juicio clínico: Síndrome sensitivo-motor de extremidad inferior izquierda secundario a ictus isquémico crónico en territorio de ACA derecha de probable etiología aterosclerótica.

CONCLUSIONES

Ante un síntoma, la exploración es determinante para el diagnóstico. En ocasiones, una patología es un síntoma secundario de otra más trascendente, que se convierte no en causa, sino en consecuencia. La tendinitis aquilea que el enfermo presentaba era consecuencia de una marcha neurológicamente deficiente. Junto al dolor en zona aquilea, la exploración aportó datos de tonicidad, reflejos aumentados, así como Babinski, lo cual sugirió una patología neurológica y no traumatológica aislada, de ahí la importancia de la exploración.

TRATANDO EL VÉRTIGO: UN ABISMO SORTEABLE DESDE NUESTRAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Pascual Roquet-Jalmar E, Lancova H, Martín Campos N, López Carracedo C, Lacunza Andueza N, Pérez Gortari M
CS Azpilagaña. Pamplona (Navarra)
elena_only_chick@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixta.

PRESENTACIÓN

Varón de 81 años con diversos factores de riesgo cardiovascular que acude a Urgencias por sensación de mareo sin claro giro de objetos, inestabilidad y vómitos de repetición. El cuadro se ha iniciado una media hora antes, mientras caminaba por la calle. En los días previos ha sentido un mareo más leve y acúfenos en el oído izquierdo, por lo que su médico de Atención Primaria pauta tratamiento con betahistina. Se realiza analítica con seriación enzimática y ECG, que resultan normales. Se evidencia aumento de mareo y vómitos desencadenados claramente por los movimientos de la cabeza, por lo que se establece como diagnóstico un vértigo posicional periférico benigno (VPPB) y se administra Primperan y Dogmatil®. Al cabo de unos minutos el paciente presenta mioclonías multifocales que aumentan con la acción. El tono muscular es normal, sin apreciación de postura distónica. No presenta déficit motor ni sensitivo. RCP flexor bilateral. Ausencia de temblor.

DESARROLLO

Dada la proximidad terapéutica con fármacos antidopaminérgicos y la buena evolución del cuadro tras la retirada del Dogmatil® y Primperan, se establece como juicio clínico: cuadro mioclónico inducido por fármacos.

CONCLUSIONES

El VPPB supone la variedad más frecuente de vértigo que pasa por nuestras consultas de Atención Primaria. Hay que tener en cuenta la exploración vestibular para la identificación del canal y la inutilidad de la betahistina para este tipo de vértigo, frente a las maniobras de reposición de Epley y Semont (canal semicircular posterior y superior) y la maniobra de reposición de Lempert (canal semicircular horizontal), que constituirán una herramienta imprescindible a la hora de evitar tratamientos más agresivos y menos eficaces a largo plazo.

TRAUMA FRONTAL EN PACIENTE GERIÁTRICO

Li Vento Fernández de Lara C, Gutiérrez García P, Melero Broman J, Álvarez Posadas MR
CS Parque Alameda-Covaresa. Valladolid
carmenliv@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Urgencias, Atención Primaria y Neurología.

PRESENTACIÓN

Mujer de 84 años, sin antecedentes médicos conocidos, hipertensa en tratamiento con: enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg/día. Acude por un síncope en relación con el cambio brusco de temperatura al introducir las manos en agua caliente; caída posterior con trauma de la región frontal derecha; dificultad para mover brazos y piernas con pérdida de fuerza y parestesias en las cuatro extremidades con posterior recuperación parcial de la movilidad y la fuerza de EEII.

Exploración física: PA: 118/49 mmHg; FC: 52 lpm; T^a: 34 °C. Hipotermia. Contusión frontal derecha. Glasgow 15. Consciente y orientada. Tetraparesia flácida y arrefléxica con Babinski positivo derecho. Fuerza en EESS 2/5 y en EEII 3-4/5. Hipoestesia distal en las cuatro extremidades. El resto es normal.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma normal. Coagulación normal. Glucosa 122 mg/dl. Rx de tórax: normal. ECG: bradicardia sinusal. TC de columna cervical: espondilolistesis G-I en C3-C4 de aspecto degenerativo. Estenosis moderada del canal raquídeo a este nivel. RM cervical: edema medular C3-C5 secundario a contusión medular agravado por estenosis del canal raquídeo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, síndrome de Guillain-Barré, paraparesias ficticias, mielitis transversa, compresión medular.

Juicio clínico: Síndrome centromedular de Schneider.

CONCLUSIONES

El paciente ingresó en el servicio de Neurología, donde confirmaron el diagnóstico e instauraron un tratamiento sintomático y rehabilitador con el que evolucionó favorablemente. El síndrome centromedular de Schneider es una lesión que afecta a la sustancia gris central y a tractos espinotalámicos que se cruzan en el centro medular. Es frecuente en ancianos con espondilosis y es secundaria a traumatismos agudos por hiperextensión (traumatismo frontal-cervical).

TRAUMATISMO EN CADERA DERECHA Y DOLOR, RADIOGRAFÍA DUDOSA. ¿REPETIMOS LA RADIOGRAFÍA?

Sesam Méndez C, Alonso Alcañiz M, Sanjuán Domingo R, Girón Estrada V, Barnola Petit I, Carramiñana Sánchez D
Hospital Ernest Lluch. Calatayud (Zaragoza)
cintiasm@ufm.edu

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Varón de 47 años que acude en ambulancia al servicio de Urgencias de nuestro de hospital porque presenta dolor en la cadera derecha tras una caída de la bicicleta. Refiere que, al esquivar un camión, se cayó de la bicicleta, lo que le causó un trauma en el hemicuerpo derecho.

Exploración física: Hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación de la cadera derecha, flexo-extensión y rotación de la misma.

Pruebas complementarias: La analítica es normal. La Rx de pelvis y cadera suscitaba dudas, por lo que se solicitó Rx de cadera alar y obturatriz, la cual confirmó nuestro diagnóstico y la TC: fractura no desplazada ni fragmentos óseos. Por ello, se pidió la colaboración del traumatólogo de guardia, quien decidió el ingreso hospitalario del paciente para instaurar un tratamiento conservador.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Fractura de cadera, fractura de pelvis, luxación de cadera.

Juicio clínico: Fractura de acetábulo.

CONCLUSIONES

Las fracturas acetabulares tienen una incidencia anual de 3/100.000 habitantes y son más frecuentes en pacientes politraumatizados (accidentes de tráfico). El diagnóstico se realiza a partir de radiografías anteroposteriores de la pelvis, a 45° sobre el ala ilíaca y sobre el agujero obturatriz, si bien el diagnóstico definitivo se establece con la TC. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son desplazamiento pélvico, incongruencia articular y congruencia articular. En cambio, no está indicado un tratamiento no quirúrgico cuando se observa que una gran porción del acetábulo permanece intacta con la cabeza femoral congruente con dicha porción. Las complicaciones más frecuentes son las siguientes: artrosis postraumática (27%), parálisis del nervio ciático y desarrollo de osificaciones.

ÚLCERA EN MUCOSA ORAL: ¿ANTIBIÓTICO O CIRUGÍA?

López Fernández de Santos M, Espejo González A, Rodríguez Robles C, González Ramón B
CS Los Alpes. Madrid
mercedes113@msn.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Hombre de 40 años que consulta a su médico de familia por la aparición, hace 4 días, de una lesión indolora en el dorso de la lengua sin un claro desencadenante. No refiere sintomatología sistémica y niega mantener relaciones sexuales de riesgo.

Antecedentes personales y familiares: Hepatitis B pasada, uretritis gonocócica hace un año.

Exploración física: Sin hallazgos de interés, excepto una única lesión indolora ulcerada blanquecina de bordes regulares en la cara ventral de lengua y una adenopatía yugulo-digástrica móvil e indolora de 1 cm.

DESARROLLO

Impresión diagnóstica: Sífilis, leucoplasia, carcinoma espinocelular. Se solicita hemograma, bioquímica y serología (sífilis, VIH). El paciente vuelve pasados 7 días tremendamente preocupado: había acudido a Urgencias hospitalarias, donde le realizaron una biopsia que evidenciaba carcinoma de lengua, por lo que se le programó para cirugía preferente. El médico de familia objetiva una serología positiva para sífilis y confirma el antecedente de sexo oral desprotegido. Ante la sospecha de sífilis primaria, se administra penicilina G benzatina 2,4 millones intramuscular al paciente y se recomienda que demore la cirugía y la revisión en 7 días. En dicha revisión, el paciente refirió haber sufrido reacción de Herxheimer y remisión completa de la lesión.

CONCLUSIONES

La patología oral es una consulta habitual en Atención Primaria y una forma frecuente de manifestación de enfermedades sistémicas. El abordaje de las infecciones de transmisión sexual debe realizarse en Atención Primaria, para lo que se requieren habilidades clínicas, pero también habilidades de comunicación que faciliten un abordaje compartido con el paciente y que eviten malentendidos que puedan poner el riesgo al paciente. La sífilis es una infección de prevalencia creciente que los médicos

de familia deben tener en cuenta en presentaciones clínicas compatibles.

ÚLCERA EN PIE

Abad Polo L, Erruz Andrés I, Buisán Casbas G, Rubio Castro D
Hospital San Jorge, CS Santo Grial. Huesca
laura.abad.polo@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

La incidencia mundial del melanoma está aumentando más rápido que cualquier otra neoplasia. Dado que es difícil de diagnosticar precozmente, ello influye en el tratamiento y pronóstico del paciente.

Motivo de la consulta: Paciente de 70 años, habitual de la consulta de Atención Primaria, acude por una lesión en el pie derecho ulcerosa, pruriginosa y ovalada de 1 cm de diámetro.

Antecedentes personales: HTA y dislipemia. El paciente es exfumador.

Exploración física: La lesión presenta hiperqueratosis en los bordes. El resto de la exploración física es normal y no se palpan adenopatías.

Enfermedad actual: Tras realizar curas tópicas de la lesión durante un mes, sin observar mejoría, se decide hacer una biopsia. Esta da como resultado un melanoma nodular amelanocítico nivel IV de Clark, Breslow 6 mm, de crecimiento vertical, con infiltración linfocitaria e inmunorreacción negativa para anticuerpo de la proteína S-100. Se deriva de forma urgente al paciente a Dermatología. Se practica una exéresis total con margen de seguridad de 2 a 5 mm y un estudio de extensión sin ganglio centinela. En la TC se observan tres micronódulos pulmonares. Se solicita PET, donde no se detectan adenopatías metastásicas. Se controla al paciente en la consulta de Dermatología cada tres o cuatro meses con TC torácicoabdominal y analítica de control.

DESARROLLO

Es fácil confundir esta entidad con lesiones benignas: úlceras, nevus, verrugas, fibromas péndulos, callos, granulomas, infecciones micóticas o de las glándulas sudoríparas. Dado que este melanoma carece de melanina y es poco habitual, debemos tenerlo presente y hacer una biopsia para establecer el diagnóstico.

CONCLUSIONES

El melanoma amelanocítico acral es poco frecuente. Se requiere de un diagnóstico precoz para iniciar un tratamiento adecuado y así mejorar el pronóstico del paciente.

UN SÍNCOPE, UN MAREO...

González Urdampilleta L, Díez Ruiz AI, Recondo Goitia O,
Félix de Eguía Mocoeroa E
CS Beraun. Rentería (Guipúzcoa)
LEIRE.GONZALEZURDAMPILLETA@osakidetza.net

ÁMBITO DEL CASO

Mixto.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 32 años que acude a la consulta por síncope.

Antecedentes personales: Muy fumadora. Retraso mental. Intervenciones quirúrgicas: fisura palatina, estapedectomía. Esquizofrenia en tratamiento con Zyprexa® y Vandral®.

Enfermedad actual: Hace 17 días sufrió un episodio sincopal con traumatismo craneo-encefálico y breve pérdida de conocimiento, con una buena recuperación, en la que no presentó movimientos tónico-clónicos, cefalea, amnesia, bradipsiquia, ni somnolencia posterior. Hace 48 horas experimenta un nuevo mareo.

Exploración física: PA ESD: 90/70 mmHg, ESI: 110/70 mmHg; FC: 100 lpm; SatO2 97%; Tª 37 °C. Ausencia de ingurgitación yugular. No soplos carotídeos. Pulsos: carotídeos ++; radial derecho +/-; radial izquierdo ++; femorales ++.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal. Ecocardiografía: normal. Eco-Doppler: flujo invertido en vertebral derecha sugestivo de robo de subclavia. Arteria subclavia derecha con onda *tardus parvus* que reflejaría una estenosis-oclusión proximal.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Síncope: Neuro-mediano: vasovagal, hipersensibilidad carotídea; hipotensión ortostática, cardiogénico, cerebrovascular.

Juicio clínico: Síndrome de robo de subclavia. Etiología: arteriosclerosis, arteritis de Takayasu, compresión en salida torácica. Postintervención quirúrgica: coartación cardíaca, tetralogía de Fallot. Anomalías congénitas. Se deriva a la paciente a Cirugía vascular, donde completan el estudio con angio-TC y angiografía para visualizar el nivel de obstrucción e indican tratamiento antiagregante. La paciente queda pendiente del resultado genético e intervención quirúrgica con *by-pass* aorto-subclavio-carotídea.

CONCLUSIONES

El síncope genera una gran incertidumbre por sus múltiples causas e implicaciones pronósticas, por lo que es imprescindible realizar una buena exploración física. En este caso, la diferencia de pulso y PA entre ambas extremidades sugiere el síndrome de robo de subclavia, y no la típica clínica producida por ejercicio con el brazo. La sintomatología de mareos propicia una actitud terapéutica intervencionista.

UNA CAUSA DE RECTORRAGIA POCO FRECUENTE

Blanco Delgado R, Montaner Amorós M, Otero Serra X
CAP Les Corts. Barcelona
rblanco1@clinic.ub.es

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 57 años que consulta por rectorragia intermitente de un mes de evolución.

Antecedentes personales: Hipertensa, metrorragia posmenopáusica con pruebas complementarias normales cinco años atrás. Colocación de DIU a los 30 años.

Antecedentes familiares: Neoplasia de colon en tío materno.

Exploración física: Constantes vitales normales, buen estado general. Exploración por aparatos sin alteraciones, incluido el abdomen. Tacto rectal sin restos hemáticos.

Pruebas complementarias: Analítica básica con hemograma normal. FCS: objeto metálico a 15 cm del margen anal. Ecografía ginecológica dentro de la normalidad; no se visualiza dicho objeto metálico. RM: útero en anteversión de tamaño normal. Cuerpo extraño atraviesa el colon a nivel de la unión recto-sigma. TC: presencia de DIU migrado, con un segmento intrasigmoideo y otro más extenso extrasigmoideo. Perforación del sigma por dos puntos, sin colecciones abdominales ni neumoperitoneo.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Hemorroides, fisura anal, neoplasia de colon, DIU ectópico.

Juicio clínico: DIU migrado a sigma.

CONCLUSIONES

La perforación uterina por un DIU ocurre en 1,2-1,6/1.000 inserciones. Su mecanismo de producción no es bien conocido. Suele haber migración a órganos adyacentes al útero como la vejiga y el recto, con algunos casos descritos en peritoneo, apéndice, colon e intestino delgado. Normalmente se diagnostica pasados varios años de la inserción. Debe sospecharse en mujeres portadoras de DIU con dolor abdominal o rectorragia de etiología no aclarada, metrorragia abundante o ausencia de visualización de los hilos del dispositivo en los exámenes habituales.

VALORACIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DEL INDIVIDUO: TRASTORNO ADAPTATIVO SECUNDARIO A PATOLOGÍA ORGÁNICA

Sarabia Cárcel C, Castán Lagrava MR, Estévez Monción A, Dalmasi Sicard GA, Giménez Arnau FJ, Galindo García C CS Alcantarilla-Sangonera. Alcantarilla (Murcia) cristina.sarabia@hotmail.es

ÁMBITO DEL CASO

Mixto: Atención Primaria y centro de salud mental.

PRESENTACIÓN

Introducción: La mortalidad asociada a miocardiopatía dilatada es del 1-5% anual y a depresión, del 18% anual. Según la OMS, la depresión es una enfermedad frecuente. Se relaciona con peor pronóstico y aumento de morbimortalidad en pacientes depresivos con cardiopatía, sobre todo en tasas de aumento de insuficiencia cardíaca.

Motivo de consulta: Varón de 24 años que es derivado al centro de salud mental por sintomatología depresiva reactiva a la enfermedad física que tiene. Siente una preocupación intensa respecto al pronóstico de la enfermedad física que padecen su hermana y él, con una importante repercusión emocional y conductual, pues genera sentimientos de incapacidad, anticipaciones catastrofistas y conductas evitativas. Por todo ello, el paciente permanece aislado en su casa la mayor parte del tiempo y no sale a la calle si no es acompañado. Se encuentra en tratamiento con escitalopram, Afloyan®, lorazepam.

Antecedentes personales: Miocardiopatía dilatada idiopática asociada a misma mutación que la hermana, portador de DAI.

Antecedentes familiares: Hermana con miocardiopatía (mutación phospholamban) portadora de DAI. Tío con miocardiopatía hipertrofica. Padre con cardiopatía isquémica.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, tristeza, ansiedad.

Juicio clínico: Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y ánimo depresivo).

CONCLUSIONES

La existencia de causas externas no controlables sume al ser humano en estados de indefensión, precursores de los trastornos del estado de ánimo. En el caso que presentamos, se debe considerar la patología depresiva que inicialmente ha sido planteada como de segundo nivel como enfermedad que puede generar más riesgo para el paciente que la propia patología cardíaca congénita. Desde Atención Primaria se debe valorar de forma integral e integrada al individuo y considerar los aspectos biosociales de manera conjunta.

VARICELA EN UN PACIENTE ADULTO

Ledezma Cayo HJ

CAP San Pere, ABS Reus-1, Institut Català de la Salut. Tarragona janette.ledezma.c@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN

La varicela es la forma de presentación habitual propia de la infancia, caracterizada por cuadro de malestar general, fiebre y exantema, pero presenta un curso más insidioso cuando se manifiesta en población adulta (< 5% de casos). Las complicaciones son graves: neumonía, encefalitis o, incluso, la muerte. Los factores de riesgo son: tabaquismo, sexo masculino, edad, inmunodepresión y embarazo.

Motivo de consulta: Varón de 65 años que acude a Atención Primaria por lesiones maculo-papulares en cara y cabeza, sin fiebre y poco prurito.

Antecedentes personales: HTA esencial, HBP y liquen plano, inmunocompetente, no fumador y sin antecedentes epidemiológicos. Es tratado con loratadina.

Enfermedad actual: Dos días después acude a Urgencias por empeoramiento del cuadro con lesiones que se generalizan a tronco y extremidades con máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras. También afectan con vesículas en paladar blando. La analítica sanguínea se encuentra dentro de parámetros normales. El paciente recibe tratamiento con aciclovir y se hacen controles domiciliarios. El cuadro remite en 2 semanas y sin complicaciones.

DESARROLLO

En pacientes adultos mayores, además de pensar en lesiones premalignas, liquen plano, pitiriasis versicolor u otras lesiones más propias de la edad, no podemos olvidar las enfermedades exantemáticas, poco frecuentes pero de gran envergadura para el paciente. Además hay que considerar siempre la posibilidad de inmunizaciones en pacientes con riesgo.

CONCLUSIONES

La varicela es una entidad que puede estar presente en adultos mayores. El médico de familia debe considerar este diagnóstico

a pesar de su presentación insidiosa para poder detectarlo y tratarlo de manera precoz, y evitar así las complicaciones.

¡VAYA GASTROENTERITIS!

Ríos Cabrera MR, Bartolomé Resano R, Girón Estrada V
CS Rochapea. Pamplona (Navarra)
rociorioscabrera@yahoo.com

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Urgencias.

PRESENTACIÓN

Mujer de 28 años que acude al centro de salud para buscar tiras para su glucómetro comenta haber tenido vómitos y diarreas durante cinco días y que actualmente presenta astenia y anorexia. También notó un dolor torácico parietal con irradiación a la espalda y el cuello, que lo atribuyó al esfuerzo de vomitar y cedió con paracetamol.

Antecedentes personales: DM tipo 1 de 20 años de evolución, en tratamiento con insulina basal, e hipotiroidismo, en tratamiento sustitutivo. Fumadora, bebedora ocasional y consumidora de marihuana y cocaína de forma habitual.

Antecedentes familiares: Abuelo materno fallecido de IAM a los 42 años; tío materno vivo con IAM con 44 años.

Exploración física: Regular estado general, palidez generalizada. Eupneica, afebril. ACP normal. Abdomen anodino. Resto normal.

Pruebas complementarias: GMT: 277 g/dl (sin insulina). ECG: RS a 80 lpm. PR normal. Bloqueo de rama derecha, Q de V1 a V4 con ST elevado de V2 a V4.

DESARROLLO

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica secundaria a DM tipo 1 o a ingesta de cocaína. Alteraciones electrocardiográficas secundarias a alteraciones hidroelectrolíticas.

Juicio clínico: síndrome coronario agudo con elevación de ST.

La paciente es derivada a Urgencias hospitalarias, donde confirman el diagnóstico de IAM anteroseptal evolucionado, dados los siguientes resultados en la analítica: Hb 9,7; troponina 25; CPK-MB 231; tóxicos en orina positivos para cannabinoides. El ECG no presenta cambios.

CONCLUSIONES

La ateromatosis coronaria es más difusa y extensa en la DM tipo 1 que en los no diabéticos. La DM es la causa más común de cardiopatía isquémica en personas jóvenes. Los diabéticos suelen padecer síntomas atípicos en la cardiopatía isquémica (sin importar la edad), por lo que ante cualquier sintomatología hay que tenerlo en mente.

VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE. PERSPECTIVA BIOPSIOSOCIAL

De Benito Sobrado S
CS Ortuella. Vizcaya
saradebenito@hotmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Centro de salud.

PRESENTACIÓN

Antecedentes personales: Mujer de 47 años con ansiedad, migrañas, cervicobraquialgia, lumbalgias y múltiples caídas y golpes.

Enfermedad actual: Dolor lumbar no irradiado. Síntomas de ansiedad.

Exploración física: Dolor a la palpación local, no déficits, Lassegue negativo. ID: lumbalgia crónica agudizada. Se prescribe AINE, calor seco y reposo.

DESARROLLO

La paciente consulta por algo físico, pero su dolencia se extiende a otras esferas. «Estoy muy agobiada, No puedo con ello». Buscaremos un planteamiento desde una perspectiva biopsicosocial: para lo biológico, se tratará el dolor; para lo social, se debe estudiar su genograma: se trata de una mujer divorciada tras sufrir acoso; su hija se ha independizado y ella vive con sus padres. Sus relaciones son disfuncionales. Ciclo vital familiar: familia en plataforma de despegue, pérdida de hogar, retorno al hogar paterno, figura de cuidadora, madre con demencia. Falta de autonomía, en paro, dependencia económica. Conflictos legales familiares. En la esfera psicológica destaca: baja autoestima, indefensión aprendida, impotencia, «agobio». Ciclo vital personal: adulta madura: déficits económicos y de autorrealización, sobrecarga en cuidado de otros.

Pruebas complementarias: Apgar familiar: gravemente disfuncional. Apoyo percibido: apoyo social percibido bajo. Escala AVE: riesgo alto, disconfort generalizado.

Impresión diagnóstica: Perspectiva biopsicosocial: paciente con ansiedad generalizada en el contexto de conflictos familiares, deterioro materno y necesidad de cuidado, falta de autoestima y desesperanza; todo ello lo somatiza en forma de dolor.

CONCLUSIONES

Frecuentemente encontramos pacientes que consultan por una dolencia derivada de la situación que los rodea; por lo tanto, debemos plantear esto desde una visión global y no solamente tratar los síntomas biológicos. Se debe tratar de explorar situaciones conflictivas como foco de desequilibrio, orientar al paciente para el empoderamiento de los recursos personales y ofrecerle apoyo profesional, si lo precisa.

«¡YA NO PUEDO MÁS CON ESTA TOS!»

Sánchez Cedrés B, Martín Giner B
CS San Gregorio. Telde (Las Palmas)
bsanchezcd@gmail.com

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias hospitalarias y seguimiento por Atención Primaria y especializada.

PRESENTACIÓN

Motivo de consulta: Mujer de 61 años que acude por un cuadro de tos seca de tres meses de evolución. Desde hace 15 días lo asocia a dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, aumento de su disnea basal y sensación distérmica, sin otra clínica infecciosa.

Antecedentes personales: fumadora de 2 paquetes diarios de cigarrillos.

Exploración física: Destaca taquipnea, disnea a mínimos esfuerzos, disfonía e hipofonía base izquierda. Se realiza Rx de tórax.

rax, en la que se objetiva derrame pleural masivo izquierdo, y toracocentesis diagnóstica, con la que se obtiene líquido con predominio de células y citología positiva para malignidad.

La paciente ingresa en Neumología, donde se confirma mediante anatomía patológica un carcinoma de células pequeñas y mediante TC toracoabdominal, enfermedad neoplásica pleural izquierda con múltiples adenopatías toracoabdominales.

DESARROLLO

El derrame pleural masivo es producido por insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica, habitualmente más de 1,5 l en un hemitórax con desplazamiento del mediastino contralateral. El 50 % son malignos; el resto son secundarios a derrame pleural paraneumónico complicado, empiema y tuberculosis. Pueden ser asintomáticos o manifestarse con disnea, dolor

pleurítico o tos seca. La Rx de tórax confirma el diagnóstico. La toracocentesis permite el diagnóstico etiológico, mientras que el TC tórax se realizará en caso de causa incierta. El tratamiento requiere el drenaje mediante toracocentesis o toracotomía y pleurodesis.

CONCLUSIONES

Finalmente, después del drenaje pleural y pleurodesis, se instaura quimioterapia paliativa. En la actualidad, la enfermedad se mantiene estable, y en Oncología y Atención Primaria se continúa el seguimiento. Hay que destacar cómo con pocos medios podemos orientar diagnóstico, así como nuestro rol como médicos de familia, como unos profesionales cercanos y accesibles que acompañan al paciente durante el proceso explicándole lo que ocurre.

© 2014 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14
08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-15037-44-6