

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 9 · Vol. 9 · Noviembre 2020

ISSN: 2254 - 4410

Córdoba
2020

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
CNV 00244-2019

#SEMERGENANDALUZ20

15º Congreso
Andaluz de Médicos de Atención Primaria
SEMERGEN Andalucía

30 de noviembre al 03 de diciembre de 2020
Congreso Online

www.congresosemergenandalucia.com info@congresosemergenandalucia.com

ap congress
Congreso Online
Córdoba, 30 de Noviembre al 03 de Diciembre de 2020
Tel: 902 001 989
info@congresosemergenandalucia.com

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Consejo Editorial

> Editora Jefe

Dra. D^a. María Rosa Sánchez Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Presidenta de SEMERGEN Andalucía.

> Consejo asesor

Dr. D. Francisco Atienza Martín

Médico de Familia. Centro de Salud M^a Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.

Dr. D. José Escribano Serrano

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz

Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros

Médico de Familia. Centro de Salud Bailén. Jaén.

Dr. D. Lisardo García Matarín

Médico de Familia. Centro de Salud Roquetas de Mar. Almería.

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías

Universidad de Granada. Granada.

Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Médico de Familia. Sanidad Militar. Córdoba.

Dr. D. José Mancera Romero

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez

Médico de Familia. Centro de Salud Aracena. Huelva.

Comité Organizador

> Presidente

Dra. D^a. Rosa Marín Montero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Fuensanta. Secretaria General de COMCORDOBA. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.

> Vocales

Dr. D. José Escribano Serrano

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC San Roque. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz

Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina del Trabajo. UGC de Armilla. Granada.

Dr. D. Emilio Ildelfonso García Criado

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Córdoba Centro. Distrito Córdoba Guadalquivir. Córdoba. Coordinador de la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Casería de Montijo. Granada. Vicepresidente 3^a y Responsable

del Desarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Carlota. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

Dr. D. Gaspar Ortiz Quintana

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dra. D^a. Esperanza Soto Rueda

Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Comité Científico

> Presidente

Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

> Vocales

Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Director Técnico del DPC de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dr. D. Javier Benítez Rivero

Medicina Familiar y Comunitaria y Geriátrica. UGC La Laguna. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores y de Cronicidad y Dependencia de SEMERGEN.

Dr. D. Gregorio Cabello Gracia

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Dr. D. Jaime Jesús Castro Moreno

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital de Alcaudete. Jaén.

Dr. D. José Mancera Romero

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

Dr. D. Enrique Martín Riobóo

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

Dr. D. Manuel José Mejías Estévez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN.

Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena 1. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Junta Directiva SEMERGEN Andalucía

Dra. D^a. María Rosa Sánchez Pérez

Presidenta

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz

Vicepresidente de relaciones Institucionales

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz

Vicepresidente Económico

Dr. D. José Mancera Romero

Vicepresidente de desarrollo de proyectos científicos

Dr. D. Francisco Atienza Martín

Secretario y responsable del área de competencias profesionales

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías

Área de Universidad

Dr. D. José Luís Martíncano Gómez

Área de evaluación y acreditación de actividades

Dra. D^a. Rosa Marín Montero

Área de coordinación de actividades provinciales

Dr. D. Pablo Arjona González

Área de residentes

Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez

Vocal de Granada

Dr. D. Lisardo García Matarín

Vocal de Almería

Dr. D. José Escribano Serrano

Vocal de Cádiz

Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Vocal de Córdoba

Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes

Vocal de Málaga

Dra. D^a. Manuela Sánchez González

Vocal de Sevilla

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros

Vocal de Jaén

Dra. D^a. Mercedes Ramblado Minero

Vocal de Huelva



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

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 – 4410 Año 9 Vol. 9 Mayo 2020

© Copyright 2020 SEMERGEN Andalucía

Reservados todos los derechos.

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

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

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

Editorial

Estimados compañeros:

En este año 2020 en el que la situación provocada por la pandemia ha alterado de forma importante nuestras vidas y nuestro trabajo diario, SEMERGEN Andalucía realizó nuestro congreso anual y publicamos el noveno número de nuestra Revista Electrónica “Revista Andaluza de Atención Primaria”.

Este número está dedicado al 15º Congreso Andaluz de Atención Primaria, que por primera vez, obligados por las circunstancias, hemos realizado de forma virtual. Utilizamos una plataforma que ha facilitado acercarnos lo máximo posible a los congresos presenciales, ofertando actividades de un elevado nivel científico y con una presentación dinámica que ha permitido al congresista preguntar e interactuar de manera directa con ponentes y compañeros.

En esta edición hemos mantenido la participación activa de otros profesionales del ámbito de la Atención Primaria como enfermeras, farmacéuticos de Atención Primaria y fisioterapeutas, creando una sinergia que ha potenciado el atractivo y la calidad de los talleres.

Se han desarrollado 29 talleres, 4 mesas y 2 seminarios. Destacar la mesa inaugural en la que se han planteado reflexiones sobre la gestión de la pandemia por COVID-19 en Andalucía, así como la mesa que ha tratado sobre la atención presencial y no presencial al paciente con infección por COVID-19.

Los talleres de uso racional del medicamento han abarcado las patologías más prevalentes de Atención Primaria, las que ocupan gran parte de nuestro trabajo diario y que nos exigen una puesta al día permanente. Además de la actualización de conocimientos han aportado herramientas que permitan mejorar la calidad de nuestro trabajo y la atención a nuestros pacientes.

En esta edición destaca el elevado número de congresistas inscritos y su altísima participación en las actividades desarrolladas. Se han presentado más de 200 trabajos entre comunicaciones, proyectos de investigación y casos clínicos, destacando la importante participación de los residentes que eligen nuestro congreso para presentar sus trabajos y adquirir nuevas competencias.

Considerando la situación actual y la dificultad para poder compaginar el trabajo y la conexión al congreso, hemos mantenido el acceso a los talleres durante tres meses para facilitar que los congresistas puedan tener toda la información disponible. Como todos los años el congreso se ha acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Agradecemos a los Comités Organizador y Científico su implicación y el excelente trabajo realizado lo que ha permitido que el congreso sea un éxito.

María Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Lunes 30 de Mayo

16.00 - 17.30 h. Taller URM: Seguimiento de pacientes crónicos en tiempos de COVID 19. Sesión 1

Sala de Talleres 2

Ponentes:

> **Dra. D^a. María José Castillo Moraga**

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

> **D^a. María José Molina Gil**

Enfermería. Práctica Avanzada en Gestión de Casos. AGS. Sevilla Sur. Lebrija. Cuervo. Sevilla.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: Desprescripción de benzodiazepinas en Atención Primaria. Sesión 1

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín**

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

> **Sra. D^a. Ingrid Ferrer López**

Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla (intercentros). Distritos Aljarafe, Sevilla Norte y Sevilla.

16.00 - 17.30 h. Taller URM: Abordaje de patologías osteomusculares de hombro y codo: fármacos y fisioterapia. Sesión 1

Sala de Talleres 4

Ponentes:

> **Dr. D. Pablo Arjona González**

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

> **Sr. D. Lluís Puig Torregrosa**

Coordinador de Fisioterapia. Hospital Esperit Sant. Barcelona.

16.00 - 17.30 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 2. Área Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 3

Moderador:

> **Dr. D. Javier Benítez Rivero**

Medicina Familiar y Comunitaria y Geriátrica. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores y de Cronicidad y Dependencia de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 3. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 4

Moderador:

> **Dr. D. Fernando Leiva Cepas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

16.00 - 17.30 h. Defensa de Comunicaciones Orales. Sesión 1. Área Médico de Familia

Sala de Defensa de Comunicaciones Orales 1

Moderador:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

16.00 - 21.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 2

16.00 - 17.30 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 1. Médico de Familia

Moderador:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Director del Departamento de Formación e Investigación del Instituto SantAngela. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

19.30 - 21.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 5. Médico de Familia

Moderador:

> **Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín**

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

17.30 - 18.00 h. Acto Inaugural

Sala de Conferencias - Auditorio

18.00 - 19.30 h. Mesa Inaugural: Reflexiones sobre la gestión de la pandemia por COVID 19 en Andalucía: pasado, presente y futuro

Sala de Conferencias - Auditorio

Moderador:

> **Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz**

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

Ponentes:

> **Dra. D^a. M^a Rosa Sánchez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Dr. D. Serafín Romero Agüit**

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

> **Dr. D. Joan Carles March Cerdà**

Doctor en Medicina Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Granada.

> **Sr. D. Diego Vargas Ortega**

Director General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

19.30 - 21.00 h. Taller URM: ¿Hacemos un tratamiento integral de la EPOC? Fármacos y fisioterapia. Sesión 1

Sala de Talleres 1

Ponentes:

> **Dr. D. Lisardo García Matarán**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Sra. D^a. Andrea Alberto Maté**

Fisioterapeuta. Nexus Fisioterapia. Málaga.

19.30 - 21.00 h. Taller URM: Uso de antidiabéticos en personas mayores con Diabetes tipo 2. Sesión 1

Sala de Talleres 2

Ponentes:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Sr. D. Juan Carlos Domínguez Camacho**

Farmacéutico de Atención Primaria. Director de la UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. DSAP. Sevilla.

19.30 - 21.00 h. Taller URM: Adecuación del tratamiento farmacológico en el dolor crónico no oncológico. Sesión 1

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dra. D^a. Manuela Sánchez González**

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

> **Sra. D^a. Olga Rojas Corrales**

Farmacéutica de Atención Primaria. AGS Norte de Cádiz. Cádiz.

19.30 - 21.00 h. Taller URM: Tratamiento de las lesiones dermatológicas. Visión desde la dermatoscopia. Sesión 1

Sala de Talleres 4

Ponentes:

> **Dra. D^a. Ana María Cabrerizo Carvajal**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Armilla. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Cristina Navarro Arco**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Armilla. Granada.

19.30 - 21.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 4. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 1

Ponente:

> **Dr. D. José Escribano Serrano**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Roque. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

19.30-21.00h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 6. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 3

Moderador:

> **Dr. D. Enrique Martín Riobóo**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

19.30-21.00h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 7. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 4

Moderador:

> **Dr. D. Fernando Leiva Cepas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

Martes 1 de Diciembre

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Revisión de polimedicados: metodología. Sesión 1

Sala de Talleres 1

Ponentes:

> **Dra. D^a. M^a Rosa Sánchez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Sra. D^a. María de la O Caraballo Camacho**

Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. Distrito Sanitario Sevilla.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Abordaje de la artrosis de rodilla y cadera: fármacos y fisioterapia. Sesión 1

Sala de Talleres 2

Ponentes:

> **Dr. D. Emilio Ildelfonso García Criado**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Córdoba Centro. Distrito Córdoba Guadalquivir. Córdoba. Coordinador de la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.

> **Sr. D. Manuel García Marín**

Fisioterapeuta. UGC Rehabilitación. Hospital Universitario de Jaén.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Abordaje de síntomas en el paciente paliativo. Sesión 1

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Director del Departamento de Formación e Investigación del Instituto SantAngela. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Francisca Hidalgo Martín**

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Seguimiento de pacientes crónicos en tiempos de COVID 19. Sesión 2

Sala de Talleres 4

Ponentes:

> **Dra. D^a. María José Castillo Moraga**

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

> **D^a. María José Molina Gil**

Enfermería. Práctica Avanzada en Gestión de Casos. AGS. Sevilla Sur. Lebrija. Cuervo. Sevilla.

16.30-18.00h. Defensa de Comunicaciones Orales. Sesión 2. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Orales 1

Moderador:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

16.30 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 2

16.30 - 18.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 8. Médico de Familia

Moderador:

> **Dr. D. Fernando Leiva Cepas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

18.15 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 11. Médico Residente

Moderador:

> **Dr. D. Javier Benítez Rivero**

Medicina Familiar y Comunitaria y Geriátrica. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores y de Cronicidad y Dependencia de SEMERGEN.

16.30 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 3

16.30 - 18.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 9. Médico Residente

Moderador:

> **Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín**

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

18.15 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 12. Médico Residente

Moderador:

> **Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín**

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

SEMERGEN. Área de Formación del Desarrollo Profesional Continuo.

18.15 - 19.45 h. Seminario: Paciente de Alto Riesgo Cardiovascular una responsabilidad compartida

Sala de Talleres 1

Ponentes:

> **Dr. D. Román Calvo Jambrina**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Sevilla.

> **Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Fortuny- Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Fibromialgia, abordaje desde tres perspectivas: farmacológica, psicológica y fisioterapéutica. Sesión 1

Sala de Talleres 2

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel Álvarez Romero**

Médico Internista. Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (SAMP). Sevilla.

> **Sr. D. Enrique Díaz Sánchez**

Fisioterapia. Centro de fisioterapia Enrique Díaz. Sevilla

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Uso adecuado de medicamentos en Medicina de Precisión. Sesión 1

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dr. D. Enrique José Gamero de Luna**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Juncal. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> **Dr. D. Fernando Leiva Cepas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Ciencias Morfológicas y Socio-sanitarias. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Uso de antidiabéticos en personas mayores con Diabetes tipo 2. Sesión 2

Sala de Talleres 4

Ponentes:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Sr. D. Juan Carlos Domínguez Camacho**

Farmacéutico de Atención Primaria. Director de la UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. DSAP. Sevilla.

18.15 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 10. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 1

Moderador:

> **Dr. D. Enrique Martín Riobóo**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

19.45 - 21.15 h. Mesa: Anticoagulación en el paciente mayor. Una visión desde varias perspectivas

Sala de Conferencias - Auditorio

Moderador:

> **Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz**

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

Anticoagulación del Paciente Mayor desde el punto de vista del Cardiólogo

Ponente:

> **Dr. D. José López Aguilera**

Especialista en Cardiología. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Anticoagulación del Paciente Mayor desde el punto de vista del Internista

Ponente:

> **Dr. D. Raúl Quirós López**

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol. Málaga.

Miércoles 2 de Diciembre

16.30 - 18.00 h. Taller: Enfermedad renal crónica: Nuevas evidencias

Sala de Talleres 1

Moderador:

> **Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz**

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

Ponentes:

> **Dra. D^a. María José Castillo Moraga**

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

> **Dr. D. Pedro Fernández López**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Huétor Vega. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: ¿Hacemos un tratamiento integral de la EPOC? Fármacos y fisioterapia. Sesión 2

Sala de Talleres 2

Ponentes:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Sra. D^a. Andrea Alberto Maté**

Fisioterapeuta. Nexus Fisioterapia. Málaga.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Tratamiento de las lesiones dermatológicas. Visión desde la dermatoscopia. Sesión 2

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dra. D^a. Ana María Cabrerizo Carvajal**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Armilla. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Cristina Navarro Arco**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Armilla. Granada.

16.30 - 18.00 h. Taller: ¿Cómo hacer una Tesis Doctoral en tiempos de pandemia? La Cátedra de Docencia e Investigación en Medicina de Familia SEMERGEN- Universidad de Granada te lo hace fácil

Sala de Talleres 4

Ponente:

> **Dr. D. Eladio Jiménez Mejías**

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

16.30 - 18.00 h. Defensa de Comunicaciones Orales. Sesión 3. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Orales 1

Moderador:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

16.30 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 2

16.30 - 18.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 13. Médico de Familia

Moderador:

> **Dr. D. Enrique Rodríguez Guerrero**

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Lucena 1. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

18.15 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 16. Médico Residente

Moderador:

> **Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros**

Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Médico de Sabote. Unidad de Gestión Clínica de Torreperogil. Jaén. Coordinador del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

16.30 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 3

16.30 - 18.00 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 14. Médico Residente

Moderador:

> **Dr. D. Jaime Jesús Castro Moreno**

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital de Alcaudete. Jaén.

18.15 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 17. Médico Residente

Moderador:

> **Dr. D. Jaime Jesús Castro Moreno**

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital de Alcaudete. Jaén.

18.15 - 19.45 h. Taller: Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): ¿nos estamos volviendo locos?

Sala de Conferencias - Auditorio

Ponentes:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. D. Eduardo Márquez Martín**

Especialista en Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

18.15 - 19.45 h. Taller: El manejo del asma como enfermedad inflamatoria crónica y problema sanitario global: documen-

to de posicionamiento de las sociedades científicas. Estudio SABINA

Sala de Talleres 1

Ponentes:

> **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. D. Francisco Javier Álvarez Gutiérrez**

Neumólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Fibromialgia, abordaje desde tres perspectivas: farmacológica, psicológica y fisioterapéutica. Sesión 2

Sala de Talleres 2

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel Álvarez Romero**

Médico Internista. Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (SAMP). Sevilla.

> **Sr. D. Enrique Díaz Sánchez**

Fisioterapia. Centro de fisioterapia Enrique Díaz. Sevilla

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Abordaje de síntomas en el paciente paliativo. Sesión 2

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Director del Departamento de Formación e Investigación del Instituto SantAngela. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Francisca Hidalgo Martín**

Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Uso adecuado de medicamentos en Medicina de Precisión. Sesión 2

Sala de Talleres 4

Ponentes:

> **Dr. D. Enrique José Gamero de Luna**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Juncal. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> **Dr. D. Fernando Leiva Cepas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

18.15 - 19.45 h. Defensa de Comunicaciones Póster. Sesión 15. Médico Residente

Sala de Defensa de Comunicaciones Póster 1

Moderador:

> **Dr. D. Juan Alexander Ávila Rivera**

Medicina Familiar y Comunitaria. Arroyo de la Miel. Bernalmádena-Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

19.45 - 21.15 h. Mesa: Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca (IC): detección y manejo del Déficit de Hierro (DH)

Sala de Conferencias - Auditorio

Ponentes:

> **Dra. D^a. Silvia López Fernández**

Especialista en Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

Jueves 3 de Diciembre

16.30 - 18.00 h. Taller: Insuficiencia Cardíaca con fracción de eyección reducida en Atención Primaria: hoy y ahora

Sala de Talleres 1

Ponentes:

> **Dra. D^a. María José Castillo Moraga**

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

> **Dr. D. José Manuel Carvajal Jaén**

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

16.30 - 18.00 h. Taller: Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el paciente Crónico y Polimedcado

Sala de Talleres 2

Moderador:

> **Dr. D. José Ángel Alcalá Partera**

Especialista en Psiquiatría. Centro de Salud Mental Córdoba Sur. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Ponentes:

> **Dr. D. José Antonio Domínguez Domínguez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

> **Dra. D^a. María José Márquez Márquez**
Especialista en Psiquiatría. Centro de Salud Mental Macarena Centro. Sevilla

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Abordaje de la artrosis de rodilla y cadera: fármacos y fisioterapia. Sesión 2

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dr. D. Emilio Ildelfonso García Criado**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Córdoba Centro. Distrito Córdoba Guadalquivir. Córdoba. Coordinador de la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.

> **Sr. D. Manuel García Marín**
Fisioterapeuta. UCG Rehabilitación. Hospital Universitario de Jaén.

16.30 - 18.00 h. Taller URM: Desprescripción de benzodiazepinas en Atención Primaria. Sesión 2

Sala de Talleres 4

Ponentes:

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

> **Sra. D^a. Ingrid Ferrer López**
Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla (intercentros). Distritos Aljarafe, Sevilla Norte y Sevilla.

18.15 - 19.45 h. Simposio: Nuevo abordaje de la ansiedad en la consulta de Atención Primaria: "La fatiga Pandémica"

Sala de Conferencias - Auditorio

Moderador:

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

Ponentes:

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

> **Dr. D. José Ángel Alcalá Partera**
Especialista en Psiquiatría. Centro de Salud Mental Córdoba Sur. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Adecuación del tratamiento farmacológico en el dolor crónico no oncológico. Sesión 2

Sala de Talleres 2

Ponentes:

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

> **Sra. D^a. Olga Rojas Corrales**
Farmacéutica de Atención Primaria. AGS Norte de Cádiz. Cádiz.

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Abordaje de patologías osteomusculares de hombro y codo: fármacos y fisioterapia. Sesión 2

Sala de Talleres 3

Ponentes:

> **Dr. D. Pablo Arjona González**
Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

> **Sr. D. Lluís Puig Torregrosa**
Coordinador de Fisioterapia. Hospital Esperit Sant. Barcelona.

18.15 - 19.45 h. Taller URM: Revisión de polimedicados: metodología. Sesión 2

Sala de Talleres 4

Ponentes:

> **Dra. D^a. M^a Rosa Sánchez Pérez**
Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Sra. D^a. María de la O Caraballo Camacho**
Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. Distrito Sanitario Sevilla.

19.45 - 21.15 h. Mesa de Clausura: Atención presencial y no presencial al paciente con infección por COVID 19

Sala de Conferencias - Auditorio

Moderadora:

> **Dra. D^a. Rosa María Marín Montero**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Fuensanta. Córdoba. Secretaria General de COMCORDOBA. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.

Ponentes:

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

> **Sr. D. José Miguel Cisneros Herreros**
Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva Grupo de Investigación Enfermedades Infecciosas. Instituto de Biomedicina. Sevilla

> **Dr. D. José Ignacio Peis Redondo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. Coordinador del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Inmaculada Salcedo Leal**

Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

21.15 - 21.30 h. Acto de Clausura

Sala de Conferencias – Auditorio

Talleres

¿Hacemos un tratamiento integral de la EPOC? Fármacos y fisioterapia

> **Dr. D. García Matarín, L.**

> **Sra. D^a. Alberto Maté, A.**

La EPOC se ha convertido en la 3^a causa de muerte en España igualada a las enfermedades degenerativas neuronales y por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Las principales características epidemiológicas de la enfermedad, según el último estudio, EPISCAN II (2018)¹, son:

- Elevada Prevalencia: 12.4% de la población 40-80 años (H 16.9%; M 9.5%)
- Muy elevado INFRADIAGNOSTICOS 81.7%.
- 29.000 muertes en España (3^a causa)
- Un 75% de Los pacientes con EPOC experimentan una agudización cada año¹, necesitando la mayoría de ellos ingresos hospitalarios.

Lo anteriormente expuesto arroja, un deficiente abordaje de la enfermedad, desde su causa principal, el tabaquismo, hasta el tardío tratamiento, que solo se implementa tarde e insuficientemente, cuando la enfermedad está evolucionada y las posibilidades de tratamiento y rehabilitación son muy limitadas.

La EPOC, suele comenzar con un cuadro de disnea progresiva, tos y producción de esputo, en paciente fumadores de > 10 paquetes/año, incidentalmente en la mayoría de los casos se producen exacerbaciones causadas por infecciones bacterianas o virales concomitantes, que obligan al paciente acudir a su médico de atención primaria, cuando no a ingresar en el hospital y que SIEMPRE debe ser confirmada con una espirometría que arroje un FEV1/FVC <0.7.

La presentación clínica suele ser como fenotipo agudizador (≥ 2 infecciones anuales que no necesitan ingreso hospitalario o 1 que si) o no agudizador. También podemos destacar la manifestación clínica

como bronquitis crónica (soplador rosado, paciente obeso, pletórico y congestivo, expectorador) frente al fenotipo enfisematoso, donde la disnea es la sintomatología predominante.

La gravedad de la evolución ha sido objetivada por la normativa GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) con los acrónimos ABCD, desde menos a mayor gravedad, calidad de vida, número de agudizaciones, etc.

Para el tratamiento tradicionalmente se han empleado: CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO; broncodilatadores de acción prolongada β-adrenérgicos (LABA) y bloqueantes de los receptores muscarínicos de acción prolongada (LAMA), solos o en asociación, también corticoides inhalados para las reagudizaciones y en un tipo especial cuando se suman fenotipos asma/EPOC, y vía sistémica. Sin embargo Y ESTE EL OBJETIVO DE ESTA TALLER, se trata dar a conocer la que la fisioterapia y a la rehabilitación respiratoria (la gran desconocida) ha aportado en la mejoría de estos pacientes: disminuyendo sus síntomas, sus reagudizaciones e ingresos; aumento la calidad de vida del paciente y su supervivencia.

Así pues, además del médico de familia y el neumólogo en el seguimiento y control de estos pacientes, emerge la figura de otro actor muy importante, hasta ahora infrutilizado como es el FISIOTERAPÉUTA.

Abordaje de la artrosis de rodilla y cadera: fármacos y fisioterapia

> **Dr. D. García Criado, E.I.**

> **Sr. D. García Marín, M.**

La artrosis está considerada como la enfermedad reumatológica más frecuente y la principal causa de dolor musculoesquelético. En nuestro país es uno de los motivos más importantes de demanda asistencial, tanto en consultas de atención primaria como en urgencias hospitalarias. De igual modo, es motivo de incapacidad temporal y la primera causa de invalidez permanente. El objetivo del taller, es revisar y actualizar el uso racional de medicamento (URM), en la artrosis de rodilla y cadera y actualizar las evidencias científicas sobre los diversos tratamientos.

Abordaje de patologías osteomusculares de hombro y codo: fármacos y fisioterapia

- > Dr. D. Arjona González, P.
- > Sr. D. Puig Torregrosa, L.

Es básico en la consulta del Médico de Familia saber hacer un abordaje de la patología osteomuscular del hombro o codo; convirtiéndose, en ocasiones, dichas dolencias en motivos de consulta crónicos. Por lo que un correcto diagnóstico y orientación terapéutica nos pueden ahorrar futuras consultas, además de aportar las mejores soluciones a nuestros pacientes para solventar su problema.

Abordaje de síntomas en el paciente paliativo

- > Dr. D. Mejías Estévez, M.J.
- > Dra. D^a. Hidalgo Martín, F.

En los ámbitos de actuación del Médico de Familia, éste y su equipo atienden cada vez más a personas en situación paliativa. Esto es, que el paciente padece una enfermedad avanzada progresiva, incurable, con pronóstico de vida limitado (conocida con el término en desuso de "terminal"), con síntomas múltiples, cambiantes, de causas e intensidades variables, que producen en él, familia y sanitarios un gran impacto emocional (sufrimiento) influenciado por la presencia implícita o explícita de la muerte. Se dividen en dos grandes grupos, en la que las enfermedades más frecuentes son las no oncológicas (demencias, insuficiencias de órgano...) frente a las consideradas más clásicamente como paliativas como son los tumores en estadios avanzados. Este proceso de enfermedad que resulta muy variable, tiene en común que en la mayoría existen momentos en los que es necesario una atención integral que ayude a abordar estos problemas con el objetivo de aliviar el sufrimiento del enfermo, y, por lo tanto, su calidad de vida. La toma de decisiones al final de la vida son el eje fundamental (lo vamos a denominar como "el primer pilar"), en el que, si el paciente no tuviese competencia para decidir, debemos guiarnos por sus voluntades vitales anticipadas (si las hubiera), representante legal o en su defecto primero por el cónyuge (o persona vinculada

por análoga relación de afectividad), sino familiares de grado más próximo y si no es posible buscando el mejor interés. Así las decisiones, basadas en lo que es médicamente posible, deberán adecuarse en cada momento en cuanto a las acciones diagnósticas y terapéuticas a aplicar, dado que se trata de no ser insuficientes ni excederse en dichas medidas. El "segundo pilar" lo constituye el control de síntomas, cuya naturaleza trata de aplicar todos los principios de la ciencia médica (anamnesis, exploración, juicio clínico, estudio de las causas, plan de actuación...) a cada síntoma que padece el enfermo frente a la visión clásica sindrómica de la Medicina. Esta confluencia de visiones ayuda, de manera muy pragmática, a evaluar los múltiples, intensos, cambiantes y multifactoriales síntomas para llegar en cada momento al mejor tratamiento posible, gracias a una evaluación continua, visión de todas las esferas (física, mental, social, espiritual), valoraciones del equipo sociosanitario, racionalización de la pauta terapéutica y seguridad en la continuidad de los cuidados. Resulta una ayuda inestimable para un mejor abordaje de las urgencias paliativas, que van desde las clásicas producidas por cáncer (compresión medular, síndrome de vena cava superior, hipercalcemia tumoral, hipertensión endocraneal, síndrome de lisis tumoral, hemorragias...) hasta otras como el delirium, sufrimiento, ansiedad, etc. Un abordaje precoz de los síntomas en general (incluidas las citadas urgencias) mejora la supervivencia y la calidad de vida, donde la vía subcutánea se convierte en una alternativa terapéutica muy útil, especialmente, aunque no exclusivamente, en domicilios y residencias cuándo la vía oral no es posible o es insuficiente.

Como "tercer pilar", no podemos pensar que todo en el paciente paliativo es causado por lo paliativo. El estudio del dolor puede resultar clarificador de este aspecto. En el dolor oncológico hasta una tercera parte del mismo es debido a causas no oncológicas. Así, ante por ejemplo un dolor torácico en una persona con cáncer y expectativas razonables de tiempo y calidad de vida, el abordaje de la patología isquémica debería ser tenida en cuenta ya que podría precipitar una muerte que con el tratamiento específico permitiría al paciente vivir más tiempo con buena calidad de vida (siempre que éste fuera su deseo).

El “cuarto pilar” es la detección precoz de la SUD (Situación de Últimos Días), dado que cuando somos capaces de reconocer la última etapa de vida (pocas semanas, días u horas), la planificación anticipada de decisiones resultará más acorde a la *lex artis*. Aunque puede darse en otros escenarios, es en esta SUD donde en los casos necesarios se aplica la SEDACIÓN PALIATIVA. Esta maniobra busca controlar un síntoma que es refractario, por lo que trata de disminuir el nivel de conciencia en el grado y tiempo necesario para controlar un síntoma que genera alto grado de sufrimiento y que no ha podido ser controlado con las medidas habituales en un tiempo prudencial. Destacan la disnea (frecuente en el Covid19), dolor, hemorragias, etc., para los que existen fármacos para aplicar según la naturaleza los síntomas refractarios, siempre que exista un consentimiento informado en el orden referido en el primer pilar. En la SUD se usarán medicamentos o no, ante muchos síntomas, donde si existe refractariedad se utilizarán los específicos (midazolam el más frecuente, levomepromazina sobre todo en delirium refractario, fenobarbital como segundo escalón y propofol como tercero).

Por lo tanto, los posibles escenarios pueden resultar complejos desde el punto de vista médico, comunicativo, bioético e incluso legal. Por tanto, es necesario una buena formación en los profesionales para que puedan atender con garantías todas estas cuestiones, independientemente de que cuenten con un equipo o unidad de Cuidados Paliativos, sobre todo de apoyo para los casos altamente complejos (AC, establecidos con la herramienta IDC-Pal).

Adecuación del tratamiento farmacológico en el dolor crónico no oncológico

> Dra. D^a. Sánchez González, M.

> Sra. D^a. Rojas Corrales, O.

El dolor es una de los motivos de consulta más frecuentes en Atención primaria, sin embargo, en muchos casos, sigue siendo manejado de forma inadecuada. Su control, cuando se cronifica, es un reto para el médico de familia y dentro del abordaje terapéutico los fármacos son una parte de las intervenciones cuyo objetivo es la mejora en calidad de vida.

¿Cómo hacer una Tesis Doctoral en tiempos de pandemia? La Cátedra de Docencia e Investigación en Medicina de Familia SEMERGEN- Universidad de Granada te lo hace fácil

> Dr. D. Jiménez Mejías, E.

Hace unos años, diversas voces sugieren que el modelo actual de atención primaria en España ha alcanzado su madurez y que debería iniciar un nuevo replanteamiento.

A pesar de que el colectivo de médicos de familia (MF) representa más del 50% de los médicos españoles, no existen programas de doctorado específicos en Medicina de Familia y se ha de realizar esta formación en otros departamentos (Salud Pública, Medicina Clínica, Cirugía, etc.). A diferencia con otros países donde hay un sistema de atención primaria similar al nuestro, en la universidad española no hay departamentos universitarios de Medicina de Familia. En los últimos 5 años se han creado cátedras de Medicina de Familia, dentro de un proceso de convenio de colaboración entre la universidad y la industria farmacéutica, por orden cronológico, en Barcelona, Alicante, Madrid, Zaragoza y Granada, entre otras.

Otras circunstancias que tener en cuenta porque también dificultan el acceso a la formación de posgrado de los MF son que muchos desarrollan su trabajo en el ámbito rural o la incompatibilidad de horarios académicos, lo que obliga a desarrollar metodologías docentes diferentes, pero ya contrastadas, como la formación a distancia a través de internet. 2 Por otro lado, el proceso de integración del sistema universitario español en el espacio europeo de educación superior (EEES) obliga a proporcionar un nuevo planteamiento en las directrices de los planes de estudio. El principal objetivo del EEES es que «todos los países adopten un sistema flexible, comparable y compatible de titulaciones que faciliten la movilidad de estudiantes y titulados». España establece la regulación de los estudios oficiales de posgrado integrados al EEES a través del Real Decreto 56/2005 de Máster y Doctorado, que también obliga a modificar los planteamientos anteriores haciendo necesario reconverter los antiguos cursos y programas de doctorado en la nueva denominación de másteres científicos.

Una de las Universidades con mayor trayectoria en España en la implantación de estos programas y másteres es la Universidad Miguel Hernández que cuanta con el Máster de Investigación en APS desde hace más de 13 años.

Investigación en Medicina de Familia

La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer punto de contacto que los servicios sanitarios proporcionan a la población, de forma indiferenciada por nivel socioeconómico, edad, sexo, estado de salud o enfermedad. El avance o desarrollo de la atención sanitaria exige tanto la búsqueda sistemática, a través de la investigación, de respuestas a los interrogantes que pueden surgir en el ejercicio de la actividad profesional, como la transmisión de los resultados a través de las publicaciones y la docencia.

Es importante que, desde la práctica clínica, donde surgen los interrogantes, se plantee la búsqueda de las mejores respuestas para aplicar a los pacientes. Con frecuencia se aplican los resultados de la investigación realizada en otros ámbitos de la atención sanitaria, donde se atienden pacientes «ideales» con estadios de la enfermedad y edades que no son los que se encuentran en la población real que se atienden en las consultas de APS. El uso de esta información inapropiada afecta de forma significativa a la práctica con repercusiones nocivas sobre los resultados: afecta a la estimación real de la prevalencia de la enfermedad y la frecuencia de los estadios que presentan los pacientes, al valor predictivo de las pruebas utilizadas y a la respuesta esperada del tratamiento.

Algunas características intrínsecas de la atención primaria ofrecen ventajas para desarrollar la investigación en este ámbito:

- Es posible el acceso a la población. Existe un porcentaje importante de población con problemas de salud o en situación de riesgo que no acuden o no son abordados por el sistema sanitario. Sólo una parte muy pequeña es atendida por el sistema hospitalario.
- El lugar privilegiado de la APS le permite cubrir un número mayor de problemas y con posibilidad de ampliar sus contenidos y actuación hacia el contexto familiar y comunitario.

- Existe una relación continua con los pacientes, lo que ofrece la oportunidad de continuidad en la observación de los pacientes durante toda su vida y en su marco contextual.
- Se atienden estadios más precoces de la enfermedad que los que habitualmente se tratan en otros ámbitos especializados.
- Mientras en otros ámbitos sólo se puede investigar en casos de enfermedad, mortalidad, alta tecnología, etc., la APS es el único nivel donde, además, se puede investigar en Salud.

La investigación es un elemento más del proceso asistencial, una estrategia de intervención que, en vez de actuar directamente, analiza y estudia aquellos problemas de salud cuyas causas o soluciones son desconocidos. Se comprende, por tanto, que la investigación es un elemento necesario para el propio desarrollo del sistema de cuidados de la salud. Frente a esta forma de entender la investigación, nos encontramos con la paradoja de que en la APS ésta permanece en nuestro país en unos niveles, aunque cada día más al alza, aún muy por debajo de lo deseable.

Existen una serie de argumentos que los profesionales de atención primaria manifiestan para explicar la poca presencia en la investigación:

- Falta de tiempo: la gran sobrecarga asistencial no deja tiempo para el desarrollo de investigación durante la jornada laboral.
- Dispersión: la dispersión inherente a la APS ocasiona una mayor dificultad para acceder a los recursos necesarios y para la constitución de equipos de investigación potentes.
- Falta reconocimiento: los gestores de atención primaria no incluyen la investigación entre sus objetivos. En los contratos, programas o documentos similares, habitualmente hay un apartado genérico de «Formación e Investigación», donde los objetivos que se plantean están todos relacionados con la formación y es anecdótico que haya alguno vinculado a la investigación. Tampoco está adecuadamente reconocida en los baremos para acceso a los puestos de trabajo, ni existe carrera profesional que la contemple.

- No existen estructuras de apoyo a la investigación en APS.
- Falta motivación: la comunidad científica no tiene una gran opinión de la actividad investigadora que se puede desarrollar en este ámbito... y con cierta frecuencia ni siquiera los propios profesionales implicados la ven como una de sus misiones.
- Falta la formación y la cultura de investigación necesarias entre los profesionales de APS.

Existe una percepción distante de la investigación en el seno de la Medicina de Familia. La investigación no suele encontrarse entre las prioridades de los médicos de familia. Se considera con frecuencia como una actividad ajena a la naturaleza de este ámbito de trabajo y existe un gran desconocimiento de las ofertas de apoyo institucional y privado a la investigación.

Las dificultades encontradas para investigar entre los médicos de familia difieren de un país a otro, aunque las diferencias sólo pueden atribuirse a diferentes grupos de médicos; en España, los obstáculos son en primer lugar es la falta de incentivos económicos.

El desarrollo de estas áreas se justifica, principalmente, por tratarse de los problemas de salud más prevalentes, por ser mayor la incertidumbre existente en esas áreas, por tratar de aspectos de intervención novedosos y pertinentes para el ámbito de atención primaria, etc.

Así las cosas y, desde el punto de vista de las posibles perspectivas de mejora, para el desarrollo de la investigación en APS no es alta tecnología lo que se precisa. Son otras las necesidades. En primer lugar, el propio colectivo y la administración deben ver la investigación como algo necesario en el propio trabajo, para tratar de buscar la respuesta a las múltiples cuestiones aún no resueltas de la práctica clínica habitual, de la organización de servicios y programas, sobre la historia natural de las enfermedades, su epidemiología, factores pronósticos. Todo ello pasa además por incentivar y motivar a los profesionales para que se embarquen en esta tarea, dotándoles de la formación, el tiempo y el reconocimiento necesarios para que puedan incorporar la investigación como una tarea con la que generar objeto de conocimiento desde y para la consulta de APS.

La presente ponencia cuya metodología docente corresponde a un taller interactivo dividido en dos secciones. Una primera de unos 40 min de duración con carácter expositivo en la que el ponente expondrá el panorama actual de la Medicina de Familia en el Grado y en el Posgrado en Medicina; su relevancia en el ámbito académico, así como la situación de inequidad de acceso a los programas de Doctorado por parte de los Médicos de familia que desarrollan su labor en el ámbito asistencial.

A continuación, se dará respuesta al cómo acceder a dichos programas, los requisitos para la matriculación y méritos ponderables para la admisión concierne tanto al y doctorando como a los tutores y directores para llevar a cabo una Tesis Doctoral en el ámbito de nuestra especialidad.

Finalmente, el taller culminará con ejemplos prácticos y se abrirá un turno de debate y resolución de cuestiones que puedan plantear los discentes.

Desprescripción de benzodiazepinas en Atención Primaria

> **Dr. D. Atienza Martín, F.J.**

> **Sra. D^a. Ferrer López, I.**

Existe una alta prevalencia de uso crónico de benzodiazepinas. Esto se asocia a efectos adversos entre los que destacan el aumento de riesgo de fracturas de cadera, neumonía, demencia y aumento de la mortalidad total. La estrategia informativa (carta de profesionales y pauta de descenso de dosis) para la desprescripción de benzodiazepinas es eficaz y factible en atención primaria.

El manejo del asma como enfermedad inflamatoria crónica y problema sanitario global: documento de posicionamiento de las sociedades científicas. Estudio SABINA

> **Dr. D. Ginel Mendoza, L.**

> **Dr. D. Álvarez Gutiérrez, F.J.**

El médico de atención primaria (AP) atiende prácticamente a diario a personas con asma ya que es una enfermedad respiratoria muy prevalente y que afec-

ta a personas de todas las edades pudiendo ser potencialmente mortal. En la actualidad, contamos con tratamientos de mantenimiento que son efectivos en la mayoría de los pacientes con asma y, sin embargo, una proporción importante no tiene bien controlada su enfermedad a pesar de los medios disponibles.

En el documento de posicionamiento de las sociedades científicas del manejo del asma como enfermedad inflamatoria crónica se quiere llamar la atención de la sociedad y los profesionales sobre este problema en nuestro país.

Las principales causas del mal control del asma son: el tratamiento insuficiente de la inflamación, la baja adherencia del paciente al tratamiento de mantenimiento, el uso incorrecto de inhaladores y el escaso seguimiento de las guías de práctica clínica.

Los conceptos claves del documento de consenso son:

1. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, frecuente y que afecta a todos los rangos de edad. Su nivel de gravedad puede variar a lo largo del tiempo.
 2. La inflamación es la base de la enfermedad en todos los niveles de gravedad, y los síntomas pueden ser variables también en cualquier escalón de gravedad.
 3. El alivio de los síntomas no implica que la enfermedad esté controlada.
 4. Con un manejo terapéutico adecuado que controle la enfermedad se podrían evitar un número importante de muertes por asma.
 5. Los síntomas del asma son inespecíficos. Se debe diagnosticar con base en pruebas objetivas. La prueba de elección es la espirometría con prueba broncodilatadora.
 6. El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o se ven reducidas al máximo por las intervenciones terapéuticas y se cumplen los objetivos del tratamiento.
 7. El concepto de control del asma incluye tanto el control actual (sintomático y funcional) como la prevención del riesgo futuro (evitar las exacerbaciones, el deterioro de la función pulmonar y los efectos secundarios del tratamiento). Muchas de las exacerbaciones de asma pueden ser evitables.
 8. La aparición de un ataque es indicativa de fracaso en el manejo terapéutico en la mayoría de los casos. La aparición de una exacerbación de asma se asocia a deterioro progresivo de la función pulmonar y a un aumento de riesgo de aparición de nuevos ataques.
 9. El SABA como monoterapia no controla la enfermedad.
 10. El uso excesivo de agonistas betaadrenérgicos de acción corta (SABA, por sus siglas en inglés) como tratamiento único aumenta el riesgo de ataque de asma por mal control de la enfermedad y puede asociarse, por tanto, a un aumento de la morbimortalidad. El tratamiento del asma debe dirigirse fundamentalmente al control de la inflamación. Es necesario incorporar un corticoide inhalado (CI) en el tratamiento de mantenimiento.
 11. El tratamiento con CI presenta más beneficios clínicos con un inicio temprano que en fases más avanzadas de la enfermedad. Se debería evitar el uso de SABA en monoterapia y se deberían utilizar solo bajo prescripción médica y con control de frecuencia de dispensación.
 12. El manejo del asma como enfermedad crónica requiere atención continua y un proceso asistencial integrado entre los servicios y profesionales que atienden a estos pacientes.
 13. Es recomendable implementar métodos de control integrados que permitan coordinar la medicación del paciente entre servicios, y detectar al paciente en riesgo de exacerbación por mal control. Por ejemplo, mediante la detección de uso excesivo de SABA.
 14. La educación estructurada al paciente es crucial para que entienda su enfermedad y utilice adecuadamente su medicación.
- Mediante programa global SABINA (SABA use IN Asthma) se ha pretendido determinar las consecuen-

cias clínicas y económicas del uso excesivo de SABA y el deficiente uso de CI en el tratamiento del asma.

En las conclusiones más importantes en relación con el uso de SABA en el estudio SABINA se determina que tres o más envases de SABA al año, duplica el riesgo de exacerbaciones graves y más de 12 envases al año se relaciona con aumento de mortalidad por asma. En cambio, el aumento del uso de CI en el asma disminuye las tasas de mortalidad.

Fibromialgia, abordaje desde tres perspectivas: farmacológica, psicológica y fisioterapéutica

> Dr. D. Álvarez Romero, M.

> Sr. D. Díaz Sánchez, E.

En presente trabajo tiene la intención de concienciar al médico de familia sobre la importancia de un abordaje multidisciplinar de una patología con una gran prevalencia a nivel poblacional como es la Fibromialgia (FM) y la de implementar herramientas útiles para una buena praxis teniendo en cuenta perspectivas como la farmacológica, la psicológica y la fisioterapéutica. Al ser enfermedad crónica y bastante invalidante, origina dolor crónico, discapacidad y elevado consumo de recursos, pero sobre todo causa dolor y sufrimiento con afectación seria de la capacidad de vida de quienes la padecen, llegando a un significativo número de suicidios.

Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida en atención primaria: hoy y ahora

> Dra. D^a. Castillo Moraga, M.J.

> Dr. D. Carvajal Jaén, J.M.

La correcta identificación del paciente con Insuficiencia Cardiaca y Fracción de Eyección Reducida (ICFER) en Atención Primaria así como su adecuada monitorización y detección precoz de descompensaciones implican un gran reto en nuestras consultas en la actualidad. El tratamiento optimizado basado en estrategias farmacológicas que frenan la progresión de la enfermedad reduce hospitalizaciones, mortalidad y mejora la calidad de vida de estos pacientes.

Revisión de polimedicados: Metodología

> Dra. D^a. Sánchez Pérez, M.R.

> Sra. D^a. Carballo Camacho, M.

La revisión periódica de medicación de pacientes polimedicados se introdujo en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud en 1995. Permite mejorar la efectividad de los medicamentos, minimizar los problemas asociados a éstos, establecer una correcta adecuación al paciente, acordar con él su tratamiento y seguimiento, optimizar los costes de los medicamentos y reducir gastos innecesarios.

Puntos claves del taller.

La revisión de la medicación resulta imprescindible y fundamental para conseguir que los beneficios en salud proporcionados al paciente por su tratamiento farmacológico sean los máximos esperables, en un contexto en el que el uso de medicación inapropiada supone un problema de especial relevancia en el paciente polimedicado. La revisión mejora los resultados en salud, la seguridad del paciente y su calidad de vida.

La revisión de la medicación es una actividad propuesta por las principales agencias de calidad internacionales con una periodicidad recomendada de al menos una vez al año. Se introdujo en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud en 1995 aunque por muy diversas razones resulta complicado integrar esta actividad de forma sistemática en la práctica habitual reconociéndose por parte de los profesionales sanitarios que resulta imprescindible.

La revisión de la medicación en atención primaria a pacientes mayores y polimedicados presenta distintos niveles de actuación. En base a las experiencias desarrolladas y publicadas tanto en nuestro entorno como en otros y las evidencias sobre efectividad de intervenciones realizadas sobre polimedicados podemos distinguir distintos tipos o modalidades de revisión en atención primaria con distinto grado de complejidad y que requieren o no la presencia del paciente. Una vez que conocemos los distintos tipos de revisión disponibles es posible decidir en cada caso,

qué tipo de revisión puede ser más adecuada para el paciente y el problema sobre el que se informa, en función de las necesidades de este y de los recursos disponibles.

Algunos elementos que podrían resultar facilitadores podrían ser la incorporación o actualización de algunas herramientas en la historia clínica o el módulo de prescripción electrónica que permitan la sistematización de la revisión, así como otros sistemas de ayuda a la toma de decisiones (interacciones, alertas de dosis máxima, duplicidades, cálculo de dosis en insuficiencia renal, contraindicaciones, alertas por alergias, etc). También es posible contar con el apoyo o la colaboración de otros profesionales sanitarios (como los farmacéuticos de atención primaria y de hospital) en la tarea de revisión. Otro aspecto básico es establecer circuitos de comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios y con el paciente.

Cuando hablamos de revisión sistemática de la medicación nos referimos a una valoración crítica y estructurada de la medicación de un paciente con el objetivo de llegar a un acuerdo con este sobre su tratamiento, optimizando el impacto de los medicamentos, minimizando la cantidad de problemas relacionados con la medicación y reduciendo los costes. Esto es posible porque la revisión nos permite decidir si es necesario añadir, retirar o continuar con alguno de los medicamentos prescritos. Para ello durante el proceso de revisión valoraremos los beneficios y los riesgos de la decisión tomada en base a una evaluación crítica de diferentes aspectos como son indicación y necesidad, adecuación, efectividad y seguridad de los fármacos, integrando también en esa evaluación la perspectiva del paciente. Para valorar cada uno de estos aspectos disponemos de distintas herramientas de ayuda que por ejemplo nos permiten detectar medicación inapropiada, medicamentos de alto riesgo, interacciones, necesidad de ajuste de dosis, incremento del riesgo de caídas a causa de los tratamientos farmacológicos, etc.

La revisión sistemática de la medicación de los pacientes crónicos con necesidades complejas de salud es una estrategia prioritaria de seguridad del paciente y contamos con diferentes herramientas de ayuda para poder desarrollarla y con la colaboración de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria y Hospitalaria.

Seguimiento de pacientes crónicos en tiempos de Covid-19

> **Dra. D^a. Castillo Moraga, M.J.**

> **Sra. D^a. Molina Gil, M.J.**

La pandemia por Covid 19 ha ocasionado una crisis sanitaria, social y económica que ha afectado sobre todo a las personas con patologías crónicas no sólo de forma directa por su mayor vulnerabilidad a desarrollar complicaciones graves en caso de contraer la enfermedad, sino también indirecta al haberse visto dificultado su seguimiento por parte de los Equipos de Atención Primaria.

Tratamiento de la EPOC: ¿nos estamos volviendo locos?

> **Dr. D. García Matarín, L.**

> **Dr. D. Márquez Martín, E.**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. En los países de nuestro entorno constituye la cuarta causa de muerte y se prevé que su prevalencia siga aumentando. La EPOC es una enfermedad compleja y multicomponente. La atención primaria tiene una situación privilegiada para detectar precozmente esta, enfermedad crónica, diagnosticarla, tratarla y seguirla en perfecta sintonía con la neumología. Para todo ello el médico de familia, debe conocer y estar familiarizados con el proceso diagnóstico (lectura de espirometrías, etc.), manejo adecuado de dispositivos inhalatorios y saber enseñar el uso correcto al paciente de ellos.

Los síntomas principales son la disnea, la tos y la expectoración. Su presentación clínica es muy heterogénea, y dentro de lo que hoy denominamos EPOC se pueden definir diversos fenotipos con repercusión clínica, pronóstica y terapéutica. Aunque la EPOC no es una enfermedad curable, la deshabituación del consumo de tabaco es la medida más eficaz para prevenir y frenar su progresión.

El objetivo del taller es persuadir científicamente al médico de familia, de la importancia que tiene detectar y tratar precozmente las exacerbaciones de esta

enfermedad ya que, según todas las evidencias, estamos llegando tarde y mal a su abordaje y dotarle de las herramientas clínicas suficientes para que pueda hacerlo. La exacerbación de la EPOC es una causa frecuente de hospitalización, mala evolución y muerte del paciente y es la presentación de un episodio abrupto que lo desequilibra clínicamente.

Tratamiento de las lesiones dermatológicas. Utilidad de la dermatoscopia

> **Dra. D^a. Cabrerizo Carvaja, A.M.**

> **Dra. D^a. Navarro Arco, C.**

El tratamiento y pronóstico del melanoma varían si se detecta precozmente. El coste personal y económico del melanoma metastásico obligan a potenciar su prevención primaria y secundaria evitando su principal factor de riesgo (la fotoexposición) y anticipando el diagnóstico. La dermatoscopia mejora la precisión diagnóstica ayudando al médico de familia a decidir si realizar biopsia o derivar al dermatólogo.

Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el paciente Crónico y Polimedcado

> **Dr. D. Alcalá Partera, J.A.**

> **Dr. D. Domínguez Domínguez, J.A.**

> **Dra. D^a. Márquez Márquez, M.J.**

Los trastornos ansiosos y depresivos tienen una alta prevalencia en los pacientes atendidos en Atención Primaria y muchos de ellos padecen patologías orgánicas que precisan de diversos tratamientos farmacológicos.

El uso de antidepresivos junto a tratamientos médicos puede, en ocasiones, suponer un reto para el médico de familia dada la complejidad de muchos pacientes tanto por la pluripatología como por la propia medicación prescrita.

En este trabajo se abordan una serie de situaciones clínicas habituales en la práctica con recomendaciones de uso de antidepresivos en ellas. El objetivo es proporcionar información útil, de aplicación en la consulta de Medicina de Familia, basada en estudios actuales y apoyadas por mi práctica clínica.

Uso adecuado de medicamentos en Medicina de Precisión

> **Dr. D. Gamero de Luna, E.J.**

> **Dr. D. Leiva Cepas, F.**

Los avances y abaratamientos de costes en las tecnologías de secuenciación junto con el desarrollo de tecnologías que permiten el análisis masivo de datos han permitido el desarrollo de las denominadas “ciencias ómicas” y de la medicina de precisión. Por otro lado, los progresos realizados en el campo de la medicina molecular han propiciado la presencia de biomarcadores como elementos diferenciadores en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades oncológicas y mediadas por la inmunidad. Del mismo modo, se ha producido una evolución radical en el diagnóstico de las enfermedades donde el paradigma de biopsia tisular ha cambiado por el de biopsia líquida. Finalmente, la reciente aparición de nuevas terapias celulares ha implicado una revolución en el tratamiento tanto de neoplasias como de defectos traumáticos, la aparición de estas terapias avanzadas requiere, de manera forzosa de la participación del médico de atención primaria. En este seminario vamos a abordar algunos de los principios de la medicina de precisión aplicados al campo de la farmacología, conocer la importancia de los biomarcadores y la biopsia líquida en Atención Primaria así como ofrecer los resultados más destacados sobre terapias avanzadas y su importancia en Atención Primaria.

Uso de antidiabéticos en personas mayores con diabetes tipo 2

> **Dr. D. Mancera Romero, J.**

> **Sr. D. Domínguez Camacho, J.C.**

El control glucémico intensivo en personas mayores o con esperanza de vida limitada no parece proporcionar beneficios y sí aumenta riesgos, especialmente hipoglucemias. La American College of Physicians recomienda no establecer ninguna cifra objetivo de glucemia y tratar solo lo necesario para evitar sintomatología hiperglucémica. Es frecuente sobretratar a estos pacientes. Se proponen formas de cambiar esa práctica clínica hacia un tratamiento más conservador.

Mesas

Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca: detección y manejo del Déficit de Hierro

> Dra. D^a. López Fernández, S.

> Dr. D. García Matarín, L.

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo que resulta del deterioro estructural o funcional del llenado ventricular o eyección de sangre, se puede producir entre otras muchas causas, por un fallo de bomba, derivado de la necrosis miocárdica tras un infarto agudo de miocardio (disfunción sistólica) o por una rigidez fibrótica excesiva de la pared que dificulta ventricular en la diástole (disfunción diastólica) como ocurre en la hipertensión arterial de larga evolución y mal controlada. Las manifestaciones cardinales de la IC son disnea y fatiga, que pueden limitar la tolerancia al ejercicio, y retención de líquidos, que puede conducir a pulmones y / o congestión esplácnica y / o edema periférico. Algunos pacientes tienen intolerancia al ejercicio, pero poca evidencia de retención de líquidos, mientras que otros se quejan principalmente de edema, disnea o fatiga. Debido a que algunos pacientes se presentan sin signos o síntomas de sobrecarga de volumen, el término "IC" es preferido sobre "insuficiencia cardíaca congestiva". No hay una sola prueba diagnóstica para la IC porque es en gran parte un diagnóstico clínico basado en una historia y un examen físico cuidadosos, siendo el ámbito de la atención primaria el lugar ideal para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes en coordinación con cardiología. Atendiendo a la funcionalidad de ese corazón la IC se puede catalogar de IC preservada (fracción de eyección - FE- >50%), IC reducida (FE<40%) e intermedia (FE 40-50%), todo ello referido al ventrículo izquierdo.

La IC es una patología cada vez más prevalente y que genera, dado las patologías de las que se deriva y el envejecimiento de la población. El tratamiento de la IC según las guías de práctica clínica ha mejorado su pronóstico, aunque su mortalidad y, especialmente los reingresos, son elevados, esto se debe, mayormente, a las comorbilidades asociadas, las cuales son de difícil control. Entre está la anemia y

el déficit de hierro (DH) ocupan un papel determinante. Los últimos datos apuntan a la DH como entidad independiente, menos grave que la anemia pero más prevalente y que es un factor de desestabilización clínica de estos pacientes. Una ferritina <300 µg/L, con IST <20% no apuntan a este diagnóstico. Se han incorporado al arsenal terapéutico evidencias claras y sólidas respecto a la formulación intravenosa del hierro (hierro carboximaltosa), como un aliado de primer orden para revertir estas situaciones, no sin antes hacer un estudio clínico, sobre pérdidas digestivas de sangre que oculten la presencia de un tumor intestinal.

Seminarios

Paciente de Alto Riesgo Cardiovascular una responsabilidad compartida

- > **Dr. D. Calvo Jambrina, R.**
- > **Dr. D. Aguirre Rodríguez, J.C.**

Los beneficios del abordaje integral y el control de todos los factores del paciente de alto riesgo son evidentes. Asimismo, disponemos de un arsenal terapéutico potente, efectivo y seguro, pero aun así, estos pacientes no están totalmente controlados según los objetivos de las diferentes guías de práctica clínica

Simposio

Nuevo abordaje de la ansiedad en la consulta de Atención Primaria: “La fatiga Pandémica”

- > Dr. D. Fernández Ruiz, J.S.
- > Dr. D. Ginel Mendoza, L.
- > Dr. D. Alcalá Partera, J.A.

Según los expertos, **la fatiga pandémica** es una respuesta natural y esperada a una crisis de salud pública prolongada y cuya gravedad ha obligado a implementar medidas restrictivas que han tenido un fuerte impacto en todas las personas.

Los médicos de Atención Primaria (AP) valoramos diariamente situaciones en que nuestros pacientes nos refieren síntomas que en muchas ocasiones están relacionados con estados de **ansiedad**: inquietud interna, preocupación constante, falta de aire, opresión en el pecho, dolores de cabeza o espalda... y todo en ello sin una causa orgánica clara.

La **ansiedad** es una emoción **normal** que se experimenta en situaciones amenazadoras. Es un estado mental de miedo que se acompaña de cambios fisiológicos para preparar al organismo para la defensa o la huida, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. Pueden sumarse cambios como consecuencia del aumento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea. Estos cambios son las **respuestas normales** ante las situaciones peligrosas.

En la **ansiedad patológica** hay ausencia de un riesgo o amenaza grave y la ansiedad normal se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada.

Dependiendo de la duración, gravedad y el deterioro de la vida diaria, esta ansiedad puede ser leve o llegar a la peor situación como sería un **trastorno de ansiedad generalizada** (TAG). Una intervención y tratamiento adecuado puede evitar la progresión de la enfermedad

Una de las características de la ansiedad son los **pensamientos recurrentes**, de carácter permanente, di-

fíciles de controlar y que suelen afectar a la calidad del sueño.

En un estudio europeo los trastornos de ansiedad afectan a un 14% de la población. Pueden aparecer en cualquier época de la vida y afectar a cualquier clase social. Son el doble de frecuentes en mujeres. Más de la mitad no reciben el tratamiento adecuado y se calcula que cuestan más de 70 millones de euros al año en Europa.

Una reciente revisión sistemática concluye que el TAG subumbral es una enfermedad común, recurrente y perjudicial con morbilidad verificable que reclama importantes recursos de atención médica; como tal, debería recibir investigación adicional y atención clínica.

El apoyo psicoterapéutico es el pilar fundamental para el tratamiento de la ansiedad patológica y la benzodiazepinas, antidepresivos e hipnóticos son utilizados para tratar los síntomas.

Otra alternativa es comenzar utilizando fitoterapia (valeriana, pasiflora, tila, hierba de San Juan, etc..) con resultados dispares. En este grupo de sustancias para el abordaje de la ansiedad, solo el aceite de lavanda purificado (Silexan®, nombre comercial Lasea®) es el único producto que cuenta con estudios de investigación de calidad (16 ensayos clínicos con más de 2.200pacientes). Por ello, ha sido incluido en el *nomenclator* de prescripciones farmacéuticas de la historia clínica digital de Andalucía (*Diraya*) con el citado nombre comercial, donde se puede prescribir como medicamento no financiado para el tratamiento de la ansiedad. A diferencia de las benzodiazepinas no tiene efecto sedante, no genera disfunción sexual ni tampoco produce aumento de peso. Y lo más importante; a diferencia de las benzodiazepinas, no ocasiona dependencia o tolerancia ni tampoco interacciones con otros fármacos.

Comunicaciones

Médico de familia

541/52. Nueva plataforma para la optimización de la farmacoterapia en el paciente crónico: Chronic-Pharma (Proyecto Less-Pharma-Chron)

Autores:

(1) Martín López, J., (2) Sánchez-Fidalgo, S., (3) Toscano Guzmán, M., (4) López-Hermoso, C., (3) Santosramos, B., (3) Alfaro Lara, E.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Progreso Salud. Sevilla, (2) Personal docente e investigación. Universidad de Sevilla, (3) Farmacéutico. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Investigadora. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción

En nuestro país, el estudio ENEAS desveló que la primera causa de eventos adversos relacionados con la hospitalización era la medicación (37,4%), siendo un tercio de ellos evitables. Entre los factores que contribuyen a estos resultados, se encuentran la carga anticolinérgica y la polimedicación.

El objetivo del proyecto ha sido diseñar y desarrollar una plataforma digital que integre una serie de herramientas, dirigidas a optimizar la farmacoterapia del paciente crónico.

Material y métodos

Proyecto estructurado en 3 fases:

- Fase 1. Formación del equipo multidisciplinar, planificación y coordinación del proyecto.
- Fase 2. Desarrollo tecnológico y validación de la plataforma.
- Fase 3. Diseño e implementación del plan de difusión (comunicación, marketing y posicionamiento web) y publicaciones científicas, acerca de la nueva plataforma.

Resultados

Se ha configurado una plataforma web (<https://chronic-pharma.com/>) y App de acceso libre, gratuito y disponible en español e inglés. En la plataforma se diferencian tres herramientas:

1. ABC (Anticholinergic Burden Calculator): calcula la carga y el riesgo anticolinérgico, en un solo paso, según 10 escalas diferentes tras introducir el tratamiento del paciente.
2. LESS-CHRON (List of Evidence-based dePrescribing for CHRONic patients criteria): genera un informe de recomendaciones para una prescripción óptima, en base al tratamiento y situación clínica del paciente.
3. TRIGGER-CHRON (Trigger tool to detect adverse drugs events in chronic patients): nos alerta del riesgo que tiene el paciente de estar sufriendo eventos adversos a los medicamentos y una propuesta de fármacos posiblemente responsables.

Una vez que el usuario se registre podemos encontrar:

- Descriptivo de las herramientas y evidencia bibliográfica en la que se sustentan.
- Módulo de Pacientes: registro anonimizado de pacientes para la aplicación de las herramientas.
- Histórico de pacientes: base de datos de pacientes, anonimizada y propia de cada usuario. Archiva los cálculos realizados y permite su exportación.
- Agenda LESS-CHRON: sección de recordatorios de citas de pacientes a los que se ha aplicado algún criterio LESS-CHRON.

Conclusiones

Chronic-Pharma integra en un único portal tres herramientas útiles para la optimización de la farmacoterapia del paciente crónico, generando informes e históricos, favoreciendo así su aplicabilidad en la práctica clínica.

541/132. Características de las personas mayores de 80 años con diabetes seguidas en un centro de atención primaria

Autores:

(1) Sanz Ortega, T., (2) Arjona González, P., (2) Abril Rubio, A., (3) Salmerón Portela, P., (4) Hidalgo Martín, F., (5) Sánchez Pérez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Luz - Los Girasoles. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Colmenar. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Introducción

Nuestro objetivo fue analizar diferentes aspectos de las personas mayores de 80 años con diabetes seguidas en un centro de Atención Primaria.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano que atiende a 36.874 habitantes. 20 médicos de familia. Año 2020. Población de estudio: personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Diabetes mayores de 80 años. Variables: demográficas, de exploración, funcionales, clínicas, analíticas y terapéuticas. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad $< 0,05$. Se contó con la aprobación del CEIC local.

Resultados

Estaban incluidas en el PAI Diabetes 2.381 personas de las que 214 (8,98%) tenían más de 80 años. 136 (64%) eran mujeres. Edad media 85 ± 4 años (más en las mujeres $p = 0,008$). Tenían diagnóstico de hipertensión 205 (95,8%9) y de dislipemia 195 (91%). La complicación macrovascular más prevalente fue la enfermedad coronaria 43 (20%) y la microvascular la enfermedad renal diabética 64 (30%).

Estaban tratados con metformina 138 pacientes (64,5%), con sulfonilureas 16 (7,4%), iDPP4 78 (36%). iSGLT2 8 (3,7%). Tomaban estatinas 195 (91%) y estaban antiagregados 187 (87,4%).

Eran seguidos en AP 181 (84,6%). Estaban incluidos en el programa de inmovilizados 47 (22%). El número de fármacos era de $9,67 \pm 3,2$ con un intervalo entre 1-20.

Tenían aplicado el test de Barthel 116 (54%) de los que 54 (25%) presentaban una dependencia grave.

Presentaban cifras de glucemia basal en rango de hipoglucemia 8 pacientes (3,7%) y tenían HbA1c $< 7\%$ 101 (48,3%). Presentaban algún grado de enfermedad renal diabética 205 (98%).

Las mujeres presentaron más insuficiencia cardíaca que los hombres ($p=0,013$), peor control lipídico ($p=0,003$) y más obesidad ($p=0,014$). Los hombres tenían unas cifras de hemoglobina más elevadas que las mujeres ($p<0,001$) así como un cociente albúmina/creatinina más elevado ($p=0,047$).

Falta considerable de registros en algunas variables: Barthel 98 (46%), IMC 102 (48%), perímetro abdominal 140 (65%). Presión arterial 58 (27%).

Conclusiones

Casi la mitad de las personas estudiadas presentaban con control glucémico demasiado estricto. La mayoría consumían un elevado número de fármacos. Posible sobretratamiento. Elevado grado de dependencia. Llamativa falta de registros básicos.

541/135. RCP Comunitaria: tus manos salvan vidas

Autores:

(1) García González, J., (2) Carbajo Martín, L., (3) Calzado Gutiérrez, R., (4) Ruiz Carbajo, F., (5) García González, M., (6) MONTERO ROMERO, A.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Sevilla-Sur. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva, (3) Enfermera. UGC Sevilla-Sur. Sevilla, (4) Técnico de

Transporte Sanitario. Área Sevilla, (5) Especialista en Psicología. Universidad de Huelva, (6) Enfermera. Centro de Salud Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla.

Introducción

En España se producen alrededor de 30000 muertes súbitas al año fuera del hospital. En el 80% de casos, estos eventos ocurren en el hogar.

La mayoría de los casos de muerte súbita se producen en presencia de otras personas. Si algún testigo es capaz de iniciar maniobras de reanimación básica (RCP-b) las posibilidades de recuperación son mucho mayores que si simplemente esperamos la llegada de ayuda especializada.

El objetivo de este estudio es difundir conocimientos sobre RCP-b a población general y conocer el grado de satisfacción de este tipo de actividades con la comunidad.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal basado en el análisis de los resultados de una encuesta de satisfacción voluntaria de los participantes en un taller de RCP-b. La muestra está formada por población general (alumnos 6º primaria, alumnos del aula de la experiencia, asociaciones de enfermos y culturales, policía local, bomberos, ...) que previamente se habían inscrito a esta actividad. Al final de la actividad se facilitó una encuesta de participación. En la actividad participaron 27 instructores. Se establecieron tres turnos, en cada turno se formaron grupos de 5-8 personas con cada instructor y se impartió un taller de RCP-b de 40 minutos de duración con cada grupo.

Resultados

A la actividad asistieron 528 participantes, 398 respondieron a la encuesta de satisfacción (75,37% del total). El 70,1% (n=279) son mujeres.

La distribución por edad es:

<18 años: n=153 (38,44%)

18-25 años: n=82 (20,61%)

26-40 años: n= 46 (11,55%)

41-55 años: n=27 (6,78%)

>55 años: n=90 (22,62%)

La puntuación a los distintos ítems son:

- Objetivos y expectativas de las jornadas: 9,1/10
- Los contenidos han resultado útiles: 9,7/10
- Satisfacción con las jornadas: 9,1/10
- Organización adecuada: 8,9/10
- Participación de los docentes: 9,4/10

Conclusiones

Las maniobras de RCP-b son fáciles de aprender para la población general incluido los niños en edad escolar.

En esta jornada hemos obtenido una gran participación con respuesta satisfactoria tanto por parte de los niños y población general como por parte de los instructores con una evaluación muy positiva de la experiencia.

Con estas jornadas se han sentado las bases para seguir difundiendo conocimientos de RCP-b y conseguir que muchas manos sigan salvando vidas

541/140. Accidente vascular cerebral en el contexto de un cuadro febril

Autores:

(1) Geara Joyed, P., (2) Japón Cabello, M.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

Paciente de 84 años que solicita aviso domiciliario por cuadro de disartria y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo así como desviación de la comisura bucal. El cuadro es en el contexto de un síndrome febril que se inició posteriormente a una extracción dentaria. Se traslada a urgencias por sospecha de ictus

Material y métodos

Se realiza tac de urgencias donde se aprecia lesión isquémica en el hemisferio cerebral derecho. Ingresó en planta de medicina interna para completar estudio y destaca analítica con discreta leucocitosis con neutrofilia y ecocardiografía donde se aprecia vege-

tación en válvula aórtica bicúspide. Ecografía abdominal y gammagrafía anodinas.

Resultados

JC Probable endocarditis sobre válvula aórtica bicúspide. AVC isquémico de probable origen embólico por el contexto en el que se desarrolla.

Conclusiones

DD: Meningoencefalitis. Accidente vascular cerebral. Crisis comicial

CONCLUSIONES: El déficit neurológico brusco en el contexto de un cuadro febril secundario a una extracción dentaria debe hacernos sospechar de un probable origen endocardico.

541/185. Prevalencia de las alteraciones en la citología vaginal en el programa de detección precoz de cáncer de Cérvix

Autores:

(1) Leiva Cepas, F., (2) Sanz-Zorrilla, A., (2) Sánchez Medianero, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Universidad de Córdoba, (2) Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción

El cáncer de cérvix es responsable de unos 250.000 fallecimientos al año a escala mundial. Es un cáncer frecuente en mujeres jóvenes y en inmunodeprimidos. El cribado del cáncer de cérvix se realiza a través de la citología cervicovaginal cada 3 años, entre los 25 y los 65 años, tras 2 citologías cervicovaginales anuales normales en 2 años consecutivos de inicio. Una citología anormal implica: colposcopia y, si procede, biopsia cervical. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de alteraciones en la citología vaginal, del virus del papiloma humano (HPV) en la provincia de Córdoba.

Material y métodos

Estudio transversal multicéntrico en a. primaria y hospitalaria. Muestra aleatoria: 28,358 mujeres de 18-75 años de 43.000 incluidas en programa de detección precoz cáncer cérvix del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2019. Variables a estudio: edad, centro salud, matrona, calidad toma, morfología, microbiología, HPV y resultado del cribado del informe anatomopatológico. Se muestran las alteraciones morfológicas y la prevalencia del HPV con sus frecuencias en función de su riesgo de oncogenicidad en porcentajes con sus IC al 95%.

Resultados

Se realizó citología a 28358 mujeres de 49,30 (32,3-58,21) años de edad. La calidad de la toma fue satisfactoria (93,1%, N = 26,401). Se detectaron alteraciones morfológicas (18,6%) con predominio inflamatorio (19,6%), atrofia (7,7%), metaplasia (1,2%), ASCUS (3,3%) y CIN (0,81%). Presentaron flora normal (73,1,1%), no valorable (1,6%) y alteraciones microbiológicas el

25,3%: cocos (1,9 %), cándidas (8,7%), actinomices (0,4%), trichomonas (1,3%), sin flora (11,2%) con diferencias por centro de salud y hospital, $p < 0,001$. El HPV se detectó en 223 casos, siendo un 15 % de los serotipos de alto riesgo (16 y 18).

Conclusiones

Las alteraciones inflamatorias son mayoritarias y no requieren tratamiento hospitalario, existe un grupo de citologías inflamatorias que requieren un nuevo test citológico para identificar lesiones de mayor entidad. Existe una proporción de serotipos de alto riesgo baja en la provincia de un 15 %, donde destacan los serotipos 16 y 18.

541/187. Conocimiento sobre los tumores de partes blandas de los médicos de atención primaria: estudio SARCO-AP

Autores:

(1) Leiva Cepas, F., (2) Caro Cuenca, T., (2) Sanz-Zorrilla, A.

Centro de Trabajo:

(1) *Médico de Familia. Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias. Universidad de Córdoba.*
(2) *Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción

Los sarcomas son tumores que tienen una baja incidencia pero una elevada morbimortalidad, que en múltiples ocasiones tienen un diagnóstico tardío por la evolución larvada, la forma clínica no sospechosa o la falta de conocimiento por parte del colectivo médico en general. Recientemente se ha realizado una encuesta a los Médicos de Familia a través de la Asociación Española de Afectados por Sarcoma (AEAS) donde se muestran unos resultados dispares entre los encuestados sobre sus conocimientos en sarcomas. Los objetivos son: evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de AP hacia el conocimiento de los tumores de partes blandas.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo, transversal. Estudio piloto. Ámbito: 12 centros de salud aleatorizados de la provincia de Córdoba, de Jaén y de Málaga (4 CAP por provincia). Participantes: médicos de AP y residentes de AP. Para un error alfa del 5%, precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario incluir a 35 profesionales. Se realizará análisis descriptivo e inferencial, aplicando pruebas estadísticas para muestras independientes y apareadas –Ji-cuadrado, T test de Student, ANOVA y pruebas no paramétricas. Se usarán también técnicas multivariantes.

Resultados

Hasta la fecha han participado 42 profesionales sanitarios (53% MIR de AP y 47% Médicos de AP) que cumplimentaron una encuesta on-line. Presentaban una edad media de 42 años y SD 7,3. El 36% del total afirma conocer qué es y cómo se puede sospechar un tumor de partes blandas, si bien solo el 5 % de ellos refiere haber recibido formación específica en los últimos 5 años. El 29% de los profesionales reconoce realizar una exploración sistemática habitualmente con un seguimiento posterior de las lesiones “benignas” tras su detección de hasta el 22%.

Conclusiones

Sólo 3/10 médicos de AP sabe cómo diagnosticar un tumor de partes blandas. 4/10 han tenido al menos un caso de un tumor maligno en los últimos 5 años. Sólo 2/10 sabe a dónde derivar al paciente. Existe, por tanto, la necesidad de poner en marcha un plan de formación para estos profesionales enfocado hacia la adquisición de conocimientos y habilidades sobre tumores de partes blandas.

MÉDICO RESIDENTES

541/6. Utilización de las urgencias hospitalarias por personas en área de influencia sociosanitaria

Autores:

(1) *Abril Rubio, A., (2) Abril Rubio, J., (1) Arjona González, P.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Enfermero. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga.*

Introducción

Analizar las características de las personas de un distrito sanitario que acudieron a urgencias hospitalarias del hospital de referencia.

Material y métodos

Estudio descriptivo trasversal. Población de estudio: personas adscritas a un distrito sanitario que acudieron en alguna ocasión al área de policlínica de las urgencias de hospital de referencia coincidiendo con la realización de la guardia hospitalaria realizada por los autores del estudio. Distrito sanitario con 21 centros de salud urbanos adscrito a dicha zona y 2 unidades de SUAP. Estudio realizado desde el mes de octubre 2019 hasta mes de febrero 2020 inclusive. Tamaño del área de referencia 341000 pacientes. Se estudiaron variables del paciente (edad y sexo), antecedentes personales de los pacientes, variables del episodio mes, diagnóstico, evaluación por especia-

listas y derivación al alta. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0,05.

Resultados

Durante el período de estudio acudieron a urgencias hospitalarias se registró un total de 209 personas. Las mujeres representaron el 48 % (IC 95 %: 51-55) de los pacientes y la edad media fue de 54 ±21,5 años, sin diferencias significativas entre sexos. Enero fue el mes con mayor número de episodios (56%, con IC 95% 49-63), octubre acaparó la menor proporción de visitas (23% con IC 95% 17-29). El 75% de los pacientes (IC 95% 69-80) presentan factores de riesgo cardiovascular, el 36% (IC 95% 30-43) presentaba patología cardíaca previa y el 25% (IC 95% 13-23) patología digestiva. Los procesos infecciosos requirieron el 22% (IC 95% 17-28) de las consultas, seguidas de procesos digestivos (17% IC 95% 12-22) y los procesos musculoesqueléticos (14%, IC95% 10-19). Se realizaron un total de 260 pruebas complementarias en 70% de los pacientes (IC 95% 64-76), donde las pruebas de laboratorio ocuparon el 43% (IC 95% 36-49) de todas las pruebas. El 15% de los pacientes (IC 95% 10-20) requirieron valoración por especialistas. El 78% de los pacientes (IC95% 72-84) fueron dado de alta a domicilio, el 14% (IC 95% 9-19) requirió derivación a consultas externas de especialidades, el 7% (IC 95% 4-10) ingresó en el hospital.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes presentaron patología previa, más de dos tercios de los pacientes fueron dado de alta a su médico de atención primaria. Un 70% de los pacientes requirió pruebas complementarias.

541/29. Impacto de la pandemia covid-19 en la atención a personas con diabetes tipo 2

Autores:

(1) Ruíz Granado, M., (2) Castro Torres, M., (3) Atienza Martín, F.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

Debido a la pandemia COVID-19, la atención primaria no ha podido llevar a cabo un correcto seguimiento del paciente diabético. El objetivo de este estudio es analizar qué impacto ha tenido la pandemia en estos pacientes.

Material y métodos

La muestra está compuesta por todas las personas diagnosticadas de diabetes tipo 2 pertenecientes a un cupo de atención primaria. Se estudiaron variables demográficas, indicadores de proceso (realización de hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol (LDL), filtrado glomerular (FG), tensión arterial (TA), Índice de masa corporal (IMC), pie y retinografía), así como indicadores de resultado (visita a urgencias de primaria y/o de hospital, ingresos hospitalarios, aparición de complicaciones agudas y crónicas, así como el grado de control de (HbA1c, LDL y TA).

El diseño se basó en un estudio descriptivo transversal con análisis descriptivo e inferencial.

Resultados

Muestra de 74 personas, 65% varones y resto mujeres, edad media 71 años y desviación estándar (DE) 11,25. En indicadores de proceso, se comprobó su valor respecto al previo a la pandemia, comparando el grado de seguimiento en febrero y en septiembre: HbA1c 48,6%/27% significación de <0,001. FG 47,3%/ 27%, significación de <0,001, LDL de 36,5%/18,9%, significación de <0,004, TA de 19,2%/9,6%, significación de <0,002, IMC de 14,9% / 5,4%, significación de <0,0001, pie diabético 40,5% / 13,5%, significación de <0,001. Retinografía 48,6%/ 35,1% significación de <0,0001. Grado de control febrero/septiembre: HbA1c media 6,65 y DE 2,29, septiembre de 6,61 DE 1,83 significación de 0,693. LDL febrero 95,05 DE 42,83, septiembre 66,78 DE 33,16, sig-

nificación de 0,005. Tensión arterial sistólica (TAS) 138,71 DE 10,41 y 150 septiembre DE 17,32, significación de 0,057. La Tensión arterial diastólica (TAD) 78,92 DE 9,79 septiembre 83,66 DE 5,68 significación de 0,034. En indicadores de resultado, ingresó un 2,7%, acudió a urgencias de atención primaria un 8,1% y a urgencias hospitalarias un 9,5%. No se produjeron complicaciones agudas ni crónicas.

Conclusiones

La pandemia COVID origina un empeoramiento significativo de las variables de proceso y del grado de control de algunos parámetros. En este periodo no se aprecia impacto en las variables de resultado.

541/54. Efectividad de mindfulness en pacientes con ansiedad

Autores:

(1) Ruíz Granado, M., (2) Castro Torres, M., (3) Atienza Martín, F.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

Aproximadamente el 7% de los españoles padece ansiedad, mindfulness es una técnica que puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de una terapia breve basada en mindfulness en pacientes con ansiedad.

Material y métodos

Se utiliza una muestra de 32 pacientes de una consulta de atención primaria con diagnóstico de trastorno por ansiedad. (Diferencia de medias de 10, desviación estándar de 10, significación estadística del 95% y potencia del 80%). La intervención está compuesta

por 8 sesiones grupales de 2 horas de duración, dos veces a la semana. Se trabaja con el Mindfulness-based stress reduction program (MBSR) de Kabat-Zinn en los aspectos de mindfulness sensorial, meditación Zen, autocompasión y autoaplicación del scanner corporal diseñado por Kabat-Zinn.

Como mediciones se utiliza el inventario de ansiedad de Beck antes/después, la escala de autocompasión de Neff con las subescalas de autobondad, autoenjuiciamiento, humanidad común, aislamiento, mindfulness y sobreidentificación.

Diseño: estudio cuasiexperimental antes después, análisis estadístico; estadística descriptiva: media y desviación estándar de las variables de estudio y estadística inferencial: prueba t de diferencia de medias (pre/post) e intervalos de confianza al 95%.

Resultados

32 pacientes, 86,36% mujeres con edad media de 48,5 años.

Pérdidas: solo un paciente no completó las 8 sesiones.

Inventario de ansiedad de Beck: pre 24,95 (DE 11,11); post 12,36 (DE 12,18) $p < 0,0001$

Escala de autocompasión de Neff:

Autobondad: pre 13,18 (DE 4,27); post 18,18 (DE 5,04); IC 95% -6,56/-3,44; $p < 0,0001$

Autoenjuiciamiento: pre 15,50 (DE 4,20); post 12,82 (DE 5,62); IC 95% 0,26/5,10; $p = 0,032$

Humanidad común: pre 11,95 (DE 4,05); post 13,41 (DE 3,97); IC 95% -3,58/0,67; $p = 0,17$

Aislamiento: pre 12,65 (DE 4,43); post 9,14 (DE 4,45); IC 95% 1,78/5,85; $p < 0,001$

Mindfulness: pre 13,09 (DE 3,42); post 15,45 (DE 4,15); IC 95% -4,46/-0,27; $p = 0,029$

Sobreidentificación: pre 13,68 (DE 3,67); post 10,32 (DE 3,90); IC 95% 2,03/4,69; $p < 0,0001$

Conclusiones

La intervención breve basada en mindfulness es útil para la reducción de la ansiedad y la mejoría del ajuste psicológico de los pacientes.

Esta intervención es aplicable en atención primaria con un consumo moderado de recursos por lo que puede considerarse costo/efectiva.

541/56. Valoración del tratamiento para la insuficiencia cardíaca en pacientes incluidos en el “Programa de Crónicos”

Autores:

(1) Arjona González, P., (1) Abril Rubio, A., (2) Hidalgo Martín, F., (3) Sanz Ortega, T., (4) Fernández Castillo, N., (5) Sánchez Pérez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Colmenar. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Roca. Málaga, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Introducción

Analizaremos el tratamiento farmacológico crónico de la insuficiencia cardíaca en pacientes crónicos y adecuación a las guías clínicas Europeas

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Población mayor de 14 años adscrita a un centro de salud urbano con 19 médicos de familia. Año 2020. Se estudiaron variables del paciente (sexo y edad), factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades asociadas; y tratamiento farmacológico para insuficiencia cardíaca (inhibidores del eje renina angiotensina aldosterona (IERAA), cronotropos negativos, diuréticos, estatinas, anticoagulantes o antiagregantes, y fármacos de segunda línea (ivabradina, sacubitrilo valsartán); se consideraron indicaciones terapéuticas las recogidas en el documento de consenso de la Sociedad Europea de Cardiología 2019. Los datos fueron recogidos de la

historia clínica informatizada previo consentimiento por el comité de ética del Distrito Sanitario. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0.05.

Resultados

Se analizaron un total de 147 pacientes, con edad media de 76,3 años \pm 10,9, donde el 47,6% eran mujeres (IC95% 39,5 – 55,7), sin diferencias significativas entre sexos. Se contabilizó una media de 10,53 \pm 3,35 fármacos por pacientes. El fármaco IERAA más utilizado fueron los ARA II 49,7% (IC95% 41,7 – 57,8), seguidos de los antialdosterónicos 23,1% (IC95% 16,3 – 29,9) e IECA 20,4% (IC95% 13,9 – 26,9). El 52,4% de los pacientes utilizaron β -bloqueantes como cronotropos negativos (IC95% 44,3 – 60,5), 23,1 % calcioantagonistas (IC95% 16,3 – 29,9) y 17% digoxina (IC95% 10,9 – 23,1). El 55,8 % utilizaron diuréticos de ASA (IC95% 47,8 – 63,8). Un 8,2% requirió el uso de ivabradina (IC95% 3,8 – 12,6) y un 8,8% de los pacientes sacubitrilo-valsartán (IC95% 4,2 – 13,4). El 48,3% tomaban anticoagulante (IC95% 40,2 – 56,4) mientras que el 27,2% estaban en tratamiento con AAS (IC95% 20,1 – 34,5). Un 57,8% de los pacientes estaba en tratamiento con estatinas (IC95% 49,8 – 65,8).

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes presentaban un tratamiento acorde a las guías Los ARA II fueron los antihipertensivos más utilizados Más de la mitad de los pacientes tenían tratamiento diurético prescrito

541/67. Tengo muchos despistes

Autores:

(1) Pacheco Lorenzo, E., (2) Rodríguez Rodríguez, Á., (2) Galán García, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.

Introducción

Varón de 80 años que acude a consulta porque tiene despistes y en ocasiones hace cosas raras. Hipertenso y diabético. En tratamiento con enalapril, metformina/dapaglifloina y trifusal.

Material y métodos

El principal método fue la historia clínica, así como el test Mini Mental. Tuvo una puntuación de 23, que puede indicar la existencia de una demencia.

La exploración neurológica fue completamente normal.

Ante esa puntuación del test Mini Mental, se solicitó una analítica sanguínea y un tac craneal.

Resultados

En la analítica se objetivó un déficit de B12 (una de las causas de demencia reversible), con serología lues negativa y función tiroidea normal. En el TAC craneal se objetivó múltiples infartos lacunares con microangiopatía grado 2-3.

Conclusiones

El paciente estaba en tratamiento con trifusal, por lo que no se añadió ácido acetil salicílico. Comenzó con administración intramuscular de vitamina B12. Los familiares refieren que presentó mejoría.

Por tanto, una buena exploración física, así como herramientas como el test Mini Mental nos permiten hacer un diagnóstico de deterioro cognitivo, que luego se confirmó con pruebas complementarias.

Por ello, es muy importante en atención primaria la historia clínica y el uso de cualquier herramienta de exploración a nuestro alcance.

541/73. Características clínicas y analíticas de pacientes con insuficiencia cardiaca en un Centro de Salud urbano estudiados durante el periodo de pandemia

Autores:

(1) Jurado García, E., (1) Jurado García, E., (2) Fernández Lara, M., (3) Hidalgo Martín, F.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es la tercera causa de muerte cardiovascular en España. Consume enormes recursos sanitarios: es la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años y representa el 3% de todos los ingresos hospitalarios a nivel nacional y el 2,5% del coste de la asistencia sanitaria.

Los objetivos del presente estudio son conocer las características clínicas y analíticas de los pacientes a la vez que realizar un seguimiento durante el periodo de pandemia. Los pacientes incluidos en el proceso asistencial fueron estudiados durante el mes de abril, para continuar con el seguimiento.

Material y métodos

Estudio descriptivo-transversal. Ámbito: CS urbano con 37000 habitantes.

Búsqueda de listados del proceso asistencial de enfermos crónicos con IC. Obteniendo un total de 194 pacientes. Informados los resultados en forma de media con intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Características biométricas: Peso 79,92 (IC 95% 77,02 – 82,82), Tensión arterial sistólica (TAS) 126,914 (IC 95% 125,45-128,38), Tensión arterial diastólica (TAD) 72,293 (IC 95% 70,8 – 73,8).

Características valoración integral en el último año: ingresos 0,23 (IC 95% 0,14 – 0,31), visitas a urgencias 0,899 (IC 95% 0,81 – 0,984), características analíticas HB 13,14 (IC 95% 12,8 – 13,5), INR 1,80 (IC 95% 1,66 – 1,95) Creatinina 1,16 (IC 95% 1,08 – 1,24), filtrado glomerular (FG) 60,7 (IC 95% 57,15 – 64,25), seguimiento por su médico de familia 48,3% (IC 95% 40,2 – 56,4), seguimiento hospitalario 44,9% (IC 95% 36,9 – 52,9), Covid 19 2% (IC 95% 0– 4,3), Calidad de vida (dependientes 17% (IC 95% 12,7 – 25,3),

dependiente parcial 28,6% (IC 95% 21,2 – 35,9), independientes 44,9% (IC 95% 21,3 – 35,9)).

Conclusiones

Encontramos cifras de TA entre valores óptimos. Número de ingresos en el último año de media 0.23, vemos como en aquellos ingresados el número de analíticas aumentaba, la mayoría no tenían anemia, moderado descenso del FG. Estaban siendo seguidos en el último año por ambos tanto por su médico de familia como por cardiología en torno a 48.3 y 44.9, respectivamente. Un 2% de nuestros pacientes contrajo la infección de la COVID 19. La mayoría de nuestros pacientes eran independientes en cuanto a calidad de vida.

541/112. Características de los pacientes atendidos por sospecha de covid19 durante el estado de alarma en atención primaria

Autores:

(1) Fernández Lara, M., (2) Arjona González, P., (3) Peña Rivero, J., (4) Castillo Fernández, N., (5) Gracia Muro, J., (6) Ginel Mendoza, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Enfermera. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina, (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Introducción

La pandemia por COVID-19 supone un reto sin precedentes para los sistemas sanitarios. La mayoría de los casos cursan de forma leve y son atendidos en el nivel asistencial de atención primaria.

El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos de forma presencial o telemática con sospecha de esta enfermedad en los centros de salud.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Ámbito: centros de salud urbanos. Sujetos: pacientes que contactaron presencial o telefónicamente con el centro de salud por presentar síntomas compatibles con COVID-19. Periodo de estudio: 16 de marzo al 30 de abril de 2020. Las variables a estudio fueron demográficas, cronológicas-asistenciales, diagnósticas y clínicas. Los casos fueron clasificados como posibles, probables, confirmados o asintomáticos. Se realizó búsqueda activa de los pacientes recabando información de las consultas específicas creadas para diagnóstico y seguimiento de los pacientes con síntomas clínicos compatibles con COVID-19. Los datos fueron analizados mediante medidas de tendencia central, dispersión y posición para las variables cuantitativas y frecuencias relativas para las variables cualitativas.

Resultados

670 pacientes estudiados en 25 cupos médicos de 2 centros de salud. Edad media 74,4 (DE 16,0), 61.8% mujeres. Media de contactos 6,1 (DE 4,5), con 19,8 días de seguimiento (DE 14,4). El 21,9% eran hipertensos, 8,2% diabéticos, 10.9 asmáticos y 2,4 con EPOC. EL 23,3% eran fumadores. Refirieron contacto previo con pacientes diagnosticados de COVID-19 el 27,9%. Síntomas frecuentes: tos 73%, fiebre 61,5%, cefalea 30,6% dolor faríngeo 27.8% y diarrea 27,6%. El 30,9% fueron valorados en el hospital. El 11,9% presentaron neumonía y el 2.4% distrés respiratorio agudo. Tratamiento farmacológico sintomático 86,4%, azitromicina 16.3% e hidroxiclórico 10.7%. Casos posibles 66.9%, probables 8.1%, confirmados 15,5%, de estos, 1.8% asintomáticos. El 7.8% no se pudieron clasificar. Defunción registrada en el 1,5% del total de casos estudiados.

Conclusiones

Durante el confinamiento domiciliario tras la declaración del estado de alarma por la pandemia del COVID-19, la atención primaria asumió y controló la

gran mayoría de los casos posibles de esta enfermedad, realizando múltiples seguimientos telefónicos, aunque solo una pequeña parte de los casos pudieron ser confirmados mediante test diagnósticos.

541/114. Características epidemiológicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca en un centro de atención primaria.

Autores:

(1) Moreno García, M., (2) Castillo Fernández, N., (2) García Muro, J.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

El objetivo del estudio fue analizar las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) adscritos a un centro de atención primaria urbano.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes del CS diagnosticados de IC e incluidos en el programa de crónicos durante la primera mitad del año 2020. Se estudiaron variables del paciente (edad, sexo, tabaquismo, factores de riesgo cardiovascular, otras comorbilidades, peso, presión arterial), ingresos y visitas a urgencias en el último año, tratamiento pautado, análisis de sangre en el último año. Los datos fueron recogidos de la historia clínica informatizada previa autorización expresa del Distrito Sanitario y mediante llamadas de teléfono a cada paciente. Todas las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Para el análisis estadístico se aplicaron la prueba chi cuadrado para variables cualitativas y ANOVA para variables cuantitativas y cualitativa, con finalidad de comparar entre ambos sexos.

Resultados

Se analizaron 147 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de IC (edad $76,3 \pm 10,9$; 52,4% varones). El 15% de los pacientes con IC eran fumadores, más frecuente en varones (85,7%, $p=0,026$). El factor de riesgo cardiovascular más frecuente era la HTA 81%, seguido de dislipemia en un 53,7% y la DM (42,2%). La dislipemia se presenta con más frecuencia en varones con 60,8% ($p=0,039$). La FA es la comorbilidad más frecuente entre nuestros pacientes (45,6%) seguido por Infarto agudo de miocardio en 32,7%. Debemos destacar que el IAM es más frecuente en varones (64,6% $p=0,039$). Enfermedad renal y EPOC/Asma aparecen en un 29,3%. El peso elevado con una media de $79,92 \pm 17,96$ era más frecuente en varones ($p=0,03$). La media de número de fármacos en el estudio resultó $10,53 \pm 3,35$ y del número de urgencias totales $0,899 \pm 1,50$.

Conclusiones

El presente estudio describió las principales características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con IC. Destacar que más de la mitad de los pacientes del estudio con IC son hombres y su asociación con el tabaco, la dislipemia y peso, lo que determina posibles medidas preventivas.

541/119. Control de síntomas de pacientes con insuficiencia cardíaca durante el estado de alarma

Autores:

(1) Fernández Lara, M., (2) Jurado García, E., (1) Moreno García, M., (3) Castillo Fernández, N., (2) Gracia Muro, J., (4) Abril Rubio, A.

Centro de Trabajo:

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

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

Introducción

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico muy prevalente, cuya incidencia aumenta especialmente entre la séptima y la octava décadas de la vida. En el paciente anciano, a diferencia de lo que ocurre en el paciente joven, los mecanismos causales y facilitadores del síndrome y sus descompensaciones suelen ser variados y simultáneos. La limitación de la movilidad puede predisponer a una mayor incidencia de descompensaciones e ingresos hospitalarios, mayor riesgo de discapacidad física y mal control sintomático, y a un pronóstico vital comprometido a corto o medio plazo. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de síntomas precipitantes de descompensación de la insuficiencia cardíaca como el grado de disnea, la edematización de miembros y el recorte de diuresis durante el estado de alarma.

Material y métodos

Estudio descriptivo y transversal realizado en un centro de salud urbano, con 37000 habitantes. Obteniendo un total de 194 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el momento del estudio. Para conocer el grado de disnea, diuresis y edemas en miembros inferiores se realizaron llamadas telefónicas

Resultados

Los resultados dentro de la variable grado de disnea fueron: No disnea 40% (59) (IC 95% 32 – 47,9) a esfuerzo vigoroso 21,8%(32) (IC 95% 15,1 – 28,4); a esfuerzo moderado 21,8% (32) (IC 95% 15,1 – 28,4), a esfuerzos mínimos 4,8%(7) (IC 95% 1 – 8,2). Los pacientes que presentaron recorte de diuresis fueron un 4,8% (7) (IC 95% 1,3 – 8,2). El porcentaje de pacientes que presentaron un aumento de edemas fueron 26,5%(39) (IC 95% 19,3 – 34)

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes no presentaban disnea o un grado de disnea aceptable durante el periodo de pandemia. Se observa que el número de pacientes que presentaban disnea a mínimos esfuerzos y un recorte de diuresis es el mismo. Estos síntomas, junto a la edematización de miembros, pueden ser indicadores de descompensación de insuficiencia cardíaca.

541/128. Características demográficas de las personas con diabetes en un centro de atención primaria

Autores:

(1) Salmerón Portela, P., (2) Abril Rubio, A., (2) Arjona González, P., (3) Castillo Fernández, N., (1) Bermejo Cotillo, P., (4) Mancera Romero, J.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

Nuestro objetivo fue analizar las características demográficas (sexo y edad) y la distribución por cupos médicos de las personas con diabetes de un centro de Atención Primaria

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano que atiende a una población de 36.874 habitantes (30.425 mayores de 14 años). 20 médicos de familia. Año 2020. Población de estudio: personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Diabetes mayores de 14 años. Variables: sexo, edad, cupo médico. Se establecieron cuatro tramos etarios (1: 14-39, 2: 40-64, 3: 65-80 y 4: > 80 años). Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad < 0,05. Se contó con la aprobación del CEIC local.

Resultados

Estaban incluidas en el PAI Diabetes 2.381 personas de los que 1.228 (51,6% -IC95%: 49-53%-) eran hombres. La prevalencia de diabetes registrada fue del 7,8% (8,4% en hombres y 7,2% en mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas). La edad media fue de 67,7 años (66,2 en hombres y 69,4 en mujeres, sin diferencias estadísticamente significati-

vas), con un mínimo de 15 y un máximo de 105 años). En el tramo etario 1 había 68 personas (2,9% -IC95% 2-3%-), 784 (32,9%) en el 2, 1.141 (47,9% -IC95% 45-49%-) en el 3 y 389 (16,3% -IC95% 14-17%-) en el 4. Los hombres predominaban en los tramos etarios 2 y 3 y las mujeres en el 4 ($p < 0,005$). La prevalencia en el tramo 1 fue del 0,65%, en el 2 del 5,8%, en el 3 del 24,9% y en el 4 del 24%. Por cupo, la media fue de 119 personas con diabetes (con una amplitud entre 105 y 157).

Conclusiones

Existe un ligero predominio de hombres con diabetes. Elevada edad media. A medida que avanza la edad existe una mayor prevalencia. Más mujeres que hombres en las edades más avanzadas. Discretas diferencias entre los cupos.

541/197. Las pruebas diagnósticas en los pacientes con covid-19 durante el confinamiento

Autores:

(1) Moreno García, M., (2) Abril Rubio, A., (3) Jurado García, E., (4) Milia Pérez, F., (5) Domínguez Santaella, M., (6) Ginel Mendoza, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Introducción

El 14 de marzo de 2020 el gobierno de España decretó el estado de alarma a causa de la pandemia por COVID-19. El modo de atención a los pacientes cam-

bió radicalmente en todos los sistemas sanitarios y especialmente en la atención primaria. Los pacientes con síntomas leves o moderados permanecieron en su domicilio y solo en algunas ocasiones se solicitaron determinaciones analíticas de sangre (incluyendo de terminación de anticuerpos para COVID-19), radiografía de tórax (RT) y de confirmación del coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov-2) mediante exudado nasofaríngeo (PCR). El objetivo de este estudio es describir los resultados de dichas pruebas diagnósticas.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Realizado en todos los cupos médicos de dos centros de salud urbanos. Sujetos: pacientes que contactaron presencial o telefónicamente con el centro de salud por presentar síntomas compatibles con COVID-19 o ser diagnosticados de COVID-19. Periodo de estudio: 16 de marzo al 30 de abril de 2020. Las variables a estudio fueron realización y resultados de RT, PCR, anticuerpos para el SARS-CoV-2 y analítica general. Los datos fueron analizados mediante medidas de tendencia central, dispersión y posición para las variables cuantitativas y frecuencias relativas para las variables cualitativas.

Resultados

670 pacientes estudiados en 35 cupos médicos de 2 centros de salud. Realizada RT en el 29,7% de los pacientes estudiados, presentando alteraciones en el 14,8% de las realizadas. Al 18,8% se le realizó análisis de sangre con linfopenia 4,5%, transaminasas elevadas 4,9% y alteraciones de la coagulación 4,5%. PCR realizada: 32,4%, positivo en el 12,4% de las realizadas. En el 14,8% se realizó test de anticuerpos: Anticuerpos totales positivo 2,7%. Ig M positiva: 3,7%; Ig G positiva 5,4%.

Conclusiones

Menos de la tercera parte de los pacientes con sospecha de COVID-19 se realizaron PCR durante el confinamiento. Algo más del 10% resultó ser positivo. La positividad de los test de anticuerpos en sangre se realizó en pocos pacientes con escasos positivos tanto a IgG como a Ig M o anticuerpos totales. De las radiografías de tórax realizadas (a menos del 30% de los casos) presentaron alteraciones en menos del 15%.

Proyectos de investigación

Médico de familia

541/92. Utilización de los nuevos fármacos hipoglucemiantes por personas con diabetes seguidas en atención primaria

Autores:

(1) Sanz Ortega, T., (2) Arjona González, P., (2) Abril Rubio, A., (3) Hidalgo Martín, F., (4) Salmerón Portela, P., (5) Paniagua Gómez, F.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Luz - Los Girasoles. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Colmenar. Málaga, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica con múltiples complicaciones y que afecta a un gran número de personas. En nuestra zona, la prevalencia de diabetes diagnosticada es de alrededor del 8%. El tratamiento de la diabetes se sustenta en tres pilares: modificación de estilos de vida, educación terapéutica y fármacos hipoglucemiantes. En los últimos años han aparecido dos nuevas familias de fármacos (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 -iSGLT2- y los agonistas del receptor de GLP-1 -arGLP1-) y nuevos tipos de insulinas. Estos nuevos fármacos, además de su efecto hipoglucemiante, actúan disminuyendo el peso, la presión arterial y los lípidos y reducen la aparición de eventos cardiovasculares. En Atención Primaria el uso de los nuevos fármacos hipoglucemiantes ha sufrido un incremento considerable, aunque casi siempre indicados por los especialistas hospitalarios. No obstante, el seguimiento de estos pacientes lo realiza el médico de

familia y por ello debe conocer la correcta utilización de estos fármacos.

Objetivos

Analizar diversas características de las personas con diabetes en tratamiento con alguno de los nuevos fármacos hipoglucemiantes: iSGLT2, arGLP1, nuevas insulinas.

Diseño experimental

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico.

Emplazamiento

Atención Primaria. Centro de salud urbano.

Material y métodos

Pacientes incluidos en el Proceso Diabetes en el año 2020. Se ha calculado un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 184 para los pacientes tratados con insulina, 109 para los tratados con aGLP1 y 161 para los tratados con iSGLT2. Muestreo aleatorio utilizando una tabla de números aleatorios. Visita única, corte transversal. La recogida de datos se realizará consultando la historia clínica digital. Las variables a recoger serán: demográficas, clínicas, farmacológicas, exploración y analíticas.

Análisis estadístico. Se realizará un análisis descriptivo para todas las variables. Para las variables continuas se presentarán los descriptivos de tendencia central y dispersión: media, desviación estándar, mediana. Para las variables categóricas se presentarán las frecuencias y los porcentajes. Cuando sea de interés para responder los objetivos del estudio, se evaluará la relación entre variables: Para dos variables categóricas se presentarán tablas de contingencia con la frecuencia en cada categoría y el porcentaje por columnas. Para evaluar la posible asociación se realizarán pruebas de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para una variable numérica con una categórica se presentarán los estadísticos descriptivos por grupos. Para evaluar la posible asociación se realizarán pruebas T-Test, ANOVA o las pruebas no paramétricas de Wilcoxon o Kruskal-Wallis, así como su p-valor resultante. En todas las pruebas estadísticas realizadas se utilizará un nivel de significación de $\alpha=0,05$.

Aplicabilidad

Las características de los pacientes que usan estos nuevos fármacos interesan al médico de familia para poder hacer un correcto abordaje integral de la persona con diabetes y permitirá desarrollar áreas de mejora. Una limitación es que abarca un solo CS, pero es un proyecto piloto para ampliar a todo el Distrito.

Aspectos ético-legales

Este proyecto se realizará siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki (Fortaleza 2013) y de las Normas de Buenas Prácticas Clínicas.

Aprobado por el CEIC Málaga.

541/210. Mejora de test funcionales en paciente prefrágil en centros de mayores mediante fisioterapia vestibular y ejercicio terapéutico

Autores:

(1) López García, M., (2) Escamilla Maldonado, Á., (2) Redondo Alonso, M., (2) Jiménez Rejano, J., (2) Piñero Pinto, E., (2) Suárez Serrano, C.

Centro de Trabajo:

(1) Fisioterapeuta. Clínica Fisioterapia Marina. Alicante, (2) Clínica Fisioterapia Marina. Alicante.

Introducción

El 14,44% de la población española tiene más de 70 años y la pérdida de la función vestibular ocurre de modo normal ante el envejecimiento saludable pero puede producir de manera progresiva síntomas que reduzcan la función motriz y provoquen procesos traumáticos como las caídas. Los ejercicios de fisioterapia vestibular (EV) son un enfoque específico de la rehabilitación vestibular para reducción de desequilibrios. El ejercicio físico terapéutico (EM) es una estrategia no farmacológica eficaz para la mejora de la condición física que puede compensar también la pérdida de esa función vestibular.

Objetivos

determinar la eficacia la evidencia de actuaciones de EM y EV para la mejora de la capacidad funcional y prevenir caídas.

Diseño experimental

Ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECA simple) con dos grupos en paralelo, en el que se compara la combinación de un protocolo de ejercicio terapéutico multicomponente (EM) frente a ejercicios vestibulares (EV) en mayores de 70

Emplazamiento

centros de internamiento de la provincia de Sevilla. Fundación Doña María.

Material y métodos

Mayores de 70 años de los centros diana de emplazamiento, con puntuación comprendida entre 4 y 9 puntos según la escala "Short Physical Performance Battery" (SPPB)(22-24). Por tanto, exclusión de pacientes sin independencia en la marcha o que no superaron la evaluación previa en SPPB, así como también se tuvo en consideración para su exclusión los pacientes polifarmacológicos (uso combinado de betabloqueantes, sulpirida o betahistina).

El SPPB comprende: Batería de valoración de la función física en sus componentes de a) Valoración del equilibrio, b) Valoración de la marcha en 4 metros c) Test de levantarse y sentarse (en inglés Test "Time up and Go", en adelante TUG).

Se realizó para comparativa dada su capacidad predictora también: d) Test de velocidad de la marcha en 4 metros y e) Test Time up and Go (TUG).

Se analiza por intención de tratar. Todo test estadístico se aplicará considerando nivel de significancia p menor a 0,05 intervalo de confianza 95%. Se realizará un primer análisis descriptivo de los resultados obtenidos mostrándose en v.cuantitativas media y desviación típica. Con las variables cualitativas por frecuencia absoluta y porcentaje de categoría. Se hará estudio de homogeneidad de grupos análisis comparativo intergrupo pre y post y análisis del grupo de mejoras producidas en el paciente

Aplicabilidad

La instauración de ejercicio grupal pero adaptado según estadio funcional de los residentes y pacientes de estancias diurnas puede producir una evidente mejora en las capacidades multicomponente de fuerza, resistencia, flexibilidad equilibrio y capacidad aeróbica.

Aspectos ético-legales

Ambos grupos de intervención recibieron tratamiento para valorar la mejoría de los test funcionales para la evaluación geriátrica integral. Se solicita a Comité de bioética (portal Ética en investigaciones Médicas de la Junta de Andalucía con referencia Código de Estudio MLG-19 y código Interno 2410-N-19

Proyectos de investigación

Médico residentes

541/31. Adecuación de la prescripción de tratamiento con vitamina D en pacientes seguidos en atención primaria

Autores:

(1) Castillo Fernández, N., (2) Arjona González, P., (2) Abril Rubio, A., (3) Mancera Romero, J., (3) Paniagua Gómez, F., (3) Sánchez Pérez, M.

Centro de Trabajo:

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

Introducción

Debido al aumento de prescripciones de compuestos de vitamina D y del diagnóstico de déficit de esta en los últimos años, con el gasto farmacológico y la sobremedicación que ello supone, creímos conveniente realizar un estudio con el que valorar las indicaciones de cribado analítico y/o tratamiento en estos pacientes. Esto podría permitirnos elaborar estrategias para ajustar el tratamiento con dichos compuestos de Vitamina D, y, facilitar reducir la sobremedicación y el sobrecoste farmacológico en estos pacientes.

Objetivos

Analizar las características de las prescripciones de compuestos de vitamina D y su adecuación a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Diseño experimental

Estudio epidemiológico, observacional y transversal.

Emplazamiento

Centro de Atención Primaria urbano.

Material y métodos

Se incluirán en el estudio a pacientes mayores de 14 años que presentaban una prescripción activa de compuestos de vitamina D desde el 1 de enero de 2019 hasta 31 diciembre de 2019, pertenecientes al centro de salud urbano y que acepten la participación en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Población de estudio: pacientes del CS en tratamiento con vitamina D (430). Se estudiarán variables dependientes (indicaciones para realizar tratamiento con compuestos de VitD y/o cribado analítico de VitD) e independientes (sexo, edad, valores analíticos de VitD, médico prescriptor de compuesto de VitD y tipo de compuesto de VitD). Como herramienta de recogida de datos utilizaremos el sistema de historia clínica del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA), al que accedemos tras la firma del consentimiento informado por parte de los pacientes y el permiso expreso del Distrito Sanitario, para recoger las variables antes detalladas. Para el análisis estadístico se hará un estudio descriptivo de dichas variables. Para las variables cuantitativas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar. Para las variables cualitativas usaremos medidas de frecuencia, porcentajes y los intervalos de confianza. Para analizar las posibles asociaciones se usarán test de χ^2 o t de student según el tipo de variable. Se considerará un nivel de significación estadística $< 0,05$. El análisis se ejecutará en el programa SPSS 20. La principal limitación del estudio es no disponer de cifras analíticas de vitamina D en todos los casos.

Aplicabilidad

Conocer el gasto económico generado por las prescripciones de compuestos de vitamina D en pacientes sin indicaciones de dicho tratamiento, mejorando las prescripciones de dichos compuestos, disminuir el consumo de este tipo de compuestos con la reducción del coste económico en la Seguridad Social, y estimular una formación correcta en los médicos de atención primaria para detectar aquellos pacientes con insuficiencia de vitamina D que requieren iniciar tratamiento sustitutivo.

Aspectos ético-legales

El proyecto cumple todos los requisitos ético-legales exigidos por la legislación vigente y ha sido presentado al CEI de Málaga.

541/62. Cómo tratamos a nuestros pacientes con fibrilación auricular

Autores:

(1) Pacheco Lorenzo, E., (1) Pérez González, S., (2) Martínez López, P.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga.

Introducción

La fibrilación auricular es una de las más importantes causas de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, muerte súbita y morbimortalidad. Actualmente no existe una recomendación unánime en las Guías de Práctica Clínica acerca de la actitud terapéutica frente a la FA de bajo riesgo tromboembólico, estableciéndose tres posibilidades para ello: terapia anticoagulante, antiagregante o actitud terapéutica expectante.

Objetivos

Principal: Conocer cómo se realiza el abordaje terapéutico en pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular con una puntuación < 2 en la escala CHA₂DS₂-VASc en Atención Primaria.

Específicos:

- Estudiar las características sociodemográficas del paciente y si tienen influencia en el tratamiento prescrito.
- Determinar las características clínicas del grupo de estudio.
- Conocer el tipo de tratamiento pautado y su relación con las características clínicas.
- Evaluar los eventos cardiovasculares o hemorrágicos que han tenido estos pacientes.

Diseño experimental

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento

Centros de Salud Puerto de la Torre y Rincón de la Victoria

Material y métodos

Población de estudio:

Pacientes diagnosticados de fibrilación auricular permanente no valvular con puntuación de CHA₂DS₂-VASc < 2 en dos centros de salud de nuestra provincia.

Criterios de inclusión:

Pacientes adultos con edad mayor o igual a 18 años con diagnóstico de FA permanente no valvular con CHA₂DS₂-VASc < 2 en nuestros centros de salud.

Criterios de exclusión:

Pacientes diagnosticados de fibrilación auricular paroxística, pacientes que tienen válvulas cardíacas mecánicas o enfermedad valvular mitral severa, paciente con patologías que requieran el uso de un tratamiento anticoagulante o antiagregante, paciente con comorbilidades que contraindiquen la anticoagulación o antiagregación y pacientes con fibrilación auricular de duración inferior a un mes.

Muestreo aleatorio sistemático.

Análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas y análisis bivariante. Para controlar las posibles variables confusoras, realizaremos un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística múltiple.

Limitaciones:

- Minimizaremos pérdidas (se ha estimado un porcentaje de pérdidas del 10% en el cálculo del tamaño muestral), seleccionando al paciente inmediatamente anterior de la lista si no cumple requisitos.
- Evitaremos sesgos de selección y de confusión mediante un análisis multivariante entre la variable dependiente y todas las variables independientes que hayan resultado significativas en el análisis bivariante.

Aplicabilidad

- Clarificar y establecer la actitud terapéutica a seguir en los pacientes con fibrilación auricular no valvular permanente.

- Detectar otras dificultades o motivos por los que no se hace un seguimiento o tratamiento adecuado de ciertos pacientes.
- Decidir el mejor tratamiento de manera individual para cada paciente.
- Aportar al conocimiento científico.

Aspectos ético-legales

- Ley 15/1999, 13 Diciembre Protección Datos Carácter Personal.
- Ley 41/2002, 14 Noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/2007, 3 Julio, de Investigación. Esta investigación clínica se llevará a cabo de acuerdo a las declaraciones sobre principios éticos actualmente vigentes:

Código de Nuremberg (1946).

Declaraciones principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos.

Recomendaciones de la OMS <http://www.who.int/es/>

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

541/82. Influencia de la obesidad infantil en la aparición de factores de riesgo cardiovasculares o enfermedades en la edad adulta

Autores:

(1) León Domínguez, J., (2) Valverde Bolívar, F.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Introducción

La OMS considera la obesidad como la epidemia del siglo XXI. En Andalucía, el 23% de los niños/as presentan obesidad/sobrepeso, según el Plan Integral

de Obesidad Infantil de Andalucía. La obesidad infantil se ha incrementado de forma alarmante en los últimos años, siendo una prioridad en salud pública por sus índices elevados de morbilidad, mortalidad, influencia en la salud, bienestar, así como su repercusión socioeconómica.

Objetivos

Analizar las características de los pacientes con obesidad infantil y el desarrollo de factores de riesgo cardiovasculares y/o enfermedades en el adulto de un Distrito Sanitario. Conocer si la obesidad se mantiene en el tiempo.

Diseño experimental

Cohorte histórica.

Emplazamiento

Distrito Sanitario (11 zonas básicas de salud).

Material y métodos

Población: personas mayores de 14 años diagnosticados de Obesidad Infantil en los registros informáticos del Distrito.

Muestra: Se estima una población de estudio de 800 pacientes, para conseguir una precisión del 5,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95% bilateral, asumiendo que la proporción es del 23,0%, será necesario incluir 273 unidades experimentales en el estudio. Se incrementará un 10% por posibles pérdidas, lo que hace un total de 300 pacientes.

Criterios de Inclusión: personas mayores de 14 años en el año 2020, diagnosticadas de Obesidad Infantil, y con diagnóstico "278-Obesidad y otra hiperalimentación", en su historia clínica.

Criterios de exclusión: Pacientes con cambio de residencia.

Mediciones e intervenciones: la recogida de datos se realizará mediante la historia clínica de salud y entrevista personal. Variables dependientes: diagnóstico de hipertensión arterial; diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, asma. Se recogerá la edad en la que ocurrió el evento.

Variables independientes: peso, talla, índice de masa corporal, edad, sexo, hábito tabáquico, ejercicio físico, perímetro abdominal, síndrome depresivo, disregulación tiroidea.

Técnicas de análisis: Se comprobará la normalidad de los datos mediante el test de Kolmogórov-Smirnov. Se realizará un análisis descriptivo y análisis bivariante (χ^2 , t de Student, ANOVA y test no paramétricos). Análisis de supervivencia. Se utilizará el programa SPSS v21.0 considerando un nivel de significación inferior o igual a 0,05.

Limitaciones: Sesgo de selección por pérdidas en el seguimiento o de infra registro para la selección de la muestra. Sesgo de información por falta de datos en la historia.

Aplicabilidad

Establecer estrategias de prevención. Comparar resultados futuros con estudios de referencia.

Aspectos ético-legales

Se solicitará consentimiento informado para poder participar en el estudio y poder acceder a la información. Este proyecto, aplicando la normativa vigente, será sometido al dictamen del Comité de Ética de la Investigación provincial.

Casos Clínicos

Médico de familia

541/17. Caso sobre nódulo pulmonar solitario

Autores:

(1) Mengibar Ariza, E., (2) Ariza Cruz, M.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baena Dr. Ignacio Osuna Gómez. Baena. Córdoba, (2) Técnico de Salud. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Descripción del caso

Mujer de 61 años con antecedentes de HTA, asma bronquial. No alergias medicamentosas. Fumadora de 20 paquetes/año. En tratamiento con seretide 50/500, montelukast, loratadina, enalapril. Presenta desde hace dos semanas dolor en costado derecho punzante, fiebre de 1 día de duración, no aumento de tos, expectoración ni disnea habitual (mMRC 1/4).

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. SatO₂ 96%. TA 115/60, FC 83. T^a 36,5. Tonos rítmicos. Roncus en campo derecho.

Infiltrado en base derecha vs imagen nodular y derrame pleural radiológicamente.

Hematocrito 44.7%, Hemoglobina 13.3, Plaquetas 299.000, Leucocitos 8340, con 60.5% de neutrófilos. Actividad protrombina 91%. Glucosa 75, albúmina 4.2, PCR 49.1. Alfa-1-antitripsina 194. Neumoalérgenos ac(IgE) negativo. Inmunoglobulina E 68.

TAC toracoabdominal: Lesión nodular de contornos regulares en segmento lateral del lóbulo medio derecho, en íntimo contacto con cisura mayor. En segmento anterior del lóbulo inferior derecho otra pequeña imagen que sugiere origen cicatricial. Moderado derrame pleural homolateral.

PET: derrame pleural derecho. Nódulo pulmonar en lóbulo medio, en contacto con cisura con discreta-moderada captación del radiofármaco, no permite descartar proceso neoplásico. Ha desaparecido la lesión nodular en segmento anterior de lóbulo inferior derecho.

TC de control: No se aprecia derrame pleural. El nódulo pulmonar del lóbulo medio prácticamente ha desaparecido quedando un tracto atelectásico lineal como secuela.

Juicio clínico

Nódulo pulmonar solitario. Derrame pleural derecho paraneumónico.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del nódulo pulmonar solitario debe realizarse con Tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar, Tuberculosis, Neoplasia pulmonar, infecciosas (neumonía, abscesos), linfomas, sarcomas, Enfermedades sistémicas como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, Abscesos intraabdominales, Hemotórax, Sarcoidosis, Quilotórax, Asbestosis.

Comentario final

El nódulo pulmonar solitario es una entidad que cada vez se observa con más frecuencia en la práctica clínica habitual. El 60-65% de todos los nódulos pulmonares solitarios son benignos, aumentando hasta un 90% la proporción de benignidad en determinadas zonas endémicas para determinadas infecciones, como la tuberculosis o determinadas infecciones fúngicas.

Bibliografía

- I. Tárraga Rodríguez, P. García Mas, S. Beltrán Beltrán, P. Ferreras Fernández, A. Alix Trueba, J. Solera Santos. Un nódulo pulmonar solitario. *Med Integr.* 2003;41:126-32. Vol. 41 Núm. 03.

541/18. Complicaciones en el postparto

Autores:

(1) Mengibar Ariza, E., (2) Ariza Cruz, M.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baena Dr. Ignacio Osuna Gómez. Baena. Córdoba, (2) Técnico de Salud. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Descripción del caso

Mujer de 36 años con antecedentes de migraña. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No tratamiento habitual. Desde hace 1 mes tras parto presenta deposiciones líquidas con sangre, unas 20 diarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. TA 125/60, FC 87. Tª 36,5. Tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Hematocrito 36.9%, Hemoglobina 11.4, Plaquetas 291.000, Leucocitos 11580, con 62.4% de neutrófilos. Velocidad de sedimentación globular 32. Glucosa 77, creatinina 0.8, ácido úrico 4.1, albúmina 4.8., proteínas totales 7.2, bilirrubina total 0.4, Gamma glutamiltransferasa 12, Alanina transaminasa 15, Hierro 24, ferritina 18.7, transferrina 301. PCR 7.9. Ac(IgA) anti gliadina 7.5, Ac(IgA) anti transglutaminasa 0.4. Alimentos Ac(IgE) Negativo. Alfa-1-glicoproteína ácida 76.3. Calprotectina (heces) <50.

Coprocultivo: Muestra no purulenta. No se aísla *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* y *Campylobacter*.

Colonoscopia: Pancolitis ulcerosa leve-moderada. Anatomía patológica: íleon hiperplasia nodular linfoide. Colon ascendente y recto colitis ulcerosa con actividad moderada Grado 3.

Juicio clínico

Pancolitis ulcerosa.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debería hacerse con colitis infecciosa (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, Citomegalovirus, amebiasis), enfermedad de Crohn, diarrea asociada a antibióticos, proctitis infecciosa (gonorrea, herpes, *Chlamydia*, sífilis), colitis por radioterapia, colitis isquémica, enfermedad diverticular, Cáncer de colon, colitis pseudomembranosa, hemorragias del tracto digestivo inferior.

Comentario final

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica que presenta un curso recurrente y una gran variabilidad clínica.

La edad de presentación coincide con el período fértil de la mujer. Durante el puerperio aparentemente existe un mayor riesgo para el desarrollo tanto de una crisis como el debut de una EII, aunque este aumento del riesgo se ha asociado más a la suspensión de tratamiento que a condiciones propias del período, incluso, en el caso del período de lactancia podría ser un factor protector.

Bibliografía

- B. Beltrán, E. Sáez-González, B. Mateos, I. Moret. *Enfermedad inflamatoria del tracto intestinal. Colitis ulcerosa. Medicine-Programa de formación Médica Continuada Acreditado. 2020; 591-602. Vol. 13 Núm. 11.*

541/19. No es sólo dolor lumbar

Autores:

(1) Ariza Cruz, M., (2) Mengibar Ariza, E.

Centro de Trabajo:

(1) Técnico de Salud. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baena Dr. Ignacio Osuna Gómez. Baena. Córdoba.

Descripción del caso

Hombre de 14 años no antecedentes personales. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No tra-

tamiento habitual. Presenta desde hace tres meses lumbociatalgia con irradiación a miembro inferior izquierdo refractaria a analgésicos menores.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado. Pares craneales normales. Fuerza conservada. Tono muscular normal. Parestesias y dolor en cara posterior del muslo izquierdo hasta hueso poplíteo.

En radiografía lumbar y caderas no se observan hallazgos patológicos.

Hematocrito 44.7%, Hemoglobina 12.3, Plaquetas 299.000, Leucocitos 8380, con 50.5% de neutrófilos. Glucosa 91, albúmina 3.31, creatinina 0.56, PTH 33, TSH 2.32, PCR 14.18. Factor reumatoideo 3.

RMN columna sacrococcígea: gran masa heterogénea con componente de partes blandas asociado, centrada en el cuerpo y ala sacra izquierda. Con extensión hacia el canal raquídeo, así como en la musculatura paravertebral y piriforme.

Gammagrafía ósea: Zona fotopénica en tercio medio inferior de sacroilíaca izquierda. Proceso reactivo óseo por destrucción tisular en márgenes de la masa de partes blandas.

TAC abdomen y tórax: tumoración maligna de sacro. Metástasis pulmonares, trombosis vena iliaca común e interna izquierda.

Lectura de Mantoux negativa a las 24 y 48 horas.

Biopsia hueso sacro: Sarcoma de Ewing.

Aspirado de medula ósea bilateral: negativo.

Juicio clínico

Sarcoma de Ewing

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se podría hacer con tumor neuroectodérmico periférico, tumor de Askin, Osteosarcoma de células pequeñas, Condrosarcoma mesenquimático, Linfoma linfoblástico, Leucemia linfoblástica o mielobástica aguda extramedular, Carcinoma de células de tipo neuroendocrino, Sarcoma si-

novial anaplástico, Mesotelioma de células gigantes, Germinoma, seminoma.

Comentario final

En España, el sarcoma de Ewing es el tumor óseo maligno primario más frecuente en la infancia. Su tasa de supervivencia ha aumentado en los últimos 40 años, mejoría atribuible fundamentalmente al uso agresivo de la quimioterapia y al tratamiento multidisciplinar, pero su pronóstico sigue siendo muy pobre sobre todo en aquellos que presentan metástasis al diagnóstico.

Bibliografía

- E. Borrego-Paredes, E. Prada-Chamorro, S. Chacón-Cartaya, A. Santos-Rodas, J.M. Gallo-Ayala, J.M. Hernández-Beneit. Sarcoma de Ewing, análisis de supervivencia a los 6 años con terapia multidisciplinar. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2019;63:86-94. Vol. 63 Núm 2.

541/26. Lo que hay detrás del cólico renal: a propósito de un caso

Autores:

- (1) Cornejo Mazzuchelli, A., (2) Lozano Martínez, A., (2) Del Portillo Pastor, R., (2) Frontela Asensio, A., (2) Trigos Castro, C., (3) Martínez, C.

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid.

Descripción del caso

Varón de 50 años que consulta en su Centro de Salud por dolor lumbar izquierdo irradiado a flanco y fosa iliaca izquierdas, de unas 24 horas de evolución. El dolor era de características cólicas. También refirió náuseas y vómitos pero negaba fiebre, síntomas urinarios u otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente estaba hemodinámicamente estable, afebril. El abdomen estaba blando, sin dolor a la palpación. La puñopercusión renal izquierda fue positiva.

A pesar de la analgesia pautada por su médico el paciente no mejoró, por lo que se remitió a urgencias. En la analítica sanguínea se evidenció una marcada leucocitosis con neutrofilia y alteración de la función renal (Cr 1,61 mg/dl). La radiografía de abdomen mostró una imagen radioopaca en el uréter izquierdo. Se realizó una ecografía abdominal donde se observó mínima ectasia pielocalicial (izquierda), y líquido rodeando el polo inferior del riñón izquierdo.

La urografía intravenosa que se realizó durante el ingreso reveló la presencia de litiasis pielocalicial.

Juicio clínico

Se sospechó un cólico renal, con ruptura de fónix.

Diagnóstico diferencial

Contractura muscular, aneurisma abdominal, diverticulitis, hematoma retroperitoneal.

Comentario final

El cólico renal es la causa urológica más frecuente de consulta. Más del 90% de los cólicos renales están causados por obstrucción uretral debido a litiasis. Algunas veces, la presión a la que se somete el sistema colector puede dañar el filtrado glomerular. Pero antes puede darse una rotura de fónix, con extravasación de orina a nivel perirrenal, como ocurrió en nuestro caso. A pesar de que el diagnóstico de la rotura de fónix es difícil, ha de sospecharse cuando el paciente se presenta con dolor cólico lumbar intenso que no mejora con analgesia.

Bibliografía

- Alandete S, Uceda D, Monedero D. Uropatía obstructiva litiasica con rotura de fónix calicial y urinoma secundario [Revista Argentina de Radiología]. 2016; Vol 80 (4): [295-297]. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-uropatia-obstructiva-litiasica-con-rotura-50048761916301016>

- Subirá R, Navarro J, Hijazo J, García-Magarió J. Rotura de pelvis renal tras un cólico nefrítico. 2008. Sesiones clínicas Servicios de Urgencia de Aragón.
- Avaria P, Hirsch M. Rotura forniceal y urinoma secundario a fibrosis peritoneal. Revista Mexicana de Urología 2016. Vol 76 (41-44).

541/38. Erupción tras vacunación

Autores:

(1) Morán Rocha, M., (2) Pineda Muñoz, I., (2) Romo Guajardo-Fajardo, C., (2) Romero Barranca, I., (1) Ballesteros Barrón, M., (1) Romero Barranca, I.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Niño de 16 meses que acude a consulta por aparición de erupción cutánea en el muslo izquierdo de 24h de evolución. Hace un mes recibió la primera dosis de la vacuna de la varicela en el muslo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, BHP, COC, normocoloración de piel y mucosas, eupneico en reposo. ACR: Rítmico y sin soplos. BMV. PIEL: lesiones eritematosas dispersas por el muslo izquierdo. Resto anodino. A los dos días acuden con nuevas lesiones y ahora se pueden apreciar vesículas melicéricas sobre el fondo eritematoso.

Juicio clínico

Herpes zooster tras vacunación varicela.

Diagnóstico diferencial

Nos planteamos el diagnóstico diferencial con dermatitis de contacto, ya que el paciente es alérgico a la clara de huevo y a la proteína de la leche de vaca; herpes simple, erupción después de numerosas picaduras de insectos.

Comentario final

Las vacunas frente a la varicela son muy seguras y bien toleradas, tanto en sujetos sanos como en inmunodeprimidos. La incidencia de HZ es menor con el virus vacunal que con el salvaje, 1,4 casos/100 000. La latencia media de aparición fue de 1,5-10 meses, aunque puede ocurrir años después. También se observó que la edad (< 4 años) y el lugar de punción son determinantes para sospechar que el HZ se debió a una reactivación de la cepa vacunal, sobre todo en aquellos casos en los que aparezca en dermatomas cercanos al punto de vacunación.

En la infancia, el HZ suele ser leve, autolimitado y bien tolerado, el manejo es sintomático, con soluciones tópicas astringentes y analgesia. Se indica Aciclovir oral si la zona afectada se sitúa por encima de los dermatomas C6-C7 o afecta a las ramas del trigémino; además, ante lesiones necróticas, bilaterales o diseminadas se debe descartar inmunosupresión subyacente. Cuando el HZ aparece tras la 1ª dosis de la vacuna, se considera completamente inmunizado y el paciente no requerirá la 2ª dosis.

Bibliografía

- Martín Martín R, Quezada Carrión G. Herpes zóster tras primera dosis de vacuna de varicela en paciente inmunocompetente [Internet]. *Pap.es*. 2020 [cited 30 October 2020].
- Gómez Sánchez M, Pérez García L. Medicina de Familia. SEMERGEN [Internet]. *El sevier*. 2020 [cited 30 October 2020].

541/39. Prurito nocturno en los pies

Autores:

(1) Morán Rocha, M., (2) Pineda Muñoz, I., (2) Romo Guajardo-Fajardo, C., (1) Ballesteros Barrón, M., (1) Filella Sierpes, A., (1) Romero Barranca, I.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bo-

llullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 35 años, sin AP de interés, que consulta por prurito intenso nocturno en pie derecho de 2 meses de evolución. Viajó a Brasil hace 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias

REG, BHP, COC, normocoloración de piel y mucosas, eupneico en reposo, tolerando el decúbito. ACR: Rítmico y sin soplos. BMV. PIE: Presenta lesión pápulo-eritematosas en base del primer dedo en forma de surcos serpinginosos intradérmicos. Resto Anodino.

Análítica y Radiografía de tórax sin alteraciones.

Juicio clínico

Larva cutánea migrans.

Diagnóstico diferencial

En este caso nos planteamos el diagnóstico diferencial con la escabiosis, la dermatitis de contacto y otras parasitosis; que pueden ser causa de lesiones pruriginosas con morfología similar.

Comentario final

La larva cutánea migrans es causada por especies de *Ancylostoma*, se desarrollan en las heces de los perros o gatos, la transmisión ocurre cuando existe un contacto directo entre la piel y el suelo contaminado (casi siempre los pies, las piernas, los glúteos o la espalda). Es frecuente en regiones de clima tropical.

Causa prurito intenso con eritema y pápulas en el lugar de entrada, seguido de líneas subcutáneas tortuosas y finas de color pardo rojizo. El diagnóstico se basa en la anamnesis y en el cuadro clínico. Puede complicarse con una reacción pulmonar autolimitada denominada síndrome de Löföler

Como tratamiento se recomienda: Tiabendazol tópico al 15%, 2 o 3 veces/día 5 días, es muy eficaz. Albendazol VO 400 mg/24h 3-7 días. Ivermectina VO 200 mcg/kg /24h 1-2 días. En nuestro caso tratamos con dos ciclos de mebendazol, tras los cuales el paciente mejoró.

Al ser una enfermedad poco habitual en nuestro medio, no debemos perder la capacidad de sospecha y debe estar presente entre los diagnósticos diferenciales en AP.

Bibliografía

- James G. *Larva migratoria cutánea - Trastornos dermatológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [cited 30 October 2020]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatologicos/infecciones-cutaneas-parasitarias/larva-migratoria-cutanea>*
- Varela Castro C, Varela Cerdeira M, Pascual Martín M. *Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria [Internet]. Scielo.isciii.es. 2020 [cited 30 October 2020]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51131-57682002001000008*

541/76. Síndrome confusional agudo por hipercalcemia tumoral

Autores:

(1) Barbosa Cortés, M., (2) Rodríguez Villadeamigo, G., (3) Pérez Razquin, E.

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alosno. Alosno. Huelva,* (2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva,* (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.*

Descripción del caso

Antecedentes personales: No RAM, Exfumador, EPOC, hipotiroidismo 2º a RT, Ca epidermoide laríngea con laringectomía total + RT.

Anamnesis: Varón, 67 años, se remite a Urgencias por desorientación y agresividad, con astenia, anorexia y adelgazamiento, y episodios confusionales, con agitación y alteración conductual subaguda

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Desorientación temporal, no espacial, inquieto, palidez mucocutánea, muguet oral, 120/60, fc 65rpm, sat 99%, afebril, ACR normal, hepatomegalia nodular indurada, fecaloma en tacto rectal. Pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad normales, marcha normal, Romberg negativo.

Pruebas complementarias: HG: Hb 8.9, VCM 79, L13620(N 12390), resto normal. PCR 132.BQ: Ca 13.23, P2.4, Mg 2, perfil abdominal normal. EKG: flutter auricular a 71lpm. Rx tórax: signos de enfisema. TC craneal: sin hallazgos patológicos. TC abdominopélvico: múltiples LOEs hepáticas sugestivas de metástasis. TC cervicotorácico: sin hallazgos patológicos. Ecocardiograma: derrame pericárdico ubicuo severo.

Juicio clínico

Síndrome confusional agudo por hipercalcemia tumoral. Flutter auricular. Metástasis hepáticas de primario desconocido. Derrame pericárdico.

Diagnóstico diferencial

Infecciones, iatrogenia, tumores, procesos metabólicos.

Comentario final

Tratamiento: bifosfonato, diurético, corticoide, suero-terapia, antibiótico.

Evolución: ingreso en Oncología, pero al desestimarse estudio por la familia, pasa a Unidad Paliativos, donde tras agitación psicomotriz con agresividad, en contexto síndrome confusional, disfagia progresiva y dolor mal controlado, fallece previa sedación paliativa.

El síndrome confusional agudo puede tener varias causas. La hipercalcemia tumoral y el derrame pericárdico forman parte de la actividad paraneoplásica. La agitación psicomotriz y la disfagia progresiva, así como el dolor no controlado son criterios de sedación paliativa.

Bibliografía

- Khosla S. *Hipercalcemia e hipocalcemia. En: Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. 2018. Ciudad de Méjico.*

541/77. TVP Proximal en anciano

Autores:

(1) Rodríguez Villadeamigo, G., (2) Barbosa Cortés, M., (3) Pérez Razquin, E.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alosno. Alosno. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales: RAM a Metamizol, HTA, Parkinsonismo, Hidrocefalia

Anamnesis: Varón, 90 años, acude equipo médico a domicilio por cuadro bronquial, objetivándose aumento de diámetro, calor, rubor y empastamiento de zona proximal de muslo derecho. Se traslada a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: REG, eupneico, sat 95%, cianosis acral, 130/50, FC 100lpm, 37.2°C. ACR: roncus y sibilantes dispersos, edema MID desde raíz muslo, con tumefacción, calor y leve eritema.

Pruebas complementarias: HG: L 124008N84.1%), Hb 12.9, plaquetas 197000. EC normal. DD 30726. BQ: glu 132. PCR 76.4. Rx tórax: no infiltrados ni derrame. Eco-doppler venoso MID: vena femoral y femoral profunda no colapsables, con contenido ecogénico en su interior, sin doppler color

Juicio clínico

TVP proximal MID. Bronquitis.

Diagnóstico diferencial

Celulitis, Linfangitis.

Comentario final

Tratamiento: HBPM, ingreso en MIN. Antibiótico.

Evolución: buena con alta a domicilio.

La TVP es una patología potencialmente grave, más si es proximal, cual es el caso, por la posibilidad de dar

lugar a embolias a distancia (TEP, AVC, Isquemia mesentérica). El tratamiento consiste en reposo a corto plazo y anticoagulación (HBPM sc 3 meses en el caso).

Bibliografía

•Chopard R, Albertsen I, Piazza G. Diagnosis and Treatment of Lower Extremity Venous Thromboembolism, JAMA.2020;324(17):1765-1776.

541/97. a propósito de un caso: dolicosigma en paciente anciano

Autores:

(1) Moreno Jiménez, I., (2) Varo Morilla, M., (2) Lozano Kolesnikov, V., (2) Vivo Lima, P., (2) Sánchez Alba, J., (2) Román De Sola, B.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Usuario de 77 años de edad con demencia avanzada, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y atrofia multisistémica crónica que acude al servicio de urgencias de atención primaria por distensión abdominal progresiva en las últimas 24 horas, sin dolor que se acompaña de diarrea acuosa sin productos patológicos tras 6 días de estreñimiento pertinaz. Afebril y estable hemodinámicamente, sin clínica cardinal ni vegetatismo. Disnea de esfuerzo en los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, desorientación por demencia, colaborador. Afebril. Normohidratado y perfundido. No focalidad neurológica a la llegada. Glasgow 15/15. Taquipnéico en reposo (23 rpm).

ACP: tonos puros, rítmicos, sin soplos audibles ni rones. Crepitantes finos en base derecha y murmullo vesicular ligeramente disminuido.

Abdomen: duro a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.

Miembros inferiores. No edemas de miembros, no signos de TVP. Signos de insuficiencia venosa crónica. Pulsos conservados y simétricos.

Tacto rectal: no masas ni fecaloma.

PC: Se solicita analítica, radiología simple de tórax y abdomen. Ecografía y TC abdominales.

Juicio clínico

Oclusión intestinal secundaria a Dolicosigma.

Diagnóstico diferencial

Suboclusión intestinal, estreñimiento, neoplasia de colon, enfermedad de Chagas, enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final

El dolicosigma es elongación anormal del colon sigmoide, congénita o adquirida que conduce a alteraciones en la motilidad intestinal. La patología se manifiesta por el estreñimiento regular, el dolor recurrente en el abdomen y la flatulencia.

Si bien es cierto que no tiene por qué llevar asociado un incremento de riesgo, en el caso que acontece el estreñimiento crónico ocasiona un cuadro oclusivo relativamente frecuente en personas de edad avanzada.

El dolicosigma puede ser diagnosticado a distintos niveles, si bien es cierto que acaban por comorbilidad siendo diagnosticados de forma incidental por los médicos de atención primaria, tanto en consulta como en urgencias.

Bibliografía

- Kahn E, Daum F. Anatomía, histología, embriología y anomalías congénitas del intestino delgado y grueso, en Sleisenger & Fordtran, eds. 8.a ed. En español, Elsevier-Saunders, Madrid, 2008:2061-91.
- Camilleri M. Seudoobstrucción aguda y crónica. En: Sleisenger & Fordtran, eds. Enfermedades digestivas y hepáticas, 8.a ed. en español. Elsevier-Saunders. Madrid, 2008:2679-702.

541/98. Escalas de gravedad en hepatitis aguda

Autores:

Martínez Molina, A.

Centro de Trabajo:

Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Descripción del caso

Mujer de 44 años que acude a Urgencias por deterioro del estado general, con pérdida de apetito. Ha incrementado el consumo de alcohol en los últimos 15 días (ingesta de 1 botella de vodka diaria) y presenta vómitos diaria y mala tolerancia oral en los últimos 15 días. Antecedentes Personales: Esteatohepatitis alcohólica.

Exploración y pruebas complementarias

TA 87/62 FC 105 lpm Mal estado general. Tinte icterico conjuntival. Encefalopatía hepática grado II. Glasgow 10 Abdomen: Hepatomegalia de 3 traveses. Ausencia de ascitis Analítica sanguínea: INR 2.16; Creat 2.3 mg/dl; urea 58 mg/dl; Bi T 11.2; GOT 699 U/L; GPT 93 U/L; GGT 1020 U/L; LDH 680 U/L. Acidosis metabólica (pH 7.2; Bicarbonato 10 mmol/L; lactato 17) Anión GAP: 26. Se administra bicarbonato (se calcula déficit ajustado a peso que resulta 143 mEq), inicialmente 250 ml de bicarbonato 1/6M (40 mEq). Se inicia tratamiento con 40 mg de prednisolona y se realiza profilaxis de deprivación alcohólica (Tiaprida 100 mg cada 8 h) Escala Maddrey 72 (grave) Escala MELD 33 (grave)

Juicio clínico

Impresiona de hepatitis aguda alcohólica (HAA) grave. Cetoacidosis alcohólica.

Diagnóstico diferencial

La reciente aparición de ictericia y anorexia en una paciente con enolismo crónico nos hace sospechar hepatitis aguda alcohólica. Se establece el diagnóstico clínico puesto que cumple criterios (ictericia reciente, consumo activo durante más de 6 meses más de 40 gr de alcohol, bilirrubina > 3mg/dl, GPT >50 y GOT/GPT > 1.5). El diagnóstico definitivo precisar de

confirmación histológica, pero puede evitarse si no existen factores de confusión.

Comentario final

Es fundamental establecer la gravedad para iniciar tratamiento específico. En HA severa (MELD \geq 21 o con índice ABIC \geq 6,7) se recomienda iniciar prednisona 40 mg/día durante 4 semanas. Actualmente son el único tratamiento que ha demostrado aumentar la supervivencia. Contraindican el tratamiento con éstos complicaciones como hemorragia digestiva, peritonitis bacteriana espontánea u otra infección grave, o diabetes.

Bibliografía

- *Casals Seoane F. Hepatitis Aguda Alcohólica. Urgencias y emergencias en gastroenterología y hepatología. AEG. 2020*
- *Figueroa Tubío A, Sánchez-Aldehuelo R, Guerrero García A, Martín-Mateos R. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la hepatitis alcohólica. Medicine. Marzo 2020. 13:4 (220-224)*

541/99. A propósito de un caso: neurorretinitis en atención primaria

Autores:

(1) Moreno Jiménez, I., (1) Andrés Vera, J., (2) Vivo Lima, P.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Usuario de 35 años que consulta en el servicio de urgencias por disminución brusca de la agudeza visual que afectaba a ojo derecho. Desde hace aproximadamente un mes presenta cefalea hemicraneal intermitente, no asociada a náuseas ni vómitos. Cuadro gripal autolimitado unos 10 días previos a la aparición de la pérdida de visión.

Exploración y pruebas complementarias

Sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Buen, consciente, orientado, colaborador. Afebril. Normohidratado y perfundido. No focalidad neurológica a la llegada. Glasgow 15/15. Eupneico en reposo. Afebril.

ACP: tonos puros, rítmicos, sin soplos audibles ni ruidos. MVC.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.

Miembros inferiores. No edemas de miembros, no signos de TVP. Pulsos conservados y simétricos.

Oftalmología: Agudeza visual mejor corregida de 0.05 con ojo derecho y de 1 con ojo izquierdo, pupilas normorreactivas y biomicroscopía sin hallazgos patológicos. Edema de papila en funduscopia, con exudados duros dispuestos en forma de estrella macular. Se confirma el edema macular quístico con depósitos hiperreflectivos distribuidos sobre todo en capas medias y externas en tomografía de coherencia óptica (OCT).

Se realizó serología (VIH, treponema, toxoplasma, Borrelia burgdoferi, hepatitis virus, zóster y Bartonella henselae) obteniendo resultados positivos a Bartonella henselae (IgM e IgG positivos).

Juicio clínico

Neurorretinitis por Bartonella Henselae.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad por arañazo de gato, sífilis, toxoplasmosis, toxocariasis, histoplasmosis, leptospirosis y enfermedad de Lyme, neurorretinitis Idiopática Estrellada de Leber.

Comentario final

La disminución de agudeza visual con síntomas asociados es una patología recurrente valorada en los servicios de atención primaria y urgencias. En este caso se necesitó un abordaje multidisciplinar con resultado de neurorretinitis.

Bibliografía

- *Perez J, Munita JM, Araos R, Lopez JP, Steven-son R, Gonzalez P, et al. Neuro-retinitis asociada a enfermedad por arañazo de gato: Presentacion de*

dos casos y revision de literatura. *Rev Chil Infectol* 2010;27(5):417-22.

- Del Valle Welschen DV. *Neurorretinitis por Bartonella henselae: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Oftalmol* 2016;90(5):235-41.

541/113. Doctora, no puedo dar un paso sin asfixiarme

Autores:

(1) Varo Morilla, M., (2) ATALAYA LUCAS, A., (1) Román De Sola, B.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 50 años con AP: EPOC leve enfisematoso no agudizador en tto con Spiriva 5mcg/24h. Ingreso en 2014 por NAC en LSI. Fumador activo de 15-20 cig/día. Acude a Urgencias refiriendo disnea de 3 días de evolución en contexto de esfuerzo físico, que ha ido en aumento hasta hacerse de medianos esfuerzos, acompañado de dolor costal izquierdo, sin mucosidad, fiebre, tos ni otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, BHP, COC, eupneico en reposo. TA 160/100, FC 120lpm, Tª 36.2, Sat O2 96%. ACR: taquicárdico sin soplos, mvc con sibilantes en hemitórax derecho y abolición total del murmullo en hemitórax izquierdo. EKG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Se deriva a Urgencias hospitalarias donde se solicita analítica y Rx de tórax visualizándose neumotórax masivo izquierdo. Pasa a Observación previa firma de consentimiento informado para colocación de tubo de drenaje torácico con posterior control radiográfico donde se observa expansión pulmonar izquierda. Se cursa ingreso en Neumología.

Juicio clínico

Neumotórax espontáneo.

Diagnóstico diferencial

Reagudización EPOC, TEP, infección por covid 19.

Comentario final

El neumotórax espontáneo es la presencia de aire en la cavidad pleural de etiología no traumática ni iatrogénica que causa colapso pulmonar. Se clasifica según su etiología en: primario: sin enfermedad pulmonar de base; secundario (NES), asociado a enfermedad pulmonar subyacente; y catamenial, en relación con la menstruación. EL NES tiene un predominio en varones mayores de 55 años y clínicamente se caracteriza por dolor pleurítico, disnea y tos. El signo clínico más constante es la disminución del mv, así como la taquicardia sinusal. Se diagnostica mediante radiografía de tórax y su tratamiento es la colocación de un drenaje torácico para conseguir la reexpansión del pulmón afecto. Si no se lograra, se indica un tratamiento definitivo con cirugía torácica.

Bibliografía

- Ocaña Martínez R, Cerezo Madueño F, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Salvatierra Velázquez A. *Neumotórax espontáneo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5a edición. España. Elsevier; 2014. p.273-276.*
- Álvarez I. *Neumotórax espontáneo [Internet]. www.fisterra.com. 2016 [cited 11 November 2020]. Available from: <https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2113/guias-clinicas/neumotorax-espontaneo/>*

541/126. Importancia de la anamnesis en la sospecha clínica

Autores:

(1) Geara Joyed, P., (2) Japon Cabello, M.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 51 años que acude a consulta de urgencias en varias ocasiones por cuadro de mareos y parestesias en dedos de la mano izquierda. Es valorada por diferentes médicos con realización de Rx de columna cervical sin hallazgos relevantes y tratamientos sintomáticos que no son efectivos. Tras realizar anamnesis estructurada se destaca que presenta metrorragia leve prácticamente a Diario que se ha visto incrementada paulatinamente en el tiempo. Última citología hace más de 10 años. Se deriva preferentemente a ginecología donde se diagnostica de cáncer de endometrio de alto grado metastásico y en el estudio de extensión se objetivan metástasis cerebrales.

Exploración y pruebas complementarias

Rx cervical

Exploración ginecológica, legrado y toma de muestras que se analizan en Anatomía Patológica

RMN cerebral

Gammagrafia

Juicio clínico

Cáncer de endometrio de alto grado con metástasis cerebrales

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico

Comentario final

Pese a las limitaciones de tiempo de nuestro día a día, es primordial en nuestra profesión la realización de manera sistemática de una buena anamnesis.

Bibliografía

- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2009*. Atlanta: American Cancer Society 2009.
- García P. Cáncer de endometrio. *Bol Oncol* 1998;8.
- Southcott BM. *Carcinoma of the endometrium*. *Drugs* 2001; 61:1395-405.

541/134. Termoalgesia con el agua: un caso de esclerosis múltiple

Autores:

(1) Camacho Reina, S., (2) Malagón Mostazo, C., (3) González Calzado, L.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 34 años consulta por presentar desde hace un mes dolor y parestesias (que define como calambres y ardor) en ambas manos que empeoran al ducharse con el agua caliente. Niega empeoramiento nocturno. Niega pérdida de fuerza y no lo relaciona con traumatismos o movimientos repetitivos. En ocasiones ha notado cierta astenia. Niega otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Constantes normales. Auscultación normal. Pares craneales normales. Pupilas normorreactivas e isocóricas. No presenta dismetría ni adiadococinesia. ROT normales y simétricos. RCP normal. Fuerza conservada. Destaca hiperalgesia con signo de Phalen negativo en ambas manos.

Analítica de sangre normal.

TC craneal normal

RMN craneal: lesiones cerebrales hipointensas en T1 con áreas de hiperseñal en T2

Punción lumbar con análisis de LCR: bandas oligoclonales (patrón tipo 3)

Juicio clínico

Esclerosis múltiple

Diagnóstico diferencial

Síndrome del túnel carpiano, neuropatías periféricas, polineuropatías, artritis, artrosis, otras enfermedades desmielinizantes.

Comentario final

La paciente es derivada a neurología para valoración. Una vez vista en consulta se decide ingreso hospitalario en neurología para estudio, confirmándose el diagnóstico de esclerosis múltiple.

Se inicia tratamiento con corticoides a dosis altas mejorando la clínica, y posteriormente la paciente es dada de alta con tratamiento con interferón b 1a.

Los síntomas sensitivos (que empeoran con el calor) son los más frecuentes de la esclerosis múltiple, y en muchas ocasiones pueden tratarse de manifestaciones inespecíficas haciendo que su diagnóstico sea un proceso bastante complejo, en donde es fundamental realizar una buena historia clínica y exploración del paciente.

Bibliografía

- Martínez-Altarriba MC, Ramos-Campoy O, Luna-Calcaño IM, Arrieta-Antón E. Revisión de la esclerosis múltiple (2). *Diagnóstico y tratamiento. Semergen.* 2015;41(6):324-328.

541/137. No siempre es lo que parece

Autores:

Jiménez Muñoz, N., Gasset Giráldez, J.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 77 años con AP de DM, HTA, obesidad, Insuficiencia renal crónica, FA, cardiopatía isquémica, anemia crónica y depresión que consulta por una lesión ulcerativa en talón izquierdo que pensaba que había comenzado como una herida que trató con antisépticos y finalmente consultó con enfermería para efectuar las curas.

Fue tratada durante 1 año como una úlcera crónica realizándose curas periódicas por enfermería sin que su evolución fuera favorable, precisando en ocasiones de tratamiento antibiótico oral por presentar signos de infección obteniéndose cultivos positivos a diferentes bacterias. Ante la falta de mejoría, se decide efectuar una biopsia de la misma, previa teleconsulta efectuada a Dermatología.

La biopsia se efectuó en Cirugía Menor del Centro de Salud, obteniéndose un fragmento que se remite para estudio AP.

Exploración y pruebas complementarias

Las pruebas analíticas indicaban una anemia normocítica leve y una insuficiencia renal crónica. Resto anodino.

Informe AP: melanoma maligno nodular en fase de crecimiento vertical que infiltra la totalidad de la biopsia, índice de Breslow 2.8 mm, 6 mitosis mm².

Juicio clínico

Melanoma maligno nodular.

Diagnóstico diferencial

Granuloma piógeno. Hemangioma. Epitelioma basocelular pigmentado. Úlceras vasculares. Pie diabético.

Comentario final

Ante una lesión que no evoluciona favorablemente debemos considerar la posibilidad de que se trate de una lesión maligna, ya que en ocasiones los pacientes consultan por lesiones evolucionadas cuyo aspecto puede hacer sospechar de una patología benigna, como fue el caso.

La sospecha clínica inicial fue de una úlcera en una paciente diabética cuya evolución tórpida hizo plantearse otras opciones diagnósticas, en este caso biopsia, que fue la que nos llevó al diagnóstico definitivo.

Se derivó a la Unidad de Melanomas donde se procedió a la tumorectomía de la lesión en talón + injerto del muslo. Se desestimó tratamiento en Oncología Radioterápica, entre otros, por los problemas de movilidad de la paciente. Desgraciadamente la lesión reapareció a los pocos meses presentando una tu-

moración de 4 cm friable, muy sangrante a la que se le van efectuando curas.

Se ha incluido en el Programa de Cuidados Paliativos.

Bibliografía

- *Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. Ed. Mc Graw-Hill. 2001 Elsevier Atención primaria. Vol 33. Nº 6. pág 293-355. Abril 2004*

541/141. Dolor lumbar, a propósito de un caso

Autores:

(1) García González, J., (2) Carbajo Martín, L., (3) Ruiz Carbajo, F.

Centro de Trabajo:

(1) *Espealista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Sevilla-Sur. Sevilla,* (2) *Espealista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva,* (3) *Técnico de Transporte Sanitario. Área Sevilla.*

Descripción del caso

Varon de 56 años que avisa al urgencias por dolor lumbar, irradiado a flanco y epigastrio de 2 horas de evolución. No traumatismo, No cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Tensión arterial: 198/111. Tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular bilateral conservado. Abdomen: blando, impresiona de masa pulsátil en flanco derecho, no soplos, no defensa abdominal. Pulsos distales asimétricos. Se inicia tratamiento para control de TA y se traslada a hospital de referencia.

Pruebas complementarias:

ECG: ritmo sinusal a 77 lpm, ST isoelectrico no alteraciones de la repolarización.

Analítica: sin hallazgos relevantes.

Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico.

TAC abdomen: disección de aorta torácica descendente tipo B de Stanford, con flap intimal que mues-

tra discontinuidad a 2 centímetros del hiato esofágico, no dilataciones aneurismáticas.

Evolución: el paciente es intervenido y evoluciona favorablemente.

Juicio clínico

Síndrome aórtico agudo: Disección aórtica descendente tipo B de Stanford

Emergencia hipertensiva.

Diagnóstico diferencial

Isquemia e infarto agudo de miocardio, pericarditis aguda, costocondritis, insuficiencia aortica sin disección

Comentario final

Plan de actuación: seguimiento desde el centro de salud tras el alta controlando los factores de riesgo cardiovascular y ayudándole para abandonar el hábito tabáquico.

La disección aórtica es la forma más frecuente y grave del síndrome aórtico agudo consiste en un proceso agudo de la pared de la aorta que cursa con debilitamiento de la capa media y que condiciona riesgo de rotura aórtica.

Bibliografía

- *I. Vilacosta. Síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol, 56 (2003), pp. 29-39*
- *JL Zamorano, J Mayordomo, A Evangelista, JA San Román, C Bañuelos, M Gil Aguado. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol, 53 (2000) pp 531-541*

541/145. Genealogías de cupo

Autores:

Camacho Reina, S., Espada Villarubia, M., Ávila Rivera, J.

Centro de Trabajo:

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 43 años, natural de Reino Unido, a la que le realizamos consulta telemática de seguimiento por dar positivo en PCR de COVID19 tras haber presentado clínica compatible. Actualmente no presenta síntomas catarrales, pero refiere tener febrícula diaria de hasta 37.6°C. Comenta llevar así 36 días durante los cuales ha sido valorada en dos ocasiones en urgencias y en el centro de salud, por lo que mantenemos la baja laboral y citamos nuevamente valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Faringe normal. Saturación 100%, Auscultación normal. Resto sin hallazgos.

La paciente tiene PCR positiva para SARS-CoV-2 de hace aproximadamente un mes, PCR de control negativa para SARS-CoV-2 hecha dos semanas después de la previa y serología SARS-CoV-2: IgM negativa e IgG positiva.

Radiografía de tórax normal.

Analítica de sangre normal.

Juicio clínico

COVID-19

Diagnóstico diferencial

Síndromes febriles

Comentario final

En las ocasiones que ha sido valorada la paciente no se ha objetivado fiebre, se decide mantener la baja y hacer una sesión clínica para valorar el caso. Durante la sesión, una compañera del centro manifiesta tener un paciente similar: se trata de un varón británico de 45 años que está en seguimiento por COVID19 y refiere febrícula diaria a pesar de tener una PCR de control negativa y una serología con IgG positiva. Ha sido valorado en consulta en varias ocasiones sin objetivarse fiebre. Tras comparar ambos casos, nos damos cuenta de que los pacientes comparten apellidos y son matrimonio.

Desde ese momento, decidimos agrupar a los dos en un mismo cupo. En las siguientes revisiones refieren estar afebriles y son dados de alta.

Lo destacable de este caso es la importancia que supone mantener a todo el núcleo familiar en un mismo cupo médico y realzar las sesiones clínicas como una herramienta fundamental para la formación y actualización de los sanitarios.

Bibliografía

- Monteagudo JL. *Telemedicina y atención primaria. Aten Primaria. 2009;41(3):129-130.*

541/157. Complicaciones postingreso: miositis

Autores:

(1) Andrés Vera, J., (2) Lozano Kolesnikov, V., (3) Vivo Lima, P.

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz,* (2) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz,* (3) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz.*

Descripción del caso

Mujer de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, bocio multinodular y cuadro de coledocolitiasis que precisó ingreso reciente, durante el cual presentó cuadro de flebitis de miembros superior derecho por SARM, acude por cuadro de una semana de evolución de dolor intenso de cadera izquierda de reposo que impide levantarse, asociando cuadro febril. No ha presentado tos, expectoración, molestias urinarias ni ningún otro síntoma acompañante al dolor.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica y afebril. Destaca dolor a la movilización de la cadera izquierda, especialmente a la aducción, así como dolor irradiado a cadera izquierda con la movilización pasiva de miembro inferior derecho. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Analíticamen-

te destaca una PCR en 285,8mg/L y Leucocitosis 22730 (N 21,80; L 0,59). Urocultivo positivo para E. coli. En la radiografía de cadera izquierda se aprecian signos de artrosis degenerativa moderada-severa. Ante los hallazgos exploratorios y analíticos se solicita RMN urgente de articulaciones sacroilíacas y pelvis ósea con hallazgos de: Sacroileítis izquierda probablemente infecciosa con marcada miositis del piramidal y del ilíaco izquierdos

Juicio clínico

Miositis del músculo piramidal. Sacroileítis izquierda.

Diagnóstico diferencial

Coxalgia, trocanteritis, fractura osteoporótica, metástasis óseas.

Comentario final

Las infecciones bacterianas que afectan al músculo son poco frecuentes. Focos contiguos de infección son los que más frecuentemente causan dicha patología: traumatismos penetrantes, diseminación hematogénea... Una amplia variedad de bacterias pueden ser las desencadenantes del cuadro. En función del mecanismo lesional, debemos sospechar unas u otras, pues si se sospecha una infección por diseminación, el germen más frecuente sería *S. aureus*. En caso de traumatismos, se sospecha una infección polimicrobiana. Los hallazgos o antecedentes clínicos previos del paciente pueden sugerir la naturaleza del agente causante. Por tanto, es fundamental realizar una anamnesis detallada, una exploración minuciosa para llegar a la sospecha del cuadro y confirmar el diagnóstico con pruebas complementarias específicas.

Bibliografía

- B Molina, A Pogossian, C De Moreuil. *Infectious myositis*. *Rev Med Interne*. 2020 Apr;41(4):241-249.

541/171. Derecho a decidir

Autores:

Gasset Giráldez, J., Jiménez Muñoz, N.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 76 años con antecedentes personales de DM, HTA, dislipemia, Fumadora, estenosis carotídea izquierda revascularizada y cardiopatía isquémica revascularizada con dos stent que consultó por rectorragias discretas de dos años de evolución. Indicaba que había tenido una discreta pérdida de peso pero que estaba estabilizada y que no tenía alteraciones en el hábito intestinal. Se efectuó una exploración física, se solicitaron pruebas analíticas y se derivó a Digestivo tras hallazgo de discreta anemia normocítica hipocrómica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física, incluyendo tacto rectal, anodina. Hemograma: Hem 4860000, HB 11, VCM 72, HCM 23. Bioquímica: Glucosa 121, Creatinina 0.97, FG 56, Hemoglobina glicosilada 6.4, Hierro 22. Resto normal, incluyendo antígeno carcinoembrionario. Colonoscopia: adenocarcinoma de sigma. TAC toraco abdominal: masa en riñón derecho sugestivo de hipernefroma derecho + metástasis pulmonares.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de sigma. Hipernefroma derecho con metástasis pulmonares.

Diagnóstico diferencial

Hemorragia digestiva baja: lesiones anales, traumatismos, proctitis, colitis, pólipos, carcinoma, angiodisplasia, diverticulitis, invaginación, úlcera solitaria, discrasias sanguíneas, vasculitis, enfermedades del tejido conjuntivo, neurofibroma, amiloidosis, tratamiento anticoagulante.

Comentario final

Hace 5 años cuando consultó esta paciente en nuestra Área Sanitaria, el acceso a determinadas pruebas diagnósticas, como la colonoscopia, estaba restringido a los Especialista Hospitalarios. Este hecho hacía ralentizar en muchas ocasiones diagnósticos como el de este caso. Afortunadamente hoy en día cada vez son más

accesibles a los especialistas de Atención primaria un número significativo de pruebas complementarias que permiten llegar a un diagnóstico precoz de procesos oncológicos. A esta paciente le fue propuesto tratamiento quirúrgico por parte de Urología y de Digestivo pero ella, en consenso con su familia, desestimó esta opción así también reusó de un tratamiento con quimioterapia. Se incluyó en el Programa de Cuidados Paliativos y continuó con sus controles en Atención Primaria que le permitieron tener una buena calidad de vida con buen control de los síntomas hasta el fin de sus días. Estando incluida en el Programa de Paliativos fue tratada de diferentes cuadros clínicos que acontecieron como fueron una amaurosis fugaz que precisó de revascularización de la carótida derecha y de un fibrilofluter

Bibliografía

- Elsevier. *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007)*. Vol 31. Num10, páginas 652-667 (diciembre 2008)

541/219. Lo que esconde el dolor torácico

Autores:

Maldonado Muñoz, M., Rivera Moya, A., Lázaro Sáez, C.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Adra, Almería; Centro de Salud de Vícar, Almería 2.

Descripción del caso

Varón 22 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta por dolor centrotorácico de varias semanas de evolución, tipo pinchazo, que aumentaba con la respiración y los movimientos. No fiebre. No otra clínica. Se realizó electrocardiograma, radiografía tórax y TAC tórax, ante los hallazgos se derivó a hematología para estudio. Siendo diagnosticado de linfoma B difuso de células grandes, en tratamiento activo con quimioterapia.

Exploración y pruebas complementarias

buen estado general, con auscultación sin alteraciones y murmullo vesicular mantenido. No adenopatías.

1. Analítica: bioquímica, LDH, B2 microglobulina normal. Hb 14,7; leucocitos 4600, plaquetas 260.000. Serologías negativas.
2. Radiografía tórax: ensanchamiento mediastínico.
3. ECG: ritmo sinusal a 76 lpm. Eje normal. Sin alteraciones repolarización, ni signos de isquemia.
4. TAC tórax: masa mediastinal anterior.
5. PEC-TAC: captación en masa mediastinal, múltiples adenopatías cervicales.
6. Biopsia: compatible con linfoma B difuso de células grandes.

Juicio clínico

Linfoma B difuso de células grandes

Diagnóstico diferencial

Pericarditis; dolor osteomuscular; infarto agudo de miocardio; trastorno de ansiedad; neumotórax; infección vías bajas respiratorias.

Comentario final

El linfoma es de las neoplasias que frecuentemente comprometen el mediastino anterior, 50-70% son linfomas Hodgkin. El linfoma B de células grandes primario de mediastino, es poco frecuente, con tendencia a invasión local y de la pleura, pericardio, pared tórax y pulmón. El diagnóstico final es histológico. Para su diagnóstico y seguimiento son útiles el PET y RMN. La supervivencia es menor que en otros linfomas y su recurrencia es frecuente en tórax, en los dos primeros años de seguimiento.

Bibliografía

- Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, et al. *A diagnostic approach to the mediastinal masses. Insights Imag. 2013; 29-52.*
- Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. *Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. J Clin Oncol. 2014;32:1-10.*

541/220. No todo es demencia

Autores:

Maldonado Muñoz, M., Rivera Moya, A., Rodríguez Montes, A.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Adra, Almería; Centro de Salud de Vícar, Almería 2.

Descripción del caso

Varón 58 años, consultó por episodios de confusión y desorientación desde hace 3 meses, con olvidos, trastorno del habla y desequilibrio en la marcha. No pérdida de peso. Antecedente de interés, estudiado por rectorragia, propusieron colonoscopia pero la rechazó. Desde atención primaria solicitamos radiografía tórax, analítica y TAC craneal, ante los hallazgos realizaron RMN craneal. Derivado a medicina interna para filiar tumor primario, siendo un adenocarcinoma de colon. Actualmente en cuidados paliativos.

Exploración y pruebas complementarias

Delgado, no adenopatías. Auscultación con hipoventilación generalizada. Neurológico sin alteraciones.

- Analítica: sin alteraciones.
- TAC cráneo: hipodensidad en lóbulo temporal con lesión pseudonodular asociada.
- RMN cráneo: lesión temporal izquierda de 13 mm con edema. Lesiones cerebelosa 4 mm, cápsula interna de 6 mm, y en sustancia blanca subcortical de lóbulo frontal derecho y parietal de 3 mm. Compatibles con metástasis.
- Radiografía tórax: atelectasia en LSD de nueva aparición.
- TAC tórax- abdomen- pelvis: masa en lóbulo superior derecho, con adenopatías paratraqueales y metástasis. Engrosamiento de pared a nivel recto-sigma.
- Colonoscopia: lesión ulcerada, sugerente de neoplasia en recto, en biopsia se confirmó adenocarcinoma de recto.

Juicio clínico

adenocarcinoma de colon, con metástasis cerebrales. Masa pulmonar en lóbulo superior derecho y adenopatías ipsilaterales

Diagnóstico diferencial

Demencia, neurosífilis, pseudodemencia, abuso de tóxicos, tumor cerebral, desequilibrio electrolítico, ictus isquémico.

Comentario final

El adenocarcinoma de colon es causa de morbi-mortalidad. El pronóstico se relaciona con la diseminación linfática y hematogena. Afecta, principalmente al hígado. La presencia de una única lesión metastásica cerebral es infrecuente y está descrita en 1% de pacientes. Suelen ser consecuencia de diseminación a partir de micrometástasis pulmonares no descubiertas y asintomáticas. Posiblemente lo ocurrido a nuestro paciente

Bibliografía

- Sundermeyer ML, Meropol NJ, Rogatko A, Wang H, Cohen SJ. Changing patterns of bone and brain metastases in patients with colorectal cancer. *Clin Colorectal Cancer* 2005; 5(2): 108-13.
- Hammoud MA, McCutcheon IE, Elsouki R, Schoppa D, Patt YZ. Colorectal carcinoma and brain metastases: distribution, treatment and survival. *Ann Surg Oncol* 1996; 3(5): 453-63.

Casos Clínicos

Médico residentes

541/5. Ascitis a tensión en paciente joven

Autores:

Arjona González, P., Abril Rubio, A., Ruiz, A.

Centro de Trabajo:

Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 20 años, con antecedentes personales de cardiopatía compleja con ventrículo único intervenido en la infancia, estenosis pulmonar severa, enteropatía pierde-proteínas. En tratamiento con furosemida 40 mg cada 8 horas, espironolactona 25 mg cada 24 horas, captopril 25 mg 0'75 comprimido cada 8 horas, sildenafil 20 mg cada 8 horas, macitentan 10 mg cada 24 horas. Acude a consulta de atención primaria por aparición de edema palpebral bilateral y leve edema en miembros inferiores, ante los antecedentes del paciente, se decide derivar a urgencias; donde tras analítica y radiografía de tórax normales; se interconsulta con cardiología que aumenta tratamiento con espironolactona y deriva al alta. Vuelve a acudir a las 3 semanas, por aumento de volumen abdominal, sin aumento de edemas en miembros inferiores ni disnea. En la exploración apreciamos ascitis a tensión con signo de cabezas de medusa en abdomen; se realiza ecografía abdominal, apreciándose ascitis franca, por lo que se deriva a urgencias; donde se solicita analítica de sangre y ecografía abdominal, y el paciente pasa al área observación. En analítica presenta alteración de la coagulación, precisando trasfusión de plasma fresco, con el que se normalizan los valores. Tras confirmar ascitis en ecografía y marcar punto de punción, se procede a realizar paracentesis evacuadora junto con administración de albúmina, consiguiendo drenar un total de 14 litros

Exploración y pruebas complementarias

Ascitis a tensión con signo de cabeza de medusa. Auscultación: tonos rítmicos apagados. Analítica: Hb

12'1 g/dl, tiempo de protrombina 25'90, INR 2'30, tiempo parcial tromboplastina 31'4, péptido natriurético 604, gamma-glutamyl-transferasa 137 mg/dl, fosfatasa alcalina 126 mg/dl. PCR 29'9. Ecografía abdominal: hígado de estasis por probable hipertensión pulmonar junto con ascitis a tensión

Juicio clínico

Ascitis a tensión con hipoalbuminemia

Diagnóstico diferencial

Hepatopatía, Neoplasia

Comentario final

En pacientes que presentan enteropatía pierde-proteínas, tendrán mayor facilidad para padecer hipoalbuminemia moderada-grave, lo que puede provocar extravasación de líquido a espacio libre; que junto a afectación hepática, podrá desencadenar en ascitis, que podrá requerir de técnicas invasivas para su manejo

Bibliografía

- *European Association for the Study of the Liver. Guías de práctica clínica de la EASL sobre el manejo de la ascitis. Disponible en: https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/2010-Ascites_ES.pdf [Consultado 19 Octubre 2020]*

541/8. Doctor, esta itu duele mucho

Autores:

(1) Morales Delgado, N., (2) Martín Guerra, L., (3) Aranda Domínguez, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba.

Descripción del caso

Paciente mujer de 35 años
AP: Inserción de un DIU dos semanas antes. Resto sin interés.

Acude a nuestro centro de salud por empeoramiento de un dolor abdominal motivo por el que había acudido a urgencias en dos ocasiones en la última semana. El dolor presentaba intensidad creciente, de carácter inflamatorio y se incrementaba en sedestación, a pesar de analgésicos y provocando dificultad para la deambulacion. En ambas ocasiones fue diagnosticada de ITU y posible cólico nefrítico, tratada con antibióticos y analgésicos. No disuria. No alteraciones del hábito intestinal. Desde el día anterior presentaba febrícula 37.5°C

Exploración y pruebas complementarias

Exploración abdominal: dolor a la palpación con más intensidad a nivel de fosa ovárica y FID, Blumberg muy positivo, Rovsing negativo. Psoas negativo. Murphy negativo. No se palpaban masas ni megalias.

Test de embarazo negativo. Combur negativo.

Derivamos a la paciente de nuevo a urgencias con sospecha de abdomen agudo: apendicitis/enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), dado sus antecedentes y características del dolor. Tras no encontrar patología; fue enviada a ginecología donde la exploración y ecografía vaginal sugirió EPI

Ciertos antecedentes pueden predisponer a esta patología: parto o portadora de DIU (caso de nuestra paciente)

Juicio clínico

Enfermedad pélvica inflamatoria:

- Criterios mayores: Dolor en abdomen inferior. Dolor a la movilización de cuello uterino. Dolor a la exploración anexial. Antecedentes de actividad sexual en los últimos meses. Ecografía no sugestiva de otros procesos patológicos
- Criterios menores: Temperatura más de 38°. Leucocitosis más de 10.000. VSG elevada. Demostración de gonococo o de Chlamydia en el exudado endocervical.

Diagnóstico diferencial

Apendicitis aguda. Ileítis regional. Peritonitis. Diverticulitis.

Torsión ovárica, embarazo ectópico, endometriosis, rotura de foliculo hemorrágico, mioma uterino complicado.

Comentario final

Una vez hallado el diagnóstico, se comenzó el tratamiento con: Doxiciclina 100mg/12 h V.O Metronidazol 500 mg/12h durante 14 días. La paciente presentó evolución muy favorable del dolor desde el inicio de tratamiento.

Destacar la importancia de una anamnesis con antecedentes personales/familiares y una exploración adecuada en AP. Intentar orientar cada caso clínico sin dejarnos influenciar en juicios clínicos establecidos previamente.

Bibliografía

- Jiménez Murillo.L, Montero Pérez, FJ. Medicina de urgencias y emergencias, guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª Edición. Elsevier. 1006-7.

541/9. Doctora, me ahogo

Autores:

(1) Martín Guerra, L., (2) Morales Delgado, N., (3) Aranda Domínguez, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba.

Descripción del caso

Mujer, 63 años intervenida hace 1 semana de recambio de marcapasos, en quirófano comienza con dolor a nivel de costado derecho que aumenta en decúbito supino. Acude a urgencias por disnea y fiebre de 38°C de dos días de evolución sin aumento de tos ni expectoración.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Eupneica en reposo. T: 36,5°C. TA: ; Sat O2 (basal): 97%.

ACP: Rítmico sin soplos audibles. MVC en ambos hemitórax con abolición de murmullo en base derecha.

ABDOMEN: Blando depresible. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. Ruidos hidroaereos conservados.

MMII: No edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios conservados.

- ECG: Ritmo de marcapasos a 60 lpm.
- Rx tórax: Derrame pleural derecho leve-moderado con atelectasia pasiva del parénquima pulmonar adyacente, no presente en radiografía previa. Marcapasos unicameral ventricular con generador en pared torácica izquierda.
- TAC TORACOABDOMINOPELVICO por sospecha de origen canceroso: aumento del derrame pleural derecho que presenta contenido denso y realce de la pleura.
- Toracosopia transpleural : Derrame pleural hemático. Cavidad torácica cubierta de coágulos hemáticos, sobre todo en base diafragmática y senos costofrénicos. Pleura visceral engrosada.
- Analítica:
 - Hemograma: Leucocitos 10001 con 73.20%N, Hb 10.6 Hto 33.9 VCM 90.8 Plaquetas 368000
 - Bioquímica: Glucosa 91 albúmina 3.4 Proteínas totales 5.8 Urea 33 Cr 0.74 Acido úrico 3.9 Colesterol 137 HDL 35 LDL 87 Triglicéridos 74 Na 140 K 4.2 Calcio corregido con proteínas 9.2
- PCR SARS COV2: NEGATIVA
- Bioquímica líquido pleural : Eritrocitos 512700, leucocitos 4401 Neutrofilos 65% Mnonocitos 35% Glucosa 81 Proteina 4 Amilasa 35 LDH 1011 ADA 9
- Citología de Líquido pleural: negativa para malignidad. Inflamación aguda.
- Cultivo de líquido pleural: negativo.

Juicio clínico

Derrame pleural tras implantación de Marcapaso

Diagnóstico diferencial

- Infección respiratoria por Covid19
- Infección respiratoria no neumónica
- Derrame pleural de origen Neoplásico

Comentario final

Tras toracosopia evacuadora desapareció la disnea por completo.

Es importante la realización de una buena historia clínica y pensar en todos los diagnósticos diferenciales posibles.

Bibliografía

- *Oyonarte W.M. Enfoque diagnostico en el paciente con derrame pleural. L. Elsevier.2015., Vol. 26. Núm. 3: pagina 313-324.*

541/10. Saturación en atención primaria por la crisis del covid

Autores:

(1) Ruiz Vela, A., (2) Arjona González, P., (3) Muñoz Hinojosa, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 62 años con antecedentes de HTA, DM tipo II y cardiopatía isquémica intervenida con bypass en 2018. Acude la hermana del paciente a consulta indicando que está ingresado en UCI y que quiere hablar con su médico de cabecera. Por la situación actual el paciente ha sido valorado por varios médicos en su centro de salud, debido a falta de sustituto para su médico de familia. El paciente fue valorado hace 2 semanas por vía telefónica por 3 médicos diferentes por episodio de vómitos y diarrea, que en un principio se trató como gastroenteritis y manejo farmacológico en las dos primeras consultas; debido a la persistencia de los síntomas tras 1 semana y empeoramiento general se le solicitó una analítica completa, en una tercera consulta. Una semana después de dicha analítica el paciente precisó valoración y traslado por el 061 a Urgencias por empeoramiento marcado,

siendo diagnosticado de acidosis metabólica severa e hipoglucemia crítica, precisando ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, estuporoso, mala perfusión periférica. Taquipnea con tiraje abdominal. Auscultación y exploración abdominal sin hallazgos. Analítica AP (5 días antes): Creatinina 7 mg/dl. Analítica urgencias: pH 6.68, HCO₃ 4, glucemia 14 mg/dl, creatinina 8.5 mg/dl, potasio 5'6 mEq/l, ácido láctico 12 mmol/l.

Juicio clínico

Acidosis metabólica severa.

Diagnóstico diferencial

Hipoglucemia.

Comentario final

Debido a la saturación de los centros de salud y a la ausencia de contratación de nuevos Médicos de Familia, estamos ante un caso excepcional en el que se ha producido un perjuicio en el paciente por no estar en un seguimiento. En otra ocasión y en otra época, si el paciente hubiese asistido presencialmente a consulta y hubiese estado en seguimiento por el mismo profesional, podría haber acudido a Urgencias más precozmente y no en la situación de gravedad extrema en la que acudió.

Bibliografía

- Macías-Robles M.D., Maciá-Bobes C., Yano-Escudero R., Fernández-Diéguez O., Álvarez-Lecue O. Acidosis láctica por metformina desencadenada por una insuficiencia renal aguda. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2011 Abr [citado 2020 Oct 26]; 34(1): 115-118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100014&lng=es.

541/11. No es infarto todo lo que duele

Autores:

(1) Lozano Martínez, A., (1) Del Portillo Pastor, R., (1) Frontela Asensio, A., (2) Cornejo Mazzuchelli, A., (1) Trigo Castro, C., (3) Alonso Lamas, C.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Cigales. Valladolid.

Descripción del caso

Varón de 28 años con artritis reumatoide acude a nuestra consulta refiriendo dolor centrotorácico pleurítico de 2 días de evolución. Niega traumatismos. No cuadro constitucional, no fiebre. Niega clínica infecciosa o estado de ansiedad. Ha consultado en numerosas ocasiones en urgencias por un dolor similar, habiendo sido dado de alta tras descartar patología cardíaca y con analgésicos.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 130/65 mmHg, FC: 75 l.p.m., Saturación: 97%, Afebril. Buen estado, Consciente y orientado.

Cuello: pulsos carotídeos presentes, no se palpan adenopatías.

A.CP: rítmica, no soplos, mvc, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible y no doloroso a la palpación.

EEII: no edemas ni signos de TVP.

Analítica: todos dentro de la normalidad salvo ASLO: 496 UI/mL, PCR:16 mg/L.

RX tórax: ensanchamiento mediastínico.

ECG: eje izquierdo, ritmo sinusal sin alteraciones en la despolarización.

TC tórax: masa de contornos definidos, redondeada, con calcificaciones en su interior, localizada en mediastino anterior, contacta con vena cava superior y aorta sin afeción de las mismas, mide 4,3 x 5,9 x 6 cm.

Juicio clínico

Quiste tímico simple.

Diagnóstico diferencial

Linfoma, Teratoma, Bocio endotorácico

Comentario final

Hemos elegido este caso ya que tras varias consultas sin poder diagnosticar ninguna patología nos damos cuenta de la importancia de la clínica. Primero se catalogó de crisis de ansiedad hasta que en el TC se pudo objetivar la masa y posteriormente su histología. Al tratarse de un quiste tímico debemos descartar otras patologías que se asocian a él, como la miastenia gravis, la aplasia pura de células rojas, hipogammaglobulinemia... También hay que conocer la diferencia entre un quiste tímico y timoma. Los quistes tímicos presentan una cápsula en la que hay tejido tímico normal cuyo origen es alteraciones del desarrollo. Suelen ser asintomáticos y siempre son benignos a diferencia del timoma que contiene múltiples cavidades, puede ser benigno o maligno y están más relacionados con otros síndromes. El tratamiento consiste en la timectomía.

Bibliografía

- Ronzman C, Cardenach F, Ribera JM, de la Sierra A, Serrano S, Elveiser, Farreras -Rozman: *Medicina Interna*, 16ª Edición, 2009
- Longo DL, Fauci AS, DL Kasper DL, Hauser SL, Jammerson JL, Braunwald E. Hill McGraw et al. *Harrison Principles of Internal Medicine*, 18ª Edición, 2011.

541/14. La culpa no fue del paracetamol

Autores:

(1) Carbó Jordà, A., (1) Robles Martín, E., (2) Álvarez Baza, E., (3) Cubelos Fernández, N., (4) Osawa Rodríguez, M., (4) Álvarez Frechilla, C.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León.

Descripción del caso

Varón de 17 años que acude a Urgencias del Centro de Salud por sensación de atragantamiento y sialorrea tras ingesta de un comprimido de paracetamol. Señala a punta de dedo el lugar donde nota la obstrucción en cara lateral izquierda de laringe. No refiere episodios anteriores de disfagia. En tratamiento con inhalador de budesónida/formoterol por asma diagnosticado a los 13 años.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente muestra un buen estado general y buena coloración de piel y mucosas, afebril. Auscultación cardio-pulmonar sin alteraciones. Presenta importante sialorrea, acudiendo al Centro de Salud con una bolsa de plástico dado que, desde la ingesta de paracetamol, refiere ser incapaz de tragar saliva. No se aprecian restos alimentarios ni productos patológicos en el contenido de la bolsa. Se realiza laringoscopia indirecta sin observarse cuerpos extraños. Se confirma la intolerancia oral del paciente administrándole una pequeña cantidad de agua. Ante la sospecha de impactación esofágica se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) para evaluación y pruebas complementarias. En el SUH se realiza interconsulta con Servicio de Digestivo y se le practica gastroscopia, donde se evidencia la impactación del comprimido de paracetamol en tercio medio de esófago. Se presiona el comprimido hasta ser liberado en estómago, apreciándose durante la exploración un esófago de disposición anular. Una vez resuelta la causa de disfagia, se recomienda estudio diferido por posible esofagitis eosinofílica (EE).

Juicio clínico

Impactación esofágica posiblemente secundaria a EE.

Diagnóstico diferencial

Reflujo, acalasia, Crohn, infecciones por hongos y parásitos, trastornos autoinmunes

Comentario final

En un paciente joven que acude por síntomas de impactación esofágica de bolo alimenticio o de un medicamento, debemos sospechar EE, especialmente si tiene antecedentes de atopia como en este caso. De confirmarse este diagnóstico, las opciones terapéuti-

cas son los inhibidores de la bomba de protones, los corticoides tópicos deglutidos y las dietas de exclusión. Los criterios diagnósticos incluyen síntomas de disfunción esofágica, inflamación esofágica eosinofílica (>15 eosinófilos por campo) y exclusión de otras causas de eosinofilia esofágica.

Bibliografía

- *Grupo de Trabajo de Trastornos Gastrointestinales Eosinofílicos. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo práctico de la esofagitis eosinofílica pediátrica. An Pediatr (Barc). 2020;92(6):376.e1-e10.*

541/15. Cefalea como debut de neoplasia pulmonar

Autores:

(1) Carbó Jordà, A., (2) Garrido López, E., (1) Robles Martín, E., (3) Álvarez Baza, E., (4) Álvarez Frechilla, C., (4) Osawa Rodríguez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armunia. León, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado - León V. León.

Descripción del caso

Mujer de 89 años que acude a la consulta con su hija por cuadro de 2 semanas de evolución de cefalea tensional holocraneal. Su hija refiere verla "más torpe" de lo habitual. Desde hace 24 horas presenta, además, mareo sin giro de objetos y vómitos. Antecedentes de deterioro cognitivo y dislipemia, no hábitos tóxicos. Índice de Barthel 31, Mini-Mental 15. Vive con su hija y su yerno, que son sus cuidadores principales.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente presenta buen estado general, consciente y orientada en persona, pero no en espacio ni en

tiempo, se muestra poco colaboradora. Auscultación cardio-pulmonar: soplo sistólico en foco aórtico, crepitantes bilaterales hasta campos medios. Abdomen y extremidades sin alteraciones. La exploración neurológica es normal excepto por la inestabilidad de la marcha. Afebril. Glucemia, TA y SpO2 en límites normales. Ante el cuadro de rápido deterioro cognitivo y la inestabilidad de la marcha, así como la auscultación pulmonar patológica, se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) para pruebas complementarias. En el SUH realizan analítica de sangre y hemograma, donde solo destaca un proBNP de 506 pg/mL, y RX de tórax, donde se evidencia masa en campo pulmonar superior derecho. Seguidamente realizan TC torácico y cerebral. Se confirma la presencia de masa sólida en vértice pulmonar derecho de unos 5 cm de diámetro, tromboembolismo pulmonar (TEP) central y periférico en lóbulo inferior izquierdo y dos procesos expansivos cerebelosos sospechosos de metástasis de primario pulmonar.

Juicio clínico

Neoplasia broncogénica estadio IV con metástasis cerebelosas, TEP central y periférico izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico, causas metabólicas o farmacológicas, accidente cerebrovascular o isquémico transitorio.

Comentario final

Tras el diagnóstico, la paciente es ingresada en Neurología. Dada su edad y deterioro cognitivo, la familia opta por tratamiento conservador. Tras mejoría clínica, es dada de alta después de 6 días con tratamiento ambulatorio con heparina de bajo peso molecular y dexametasona. Desde Atención Primaria se realiza interconsulta al Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria para evaluación y seguimiento. La paciente falleció 3 meses después del diagnóstico.

Bibliografía

- *Prado Esteban F et al. Mareos y Vértigos. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de Geriátrica para Residentes. Madrid: IM&C; 2006. p. 467-479.*

541/16. ¿Ansiedad VS asma?

Autores:

(1) Aranda Domínguez, L., (2) Morales Delgado, N., (3) Martín Guerra, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Descripción del caso

Paciente mujer 29 años, sin antecedentes personales ni familiares a destacar, acude a consulta de Atención primaria por presentar cuadro de una semana de evolución de opresión centrotorácica no irradiado, sin cortejo vegetativo acompañante. Según refiere, desde el lunes presenta ligero aumento de disnea a los esfuerzos intensos. Comenta aumento de opresión torácica con los cambios de presión, sobre todo cuando sube en el ascensor a su puesto de trabajo. Acude cuatro días después del inicio de sintomatología al preocuparse por disnea súbita al subir los escalones de su domicilio. No refiere fiebre, no dolor torácico, no tos ni expectoración, no mucosidad. En días previos, refiere rinitis alérgica. La paciente relaciona la clínica con posible alergia o ansiedad, ya que está pasando por problemas familiares.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Sat basal O2 al 98% Auscultación cardiopulmonar: tonos ritmicos a buena frecuencia, murmullo vesicular abolido en hemitórax derecho, conservado en hemitórax izquierdo. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. No edemas en miembros inferiores. *RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Neumotórax hipertensivo derecho. *ANALITICA: normal. Derivamos al servicio de urgencias para ingreso en Cirugía Torácica. Dada la extensión del neumotórax se realizo drenaje per-

cutáneo con posterior bullectomía y pleurodesis de pulmón derecho. *ANATOMIA PATOLÓGICA: DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Marcado como segmento apical del LSD se remite un fragmento de pulmón de 45x30x14 mms con pequeñas bullas subpleurales. DIAGNÓSTICO: PULMÓN (APICAL DE LSD): BULLAS SUBPLEURALES.

Juicio clínico

Neumotórax espontáneo derecho. Neumotórax hipertensivo derecho.

Diagnóstico diferencial

Ansiedad. Asma. Neumotórax espontáneo.

Comentario final

Tras la realización del drenaje, bullectomía y pelurodesis, cedieron los síntomas de la paciente. Destacar la importancia de realizar una buena anamnesis, así como de una buena exploración física adecuada, pensando en todos los diagnósticos diferenciales posibles.

Bibliografía

- R. Ocaña Martínez, C. Moreno Herrera, F. Cerezo Madueño, F.J. Montero Pérez, L. Jiménez Murillo y A. Salvatierra. Neumotórax espontáneo. En: Luis Jiménez Murillo. F. Javier montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª Edición. 2018. Elsevier: p289-292.

541/20. Doctor me supura el oído

Autores:

(1) Del Portillo Pastor, R., (1) Frontela Asensio, A., (1) Trigo Castro, C., (2) Cornejo Mazzuchelli, A., (3) Alonso Lamas, C., (1) Lozano Martínez, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Cigales. Valladolid.

Descripción del caso

Mujer de 52 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y otitis media crónica. Presenta otorrea de cinco meses de evolución en seguimiento por el otorrinolaringólogo con posible diagnóstico de colesteatoma o mastoiditis. Acude a urgencias por cefalea, vómitos, paresia facial derecha y mareo sin giro de objetos de tres días de evolución. A la exploración otoscópica presenta una otorrea fétida del oído derecho. A pesar de tener un TAC craneal hace doce días normal y con una analítica muy anodina en urgencias, se insiste al radiólogo en volver a realizar un TAC. Se visualizan dos imágenes sugestivas de abscesos cerebelosos. Se ingresa a la paciente siendo intervenida por neurocirugía.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 185/91 mmHg, frecuencia cardíaca 74 lpm, saturación arterial de oxígeno 97%, temperatura de 36.2°C. Exploración otoscópica: tímpano engrosado, desdiferenciado, eritematoso con otorrea fétida aparentemente proveniente de zona apical. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. No signos meníngeos. Paresia facial derecha con signo de Bell negativo. No tiene nistagmo espontáneo ni alteraciones campimétricas. No se objetiva disimetría. Romberg inestable sin lateropulsión.

Analítica: leucocitos 13580 (neutrófilos 93%), PCR 6.7 mg/l, resto sin alteraciones. Electrocardiograma y radiografía de tórax sin alteraciones. TAC cerebral: en el hemisferio cerebeloso derecho se identifican dos imágenes nodulares hipodensas con realce periférico fino, sugestivas de abscesos. TAC de peñascos: colesteatoma en oído derecho marcadamente agresivo con importante destrucción ósea de tipo expansivo.

Juicio clínico

Colesteatoma adquirido secundario del oído derecho complicado con abscesos cerebelosos.

Diagnóstico diferencial

Abscesos cerebrales. Tumores parenquimales primarios y metastásicos. Empiemas subdurales. Meningitis. Vértigo periférico.

Comentario final

Las manifestaciones de los abscesos cerebrales inicialmente tienden a ser inespecíficas. Es una complicación de los colesteatomas que requiere intervención inmediata y esto supone un retraso en el diagnóstico. Únicamente en un 20% de los casos presentan la triada: cefalea, fiebre y déficit neurológico. Importante desde atención primaria derivar al otorrinolaringólogo una otorrea persistente en un paciente con sospecha de una perforación timpánica para descartar una otitis media crónica colesteatomatosa.

Bibliografía

- Herranz Larrañeta. Jesús Herranz González-Botas. *Otitis media crónica en adultos. Fisterra, guías clínicas*. 2017
- Frederick S Southwick, MD. *Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of brain abscess*. *Up-to-date* 2019

541/22. Doctor doctor me mareo

Autores:

Ortiz Osuna, M.

Centro de Trabajo:

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

Descripción del caso

Hombre de 56 años de profesión agricultor, con antecedentes personales de HTA y DM2. Acude a su médico de familia porque refiere que cuando conduce pisa las líneas de la carretera. No cuenta ninguna sintomatología acompañante al cuadro, el refiere que se encuentra perfectamente. Ha llevado el coche al taller y no tiene ningún problema. Refiere que ha mirado por internet algunas "cosas" y se ha asutado por eso ha decidido acudir al médico.

Exploración y pruebas complementarias

ACR: no soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación no masas ni megalias acompañantes. Murphy y blumberg negativo

Neurológico: pupilas reactivas, pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Dismetria y romberg positivo

Pruebas complementarias

Analitica con hematimetria, bioquimica y coagulacion dentro de la normalidad.

TAC craneo (patologico exploracion neurologica): LOES cerebelosas sugerentes de metastasis.

Se realizo mas tarde TAC de torax y abdomen en busqueda de tumor primario sin ningun hallazgo.

Mas tarde el paciente acudio a la peluqueria para pe-larse y se evidencio una lesion de color negruzca en cuero cabelludo de alrededor de 2 cm de diametro con bordes irregulares. Se biopsio dicha lesion con diagnositco de melanoma.

Juicio clínico

Melanoma en cuero cabelludo con metastasis cerebelosas.

Diagnóstico diferencial

- ACVA
- SAOS

Comentario final

Importancia de los antecedentes personales asi como la profesion de los pacientes a la hora de un diagnostico.

Bibliografía

- NK Rollins, P Nisen, and KN Shapiro. *The use of early postoperative MR in detecting residual cerebellar.* AJNR Am. J. Neuroradiol, Jan 1998;19:151-156

541/23. Orquitis urliana

Autores:

(1) Trigoso Castro, C., (2) Cornejo Mazzuchelli, A., (3) Alonso Lamas, C., (1) Lozano Martínez, A., (1) Del Portillo Pastor, R., (1) Frontela Asensio, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (2)

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Cigales. Valladolid.

Descripción del caso

Varón de 25 años, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes de interés que acude a urgencias ambulatorias por cuadro clínico de dolor testicular izquierdo de 2 días de evolución asociado a fiebre termometrada de hasta 38.5º en las últimas horas. Refiere molestias en tercer molar izquierdo desde hace 6 días. Niega síndrome miccional, clínica respiratoria, abdominalgia y relaciones sexuales de riesgo. Calendario vacunal al día.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado. Eupneico en reposo. Estado general deteriorado.

Faringe hiperémica con molestias a la palpación tercer molar izquierdo sin observarse supuración.

Teste izquierdo tumefacto, empastado respecto a contralateral, sin cambios con elevación testicular, pene y meato sin alteraciones, circuncidado, sin palpase adenopatías inguinales.

Hemograma y bioquímica: Leucocitos 11320/mm³ con neutrofilia al 82.7 %, PCR:17.2 mg/l.

Sistemático de orina sin alteraciones.

IgG e IgM positivos para Virus de Parotiditis.

Ante sospecha de orquitis de causa incierta, con posible infección vírica por parotiditis, se propone tratamiento empírico con antibioterapia para evitar sobreinfección. Se decide alta añadiendo tratamiento sintomático y antitérmicos. Al tratarse de una enfermedad de declaración obligatoria, se realiza notificación urgente e individualizada incluyendo datos epidemiológicos básicos de forma inmediata.

Juicio clínico

Orquitis urliana

Diagnóstico diferencial

Sialoadenitis, orquitis bacteriana, uretritis, infección tracto urinario, ETS

Comentario final

La parotiditis infecciosa es una enfermedad vírica aguda, siendo su complicación más frecuente la orquitis, pudiendo afectar la capacidad genésica. A pesar de la efectividad de la vacunación sistemática, siguen produciéndose casos y brotes epidémicos, que se atribuyen a un descenso de los anticuerpos protectores con el tiempo. Es de vital importancia una adecuada exploración para control de la infección y notificación. Entre los casos declarados en Europa entre 2007 y 2016, aproximadamente un 50 % habían recibido una o dos dosis de vacuna, sugiriendo la posibilidad de presentación de parotiditis modificada (breakthrough) cuya manifestación es más larvada, como en el caso descrito.

Bibliografía

Pérez Giraldo C, Sánchez Castañón J. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico de las epididimitis y orquitis. *Medicine*. 2006; 9(55): 3618-3620.
 Evaluation of scrotal pain or swelling in children and adolescents. In: Rose, BD (Ed). *UpToDate v16.2*. Wellesley, MA: UpToDate; 2019. [actualizado el 07/08/2017; consultado el 10/02/2020].

541/24. Parálisis del tercer par como primera manifestación de un meningioma del seno cavernoso

Autores:

Frontela Asensio, A., Alonso Llama, C., Cornejo Mazzucheli, A., Trigos Castro, C., Lozano Martínez, A., Del Portillo Pastor, R.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid.

Descripción del caso

Mujer de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, que acude a consulta de Atención Primaria por visión doble de dos días de evolución. A la anamnesis dirigida refiere leve cefalea periorcular izquierda durante los días previos con

respuesta parcial a analgesia. La paciente no refería otra clínica neurológica ni síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetivó un leve déficit de aducción, parálisis de motilidad vertical y leve ptosis de ojo izquierdo. La pupila izquierda tenía un tamaño de 4 mm y de 3,5 mm la derecha, ambas reactivas a la luz y sin defecto pupilar aferente. En cuanto al resto de exploración neurológica no presentaba déficit motor, nivel sensitivo ni otras alteraciones.

Ante diplopia de reciente instauración y los datos exploratorios se deriva a la paciente a urgencias, dónde es rápidamente valorada por Oftalmología. La exploración con lámpara de hendidura era característica de catarata bilateral incipiente. El fondo de ojo fue normal. Se realizó además una analítica de sangre con determinación de VSG como marcador de inflamación, resultando todos los datos dentro de la normalidad. La resonancia magnética reveló una masa en el seno cavernoso izquierdo compatible con un meningioma. Tras este hallazgo se realizó interconsulta con neurocirugía para tratamiento del tumor y posible alivio de la clínica oftalmológica asociada.

Juicio clínico

Parálisis de tercer par craneal secundario a Meningioma.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se realizará con otras lesiones intracraneales que puedan suponer una afectación asociada del III par craneal, a destacar en primer lugar los aneurismas de la arteria comunicante posterior, tumores primarios o metastásicos o traumatismo craneales.

Comentario final

La parálisis del tercer par craneal puede deberse a lesiones en cualquier localización del trayecto de dicho nervio y se acompañan característicamente de una ptosis palpebral, además de imposibilidad o limitación para mover el globo ocular y midriasis arreactiva en casos de parálisis completa. La parálisis del tercer par craneal es un problema relativamente frecuente, y es el médico de Atención Primaria quien en muchos casos identifica esta patología.

Bibliografía

- *Biousse V, Newman NJ. Third nerve palsies. Semin Neurol 2000;20:55-74*

541/25. Doctora, no puedo mover el brazo

Autores:

(1) Aranda Domínguez, L., (2) Morales Delgado, N., (3) Martín Guerra, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur - Santa Victoria. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Descripción del caso

Mujer 51 años, Antecedentes personales de Hipertensión arterial, en tratamiento con torasemida 5 mg, fumadora de 2-3 cigarrillos/día, acude a consulta por frialdad y pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo. Refiere que el domingo se acuesta asintomática, pero el lunes se despierta con incapacidad para movilizar la mano izquierda que ha ido empeorando las últimas 24 horas, asociado a parestesias. Dos días antes de este episodio, tiene pérdida visual en hemisferio inferior del ojo derecho de minutos de duración.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Afebril. Eupneica en reposo. ACP normal. Exploración neurológica: paresia 3/5 de todos los movimientos de la mano izquierda, global, incluido flexión palmar y dorsal a nivel de la muñeca. Flexo-extensión de codo izquierdo 4/5. Hipoestesia táctil MSI. Derivamos a Urgencias para valoración. *ANALÍTICA: anodina. *ECG: bloqueo AV primer grado, ritmo sinusal. *TAC CRÁNEO: Se observan varias lesiones hipodensas en sustancia blanca frontal y parietal derecha que, si bien podrían ser de origen isquémico, son de carácter inespecífico. No se observan imágenes de sangrado. Sistema ventricular normal, centrado

en línea media. Dada la sospecha de infartos subcorticales de aspecto embólico frontal y parietales derechos se ingresa a cargo de Neurología. *DOPPLER TSA/Transcraneal: Estenosis crítica > 70% del origen ACI derecha. A. subclavias y vertebrales con placas. *RM CRÁNEO: lesiones isquémicas agudas corticales hemisféricas derechas de aspecto embólico. Infartos múltiples agudos de aspecto embólico en territorio posterior y superior de ACM derecha. Se realiza angioplastia a la paciente.

Juicio clínico

Ictus isquémico hemisférico derecho de perfil embólico por estenosis crítica ACID.

Diagnóstico diferencial

Isquemia miembro superior izquierdo aguda. Ictus isquémico.

Comentario final

Tras excelente respuesta a la angioplastia, fue dada de alta con ácido acetilsalicílico, clopidrogel, omeprazol y atorvastatina. Destacar la importancia de realizar una buena anamnesis, así como de una exploración física adecuada y pensar en todos los diagnósticos diferenciales posibles.

Bibliografía

- *R. Calvo Rodríguez, J. J. Ochoa Sepúlveda, A. Toledano Delgado, F. L. Jiménez Murillo, S. Castilla Camacho, T. Molina Nieto y F.J. Montero Pérez. Accidente cerebrovascular. En: Luis Jiménez Murillo. F. Javier montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª Edición. 2018. Elsevier: p406-416.*

541/27. Hormigueos en las manos

Autores:

(1) Alonso Lamas, C., (2) Trigo Castro, C., (2) Lozano Martínez, A., (2) Del Portillo Pastor, R., (2) Frontela Asensio, A., (3) LOPEZ GONZALEZ, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Cigales. Valladolid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud La Victoria I. Valladolid, (3) Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital Universitario La Coruña. La Coruña.

Descripción del caso

Mujer de 73 años, alérgica a quinolonas y estreptomina. Con antecedentes de: HTA, Dislipemia, Bocio multinodular intervenido hace más de 20 años con hipotiroidismo e hipoparatiroidismo postquirúrgico, síndrome polimialgico, TEP bilateral, Insuficiencia cardiaca derecha, temblor esencial, síndrome Sjogren, quiste hidatídico hepático con afectación mediastínica intervenido.

Acude porque refiere parestesias en extremidades superiores e inferiores y peribucales de larga evolución que hoy han empeorado. Estreñimiento. Niega síndrome febril, no convulsiones, no tos. No palpitaciones. No dolor torácico ni disnea. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

TA:120/73mmHg, FC: 76 lpm, SatO₂: 95%, Temperatura:36,3°C. Glasgow 15/15. consciente y orientada.

Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación.

Extremidades: Signo Trousseau positivo en manos, no edemas ni signos de TVP en piernas.

Analítica: Hb: 10 gr/dl, leucocitos: 11170µl, plaquetas: 248.000 µl. Glucosa: 106 mg/dl, Creatinina:0.96 mg/dl, Na: 137.3 mEq/L, K: 3.1mEq/L, Ca total: 5.1 mg/dl, Albumina:3.82 g/dl, calcio corregido: 5.24 mg/dl, Mg: 1.7 mg/dl, PCR: 25.1 mg/L, CK: 256 UL, Troponina T:20.16, P: 4.8 mg/dl. Vit B12:278.00 pg/ml, 25 OH VITAMINA D: 31.40 ng / ml. TSH:8.75 µIU / ml, T-4 Libre:1.47 ng / dl, PTH Int:13.40 pg/ml.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 73 lpm, QT de 523 ms.

Radiografía de tórax normal.

La paciente ingresó con perfusión endovenosa de gluconato cálcico. Fue dada de alta con ECG normal

y Calcio: 7.3 mg/dL, Calcio Corregido: 7.51 mg/dL, tratamiento con calcio y calcitriol y ajuste de levotiroxina. Posteriormente en endocrinología presentó Calcio Total 9.3 mg/dL.

Juicio clínico

Hipocalcemia severa en paciente con hipoparatiroidismo postquirúrgico

Diagnóstico diferencial

Ictus, epilepsia, demencia

Comentario final

El calcio tiene un papel clave: en la mineralización esquelética, contracción muscular, transmisión nerviosa y secreción hormonal. La dieta es su principal fuente, su absorción depende de la vitamina D, de la hormona paratiroidea y calcitonina.

La hipocalcemia es una patología muy grave que hay que sospechar y tratar de forma rápida.

Bibliografía

- Shrimanker I, Bhaattanrai S. *Electrolytes*. Statpearls Publishing; 2019-2019 may 3.
- David Goltzman, Md, Clifford J Rosen, MD, Jean E Mulder MD. *Clinical manifestations of hypocalcemia*. Uptodate
- Tohme JF, Bilezikian JP. *Hypocalcemic emergencies*. *Endocrinol Meab Clin North Am*. 1993 Jun 22;(2):363-75.

541/28. Tos persistente

Autores:

(1) Ruíz Granado, M., (2) Castro Torres, M., (3) Atienza Martín, F.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Dos pacientes de 72 y 49 años acuden a consulta de atención primaria por tos seca desde hace meses. Ambos han sido fumadores, sin otros antecedentes destacables.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física realizada en consulta, no se confirma ningún hallazgo relevante, por lo que en uno de los casos se solicita una Rx de tórax, mientras que en el otro caso se administra tratamiento con codeína y Foster. Ambos son derivados a consulta de neumología, en el primer caso por obtener en la radiografía de tórax una imagen de aspecto tumoral y en el segundo caso por no responder a tratamiento.

Juicio clínico

La tos persistente es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. La prevalencia de la tos en la población general es de un 12% aproximadamente, siendo superior en pacientes fumadores o exfumadores. Ante este síntoma debemos estar alerta y sospechar una neoplasia pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Las principales causas de tos prolongada son:

- Infecciones agudas y crónicas.
- Enfermedades del parénquima pulmonar
- Tumores
- Enfermedades cardiovasculares
- Otras enfermedades como reflujo gastroesofágico
- IECAs

Comentario final

En ambos casos, una vez derivado a consultas de Neumología, se les solicita un Tac de tórax y abdomen por sospecha de neoplasia pulmonar, obteniendo en el primer caso un carcinoma no microcítico pulmonar EGFR no mutado en lóbulo superior derecho que fue tratado con quimioterapia y radioterapia con buena respuesta al tratamiento, en el segundo caso se obtuvo una masa pulmonar parahiliar izquierda T3NoMx intervenida quirúrgicamente mediante neumonectomía izquierda y linfadenectomía. Ambos ca-

sos muestran la importancia de atender a los posibles síntomas de alarma de una enfermedad en atención primaria como en este caso es la tos prolongada en paciente exfumador, para así poder realizar una correcta orientación diagnóstica.

Bibliografía

- Benich JJ, Carek PJ. Evaluation of the Patient with Chronic Cough. *Am Fam Physician*, 2011;84(8):887-892.
- Pacheco A, de Diego A, Domingo C, Lamas A, Gutiérrez R, Naberan K, Garrigues V, López-Vime R. Tos crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 2015; 11(51): 579-589.

541/30. Isquemia arterial en tiempos de pandemia

Autores:

(1) Esojo García, M., (2) VALVERDE BASCÓN, B., (3) Alba Priego, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Descripción del caso

Paciente varón de 40 años, fumador de 2 paquetes al día, sin patologías ni intervenciones quirúrgicas de interés. Consulta en servicio de urgencias de atención primaria por dolor a nivel de miembro inferior derecho desde hace 1 mes. Ha consultado previamente en 2 ocasiones (hace 4 y 3 semanas) en el servicio de urgencias del hospital de referencia por dicho motivo, pautándole analgesia sin mejoría. Hace una semana consulta con su médico de atención primaria quien solicita una ecografía.

El dolor se inició a nivel del gemelo derecho con sensación de calambres y posteriormente ha ido progresando hacia región poplíteo, en los últimos días asocia parestesias y cambio de coloración de los dedos del pie.

Niega traumatismos ni sobreesfuerzos previos.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta frialdad y palidez de miembro inferior derecho (de predominio a nivel distal) con respecto al contralateral así como dolor a la palpación de sóleo derecho. Pulso pedio ausente, tibial posterior disminuido.

Ante la sospecha de isquemia arterial aguda se deriva al paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia para valoración.

Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación con todos los parámetros dentro de los valores de referencia, salvo una leucocitosis de 14.100 con neutrofilia de 8.530.

Angio-TC: Oclusión de la arteria femoral superficial derecha (en tercio distal).

Ingresa para embolectomía arterial.

Juicio clínico

Isquemia subaguda

Diagnóstico diferencial

- Patología osteoarticular
- Neuropatía periférica
- Trombosis venosa

Comentario final

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las afecciones más prevalentes y es habitual la coexistencia con enfermedad vascular en otras localizaciones. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de eventos secundarios mayores. La presencia de isquemia crítica (dolor en reposo o lesiones tróficas) implica la necesidad de tratamiento de revascularización precoz, por el elevado riesgo de pérdida de la extremidad.

Bibliografía

- *Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):969-82.*

- *Espinosa G., Llambrich A., Ingelmo M. Tromboangitis obliterante. Medicina Integral, Vol 37, num 4, febrero 2001.*

541/32. Los efectos colaterales del confinamiento

Autores:

(1) *Esojo García, M.*, (2) *Gracia Rodríguez, R.*, (3) *Rodríguez Mengual, A.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba*, (2) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba*, (3) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.*

Descripción del caso

Paciente varón de 77 años con antecedentes de HTA y gonartrosis. Niega hábitos tóxicos. Acude a consulta del centro de salud por sensación disneica desde hace 2-3 días de inicio súbito, que no se modifica con los esfuerzos. Asocia dolor costal izquierdo. No ortopnea. No disnea paroxística nocturna. No dolor torácico. No recorte de diuresis. No fiebre.

En anamnesis dirigida refiere que hace unas semanas ha tenido la pierna izquierda más hinchada de lo habitual porque con el confinamiento ha dejado de dar sus paseos diarios pero que ya está bien.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico en reposo. SatO₂: 95% basal.

ACR: tonos rítmicos taquicárdicos sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos.

MMII: miembro inferior izquierdo discretamente más aumentado de tamaño y temperatura con respecto a contralateral, homans negativo.

EKG: taquicardia sinusal a 100lpm. Eje normal. QRS estrecho. Ondas Q en DIII.

Se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia para valoración.

Pruebas complementarias realizadas en urgencias:

- GSA: pH 7.46 pO₂ 83 pCO₂ 35 Na 134 K 4 HCO₃ 24.9
- Rx tórax: calcificación aórtica. No otros hallazgos.
- Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación con todos los parámetros dentro de los valores de referencia, salvo Dímero D 13.289.
- Angio-TC arteria pulmonar: Se observan defectos de repleción en árbol arterial pulmonar localizados en ambas ramas lobares inferiores y sus respectivas segmentarias, en relación a tromboembolismo pulmonar lobar bilateral.
- Ecografía doppler: hallazgos ecográficos concordantes de TVP en territorio femoropoplíteo izquierdo.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio

Neumonía

Edema agudo de pulmón

Ansiedad

Comentario final

El diagnóstico de TEP surge en base a la sospecha clínica, que en ocasiones se da con unos cuantos datos aislados debido a la gran variabilidad en la forma de presentación. Es imperativo en todo paciente en que se sospeche TEP, efectuar cualquiera de los puntajes de Wells o Ginebra. Con base a la estabilidad del paciente se debe efectuar la determinación del dímero D y con el resultado excluir TEP o continuar con la evaluación diagnóstica.

Bibliografía

- Morales Blandir JE, Salas Pacheco JL, Rosas Romero M, Valle Murillo MA. Diagnóstico de tromboembolia pulmonar. *Arch Cardiol Mex* 2011;81(2):126-136.

541/33. No toda fiebre es covid

Autores:

(1) Romo Guajardo-Fajardo, C., (2) López Suárez, J., (1) Pineda Muñoz, I., (3) Ballesteros Barrón, M., (3) Morán Rocha, M., (3) Moreno Barranca, I.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Especialista en Emergencias Sanitarias. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 58 años, natural de La Puebla del Río, que acude al servicio de urgencias por cuadro de cefalea y fiebre de 39°C, asociada a vómitos intensos, que mejoran con antitérmicos y antipiréticos. Presenta, tras 72 horas del cuadro clínico, empeoramiento del estado general con oligoanuria y deterioro progresivo del nivel de conciencia, refiriendo los familiares debilidad de miembros inferiores y postración, con incapacidad para la sedestación, rigidez de miembros, incapacidad para la tolerancia oral, así como dificultad para abrir ojos y emitir sonidos. A su llegada a urgencias, se objetiva Glasgow de 6 puntos, fluctuante hasta 10, con TAC craneo normal. Se realiza punción lumbar siendo compatible con encefalitis linfocitaria. Se envían muestras pertinentes y se realiza declaración obligatoria. Dado el empeoramiento progresivo se decide traslado al Hospital Virgen del Rocío, centro de referencia, donde ingresa en Infeccioso.

Exploración y pruebas complementarias

MEG, postrada, satO₂ del 100%. TA 80/50 mm Hg, FC 80 lpm. ACP y abdomen normal. E. neurológica Glasgow 8.

PCR Covid-19: No se detecta ARN. Analítica normal, excepto discreta leucocitosis. LCR: Aspecto claro. Glucosa: 64 mg/dl. Proteínas: 85.8 mg/dl. Leucocitos 62 (76% Mononucleares). Gram y cultivo negativo. PCR múltiple: NO SE DETECTA: Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes.

nes, Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae, CMV, Enterovirus, HSV-1, HSV-2, HHV-6, Human parechovirus, VVZ, Cryptococcus neoformans/gattii. IgM para West-Nile positiva. RX tórax normal. TAC de craneo normal. RM craneo sin hallazgos.

Juicio clínico

MENINGOENCEFALITIS POR WEST-NILE

Diagnóstico diferencial

Sépsis de origen central.

Covid

Comentario final

Lo curioso del caso, es que al acudir la paciente con fiebre al servicio de urgencias, fue clasificada como Covid positivo, siendo la anamnesis de los familiares, lo que ayudó a orientar la patología que presentaba. La clínica también fue de gran importancia al presentar sintomatología neurológica que hizo cuestionar el lugar de procedencia de la paciente.

Bibliografía

- Naides SJ. Arboviruses causing fever and rash syndromes. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 382.
- Thomas SJ, Endy TP, Rothman AL, Barrett AD. Flaviviruses (dengue, yellow fever, Japanese encephalitis, West Nile encephalitis, St. Louis encephalitis, tick-borne encephalitis, Kyasanur forest disease, Alkhurma hemorrhagic fever, Zika). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Updated Edition. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 155.

541/35. Eritema multiforme mayor en atención primaria

autores:

(1) Boillat Oriani, G., (2) Ramos Galindo, N., (2) Ramos Masa, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga.

Descripción del caso

Paciente femenina de 17 años de edad, con antecedentes de rinitis alérgica, quien desde el verano de 2019 presenta, al menos una vez al mes, cuadro de lesiones cutáneas en placas eritematoedematosas calientes, que posteriormente se aclaran por la zona central (en diana). Se acompaña de fiebre y dolor articular en rodillas y brazos. Refiere con la ingesta de piña presenta, de forma inmediata, lesiones en lengua; con melocotón y frutas afines con piel, lesiones habonosas periorales y cervicales y sensación de mareo; y con cerezas, urticaria generalizada, sin clínica respiratoria ni digestiva acompañante. Mejoría con tratamiento antihistamínico a demanda.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Lesiones en diana, otras compatibles con habones y ampollas en cara, tronco y extremidades. Pruebas complementarias de alergia e inmunología: Neumoalérgenos (mezcla); Ac (IgE; Phadiatop) POSITIVO. IgE 674,0 UI/mL. Pruebas cutáneas con alimentos y mediante técnica intraepidérmica frente a aeroalérgenos: Positivos a piel de melocotón (no disponibles piña ni cereza) y para Phleum, Chenopodium, Artemisia, Salsola, Altemaria.

Juicio clínico

Eritema Polimorfo o Multiforme Mayor.

Diagnóstico diferencial

Reumatismo Palindrómico. Síndrome LTP (proteína transportadora de lípidos).

Comentario final

El eritema multiforme (EM) es de etiopatogenia no aclarada, se considera una reacción cutánea ante diversos estímulos. La forma mayor es más rara. Habitualmente tiene un periodo prodrómico de hasta 14 días, con fiebre, tos, cefalea, artralgias, etc. Pos-

teriormente, aparecen placas eritematoedematosas más extensas, con tendencia a la formación de ampollas y erosiones mucosas más intensas (boca, genitales, faringe, laringe, conjuntiva). Son normales los síntomas sistémicos y no tiende a la recurrencia. Los factores etiológicos más frecuentes son los fármacos (sulfamidas, AINE, anticonvulsivos y antibióticos, en orden decreciente). También se han implicado agentes infecciosos, fundamentalmente *Mycoplasma pneumoniae*. El EM mayor requiere el tratamiento de la infección subyacente o la retirada del medicamento implicado y medidas de soporte. Está en discusión el uso de esteroides orales, en función del estado general del paciente.

Bibliografía

- Callen JP, Cerroni L, Heymann WR, Hruza GJ, Mancini AJ, Patterson JW, Röcken M, Schwarz T. *Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. 3ª ed. Elsevier Saunders, 2012. Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. Rook's Textbook of Dermatology. 9ª ed. Wiley-Blackwell, 2016.*

541/36. Pancitopenia en adolescente

Autores:

- (1) Pineda Muñoz, I., (1) Romo Guajardo-Fajardo, C., (2) Morán Rocha, M., (2) Ballesteros Barrón, M., (2) Romero Barranca, I., (2) Filella Sierpes, A.

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 14 años, recién llegada al cupo, sin AP de interés que consulta por la aparición de hematomas con facilidad en los últimos dos meses, niega otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC. Discreta palidez cutáneo-mucosa, eupneica en reposo.

ACR: Rítmica y sin soplos. BMV. No adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Resto anodino.

Analítica: Leucocitos $2,89 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hematíes $1,55 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobina 5,3 g/dL, Hematocrito 19,3%, VCM 124,5 fl, HBCM 34,2 pg, CHCM 27,5 g/dL, Dispersión de hematíes 18,0%, Plaquetas $24 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos $0,76 \times 10^3/\mu\text{L}$, Reticulocitos 99,80 $\times 10^3/\mu\text{L}$, Reticulocitos (%) 6,44%.

Juicio clínico

Hemoglobinuria paroxística nocturna

Diagnóstico diferencial

En este caso nos planteamos el diagnóstico diferencial con causas de pancitopenia adquirida.

Tóxica: por fármacos que causen mielotoxicidad.

Infecciosas: Sepsis bacteriana o virus (como CMV, VIH, VEB, hepatitis), etc.

Neoplásicas: Leucemias agudas, linfomas, neuroblastomas, sarcomas

Enfermedades Hematológicas: Aplasia medular adquirida, síndromes mielodisplásicos, hemoglobinuria paroxística nocturna, síndromes de activación macrofágica.

Comentario final

La hemoglobinuria paroxística nocturna es un trastorno raro caracterizado por hemólisis intravascular con hemoglobinuria. La leucopenia, la trombocitopenia, las trombosis arteriales y venosas, y las crisis episódicas son frecuentes. El diagnóstico requiere citometría de flujo. El tratamiento es de sostén y con eculizumab, un inhibidor del complemento terminal.

Se trata de una adolescente recién llegada a nuestro cupo, que como sucede en muchas ocasiones, viene a consulta con su madre a comentarle a su nuevo médico un problema en principio banal, de algunos meses de evolución y que han pasado por alto. Es importante en este caso destacar que pese a que se trata de una persona muy joven y que a priori no deberíamos pensar en que pueda tratarse de una patología de este tipo, nos podemos encontrar con situaciones como esta en las que algo grave se

esconde detrás de consultas que parecen no tener importancia.

Bibliografía

- *Anales de Pediatría continuada*, 2012. *Pancitopenia: valoración clínica y diagnóstica*. (Vol 10, nº 4), pp.217-221.
- *Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) - Hematología y oncología - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [cited 30 October 2020]. Available from: <https://www.msmanual.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/anemias-causadas-por-hemólisis/hemoglobinuria-parox%C3%ADstica-nocturna-hpn>*

541/37. Dolor abdominal con sorpresa final

Autores:

(1) Pineda Muñoz, I., (1) Romo Guajardo-Fajardo, C., (2) Morán Rocha, M., (2) Filella Sierpes, A., (2) Ballesteros Barrón, M., (2) Romero Barranca, I.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 56 años, fumadora de 20 cig/día, con AP de lupus, que acude a urgencias del centro de salud por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 5 días de evolución, vómitos en número de 3-4 al día, sin cambios en el hábito intestinal y fiebre de hasta 39°C.

Exploración y pruebas complementarias

REG, BHP, COC, normocoloración de piel y mucosas, eupneica en reposo, tolerando el decúbito. ACR: Rítmica y sin soplos. Buena ventilación, crepitantes en base derecha. ABD: blando y depresible, doloroso a la palpación del HCD, no masas ni regalías, no signos

de peritonismo. RHA conservados. Murphy dudoso. PPR negativa bilateral. Resto anodino.

Se solicita serie de abdomen y placa de tórax donde se visualiza condensación en base derecha, que borra la silueta cardíaca.

Juicio clínico

Neumonía multilobar derecha.

Diagnóstico diferencial

En este caso nos planteamos el diagnóstico diferencial con diferentes causas de dolor abdominal, en nuestro caso la primera impresión fue la patología de hepática o de la vía biliar. Además, una vez evidenciada la neumonía debemos plantearnos las diferentes etiologías que pueden causar neumonía (bacteriana, vírica, etc)

Comentario final

En este caso queremos destacar la forma de presentación de la patología, ya que, aunque es raro, en ocasiones el dolor abdominal puede ser síntoma de neumonía. Este hecho ocurre sobre todo cuando se produce una irritación pleural, como fue el caso de nuestra paciente que presentó también mínimo derrame pleural. Es frecuente también encontrarnos esta manifestación en la edad pediátrica.

Debemos tener en cuenta que, aunque se trata de un síntoma poco frecuente, la exploración de la paciente puede ponernos en alerta y hacernos pensar que la afectación puede ser extra abdominal.

Nuestra paciente precisó ingreso hospitalario y finalmente el cuadro mejoró con la antibioterapia parenteral.

Bibliografía

- *Tamayo Meneses Luis, Castillo Loayza Jorge. Dolor abdominal agudo, síntoma indirecto de neumonía: a propósito de tres casos. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2006 [citado 2020 Oct 30] ; 51(1): 65-70. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51652-67762006000100008&lng=es.*
- *Sanjay S. Generalidades sobre la neumonía - Trastornos pulmonares - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD ver-*

sión para profesionales. 2020 [cited 30 October 2020]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/generalidades-sobre-la-neumon%C3%ADa>

541/40. Varón de 25 años con hemospermia de un mes de evolución

Autores:

(1) León Domínguez, J., (2) Martínez Perona, E., (3) Fiñana Sánchez, R.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

Paciente de 25 años de edad acude a consulta de Atención Primaria tras presentar semen con restos hemáticos, de color rojo fresco, en numerosas ocasiones durante la eyaculación, de un mes de evolución. Afebril. Niega hábitos tóxicos. No refiere viajes al extranjero en meses previos. Niega antecedente traumático previo. Manifiesta síndrome miccional en alguna ocasión. Antecedentes Personales: infección del tracto urinario de repetición, prostatitis. Niega intervenciones quirúrgicas. Antecedentes Familiares: sin hallazgos de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, Tensión Arterial: 129/75 mmHg. Buen estado general. Normohidratado y Normoperfundido. Exploración de abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. No hernias. Ruidos hidroaéreos conservados. Exploración de genitales externos (pene, testículos y región escrotal): anodina. Epidídimo y conductos deferentes: sin hallazgos patológicos. Inspección Tacto Rectal: se palpa próstata de tamaño y consistencia normal. Se realiza hemograma y bioquímica en rango de normalidad. Serologías

VIH, VHC, VHB y LUES: negativas. Sistemático de orina negativo. Cultivo de orina negativo. PSA: 1.6 ng/mL (normal). Cultivo de semen y antibiograma: Escherichia Coli +. Se deriva a Consultas Externas de Urología, donde le realizan: Ecografía Urológica: sin hallazgos relevantes; RMN: se visualiza contenido hemático en vesícula seminal izquierda, donde se aprecia litiasis pequeña en la misma.

Juicio clínico

Litiasis en vesícula seminal izquierda.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad diverticular. Orquiepididimitis. Prostatitis. Varices uretra prostática. Condilomas. Estenosis uretra. Carcinoma testicular.

Comentario final

Consiste en una entidad rara que debemos sospechar e incluir dentro del diagnóstico diferencial ante la presencia de hemospermia en varón con edad inferior a 40 años. En nuestro paciente, se inició tratamiento empírico con antibioterapia (Ciprofloxacino). No ha precisado tratamiento específico (vesiculosocopia transuretral con litotricia), tras mejoría de la clínica, reducción de hemospermia y remisión de forma espontánea.

Bibliografía

- Herts BR. Calcification of the Seminal Vesicles. *J Urol.* 2015; 19 (01): 209-211. - Song T, Zhang X, Zhang L, Zhang F, Fu WJ. Transurethral seminal vesiculosocopy in the diagnosis and treatment of seminal vesicle stones. *Chin Med J (Engl).* 2012; 125(08): 1475-1478.

541/41. Rectorragia y dolor abdominal en varón joven con trastornos de coagulación

Autores:

(1) León Domínguez, J., (2) Martínez Perona, E., (3) Fiñana Sánchez, R.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén,

(2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 22 años que acude a médico de Atención Primaria tras presentar dolor y molestias abdominales inespecíficas de 72 horas de evolución asociado a un episodio de rectorragia. Tiene antecedente de disminución del factor VII de la coagulación, 3 episodios de hemorragia digestiva baja autolimitadas hace 3 años (gastroscoopia, colonoscopia, gammagrafía con Tc99, enteroscopia, tránsito intestinal y arteriografía sin objetivar lesiones) manifestados como hematoquecia. Exploración física en consulta anodina permaneciendo estable y derivamos a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinamicamente estable. Tacto rectal: sangre fresca escasa, resto anodino. En los análisis solicitados hemograma, bioquímica y coagulación normales. Dados los antecedentes, se decide Ingreso para estudio con Gammagrafía con hematíes marcados, observándose un depósito patológico a nivel de flanco derecho compatible con actividad en zona de intestino delgado en íleon, ciego o colon ascendente. Se completa estudio con Colonoscopia en la que observaron restos hemáticos por todo el trayecto hasta 13 cms de íleon, sin encontrar un punto sangrante. Se realiza una cápsula endoscópica para valorar el resto de intestino delgado. El paciente presenta nuevamente episodio de rectorragia con repercusión clínica y en analítica (Hb 4, Hto 13%), por lo que se trasfunden 3 bolsas de concentrados de hematíes y contactan con Servicio de Cirugía, decidiéndose realización de nueva arteriografía sin evidenciarse punto de sangrado. Se planteó laparotomía urgente en la que hallan divertículo de Meckel a 40 cms de la válvula ileocecal con hemorragia activa. Se hace resección ileal incluyendo el divertículo con anastomosis termino-terminal con evolución satisfactoria.

Juicio clínico

Divertículo de Meckel.

Diagnóstico diferencial

Infección intestinal por Clostridium Difficile. Neoplasia. Angiodisplasia. Hemorragia intestinal.

Comentario final

Siendo la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con presencia en el 2% de la población general, en su mayoría son asintomáticos con riesgo bajo de complicaciones. Sin embargo, a pesar de la alta sensibilidad sobre todo en niños, ésta fue negativa pudiéndose tratar de un falso negativo.

Bibliografía

- Mittal BR, Kashyap R, Bhattacharya A, Singh B, Radotra BD, Narasimha Rao KL. Meckel's diverticulum in infants and children; technetium-99m pertechnetate scintigraphy and clinical findings. *Hell J Nucl Med* 2008; 11: 26-29.

541/43. Doctora, con la mascarilla me ahogo

Autores:

(1) Martín Guerra, L., (2) Morales Delgado, N., (1) Aranda Domínguez, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba.

Descripción del caso

Varón de 56 años con antecedentes de HTA e Hiperlipemia, covid + desde 5 días antes de consultar, que acude a urgencias por recomendación de su MAP por empeoramiento del estado general.

Exploración y pruebas complementarias

- *EXPLORACIÓN FÍSICA: AEG, COC, NH y NP. Afebril. Eupneico en reposo. NO rigidez de nuca ni signos meníngeos
- RADIOGRAFÍA DE TÓRAX al ingreso 21/10/2020: Discreto infiltrado parenquimatoso basal derecho,

peribroncovascular y dudoso en lóbulo superior derecho.

- ANALÍTICA al ingreso 21/10/2020:
 - Hemograma: linfocitos absolutos 930
 - Bioquímica: PCR 41, procalcitonina 0.01, LDH 277, AST 80, ALT 73, GGT 32, FA 58.
 - Coagulación: DD 246
- GSA con FiO2 0.21: PH 7,62 PCO2 27 PO2 67
- Se decide ingreso en neumología
- MICROBIOLOGÍA:
 - PCR SARS COV 2 POSITIVA EL 14/10/2020

Juicio clínico

INFILTRADOS BILOBARES DERECHOS DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA POR SARS COV 2

Diagnóstico diferencial

INFECCION RESPIRATORIA NO NEUMONICA
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD NO SARS COV 2
BRONQUIECTASIAS SOBRE INFECTADA

Comentario final

En su ingreso en neumología el paciente empeora clínicamente y se observa en RX que los infiltrados han aparecido en la base izquierda, se decide ingreso en UCI por hipoxemia moderada-grave y neumonía bilateral SARS COV 2.

Evolución tórpida de su hipoxemia refractaria a intubación orotraqueal, ventilación mecánica no invasiva y prono, se le realizó un AngioTC para descartar complicaciones y se observó: TEP segmentario bilateral y se inició tratamiento anticoagulante.

Posteriormente evolucionó favorablemente, fue extubado a las 24 h de ingreso, se mantuvo con GN a 4 lpm, saturando al 97%, sin referir disnea ni trabajo respiratorio.

2 días después fue trasladado de nuevo a planta de neumología, recibiendo el alta domiciliaria 1 semana después,

Actualmente el paciente sólo presenta ligera disnea residual realizando una vida normal y retomando sus actividades diarias.

Bibliografía

- *Piera Carbonell.A.Frías Vargas.M,et al.Covid-19 y tromboprofilaxis:recomendaciones para nuestra practica diaria en Atención Primaria.2020;Semerg-1611.*

541/50. Crisis Addisoniana desde la consulta

Autores:

(1) Abad Naranjo, A., (2) Illescas Ruiz, E.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 32 años, sin alergias medicamentosas conocidas, recientemente diagnosticado en Neurología de Adenoleucodistrofia a raíz de una paraparesia espástica. Hermano con clínica similar, fallecido recientemente. En tratamiento con citalopram 20 mg desde entonces. Pendiente de primera consulta en Endocrinología. Su médico de familia, con quien tiene gran confianza, es conocedor del caso y de la situación familiar.

El paciente, acude a consulta por astenia de unas dos semanas de evolución, con intolerancia al trabajo y al ejercicio, acompañado de náuseas. Desde ayer, la clínica se hace más intensa, e incluso presenta cefalea y febrícula.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador, regular hidratado y perfundido, hiperpigmentación de piel y mucosas de forma difusa. TA 100/60 mmHg. Febrícula 37.2. Eupneico en reposo. Sat O2 98%. No signos meníngeos.

ACP: rítmica a buena frecuencia. MVC sin ruidos patológicos.

Abdomen: blando, no doloroso, no masas ni megalias. RHA presentes. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos.

No edemas ni signos de TVP

Exploración neurológica normal.

Juicio clínico

Insuficiencia Suprarrenal aguda o Crisis Addisoniana

Diagnóstico diferencial

Anemia, Hipotiroidismo.

Comentario final

Con la clínica hipotensión, náuseas, malestar general e hiperpigmentación cutánea junto con el reciente diagnóstico de adrenoleucodistrofia, su médico deriva al paciente a Urgencias con diagnóstico de sospecha de Crisis Addisoniana. Se realizaron pruebas complementarias, detectándose hiponatremia, concordante con la sospecha y se trató con fluidoterapia e hidrocortisona. Se ingresó en Medicina Interna y se confirmó el diagnóstico. Gracias a la visión longitudinal del médico de familia y evolución continuada, adquirimos gran capacidad de detectar pequeños cambios en nuestros pacientes y signos de alarma.

Bibliografía

- Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, et al. *Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101(2):364-89

541/51. Melanoma maligno nodular desde atención primaria

Autores:

Abad Naranjo, A.

Centro de Trabajo:

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 68 años, alérgica a amoxicilina, intervenida de Bocio. En tratamiento con Eutirox sustitutivo.

Acude a su médico de atención primaria porque desde hace años presenta una lesión en la espalda, la

cual su hija refiere que ha cambiado respecto al tamaño y color en los últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo.

ACP: rítmica a buena frecuencia. MVC sin ruidos patológicos.

Abdomen: blando, no doloroso, no masas ni megalias. RHA presentes. No signos de irritación peritoneal.

No adenopatías locorregionales a la palpación.

No edemas ni signos de TVP

Dermatoscopia de la lesión: lesión hiperpigmentada sobreelevada de 0.5cm con patrón indeterminado, velo azul blanquecino, irregularidad en la distribución de la pigmentación, bordes geográficos, vascularización atípica y áreas sin estructuras localizada en región interescapular, paravertebral izquierda.

ABCDE: Asimetría, bordes irregulares, color no homogéneo, tamaño mayor de 6 mm y cambios en el tiempo.

Cirugía de la lesión y estudio por anatomía patológica: Fragmento de piel de 3,5 cm con melanoma maligno de tipo histológico nodular, infiltrante con nivel de Clark III, espesor tumoral de Breslow 4.2 mm ulcerado, que no alcanza márgenes de resección. Sin ninguna mitosis por unidad de superficie, con fase de crecimiento tumoral vertical, no existe invasión vascular, no existe invasión perineural, con presencia de linfocitos intratumorales.

Juicio clínico

Melanoma nodular

Diagnóstico diferencial

Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular, nevus atípico

Comentario final

Tras valoración de la lesión mediante dermatoscopia, su médico de atención primaria decide realizar cirugía menor de la lesión con estudio por Anatomía patológica. Tras conocer los resultados, se pone en contacto con Dermatología para valoración inmediata y

derivación a la unidad de Melanoma para estudio de extensión. Y es que gracias a la visión longitudinal del médico de familia, y a las distintas áreas a las que nos dedicamos, hemos sido capaces de detectar una lesión sospechosa de malignidad y su correcta actuación ante ello.

Bibliografía

- Pizzichetta MA, Kittler H, Stanganelli I, et al. Pigmented nodular melanoma: the predictive value of dermoscopic features using multivariate analysis. *Br J Dermatol.* 2015; 173(1):106-14.

541/53. Precaución con el paciente diabético

Autores:

(1) Portero Prados, M., (2) Portero Prados, F., (3) Marín Peralta, Á.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Enfermero. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Descripción del caso

Acude a Urgencias del Centro de Salud paciente de 55 años con dolor abdominal de 3 horas de evolución con sensación de urgencia defecatoria, sudoración, mareo y malestar general.

Comenta que le ha ocurrido en otras ocasiones por la tarde.

Se ha realizado la prueba de intolerancia a la lactosa siendo positiva.

Como antecedentes personales destacar HTA, DLP y DM tipo II sin tratamiento, Cardiopatía isquémica completamente revascularizada que debutó en 2008 como angina inestable con mareo y sudoración con colocación de dos stents en 1ª diagonal.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración:

BEG, COC, eupneico.

AC: rítmico, no soplos

AP: BMV

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas Complementarias:

ECG: ritmo sinusal a 80lpm. Aplanamiento de T en I y aVL, no alteraciones del ST.

Ante paciente diabético con dolor abdominal con sospecha de cortejos vegetativos se decide derivar a Hospital de referencia.

En el Hospital se le realiza analítica con Troponinas 59ng/l. Se realiza seriación enzimática siendo las segundas en 63ng/l.

Radiografía de abdomen: Sin hallazgos patológicos. Dada la clínica que presentó con el cuadro de cardiopatía isquémica en 2008 similar a este episodio y a la movilización de enzimas de daño miocárdico se ingresó en Observación para valoración por Cardiología.

Realizan ecocardiografía donde se objetiva FEVI de 65%.

Ingresa al paciente en Cardiología para descartar lesión silente al poder tratarse de mareos compatible con equivalente anginoso por la atipicidad del episodio previo.

Se le realiza ergometría siendo clínicamente negativa pero eléctricamente positiva con descenso de ST en cara lateral y ascenso en aVR y V1.

Se realiza coronariografía colocándose endoprótesis en arteria descendente anterior, marginal y coronaria derecha.

Juicio clínico

Equivalente anginoso de cardiopatía isquémica crónica

Enfermedad multivaso sometida a revascularización percutánea completa

Diagnóstico diferencial

- Ansiedad
- Intolerancias alimentarias
- Angina intestinal

Comentario final

Debemos tener en cuenta la variabilidad de síntomas en los pacientes diabéticos a la hora de sospechar una cardiopatía isquémica aguda y controlar los factores de riesgo cardiovascular desde las consultas de Atención Primaria

Bibliografía

- Cueva-Recalde JF, Ruiz-Arroyo JR, García-Blanco FR. Prediabetes y pronóstico clínico de los pacientes con cardiopatía isquémica y revascularización coronaria percutánea. *Endocrinología y Nutrición*. 63 (3). 2016: 106-12

541/55. Teste doloroso

Autores:

(1) Muñoz Hinojosa, M., (2) Ruiz Vela, A., (3) Bordón Poderoso, C.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente varón de 45 años con antecedentes personales de vasectomía, resto sin interés, que consulta telefónicamente por dolor testicular izquierdo de 1 mes de evolución que se acentúa con la sedestación, al apoyar el testículo sobre una superficie dura, y sensación de masa a la palpación que no se ha modificado en este tiempo. Mejora levemente con analgesia habitual (Paracetamol). Afebril. No dolor abdominal. No cambios en el hábito intestinal. No síntomas miccionales.

Exploración y pruebas complementarias

Se cita al paciente en consulta presencial. Afebril, normotenso, frecuencia cardíaca a 78 latidos por minuto, eupneico en reposo. Buen estado general. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Testes simétricos, no aumentados de tamaño, de consistencia homogénea, se palpa masa en cabeza de epidídimo de testículo izquierdo, móvil, dolorosa a la palpación. No se palpan adenopatías ni contenido herniario. Se realiza ecografía clínica observándose quiste epididimario sin otros hallazgos de interés.

Juicio clínico

Quiste epididimario. A la semana vuelve a consultar por persistencia del dolor por lo que se decide su derivación a Urología para valoración. En consulta de urología se decide escisión del quiste epididimario, que se confirma en anatomía patológica. Tras intervención quirúrgica el paciente se encuentra asintomático.

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con las principales patologías asociadas a escroto crónico como hidrocele, hematocele, varicocele, tumor testicular y quiste epididimario o testicular. Además, se debe descartar hernia inguinal y escrotal.

Comentario final

Ante un dolor testicular con presencia de masa se debe descartar en primer lugar la patología tumoral, pero ante la baja sospecha el abordaje puede hacerse desde atención primaria. En este caso se derivó a un segundo nivel debido a la persistencia y mala tolerancia de la clínica.

Bibliografía

- Peyrí Rey E.. Orquialgia crónica. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2006 Feb [citado 2020 Nov 07]; 30(2): 231-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50210-48062006000200019&lng=es.
- González MP, Carrodegua L. Masas escrotales. *Fisterra [Internet]*. 2018 Jul [citado 2020 Nov 07].

Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/masas-escrotales/>

541/57. Doctora, se me cae el pelo

Autores:

Soto Rebollo, M., Milia Pérez, F., Arroyo Morales, R.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 26 años, consulta telefónicamente por caída de cabello en septiembre de 2020. Desea una opinión médica sobre iniciar tratamiento con minoxidil tópico, pues se lo ha recomendado una conocida. Historiando a la paciente, padeció una clínica de infección respiratoria aguda en mayo, con PCR coronavirus positiva, de intensidad leve, que precisó cuarentena domiciliaria 14 días, además del estrés añadido del estado de alarma. Se trataría de un posible diagnóstico de efluvio telógeno, un motivo de consulta que ha aumentado estos últimos meses, probablemente secundario al estrés del confinamiento y el estrés físico añadido de la propia infección por coronavirus. Decidimos citar presencialmente para exploración y confirmar el diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración no se constata pérdida de densidad capilar ni retroceso de línea de implantación del cabello ni placas alopécicas ni otras alteraciones dermatológicas. Decidimos solicitar analítica de control con hemograma, ferritina y TSH, que resultan estar dentro de la normalidad.

Juicio clínico

Efluvio telógeno

Diagnóstico diferencial

Alopecia androgénica en estadios iniciales

Comentario final

Explicamos la benignidad del proceso, y al tratarse de un caso leve decidimos no iniciar tratamiento médico, pues no está exento de efectos secundarios (irrita-

ción local, hipertrichosis facial...). Pautamos mínimo 2-3 lavados de cabello a la semana para disminuir el impacto visual de la pérdida de cabello. Indicamos cita de seguimiento en tres meses para seguimiento y afianzar una buena relación médico-paciente, dado el alto impacto emocional de la patología.

Bibliografía

- López Á. Alopecia androgénica, efluvio telógeno y coronavirus, ¿qué nexos hay entre ellos? | Academia Española de Dermatología y Venereología [Internet]. Academia Española de Dermatología y Venereología. 2020 [cited 1 November 2020]. Available from: <https://aedv.es/alopecia-androgenica-efluvio-telogeno-y-coronavirus-que-nexo-hay-entre-ellos/>
- Taberner R. Efluvio telógeno: Ante todo, calma [Internet]. Dermapixel. 2020 [cited 1 November 2020]. Available from: <https://www.dermapixel.com/2016/12/efluvio-telogeno-ante-todo-calma.html>

541/58. Dolor torácico en adolescente

Autores:

(1) Santiago Pérez, C., (2) Montañó Ruíz, S., (3) Lobato Rayo, G.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente mujer de 17 años sin antecedentes personales de interés.

Enfermedad actual: Paciente que acude derivada desde atención primaria por palpitations de 48 horas de evolución con dolor torácico a la inspiración profunda y tos irritativa. Afebril. Refiere que hace 3 días, sufrió cuadro de malestar general con mareo y sudoración profusa mientras estaba en decúbito que le hizo levantar.

tarse al baño y sufrir pérdida transitoria del nivel de conciencia con caída al suelo. Motivó acudir a urgencias donde las pruebas complementarias fueron anodinas y fue dada de alta con recomendaciones.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes:

TA 114/68

Saturación 90%

FC 144 lpm

Aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Taquipnea superficial. Glasgow 15.

Tórax: rítmico a alta frecuencia sin soplos ni extratornos. Hipofonosis en hemitórax izquierdo.

Abdomen: anodino.

EKG: taquicardia sinusal a 150 lpm sin alteraciones en la repolarización.

Analítica:

Hemograma: Hemoglobina 12.9, 14680 leucocitos con 79% de neutrófilos, plaquetas 327000.

Bioquímica: glucosa 103, función renal e iones normales, PCR 100, troponina 15, D-Dímeros 2355.

Coagulación: AP 57%, INR 1.41

Gasometría: pH7.37, pCO2 39.6, pO2 29, HCO3 22.6

TAC de tórax:

Masa en mediastino anterior en localización antero-superior limitada por el esternón posteriormente por el tronco braquiocefálico izquierdo. Dimensiones de 10 x 7 cm, heterogénea, ligeramente lobulada con áreas de captación y áreas de hipotenuación.

Derrame pleural masivo izquierdo con atelectasia.

Derrame pericárdico con espesor de 3 cm aproximadamente.

Juicio clínico

LINFOMA LINFOBLÁSTICO T (masa mediastínica y derrame pleural infiltrativo)

Diagnóstico diferencial

Trastorno ansiedad

Proceso infeccioso

Tromboembolismo pulmonar

Síndrome linfoproliferativo

Comentario final

El síncope es un motivo de consulta frecuente en servicios de urgencias intra y extrahospitalarias, que normalmente una vez descartado el síncope vasovagal no suele filiarse correctamente dicho síncope (neurogénico, cardiogénico...).

Este caso nos recuerda que se debe prestar especial atención a todos los datos acompañantes en la anamnesis (dolor torácico atípico, taquicardia, síncope en días previos...), a los signos y síntomas, constantes, así como a las pruebas complementarias para una orientación diagnóstica correcta.

Esta paciente se benefició de un ingreso hospitalario para completar estudio (toracocentesis y pericardiocentesis) y filiar la patología oncológica que padecía.

Bibliografía

- Jiménez Murillo, L. *Medicina de urgencias y emergencias*. 5ª edición. Barcelona. Elsevier; 2015.

541/59. Disfagia progresiva

Autores:

(1) Santiago Pérez, C., (2) Lobato Rayo, G., (3) Montañón Ruíz, S.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 78 años que consulta por cuadro de disfagia progresiva.

Antecedentes personales:

Exfumador hace 15 años (80 paquetes/año).

Fibrilación auricular.

Hipertensión arterial.

Portador de marcapasos VVI.

Reflujo gastroesofágico, intervenido con vagotomía y piloroplastia antireflujo en 1995.

Hernia de hiato intervenida en 2007

Esófago de Barret.

Hepatopatía crónica etílica.

Pólipos colónicos adenomatosos resecaados.

Deterioro cognitivo leve.

Hernia inguinal bilateral intervenida.

Historia de enfermedad actual: paciente que acude a consulta de primaria refiriendo epigastralgia de varios días de evolución, sensación de plenitud abdominal y clínica de disfagia progresiva y halitosis. Pérdida de 5 kilos en 3 meses. Tendencia al estreñimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial de 130/75 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 98%

Aceptable estado general. Bien hidratado y normocoreado. Eupnéico.

Auscultación cardiorespiratoria sin hallazgos patológicos.

Abdomen blando, depresible, con leve dolor a la palpación en epigastrio. No defensa involuntaria.

Analítica, Rx tórax y Rx abdominal sin hallazgos.

Tc abdominal: masa heterogénea de contenido aliméntico de 10x6 cm compatible con bezoar gástrico.

Evolución: se realizó tratamiento con ingesta de coca cola zero más 7.5 gr de celulasa disuelta en 1.5 litros de agua y dieta líquida sin residuos durante 48-72h sin éxito. Se intentó realizar desfragmentación del mismo en el acto endoscópico, sin éxito quedando como última opción la cirugía.

Juicio clínico

Fitobezoar

Diagnóstico diferencial

Divertículo faríngeo, hernia de hiato, acalasia, espasmos esofágicos, esofagitis eosinofílica, escleroderma, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, tumores digestivos.

Comentario final

Conclusión: la disfagia persistente puede indicar una enfermedad grave que requiere un estudio minucioso mediante anamnesis y pruebas complementarias. La detección temprana y el tratamiento eficaz de la enfermedad por reflujo gastroesofágico pueden reducir el riesgo de padecer disfagia asociada con una estenosis esofágica, no obstante, como en nuestro caso clínico, pese a haber sido intervenido y tratado por reflujo, inició un cuadro de disfagia cuya etiología fue muy diferente a la que en un principio se pensó. El tratamiento inicial debe ser conservador intentado disolver o fragmentar el bezoar mediante refresco de cola, celulasa o procinéticos.

Bibliografía

- Iwamura M, Okada H, Matsueda K, et al: Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest endosc* 7 (4):336-345,2015.

541/60. Dolor de rodilla en adulto joven. Lesión ósea

Autores:

(1) Lobato Rayo, G., (2) Santiago Pérez, C., (3) Montañón Ruíz, S.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Estepa. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente varón de 21 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por dolor en rodilla izquierda de

3-4 meses de evolución. No refiere traumatismo previo ni otra clínica. Tras hallazgos de radiografía simple, se derivó a especialista en cirugía ortopédica y traumatología quien realizó diagnóstico definitivo.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración no presenta hallazgos patológicos evidentes, buena movilidad de la articulación, no bostezos, solo dolor inespecífico a la palpación en zona de rótula.

Radiografía de Rodilla Izquierda: defecto fibroso cortical en tercio distal del fémur izquierdo.

Juicio clínico

Defecto fibroso cortical.

Fibroma no osificante.

Diagnóstico diferencial

- Displasia fibrosa.
- Fibroma no osificante.
- Osteocondroma.
- Encondroma.
- Quiste óseo.
- Osteoma osteoide.
- Osteosarcoma.
- Sarcoma Ewing.

Comentario final

Este tipo de hallazgos generan gran desconcierto tanto a médicos como al propio paciente y familiares en atención primaria debido al desconocimiento de este tipo de lesiones y pueden generar demora en el diagnóstico definitivo.

El fibroma no osificante y el defecto fibroso cortical son lesiones óseas frecuentes que pueden manifestarse como una fractura patológica o ser un hallazgo incidental en una radiografía simple.

Suelen aparecer como lesiones líticas en la cortical de la metafisis de los huesos largos, fémur y tibia, fundamentalmente, a poca distancia de la fisis. Tienen una morfología ovalada o esférica, son bien defi-

nidas, sin reacción perióstica. Las lesiones de mayor tamaño son más alargadas y de aspecto lobulado, pueden tener adelgazamiento o expansión cortical.

Por los hallazgos radiológicos específicos no es necesario hacer otros métodos de imagen. Y por su historia natural no se realiza ninguna medida terapéutica, ya que suele seguir una secuencia: inicialmente puede aumentar, luego migrar en dirección a la diáfisis, disminuir, desarrollar un borde esclerótico y, finalmente, desaparecer.

Bibliografía

- Vanel D, Ruggieri P, Ferrari S, Picci P, Gambarotti M, Staals E, et al *The incidental skeletal lesion: ignore or explore? Cancer Imaging.* 2009;9:538-43.
- Błaż M, Palczewski P, Swiątkowski J, Gołębiowski M. *Cortical fibrous defects and non-ossifying fibromas in children and young adults: the analysis of radiological features in 28 cases and a review of literature.* *Pol J Radiol.* 2011;76:32-9
- G. Albi Rodríguez. *Valoración radiológica de imágenes líticas óseas.* *Pediatría Integral* 2012; XVI(7): 565-573

541/61. Doctora, cuando corro sudo mucho por un lado

Autores:

(1) Pacheco Lorenzo, E., (2) Rodríguez Borrego, M., (3) Moreno García, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 47 años. Ap: Asma en tratamiento con inhaladores. Acude a consulta porque refiere que cuando esta haciendo ejercicio o sobreesfuerzos suda mucho por el hemicerpo derecho. No presenta vértigos, ata-

xia, ptosis parpebral ni alteraciones visuales. Niega cefalea. No parestesias ni otra sintomatología acompañante

Exploración y pruebas complementarias

BEG, BHyP. CyC. EN: PINC, pares craneales normales, lenguaje normal.. Motilidad ocular normal. No asimetría palpebral. No alteraciones sensitivas ni motoras. No disimetrías. Marcha normal. Cerebelo normal. ACP: rítmico y sin soplos. MVC. Aporta fotografía después de realizar ejercicio donde se evidencia, con una línea clara de separación en medio del cuerpo, una anhidrosis izquierda.

Tras la exploración y la aportación de la foto, se observa una anhidrosis izquierda sin ptosis aparente. Se solicita radiografía de tórax que fue normal (por lo que se descartó causa tumoral pulmonar) y se derivó a neurología para continuar estudio.

Juicio clínico

Anhidrosis a estudio

Diagnóstico diferencial

Anhidrosis glandular, Síndrome de Horner, Neuropatía sensitiva congénita con anhidrosis

Comentario final

En el estudio por parte de neurología a la paciente se le solicitó una RMN craneal y angioRMN de TSA sin alteraciones. A lo largo de los meses apareció una ptosis parpebral. Se solicitó un TAC craneal y la paciente continúa en estudio sin saberse al día de hoy la causa de la anhidrosis. Este caso nos sirve para demostrar la importancia de la historia clínica y la exploración, ya que la paciente estaba preocupada por el exceso de sudor en el lado derecho, cuando lo importante era la el déficit del mismo en el lado izquierdo

Bibliografía

- *Farreras P, Rozman Z, editores. Medicina Interna. Vol 1. XVII Edición. Barcelona. Elsevier; 2012.*

541/63. Más allá del síndrome confusional agudo

Autores:

(1) Del Milagro, A., (2) Tiessler Martínez, B.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 78 años. NAMC. Exenolismo. HTA, dislipemia, DM2. AITs de repetición. Anemia ferropénica. LOE suprarrenal de características benignas. Tratamiento domiciliario con AAS 100mg, Linagliptina 5 mg, Losartán 50mg, Omeprazol 20 mg, Simvastatina 20mg/Ezetimiba 10mg y Ácido fólico 5mg. Acude a urgencias con su marido por presentar debilidad, náuseas, somnolencia e hiporexia de una semana de evolución. Conductas variables llegando incluso a esconder la comida y desorientarse. Refiere movimientos bruscos tónico-clónicos de miembros superiores. Inicio de síntomas tras sobre esfuerzo con dolor lumbar que ha sido tratado con analgésico que no recuerda. Fue diagnosticada al inicio como cuadro infeccioso urinario y tratada con antibioterapia.

Exploración y pruebas complementarias

*Exploración física: Aceptable estado general. Consciente y orientada aunque bradipsiquia. Resto anodino. *AS: Leucocitos 15260 (N 75.3%, L 15.4%), Hemoglobina 11.5, plaquetas 56000, Calcio corregido 15.84, proteínas totales 7.7, creatinina 1.9, FG 25, PCR 71, resto normal. *AO: normal, tóxicos negativos. *TC craneo y Rx torax: sin hallazgos significativos. Tras hallazgos, ingreso en Medicina Interna para completar estudio. No fue valorada por geriatría dado que en el hospital que fue atendida no existe esta especialidad. *RMN de columna dorsal/lumbar: infiltración neoplásica difusa de la médula ósea (más probables mieloma múltiple vs metástasis). *TC toraco/abdominal: masa suprarrenal ya conocida, compatible con adenoma. *Citometría de flujo: sin evidencia de infiltración por proceso linfoproliferativo. *Aspirado de Médula ósea (MO): nidos de células no hematopoyé-

ticas que sugieren metástasis de neoplasia primaria no conocida (posible carcinoma).

Juicio clínico

Síndrome confusional agudo secundario a hipercalcemia por enfermedad metastásica con infiltrado medular de neoplasia primaria no conocida.

Diagnóstico diferencial

Síndrome confusional agudo por tóxicos, abstinencia, farmacológico, causas infecciosas, Tumor cerebral, Mieloma multiple (MM), Patología Onco-Hematológica...

Comentario final

Finalmente quedó pendiente el diagnóstico definitivo por anatomía patológica de MO, ya que la paciente falleció y se paralizó el estudio. La hipercalcemia, según niveles y tiempo de instauración puede ir desde asintomática hasta síntomas graves como son las alteraciones neuropsiquiátricas como ansiedad, depresión, disfunción cognitiva, letargo, confusión... Además, otros síntomas como gastrointestinales y renales. Es importante siempre hacer diagnóstico diferencial con las alteraciones iónicas ya que, aunque la mayoría de veces son inespecíficas, suelen evolucionar bien con un tratamiento correcto.

Bibliografía

- Mirrakhimov AE. *Hypercalcemia of Malignancy: An Update on Pathogenesis and Management*. *N Am J Med Sci*. 2015;7(11):483-493. doi:10.4103/1947-2714.170600

541/64. Siempre haz caso a la clínica

Autores:

(1) Pacheco Lorenzo, E., (2) Rodríguez Borrego, M., (3) Moreno García, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar

y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 32 años. No enfermedades de interés ni tratamiento habitual. Acude a urgencias por inflamación lingual y sensación disneica desde hace unas horas. Refiere sensación de calambres en la lengua. Al explorar la cavidad bucal varias veces se observa que en ocasiones la lengua presenta un tamaño normal y en otros ha aumentado de tamaño. El paciente tiene la sensación de que la lengua se mueve hacia atrás y le impide respirar. Al paciente se le monitoriza en el área de observación y se administran corticoides y adrenalina sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar normal. Saturación basal 97%. Se observan fasciculaciones en la lengua. Úvula no inflamada ni desplazada. Tras mucho insistir tanto al paciente como al familiar sobre si ha ingerido alguna medicación, recuerdan que ha tomado una pastilla para el dolor que tenía en casa. No sabe precisar el nombre. Indicamos al familiar que vaya a casa a mirar la medicación. Descubrimos que la pastilla era de haloperidol.

Juicio clínico

El paciente es diagnosticado de un síndrome extrapiramidal (disonía).

Diagnóstico diferencial

Anafilaxia vs síndrome extrapiramidal (disonía).

Comentario final

Tras administración de biperideno y diazepam, el paciente mejoró. Inicialmente parecía una anafilaxia, la clínica y la exploración fueron clave en la sospecha diagnóstica, ya que nos hacía sospechar una distonía. La ausencia de mejoría con corticoides y adrenalina y la sensación de calambres de la lengua nos hizo investigar los medicamentos ingeridos. El descubrir la pastilla que el paciente había ingerido nos confirmó el diagnóstico. En este caso se destaca la importancia de hacer una buena historia clínica ya que en nume-

rosas ocasiones los síntomas te informan de la enfermedad.

Bibliografía

- C Capstick, S Checkley, J Gray, S Dawe. *Dystonia induced by amphetamine and haloperidol. Br J Psychiatr* 1994 Aug;165(2):276.

541/65. Doctora, tengo un bulto en la axila

Autores:

(1) Del Milagro, A., (2) Tiessler Martínez, B.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.

Descripción del caso

Varón 47 años. NAMC. Fumador de 20 cig/día. Sin antecedentes personales de interés. Refiere bultoma axilar derecho de 4 meses de evolución. Aumento del tamaño de forma progresiva, sin dolor. En los últimos días supuración serosa, motivo por el que acude a consulta. Afebril. No síndrome constitucional ni síntomas B. Suele depilarse las axilas

Exploración y pruebas complementarias

*Exploración física: A nivel axilar derecho gran masa indurada, sin fistulización, con zona ulcerada superficial. No otras adenopatías palpables. Se deriva a urgencias del Hospital y se ingresa en Medicina Interna para completar estudio. *AS: Leucocitos 10120, Hemoglobina 14.7, plaquetas 202000, VSG 10. Perfil hepático, renal e iones dentro de normalidad, PCR >4, ANA -, Beta 2 microglobulina 2.96 (normal). *Serología VHB, VIH, Quantiferon, Coxiella Burnetti, Brucella millitensis negativo. VHC + con carga viral 377000. *Rx torax sin hallazgos significativos. *Biopsia tejido subcutáneo: Linfoma B difuso de células grandes de tipo post-centro germinal (activado). *Cultivo de BAG: Negativo para aerobios y anaerobios, no bacilos ácido alcohol resistentes

Juicio clínico

Linfoma B difuso de células grandes de tipo post-centro germinal (activado)

Diagnóstico diferencial

Otros síndromes linfoproliferativos, Absceso, Adenopatías de origen infeccioso (TBC...), Adenopatías metastásicas de tumor primario

Comentario final

El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) es el subtipo histológico más común de linfoma no Hodgkin (LNH) y representa aproximadamente el 25% de los casos de LNH. Suelen presentarse con una masa sintomática de rápido crecimiento, por lo general agrandamiento de los ganglios en el cuello o el abdomen. Se observan síntomas "B" sistémicos en aproximadamente el 30% de los pacientes. La afectación de la médula ósea y la enfermedad extramedular extraganglionar se observan hasta en 30 y 40% de los casos, respectivamente. El tratamiento consiste en quimioterapia CHOP y en aquellos paciente con expresión de CD20 se emplea el anticuerpo monoclonal Rituximab. El curso de esta enfermedad es agresivo y se pueden establecer estadios pronósticos en función de la escala Indice Pronóstico Internacional (IPI)

Bibliografía

- Hu S, Song Y, Sun X, et al. *Primary breast diffuse large B-cell lymphoma in the rituximab era: Therapeutic strategies and patterns of failure. Cancer Sci*. 2018;109(12):3943-3952. doi:10.1111/cas.13828

541/66. Enfermedad de crohn. Un debut atípico

Autores:

(1) Rodríguez Rodríguez, Á., (1) Galan García, A., (2) Pacheco Lorenzo, E.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.

Descripción del caso

A nuestra consulta acude una paciente de 67 años, obesa, aquejando dolor anal, más intenso con las deposiciones. Refiere desde hace meses hemorroides, que no le han provocado molestias hasta ahora. Iniciamos una serie líneas de tratamiento conservador que no tienen éxito. En mitad del proceso diagnóstico-terapéutico, la paciente sufre un absceso anal y es ingresada en el servicio de Cirugía general y digestiva para drenaje quirúrgico y antibioterapia IV. Tras esto, debuta con una estomatitis aftosa y mala evolución del dolor anal hasta que diagnostican fístula recto-vaginal. Finalmente, tras varias consultas en primaria y urgencias, solicitamos una colonoscopia que nos da el diagnóstico final: enfermedad de Crohn.

Exploración y pruebas complementarias

La palpación abdominal no arroja mucha información, totalmente indiferente sin ningún dolor o masa palpable. Presenta hemorroides externas sin signos de complicación, y un tacto rectal anodino con molestias.

A la exploración orofaríngea, aftas en ambas caras laterales de lengua y pequeñas en pilar anterior izquierdo y mucosa yugal bilateral.

Se le realiza ecografía endoanal en consultas externas de Cirugía general tras alta hospitalaria para valoración del dolor progresivo postquirúrgico, con resultado de fístula rectovaginal.

Tras esto, solicitamos una colonoscopia preferente. Tras la realización de la misma y las biopsias que se tomaron, finalmente se diagnostica a la paciente de enfermedad de Crohn.

Juicio clínico

Enfermedad de Crohn

Diagnóstico diferencial

Hemorroides, absceso anal, fístula anal, estomatitis aftosa, estomatitis fúngica

Comentario final

Este es un caso que consideramos interesante pues vemos que, en ocasiones, algunas de las enfermedades más conocidas pueden debutar de una forma

tan atípica y variopinta que nos pueda confundir y desorientar en el diagnóstico. Con esto recalcamos y enfatizamos la necesidad y la importancia de un buen seguimiento clínico del paciente en AP, donde podamos correlacionar los múltiples síntomas que se nos presentan, cuadrar todas las piezas como si de un puzzle se tratara, hasta llegar al diagnóstico que pueda conllevar en un mejor tratamiento para el paciente.

Bibliografía

- *García de Tena J, Manzano Espinosa L, Leal Berral JC, Álvarez-Mon Soto M. Enfermedad de Crohn. Manifestaciones clínicas. Medicine. 2004; 9:341-8A.*
- *Redondo Sendino A. Un caso infrecuente de enfermedad de Crohn proximal. Semergen. 2012; 38(8): 539-542*

541/69. Cada vez me tiemblan más las piernas

Autores:

(1) *Fiñana Sánchez, R., (2) León Domínguez, J., (3) Martínez Perona, E., (4) Ballesteros Lechuga, L.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén.*

Descripción del caso

Mujer de 35 años que acude por temblor y empeoramiento de fuerza en ambos miembros inferiores desde la adolescencia y que ha empeorado tras la última gestación. Ha intentado fortalecerse en un gimnasio pero no mejora. Cada vez le cuesta más incorporarse de "cuclillas", levantarse de la silla o subir escaleras sin ayudarse del pasamanos. Caídas al bajar las escaleras ("se le doblan"). Bajo estado de ánimo, ya que está con lactancia viéndose imposibilitada hasta para sostener al bebé.

El cansancio que fluctúa por días, peor tras hacer un esfuerzo físico (nota como si se le quedaran agarrotados los músculos de los muslos). Niega artromialgias. Ligera inestabilidad al caminar (evita usar tacos). No coluria.

AP: Luxación congénita caderas, lumbalgias de repetición

Tras la exploración con pérdida de reflejos y CPK elevada se deriva a Neurología donde estudio termina concluyendo una miopatía proximal hereditaria que posteriormente se confirma como miopatía de Bethlem. También se derivó a Neumología y Cardiología para descartar afectaciones, así como a RHB para mejorar calidad de vida y USM por proceso ansioso-depresivo que le está ocasionando.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: sin alteraciones en la exploración neurológica exceptuando hiporreflexia asimétrica en miembros superiores, y arreflexia en miembros inferiores (sobre todo rotuliano). Signo de Gowers positivo. Marcha sin aumento base sustentación.

Musculatura en muslos algo hipotónica de aspecto graso. No hiperlaxitud articular.

Hiperqueratosis sobre todo en MMII, sin alteración cicatrices ni otros signos de colagenosis.

Analítica: CPK 405, FA 145, resto normal (TSH, PTH, Ca, B12, fólico, etc.)

EMG: potenciales de unidad motora de tipo miopático (baja amplitud y polifasia) sobre todo en vasto medial y recto femoral izquierdo.

RMN lumbosacra: protusión discal izquierdo sin compromiso raíz. Mínima estenosis canal vertebral.

RMN musculatura MMII: severa atrofia simétrica con infiltración grasa de ambos muslos.

Exoma: mutación en heterocigosis gen COL6A2

Juicio clínico

Miopatía de Bethlem

Diagnóstico diferencial

Cualquiera encuadrada como miopatía de tipo proximal

Comentario final

Se trata de un caso bastante complejo sobre todo respecto al seguimiento del médico de familia ya que dado su cronicidad y empeoramiento debe ir poniendo diferentes recursos a su disposición.

Bibliografía

- Susana Quijano-Roy et. al. Distofias musculares congénitas. Revista médica clínica Las Condes. Sep-oct 2018. Pags 530-543.

541/70. Gingivoestomatitis herpética como primera manifestación de herpes genital

Autores:

(1) Fernández Carranco, C., (2) Gómez Vargas, F.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 25 años que acude a consulta del Médico de Familia por erupción cutánea, dolor y prurito intenso en área genital. Había acudido a urgencias hace 2 días por odinofagia y febrícula, objetivándose en la exploración aftas en pilares amigdalinos con diagnóstico al alta de Amigdalitis aguda por lo que se le pautó Amoxicilina/Clavulánico cada 8 horas durante 7 días con mejoría de la odinofagia pero a las 48h comenzó la clínica por la que consulta en esta ocasión.

Exploración y pruebas complementarias

Área genital: Lesiones vesiculosas en distintos grados de evolución sobre base eritematosa, algunas lesiones ulceradas en labio mayor derecho, flujo normal. Adenopatías inguinales ipsilaterales. Orofaringe: sin placas ni exudados, discreta hiperemia.

Juicio clínico

Herpes genital con gingivoestomatitis herpética como primera manifestación clínica.

Diagnóstico diferencial

Herpes genital versus Sífilis versus Chancro blando.

Comentario final

El herpes genital es una patología cuyo diagnóstico es clínico lo que dificulta en muchas ocasiones el tratamiento (tto) precoz pues cuando el paciente consulta a veces ya han transcurrido varios días desde la aparición de los prodromos. La importancia de este caso reside en la peculiaridad de la aparición de aftas orales antes de los síntomas genitales y como se presupone que es una infección bacteriana se pauta tto antibiótico con la consiguiente aparición de la clínica que permitió el diagnóstico. No toda faringoamigdalitis es de origen bacteriano por lo que se debe esperar a ver la evolución antes de pautar tto antibiótico si los criterios diagnósticos no están claros.

Bibliografía

- Borrel Martínez JM, Díaz Franco A, Herrera Puente A, Sánchez Bursón L, Sanmartín Sánchez E. *Guía de buena Práctica Clínica en Infecciones de Transmisión Sexual. Organización Médica Colegial de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España. 2011. Polo R, Palacios R, Barberá MJ, Blanco JL, Blanco JR, Camino X, et al. Panel de expertos de GESIDA. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. 2017.*

541/78. Manifestaciones cutáneas en la sífilis

Autores:

Arias Galera, M., Rodríguez Borrego, M., Prieto Bonilla, M.

Centro de Trabajo:

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 53 años. Sin antecedentes previos de interés.

Acude a consulta por presentar desde hace dos semanas lesiones no pruriginosas en todo el cuerpo. Niega fiebre. Ninguna sintomatología acompañante. Realizándole la anamnesis refiere haber tenido relaciones de riesgo hace 1 mes, además, también vive en una zona de campo y va a pasear normalmente a su perro por ahí.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se observan pápulas sobreelevadas eritematosas en todo el tronco, miembros superiores e inferiores. Afecta a palmas de manos y de los pies. No son descamativas. No desaparecen a la vitopresión. No afectación de mucosas. No se palpan adenopatías. No se observa picadura de ningún insecto.

Ante esta situación realizamos análisis de sangre con rickettsia, coxiella burneti e infecciones de transmisión sexual.

En analítica de sangre el paciente presentó anticuerpos lues positivo y R.P.R. sífilis positivo a título 1/16 por lo que tratamos con penicilina y derivamos a enfermedades infecciosas para seguimiento.

Juicio clínico

Sífilis secundaria

Diagnóstico diferencial

Infección por picadura de insecto, exantema por herpes virus o sífilis secundaria.

Comentario final

Durante la anamnesis tuvimos que hacer especial hincapié en relaciones sexuales de riesgo porque en un principio el paciente negaba cualquier práctica. Es vital concienciar a los pacientes sin importar la edad de la necesidad de tomar medidas de protección sexual para evitar cualquier contagio.

Bibliografía

- Fernández A, Villaverde S, Echevarría JE, Cilleruelo MJ, de Ory F. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica. 2017. Elsevier (Internet). 35:51-57. Disponible en: file:///C:/Users/maria_000/Downloads/X0213005X17617241.pdf*

• Blanco JL, Blanco JR, Camino X, Currán A, Díaz A, Fernández C et al, Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Seimc. 2017. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>

541/79. Mujer joven y dolor torácico

Autores:

(1) Milán Pinilla, I., (1) García López, L., (2) Mozas Blanco, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 54 años que acude a consulta por dolor torácico con irradiación a mandíbula de varios minutos de duración que cambia de intensidad pero que continua en la actualidad, se ha repetido en dos ocasiones en los últimos días con asociación de cortejo vegetativo. Refiere durante los episodios TA 180/90 en domicilio.

- NAMC.
- No AP de interés. No cirugías previas.
- No medicación habitual.

Exploración y pruebas complementarias

- TA 199/99, FC 65 lp, sat basal 99%. Afebril.
- BEG, COC, BHYP. Eupneica en reposo.
- ACR: rítmico, mvc, no ruidos sobreañadidos.
- ABD: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. RHA presentes.
- MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos.
- ECG (con opresión en el centro de salud): ritmo sinusal a 70 lpm, eje normal, qrs<0,12, ST dudosa sobreelevación <1 mm en cara inferior.

- AS: hb 12,8, plaquetas 214.000, leucocitos 5.440 (L2.490, N 2.310), TP 12,2 s, INR 1,03, glucosa 88, cr 0,89, FG 74, sodio 138, potasio 4,05, cloro 106, troponina I 136,4 à 695.10 à 1164.10 .
- EcoCardiografía: VI hipertrófico. Función sistólica biventricular conservada.
- Cateterismo Cardíaco : no lesiones angiográficamente significativas. Dominancia derecha.

Juicio clínico

Infarto de Miocardio sin Obstrucción Coronaria Aterosclerótica.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome coronario agudo.
- Miocarditis.
- Disección Aorta.
- Anemia.
- Embolia Pulmonar.
- Tóxicos.
- Sd Tako-Subo.

Comentario final

Síndrome de MINOCA (Myocardial Infarction With no Obstructive Coronary Atherosclerosis) supone del 5 al 25% de todos los IAM.

Los pacientes con MINOCA no tienen historia de angina ni los factores de riesgo tradicionales de enfermedad coronaria. Una prevalencia que oscila entre 10 a 25 % en mujeres y, 6 a 10 % en hombres con IAMNST.

El MINOCA es un diagnóstico de trabajo con múltiples etiologías asociadas (epicárdicas y microvasculares), las cuales es importante identificar, puesto que cambia el pronóstico de éstos pacientes, además del impacto del tratamiento, en su morbimortalidad a largo plazo.

Bibliografía

- Zuluaga-Quintero Mónica, Cano-Granda Christian Camilo. Acute myocardial infarction without obstructive atherosclerotic coronary disease. *latreia [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Nov 13]; 31(4); 371-379.*

- *Ache Yamel, Guamán Carlos, Viñole Lorena, Vignolo Gustavo. Infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas - MINOCA: un enigma para el cardiólogo clínico. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2020 [citado 2020 Nov 13]; 35(1): 202-230.*

541/80. Estudio de hipertensión secundaria. Erca en paciente joven

Autores:

(1) *Tiessler Martínez, B.*, (2) *Del Milagro, A.*, (3) *Reviriego Mazaira, S.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga,*
 (2) *Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga,*
 (3) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.*

Descripción del caso

Varón de 30 años que acude a Urgencias por retención aguda de orina y edematización de miembros inferiores progresiva desde hace 24 horas. En la primera valoración, TA 200/100.

Antecedentes personales. Sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial hace 2 años que trató pero abandonó tratamiento a posteriori. Analítica hace 10 meses con FG 34 y albuminuria A2, la cual no recogió los resultados.

Exploración y pruebas complementarias

Miembros inferiores con edema con fovea hasta rodilla. Resto anodino.

- Analítica con Hb 11'5, Cr 4'18, urea 63, K 3'3, proteinuria/cr 3802, CKD epi 18
- Gasometría venosa, n. Orina Na 56, K 9'7, pro/cr 624, alb/cr 287'52. Sedimento n
- ECG normal. Radiografía torácica sin hallazgos.
- Ingresa a cargo de Nefrología para estudio.
- Ecografía con riñones con datos ecográficos de cronicidad bilateral que sugieren nefropatía, no se

observa proceso obstructivo. Doppler de arterias renales principales dentro de la normalidad.

- Se amplía estudio analítico con PTH 55'64, 25-OH vitamina D 38'68. ANA y ANCA negativos. Catecolaminas en orina normal. Aldosterona 2'51 (bajo), renina directa 357 (alto, aunque tomando losartan y espironolactona), aldosterona/renina 0'01. Aldosterona/ARP <30. Serología virus hepatotropos negativos.
- Electroforesis proteínas séricas IgG 483, iGA 261, IgM 99, C3 86, C4 25.
- Kappa/lamda libres en suero 1.874 (límite alto de la normalidad)
- FO: Retinopatía hipertensiva grado III
- Ecocardiograma transtorácico con hipertrofia concéntrica moderada.

Juicio clínico

ERCA secundaria a proceso glomerular no fliado. HTA con afectación de órgano diana en tratamiento con 3 fármacos. Se descarta HTA secundaria.

Diagnóstico diferencial

Hipertensión secundaria: renal, endocrina, vascular, esclerodermia, fármacos (aines, antidepresivos, antipsicóticos, corticoides...), nicotina, alcohol, embarazo.

ERCA: Diabetes, hipertensión, glomerulonefritis, enfermedad poliquística, lupus, otras malformaciones hereditarias.

Comentario final

Pendiente de biopsia renal. Se recomienda dieta baja en sal y proteínas y ejercicio físico preferiblemente aeróbico. Tratamiento actual con olmesartan 40 mg, amlodipino 10 mg, espironolactona 25 mg, simvastatina 20 mg.

Bibliografía

- *Oliva-Damaso N, Costa-Fernandez J, Oliva-Damaso E, Bravo-Marques R, Lopez F, Del Mar Castilla M, Sequeira J, Payan J. Kidneys are key in secondary hypertension: a case of fibromuscular dysplasia. Lancet. 2018 Nov 24;392(10161):2298. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32532-7. PMID: 30496121.*
- *Hegde S, Aeddula NR. Secondary Hypertension. [Updated 2020 Jun 26]. In: StatPearls [Internet].*

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544305/>

541/84. Tos en tiempos de covid19

Autores:

(1) Prieto Bonilla, M., (2) Arias Galera, M., (3) Andrade Almecija, A.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Motivo de consulta: Tos y disnea de semanas de evolución

Antecedentes personales: Varón 55 años. Vive solo.

NAMC

Hábitos tóxicos: fumador de 3 paquetes/día (IAT >50 paquetes/año)

No otros FRCV

Esquizofrenia paranoide en seguimiento por Salud Mental y en tratamiento con olanzapina 5mg y lorazepam 5mg.

Acude a las urgencias derivado por enfermera de salud mental que realiza seguimiento en domicilio al objetivar tos seca y disnea que ha ido en aumento hasta hacerse de reposo.

El paciente refiere tos de larga evolución que ha ido en aumento, febrícula en los últimos días de hasta 37.7º. Niega expectoración. No otra sintomatología respiratoria ni compatible con covid19

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado y colaborador. Hemodinámicamente estable.

ACR: Rítmico sin soplos. MVC con hipoventilación en base derecha.

Atendiendo a las pruebas complementarias realizadas se descarta infección por coronavirus. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones.

En radiografía de tórax se objetiva gran masa pulmonar en LID, derrame pleural derecho y nódulo en campo medio de pulmón izquierdo. (Ver imagen)

El paciente ingresa en planta para completar estudio con TAC y broncoscopia con toma de biopsia. Sufre complicaciones como TEP subagudo y derrame pericárdico severo, finalmente tras 15 días del diagnóstico el paciente fallece.

Juicio clínico

Carcinoma de pulmón no microcítico en LID avanzado (estadio IV)

Diagnóstico diferencial

- Patología infecciosa (incluido neumonía por covid19)
- Carcinoma pulmonar
- Tuberculosis

Comentario final

La esquizofrenia se ha asociado tradicionalmente con mayores tasas de comorbilidad física y con un exceso de mortalidad. Ya que frecuentemente pasa inadvertida la comorbilidad física de estos pacientes siendo infradiagnosticada e infratratada.

Resulta por tanto necesario sensibilizar a estos pacientes, a los médicos de atención primaria y al resto de especialistas de una mayor atención de su salud física incorporando programas de salud que garanticen garantizar una esperanza de vida, calidad de vida y funcionamiento similares a los de la población general.

Bibliografía

- Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla J. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(5):251-264

541/85. Hemorragia digestiva alta. Cáncer esofágico

Autores:

(1) Parra Segura, M., (2) Roquette Reyes, P., (1) Lobato Rayo, G.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Cazalla. La Puebla de Cazalla. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 51 años

No reacciones adversas a medicamentos

Antecedentes personales:

- Toxicómano en tratamiento con metadona
- Bebedor habitual
- Hepatitis C genotipo 1b
- Fractura tercio superior húmero derecho

Antecedentes quirúrgicos:

- Herida inciso contusa en tórax por apuñalamiento hacía 30 años

Enfermedad actual:

Vómitos en posos de café y melenas de hasta 10 deposiciones de horas de evolución. En los 15 días previos consultó por disfagia a sólidos y reflujo gastroesofágico.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Palidez de piel y mucosas. Tolera decubito

TA 80/40 mmHg, FC 110 lpm, SatO₂: 94%

ACP: Tonos rítmicos, taquicárdico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias. Sin defensa voluntaria

Tacto rectal: melenas

Se objetivan vómitos en posos de café

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Analítica:

- Hemograma: Hemoglobina 7,2 g/dl (previa 14,6 g/dl en enero 2015), hematocrito 24,9%, leucocitos 12,64 mil/mm³ (78% neutrófilos), plaquetas 115 mil/mm³
- Bioquímica: glucosa 141 mgr/dl, creatinina 0,83 mg/dl, Na 138 mEq/L, K 4,9 mEq/L, PCR 0,8 mgr/l
- Gasometría venosa pH 7,40, PCO₂ 37,5 mmHg, pO₂ 19,8 mmHg, HCO₃ 23 mmol/L
- Coagulación TP 17,4 seg, INR 1,5, actividad protombina 52%, TPTA 25,6 seg

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

- Lesion mamelonada, ulcerada e infiltrativa en tercio distal esofágico compatible con Adenocarcinoma esofágico.
- Sangrado digestivo probablemente por laceracion de la lesion por los vómitos.
- Restos hemáticos digeridos, sin sangrado activo.

Juicio clínico

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante HER2+ cT4a N2 MO

Diagnóstico diferencial

Úlcera gástrica

Cáncer gástrico

Comentario final

El paciente fue atendido en primer momento en domicilio por equipo DCCU, requiriendo estabilización hemodinámica previo a traslado a centro Hospitalario.

Durante su estancia en Observación Urgencias, requirió de transfusión sanguínea de 3 concentrados de hematies, perfusión de omeprazol y somatostatina.

Actualmente el paciente se encuentra recibiendo tratamiento quimioterápico XELOX + trastuzumab

Bibliografía

- *Manual Medicina de Urgencias y Emergencias Jimenez-Murillo*
- *Martin-Richard, M., Díaz Beveridge, R., Arrazubi, V. et al. SEOM Clinical Guideline for the diagnosis and treatment of esophageal cancer (2016). Clin Transl Oncol 18, 1179–1186 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1577-y>*

541/87. Doctor, quiero que me recete la pastilla para dejar de fumar

Autores:

(1) *Rodríguez Borrego, M.*, (1) *Arias Galera, M.*, (2) *Pacheco Lorenzo, E.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga,*
(2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.*

Descripción del caso

Varón de 53 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, bien controlada con enalapril 10mg diario y fumador desde los 15 años de un paquete de tabaco diario.

Como antecedentes familiares, una tía materna y su hermano fallecieron de cáncer de pulmón.

Acude a la consulta indicándonos que se ha propuesto dejar de fumar y nos solicita ayuda farmacológica para ello.

Exploración y pruebas complementarias

A la auscultación pulmonar: conserva el murmullo vesicular bilateral sin ruidos sobreañadidos.

Le solicitamos radiografía de tórax, por antecedentes familiares: sin alteraciones.

Le calculamos el índice de paquetes años (número de paquetes fumados al día por número de años fumando: $38 \times 1 = 38$).

Le realizamos el test de Fagerstrom para estudiar el grado de dependencia al tabaco que presenta. Obte-

nemos como resultado que presenta una dependencia alta al mismo.

Juicio clínico

Dependencia de alto grado al tabaquismo.

Diagnóstico diferencial

Patología pulmonar. Trastorno ansioso con adicción.

Comentario final

Tras conocer las características de su consumo, le animamos a comenzar con terapia no farmacológica, acudiendo a los grupos de ayuda para dejar de fumar en nuestro Centro de Salud.

A su vez, le proponemos una estrategia para ir reduciendo el consumo consistente en crear un hogar libre de humos. Indicándole que a partir de ahora únicamente podrá fumar al aire libre y que tendrá que tener un único mechero en casa. Dicho mechero se encontrará en una habitación y el paquete de tabaco en otra. Así, cada vez que quiera fumar, tendrá que recorrer la casa y salir fuera.

Una vez iniciados los grupos de ayuda tendrá que plantearse fijar una fecha para cese del consumo tabáquico.

El paciente acepta la estrategia propuesta. A los dos meses nos indica que consiguió dejar el tabaco con las medidas proporcionadas.

En Atención Primaria es fundamental tener buenas herramientas para ayudar a los pacientes para el abandono del hábito tabáquico.

Bibliografía

- *R.Córdoba, C.Martín, R.Casas. C.Barberá, M.Botaya, A.Hernández, et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. At Prim.2000; 25(1):32-36*
- *J.A.Ochoa-Prieto, R.Aurrecoechea-Corral, P.Llenderas-López, S.Aparicio-García. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. Semerg.2010;36(7)377-3*

541/88. Dolor abdominal agudo en una consulta de atención primaria

Autores:

(1) *Roquette Reyes, P.*, (2) *Parra Segura, M.*, (2) *Lobato Rayo, G.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Cazalla. La Puebla de Cazalla. Sevilla.* (2) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla.*

Descripción del caso

Varón, 56 años que acude por dolor abdominal de 4h de evolución de inicio súbito, localizado en flanco derecho. Afebril. Niega diarrea, vómitos. Niega clínica miccional. No estreñimiento. No otros síntomas asociados. *Antecedentes personales: -Niega reacciones alérgicas a medicamentos conocidas. -Factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y dislipemia en tratamiento farmacológico. -Hábitos tóxicos: Fumador de 30 cigarrillos/día. Bebedor social. -Tratamiento actual: enalapril 20mg/24h, simvastatina 40mg/24h, aspirina 100mg/24h, empagliflozina 10mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Afectado por el dolor. Consciente, orientado, colaborador. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. TA 180/90 mmHg, FC 95 lpm,. -Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. -Abdomen: defensa involuntaria a la palpación en fosa iliaca derecha y flanco derecho. Blumberg +. Murphy negativo. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Se decide derivar a hospital de referencia para valoración hospitalaria urgente, ante sospecha de posible abdomen agudo. A su llegada a Urgencias: misma clínica, mayor afectación del estado general. -Auscultación cardiopulmonar: corazón arrítmico, que se corrobora con ECG: FA a 110 lpm. -Abdomen misma exploración que anteriormente. *Pruebas complementarias: -Hb 15g/dL, leucocitos 9.500 mm³ (80% neutrófilos), plaquetas 153mil, PCR 1.7. Bioquímica normal. -TC abdo-

men: lesión heterogénea de contenido hipoatenuado y calcificaciones adyacentes a ciego-colon derecho. Apéndice posterior con gas en su interior. Dimensiones 3.6-3.7-4.5 cm asociado a líquido y edema en grasa adyacente. Resto sin hallazgos de interés. -Nuevo control analítico: 13800 leucocitos (89% neutrófilos), PCR 98.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de intestino grueso moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante (estadio IIIB pT-3N1b).

Diagnóstico diferencial

-Apendicitis complicada/perforada. -Enfermedad inflamatoria intestinal/ ileítis. -Divertículo Meckel. -Patología nefrourinaria. -Patología etiología tumoral. -En caso de sexo femenino: patología ginecológica: embarazo ectópico, rotura quiste ovárico.

Comentario final

Durante el ingreso: * Hemicolecotomía derecha + ileostomía. * Complicaciones asociadas: -SDRA/EAP con derrame pleural bilateral requiriendo ingreso en UCI y VMNI. -Ictus isquémico en arteria cerebral media derecha requiriendo trombectomía urgente y traslado a hospital de referencia. -Delirium alucinaciones visuales por privación alcohólica. -Fibrilación auricular permanente, requiriendo anticoagulación de por vida.

Bibliografía

- *Martin FR, Rossi R. The acute abdomen an overview and algorithms. Surg Clin North AM 1997; 77:1227-43.*
- *Nieto Silva JA. Dolor abdominal agudo. En: Malogón Londoño G, editor. Manejo integral de urgencias. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1992.*
- *Tintinalli J. Abdominal pain. Emergency medicine. A comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians, 1985.*

541/89. Doctor, no me reconozco

Autores:

Alejandro Durán, S., Águila Gómez, G.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

Descripción del caso

Mujer 50 años con carcinoma de corteza suprarrenal izquierda pT3NxM1, sin tratamiento quimioterápico actual, portadora de reservorio y en tratamiento con Fludrocortisona 0.1 mg e Hidrocortisona 20 mg diarios. Acude a su médico de atención primaria por edema facial y de hemitórax superior de un mes de evolución refiriendo que “ya no se reconoce en el espejo” y que empeora a lo largo del día. Ya ha consultado por este motivo en numerosas ocasiones en urgencias, donde se establecía como causa el tratamiento corticoideo crónico.

Exploración y pruebas complementarias

Marcado edema facial, orbicular, y supraclavicular. Signos de ectasia yugular derecha. Trama vascular colateral intermamaria y en ambas líneas medias axilares.

Analítica anodina.

Eco-doppler: venas yugulares y subclavias permeables y colapsables, sin signos actuales de trombosis.

TC con contraste de tórax: defecto de repleción hipodenso central en la luz del tercio inferior de la vena cava superior, cuando acaba el catéter del reservorio, compatible con la existencia de trombo a este nivel. Vena ácigos permeable aumentada de calibre y circulación colateral venosa mediastínica.

Juicio clínico

Síndrome de vena cava superior en paciente con reservorio

Diagnóstico diferencial

Edematización por tratamiento corticoideo crónico
Síndrome de vena cava superior

Comentario final

Tras el diagnóstico se decide retirada del reservorio PAC, sin mejoría, por lo que se ingresa para realización de flebografía, donde se observa trombosis completa de la vena cava superior y se inicia fibri-

nólisis con Urokinasa por catéter braquial. No se observa mejoría, por lo que se decide colocación de endoprótesis vascular no recubierta wallstent y angioplastia posterior con balón, observándose buen paso de contraste desde vena cava superior hasta aurícula. Se continúa con anticoagulación a dosis terapéuticas debido a que a pesar del tratamiento fibrinolítico, han persistido restos de trombo.

Bibliografía

- R. Baeza Trinidad, M. Casañas Martínez, R. Daroca Perez, A. Y. Brito Diaz, A. I. González González*, S. Morera Rodriguez, J. Gómez Cerquena, E. Mozos de la Fuente, M. Núñez Murga, T. Elías Sánchez JDML. Síndrome de vena cava superior agudo secundario a catéter. *Rev Internistas no extraordinario Soc Med Interna*. 2013;
- Naranjo Castillo AE, Vaca Rodríguez SL, Lucin Salazar MG, Cabrera Galecio DJ. Síndrome mediastinal causas, diagnóstico y tratamiento. *Reciamuc*. 2019;3(1):242-71.

541/93. Simulando un síndrome coronario agudo: errores que pueden empeorar un pronóstico

Autores:

- (1) Rodríguez Salas, F., (1) Díez de Baldeón Chicón, P., (1) Merchán Cruz, M., (2) Pérez Barragán, M.

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 52 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Estando en admisión del Centro de Salud sufre una parada cardiorrespiratoria tras discusión con un usuario. Se inician maniobras de reanimación, con un primer ritmo de asistolia. Tras 4min, recupera ritmo sinusal objetivándose descenso generalizado del segmento ST y elevación del segmento ST en aVR, sugiriendo enfermedad multivaso

o coronaria izquierda. Al acudir el 061 se intuba a la paciente y se traslada a Urgencias. Como el cuadro se presentó como síncope brusco, con asistolia y pupilas midriáticas, se realiza TC de cráneo objetivándose hemorragia subaracnoidea (HSA) con presencia de sangrado en ambos Silvios, cisterna pre-pontina, borde del tentorio y cisura interhemisférica. Se hace angioTC de polígono de Willis viendo un aneurisma sacular de 4x2.5mm en comunicante anterior como probable causa de la HSA descrita. Se traslada a UCI y dada la buena evolución se extuba en las primeras 24h. Se emboliza el aneurisma de la arteria comunicante anterior con éxito.

Exploración y pruebas complementarias

En el Centro de Salud se encuentra a la paciente en asistolia; color terroso. Se intuba y conecta a ventilación mecánica, presentando midriasis bilateral poco reactiva. Se realiza ECG, TC de cráneo y angioTC del polígono de Willis.

Juicio clínico

HSA por aneurisma sacular en comunicante anterior roto.

Diagnóstico diferencial

SCACEST.

Comentario final

El síndrome coronario agudo (SCA) es la principal causa de parada cardíaca extrahospitalaria. Las guías de RCP recomiendan una coronariografía urgente con miras a realizar una intervención coronaria percutánea primaria. Las causas extracardíacas de parada como la HSA son menos comunes y de mal pronóstico, las cuales pueden simular un SCA. El mecanismo probable para este evento es que la hemorragia subaracnoidea induce una descarga de catecolaminas excesiva, que produce aturdimiento miocárdico por estimulación simpática, disfunción cardíaca, elevación de enzimas y cambios electrocardiográficos. Se podía haber pensado en un SCA dado el electrocardiograma que sugería enfermedad coronaria, administrando antiplaquetarios y anticoagulantes que hubieran empeorado el pronóstico.

Bibliografía

- Carrillo-Esper R, Carrillo-Córdova LD, Carrillo-Córdova CA, Carrillo-Córdova JR. Alteraciones electrocardiográficas en hemorragia pontomesencefálica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2010;24(3):145-148.
- Jiménez-Brítez G, Sánchez-Somonte P, Freixa X. Parada cardíaca debido a hemorragia subaracnoidea simulando un síndrome coronario agudo. *Rev Colomb Cardiol.* 2017;24(3):316-321.

541/94. Un embarazo de dudosa data

Autores:

(1) Justicia Gómez, L., (1) Salazar Bruque, I., (2) Polo Torres, E.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 32 años. Origen nigeriano. Sin antecedentes médicos de interés. Fórmula menstrual: 4/30. Fórmula obstétrica: G1P1. Acude a consulta por amenorrea secundaria de 2 meses con test de gestación positivo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratada. Tensión arterial: 140/90, frecuencia cardíaca 80 lpm. A la exploración altura uterina de 25 cm concordante con un embarazo de 5-6 meses. Ausencia de edemas en miembros inferiores. - Ecografía abdominal con sonda convex: se observa saco gestacional con embrión en su interior y latido cardíaco positivo acorde a 9 semanas de gestación. Se observan tres estructuras redondeadas y heterogéneas de gran tamaño con doppler positivo en su interior de hasta 6x7 cm la mayor de ellas.

Juicio clínico

Miomas uterinos en paciente embarazada.

Diagnóstico diferencial

- Embarazo de data incierta.
- Tumor uterino u ovarico en paciente embarazada.

Comentario final

La introducción de la ecografía en Atención Primaria, nos permitió realizar un diagnóstico certero en casos como éste, en el que existía una discordancia entre la fecha de última regla y la altura uterina.

Bibliografía

- *Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio*, 3ª ed. 2014.
- Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, et al. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. *Obstet Gynecol* 2009; 113:630.
- Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006; 107:376.
- Bonilla-Musoles F, Perez-Gil M; 1981. *Ecografía Obstétrica-Ginecológica y Mamaria*. Barcelona: Jims.

541/96. Lo que la pandemia esconde: más allá del virus

Autores:

(1) Salazar Bruque, I., (1) Justicia Gómez, L., (2) Rodríguez Soler, R.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 88 años, muy buena calidad de vida, con único antecedente de Cáncer ductal de mama izquierda intervenida en 2010 en seguimiento sin recidiva hasta el momento. No tratamiento habitual. Consulta telefónicamente en abril/20 por clínica de disuria y picor a nivel genital sin otra clínica añadida, al encon-

trarnos en situación de pandemia, se decide tratamiento antibiótica ante la sospecha de ITU. Semanas después vuelve a consultar por continuar con misma clínica, por lo que se decide realizar urocultivo, trayendo la muestra cuidadora, siendo éste negativo. Al encontrarse con misma clínica, se le aconseja a la paciente acudir a consulta pero ante el miedo a salir de casa dada la situación de pandemia decide no acudir, se inicia tratamiento con antifúngico tópico. Semanas después vuelve a consultar por continuar con misma clínica por lo que se le vuelve a indicar acudir a consulta, aceptando.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada en las 3 esferas. Bien hidratada y perfundida. Exploración genital: Atrofia genital intensa, borramiento de labios menores. Liquefacción sobre todo en 1/3 superior de los labios. En labio mayor izquierdo, cercana a clítoris, se observa lesión de unos 3cm, de bordes indurados con zona central ulcerada. No adenopatías inguinales. Se deriva de forma preferente a ginecología con diagnóstico final de Carcinoma epidermoide de vulva.

Juicio clínico

Carcinoma epidermoide de vulva.

Diagnóstico diferencial

- Infección tracto urinario inferior.
- Candidiasis vaginal.
- Liquef escleroatrófico
- Síndrome genitourinario de la menopausia.
- Cáncer de vulva.
- Otros.

Comentario final

La pandemia por SARS COVID-19 no solo está teniendo consecuencias en los pacientes afectados por ésta enfermedad, sino que está provocando un retraso en diagnósticos de otras patologías, pudiendo ocasionar daños importantes en la salud de nuestros pacientes.

Bibliografía

- *Boletín de prácticas N ° 93 del ACOG: diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la piel vulvar*. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1243. Reafirmado 2019.

- Rodolakis A, Diakomanolis E, Vlachos G, et al. Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN): desafíos diagnósticos y terapéuticos. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24: 317.
- Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK y col. Terminología de las lesiones intraepiteliales escamosas vulvares de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (ISSVD) de 2015. *J Low Genit Tract Dis* 2016; 20:11.

541/100. Fiebre del nilo en adulto joven

Autores:

(1) Roquette Reyes, P., (2) Parra Segura, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Cazalla. La Puebla de Cazalla. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla.

Descripción del caso

Varón, 19 años, natural de Guatemala, lleva un mes viviendo en Osuna donde se dedica al pastoreo de cabras. Vive en una caravana. Reconoce consumo de leche no pasteurizada, bebiendo directamente de las ubres de las cabras.

Refiere cefalea intensa occipital de cuatro días de evolución, asociado a sono y fotofobia, fiebre de hasta 38°C, quebrantamiento del estado general, poliartralgias y vómitos de contenido bilioso.

Epistaxis autolimitada dos días previos. Niega picaduras de insecto. No otros síntomas asociados.

Antecedentes personales:

- Niega alergia a medicamentos conocida.
 - Niega hábitos tóxicos.
 - Niega patologías previas.
- Niega tratamiento actual.

Se activa protocolo para detección de virus del Nilo enviándose muestra de LCR a Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado, colaborador. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico.

No rigidez de nuca. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas en los cuatro miembros. Reflejos osteotendinosos normales. No focalidad neurológica. Hemorragia subconjuntival izquierda.

- ACR: rítmico sin soplos ni extratonos. BMV sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la exploración. Ruidos hidroaéreos conservados. Sin signos de irritación peritoneal.
- Miembros inferiores sin edemas ni TVP.
- Pruebas complementarias.
- Hb 14 g/dl, leucocitos 10980 (neutrofilia), plaquetas 26000. Trombopenia comprobada. No esquistocitos ni parásitos intracelulares. Fórmula leucocitaria: segmentados 88%, linfocitos 4%, monocitos 8%, Coombs directo negativo. Bioquímica normal, PCR 360. Coagulación normal. Gasometría venosa normal. Hormonas tiroideas normales. Ácido fólico y vitamina B12 normal. Orina normal.
- ECG: rítmico a 80 lpm. BRDHH. Ondas T negativas V1V3.
- RX tórax: ICT normal, no imágenes de condensación ni derrame.
- Ecografía abdominal normal.
- TC craneal sin alteraciones significativas.
- Estudio LCR: bioquímica: PMN 21%, glucosa 93 mg/dl, aspecto macroscópico claro, leucocitos 14x10⁶/L, mononucleares 79%. Cultivo LCR negativo a las 72h.
- PCR SARS-Covid 19 negativa.
- Serología: Brucella y VIH negativo. VEB y CMV compatibles con infección pasada.
- Hemocultivo positivo para *Borrelia*.

Avisan ante positividad de muestra de virus del Nilo desde el laboratorio de referencia.

Juicio clínico

Meningoencefalitis aguda por virus del Nilo. Borreliosis.

Diagnóstico diferencial

- Brucelosis.
- Rickettsiosis.
- Leptospirosis.
- Fiebre Q por *Coxiella burnetti*.
- Paludismo.
- Enfermedad de Chagas.
- Meningoencefalitis vírica por enterovirus, VHS1/2.
- Primoinfección VIH.

Comentario final

Se trató de una coinfección entre virus del Nilo y Borreliosis debido a los antecedentes personales y situación laboral del paciente, respondiendo de forma adecuada al tratamiento administrado durante su ingreso, evolucionando en todo momento de forma favorable.

Bibliografía

- *Harrison Manual de Medicina Interna*.

541/101. Paciente con ictus: ¿donación?

Autores:

(1) Tejada Gómez, J., (2) Pinilla de Torre, M., (3) Pinilla de Torre, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaba. La Algaba. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaba. La Algaba. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente varón de 51 años sin antecedentes de interés. Traído por código ictus a mediodía tras acostarse la noche anterior sin déficit. Valoración de neurología y resultados de la TC de cráneo hacen que se desestima cirugía. Se avisa a Coordinación de Trasplante, entrevista a familia, y decide que podría ser donante de órganos, por lo que se ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Tras su ingreso, se encuentra lesión polipoidea sospechosa de malignidad en vejiga, por lo que se desestima donación.

Se comenta con familiares y se procede a limitación de esfuerzo terapéutico III-D, produciéndose exitus letalis.

Exploración y pruebas complementarias

Servicios de emergencia lo encuentran con bajo nivel de consciencia, Glasgow 5-6, hemiplejía izquierda, movimientos descerebración a dolor, anisocoria arreactiva. Se realiza intubación orotraqueal.

Valorado por neurología, presenta miosis izquierda, reflejo cutaneoplantar extensor bilateral, reflejo nauseoso.

Al ingreso en UCI, hemodinámicamente estable, tensiones arteriales 160-170 milímetros mercurio (mmHg). Auscultación cardiorrespiratoria, abdomen y miembros inferiores dentro de normalidad. Saturación oxígeno 100% con ventilación mecánica invasiva.

Pruebas de imagen previas UCI:

1er TC cráneo: hematoma intraparenquimatoso desde corona radiata hasta mesencéfalo, conecta 3er ventrículo. Alcanza ganglios basales derechos. Se desestima cirugía.

Angio-TC: vasos intracraneales escasamente repleccionados. Leves placas de ateroma en carótidas internas.

2º TC: Dilatación asas frontales y occipitales. Edema perilesional. Desplazamiento línea media 6-7 mm con herniación subfalcina.

Sedimento de orina, uroTC y primera citología negativas para malignidad. Segunda cistoscopia por

persistir hematuria, lesión polipoidea sospechosa de malignidad.

Juicio clínico

Hemorragia cerebral intraparenquimatosa espontánea
Edema cerebral

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular
Estados confusionales
Encefalopatías
Lesiones ocupantes espacio cerebrales

Comentario final

Resalta una vez más la importancia de los tiempos de actuación en eventos cerebrovasculares para desarrollar terapias que salven la vida del paciente o minimicen la incapacidad posterior.

Así mismo, los criterios para que un paciente sea potencialmente donador de tejidos.

Bibliografía

- Aguayo Maldonado J, Alonso Araujo I, Bartolomé Sanz Á. Limitación esfuerzo terapéutico. Recomendaciones elaboración protocolos. Junta Andalucía Consejería Igualdad, Salud y Políticas Soc. 2014;86(1):46.
- Calvo Rodríguez R, Ochoa Sepúlveda JJ, Toledano Delgado A, Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Accidente cerebrovascular. En: Medicina urgencias y emergencias. Elsevier; 2018. p. 406-16.
- Martín Páez A, Correa Rosales MI. Accidente vascular cerebral. En: Urgencias Médicas. Marbán; 2019. p. 217-23.

541/102. El peligroso color rojo. Reacción cutánea a tatuajes

Autores:

(1) Gómez Vargas, F., (2) Fernández Carranco, C.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva,
(2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comu-

nitaria. Centro de Salud Marchena Ricardo Martínez Sánchez. Marchena. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente de 32 años que acude a consulta de Atención Primaria por aparición de erupción cutánea sobre tatuaje realizado hace 2 meses en región maleolar externa de pierna derecha. Se localizaba en las zonas de pigmentación roja, respetando el resto de colores. No refería traumatismo ni herida sobre dicha zona, tampoco fiebre ni supuración, únicamente prurito intenso asociado. Ante sospecha de reacción de hipersensibilidad se pauta tratamiento (tto) con corticoides tópicos y antihistamínicos orales y se deriva a Dermatología. Tras biopsia de la lesión y descarte de micosis y otras enfermedades se confirma como reacción de hipersensibilidad a la tinta roja con mejoría tras tto con corticoides intralesionales.

Exploración y pruebas complementarias

Placa eritematosa sobreelevada de aspecto liquenoi-
de sobre zonas de pigmento rojo de tatuaje localizado en región maleolar externa de pierna derecha. Biopsia cutánea: células gigantes multinucleadas con pigmento, compatible con granuloma de cuerpo extraño.

Juicio clínico

Reacción de hipersensibilidad al pigmento rojo del tatuaje.

Diagnóstico diferencial

Reacción de hipersensibilidad versus sarcoidosis versus infección micótica.

Comentario final

La práctica del tatuaje es cada vez más frecuente y consiste en la introducción de un pigmento de color en nuestra piel; como consecuencia se puede producir una respuesta inflamatoria en la zona, la cual puede ser precoz (semanas) o tardía (años). Son especialmente frecuentes las reacciones de hipersensibilidad al pigmento rojo, esto puede ayudar al diagnóstico, ya que en las reacciones de hipersensibilidad a este pigmento veremos respetadas el resto de áreas cutáneas que tienen otros colores. No obstante, ante estas lesiones hay que descartar otras patologías

como sarcoidosis o micosis cutánea antes de llegar al diagnóstico final.

Bibliografía

- Benavente-Villegas F, Díaz-Corpas T, García-Briz M, Moneva-Léniz L, Sánchez-Motilla J, Prats-Máñez A, Fuertes-Prosper A, Soriano-Sarrió P. El rojo es un problema: Reacciones cutáneas a pigmento rojo de tatuajes. *Dermatol Online J.* 2018 Jan 15;24(1):13030/qt89q966n7. Spanish. PMID: 29469769.
- González-Villanueva I, Silvestre Salvador JF. Diagnostic Tools to Use When We Suspect an Allergic Reaction to a Tattoo: A Proposal Based on Cases at Our Hospital. *Actas Dermosifiliogr.* 2018 Mar;109(2):162-172. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2017.10.006. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29197467.

541/103. SÍNDROME CONFUSIONAL EN MUJER INSTITUCIONALIZADA, ¿CUÁL ES LA CAUSA?

Autores:

(1) Román De Sola, B., (2) Caballero de la Campa, A., (3) Moreno Jiménez, I.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 81 años evaluada por su Médico de Atención Primaria debido a la presencia de lesión vesiculosa eritematosa en hemicara derecha en región frontal con afectación ocular, compatible con herpes zóster, quien pauta Famciclovir 500mg/8h. Dos días después, inicia con fiebre de hasta 38°C, vómitos y cefalea, sin otra sintomatología a destacar.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, desorientada temporoespacialmente, bien hidratada, normocoloreada y perfun-

dida. Auscultación cardiopulmonar normal, sin soplos ni ruidos sobreañadidos patológicos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. A nivel ocular derecho: hiperemia conjuntival con secreciones, pupilas isocóricas normorreactiva a la luz y acomodación, motilidad ocular extrínseca conservada. Neurológica: Rigidez nuchal, inmovilidad de las cuatro extremidades. Analítica: Proteína C reactiva 3.4, función renal, hepática e iones normales. Ferritina 87.4. Sin alteraciones en gasometría venosa. Ligera linfopenia de 830 células. Dímero D 2375, resto de coagulación, serie blanca y roja normales. Orina normal. Coronavirus negativo.

Tomografía de cráneo: Moderada leucoaraiosis. Discreta atrofia cortico-subcortical, similar a previo. Se realiza punción lumbar traumática con salida de líquido sanguinolento: Hematíes 259, Leucocitos 97 (100% mononucleares), glucosa 80, lactato deshidrogenasa 43, Proteínas 83.1, Adenosina desaminasa <1. Reacción en cadena de la polimerasa del líquido cefalorraquídeo: positivo a virus varicela zoster (negativa a virus del herpes simple).

Juicio clínico

Meningitis vírica por virus varicela zoster.

Diagnóstico diferencial

Meningitis bacteriana, meningitis tuberculosa, meningitis aséptica aguda.

Comentario final

Desde el mismo Servicio de Urgencias donde fue diagnosticada, se inició tratamiento con Aciclovir y Dexametasona por vía intravenosa, además de Aciclovir y Tobramicina con Dexametasona por vía oftalmológica. Posteriormente fue ingresada en Medicina Interna, donde siguieron estudiándola, y tras permanecer 10 días asintomática fue dada de alta, y control por su Médico de Familia.

Bibliografía

- *Viral meningitis and encephalitis: Traditional and emerging viral agents.* José R, Romero MD, Jason G, Newland MD. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases.* Volume 14, Issue 2, April 2003, Pages 72-82.

541/104. Un boxeador en apuros

Autores:

(1) Lozano Kolesnikov, V., (2) Moreno Jiménez, I., (1) Varo Morilla, M.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 76 años sin antecedentes personales de interés, acude a consulta en reiteradas ocasiones. Conducta repetitiva con diversos motivos de consulta que engloban problemática familiar, soledad, patología digestiva, disfunción eréctil... Olvida las citas programadas, por lo que siempre viene de urgencias.

Cuenta que lleva viviendo en el pueblo unos 5 meses, en un hotel. Originario de Cataluña y dada la problemática familiar (está separado y tiene dos hijas con las que no tiene contacto), ha abandonado su hogar en busca de una nueva aventura. De joven se dedicaba al boxeo, por lo que se ejercita diariamente y presume de su musculatura ("Estoy hecho un chaval").

Exploración y pruebas complementarias

Exploración y examen neurológico dentro de la normalidad. Se solicita analítica general, TC craneal y una valoración cognitiva. Analíticamente no se presentan alteraciones destacables. No deficiencia de Vitamina B12 ni hipofunción tiroidea. Treponema pallidum negativo. En el TC craneal destaca una marcada atrofia córtico-subcortical sin alteraciones del parénquima. Dilatación del tercer ventrículo y los ventrículos laterales. Valoración cognitiva con Mini Examen Cognoscitivo con puntuación de 12 y Test de Reloj con puntuación de 3, por lo que se trata de "caso".

Se le convence para ingresar en una residencia de ancianos. Se solicita valoración por la unidad de demencias, de la cuál está pendiente.

Juicio clínico

Deterioro cognitivo

Diagnóstico diferencial

Demencia tipo Alzheimer, demencia fronto-temporal, demencia vascular, síndrome depresivo mayo

Comentario final

El diagnóstico de deterioro cognitivo supone un reto en la práctica clínica. No existe una prueba diagnóstica específica por lo que es fundamental una historia clínica cuidadosa y evaluación de capacidades funcionales mediante escalas de valoración de las actividades de la vida diaria y explorar los síntomas neurológicos y psiquiátricos. No hay que olvidarse del abordaje de la esfera social. Un paciente con olvidos y descuidos permanentes puede suponer un problema para sí mismo, además de ser objeto de engaños, robos o fraudes. Una detección a tiempo e inicio de abordaje del paciente junto al apoyo a la familia es fundamental, mejorando la calidad de vida.

Bibliografía

• Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med.* 2018 Oct;131(10):1161-1169. Epub 2018 Feb 6.

541/106. Importancia del seguimiento presencial en la consulta de niño sano en AP

Autores:

Hernández Ríos, E.

Centro de Trabajo:

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Lactante de 4 meses que acude a consulta para revisión de niño sano. Presenta macrocefalia con perímetro cefálico al nacimiento 35 cm (p83, 0.96DE). Curva de perímetro cefálico evolutivo con ritmo de crecimiento ascendente p>97 en consultas anteriores.

Exploración y pruebas complementarias

En consulta observamos perímetro cefálico 45 cm (p>99, +3.13 DE) además de sostén cefálico inestable. A la exploración observamos un total de 8 má-

culas planas de coloración marrón claro con pigmentación uniforme y bordes bien definidos compatibles con manchas café con leche distribuidas en abdomen y miembros superiores e inferiores. Resto de exploración normal.

Juicio clínico

Ante estos hallazgos realizamos derivación a Neurología por sospecha de Neurofibromatosis.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome de McCune-Albright
- Esclerosis tuberosa

Comentario final

La Neurofibromatosis tipo 1 es una enfermedad autosómica dominante de expresividad variable y con un curso difícil de predecir. Afecta principalmente los sistemas dermatológico, neurológico, esquelético, oftalmológico y endocrino.

El diagnóstico se basa en la valoración clínica como la detección de manchas “café con leche”, neurofibromas, pecas en axilas o ingles. Y otros datos más específicos como Glioma del nervio óptico, nódulos de Lisch o displasia del esfenoides o afectación de familiares de primer grado. A los pacientes que cumplan los criterios se solicita el estudio genético para confirmar el diagnóstico.

Los criterios descritos, pese a ser bastante útiles, tienen la limitación de permitir el diagnóstico alrededor de los 8 años. Se debe a que estos signos no están presentes desde el nacimiento si no que van apareciendo con el tiempo.

Esto último sumado a que la precocidad del diagnóstico de la NF 1 es un factor determinante en el pronóstico posterior de los afectados, hace que sea de vital importancia el seguimiento presencial de niño sano desde la atención primaria para que podamos detectar a tiempo cualquier signo de sospecha.

Una vez diagnosticado el paciente, la finalidad del seguimiento es detectar tempranamente la aparición de complicaciones y mejorar la evolución de las mismas.

Bibliografía

- Guillén E, Ballesta MJ y Galán E. Protocolo de seguimiento de la neurofibromatosis tipo 1. Asociación Española de Pediatría. *Protoc diagn ter pediatr*. 2010; 1:44-50.
- Puig Sanz L. Síndromes Neurocutáneos; Protocolos de Dermatología 2007, Asociación Española de Pediatría.

541/108. Enfermedad de Parkinson: fármacos a evitar

Autores:

(1) Hernández Ríos, E., (2) Torrubia Fernández, M., (1) Martínez Alvarez, F.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Paciente de 76 años con enfermedad de parkinson idiopática de 6 años de evolución. Desde febrero coincidiendo con el confinamiento comienza a presentar alucinaciones visuales. La familia consulta en servicios de urgencias donde pautan haloperidol. Se produce un deterioro progresivo de la paciente con empeoramiento de su temblor y aumento de la

rigidez muscular. Se procedió a reducir paulatinamente la dosis de haloperidol, mejorando esta sintomatología y volviendo a su estado previo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica con deterioro en la inestabilidad de la marcha y rigidez muscular que mejora tras suspensión de haloperidol

Juicio clínico

Parkinsonismo por Haloperidol

Diagnóstico diferencial

- ACV

- Intoxicación medicamentosa

Comentario final

El haloperidol es un antagonista de los receptores dopaminérgicos cerebrales y está clasificado entre los neurolépticos de gran potencia. Los antipsicóticos pueden producir una serie de efectos secundarios extrapiramidales que afectan fundamentalmente al movimiento. Entre estos síntomas extrapiramidales encontramos: acatisia, distonia aguda, discinesia tardía y parkinsonismo.

El parkinsonismo o pseudoparkinsonismo se trata de un cuadro clínico que imita los síntomas típicos del Parkinson. Es un efecto secundario del tratamiento antipsicótico y aparece días o semanas después de la instauración del tratamiento o del incremento de dosis. Los fármacos que pueden producir parkinsonismo con mayor frecuencia son:

- Antipsicóticos típicos o de primera generación o neurolépticos:
- Haloperidol, Pimozide, Clorpromazina, Levomepromazina.
- Antipsicóticos atípicos o de segunda generación (De mayor
- a menor riesgo): Risperidona, Paliperidona, Amisulpiride, Ziprasidona, Aripiprazol y Olanzapina.
- Depletors de dopamina: Reserpina y Tetrabenazina
- Antieméticos: Metoclopramida

Dentro de la familia de los antipsicóticos, los que más probabilidad tienen de provocar parkinsonismo son los antipsicóticos de

primera generación de elevada potencia, fundamentalmente Haloperidol. Después, los antipsicóticos de segunda generación. Clozapina es el antipsicótico con menor incidencia de parkinsonismo, seguido de Quetiapina. La primera estrategia a considerar ante un síndrome parkinsoniano en un paciente en tratamiento antipsicótico es la reducción de dosis del antipsicótico.

Bibliografía

- Ferreira JJ, Katzenschlager R, Bloem BR, et al. Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES

review on therapeutic management of Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* 2013;20:5-15.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Guías de práctica clínica en el SNS.* Edita: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.

541/111. ¿Rotura fibrilar o tumor?

Autores:

Álvarez Luque, M.

Centro de Trabajo:

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga.

Descripción del caso

Varón, 21 años.

No alergias medicamentos conocidas.

No refiere enfermedades medicoquirúrgicas de interés.

Acude a consulta de atención primaria por persistencia de dolor inguinal derecho y rodilla derecha de seis meses de evolución que comenzó tras realización de ejercicio brusco. Más acusado por las mañanas y al inicio del movimiento. Se acentúa más a la extensión de rodilla y flexión contrarresistencia de cadera. No mejora con analgesia. Tras no mejora con analgesia y persistencia de dolor, y con radiología y ecografía que no se corresponden a la normalidad se decide derivar a traumatología.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor con flexión en últimos grados de flexión de cadera, leve con rotación interna.

No dolor sobre tendón adductor ni con activación del mismo contrarresistencia.

Maniobra coxa saltans interna y externa negativas.

Rodilla normal.

Radiografía pelvis bilateral: lesión lítica de borde bien definido de morfología ovalada con margen esclerótico.

co incompleto en cabeza femoral derecha que no asocia masa de partes blandas ni destrucción de cortical.

Ecografía inguinal derecha: leve protrusión de contenido intraabdominal en región inguinal durante Valsalva en relación con debilidad de pared pero sin salida del mismo ni imagen de hernia establecida.

Resonancia con contraste iv cadera derecha: lesión lítica bien definida en cabeza y cuello femoral derecho, excéntrica de predominio medial, geográfica con reborde escleroso. Se observa un mínimo componente de partes blandas en el espacio articular coxofemoral y en la superficie anterior del cuello femoral.

Biopsia: Tumor óseo de células gigantes.

Juicio clínico

Tumor óseo de células gigante

Diagnóstico diferencial

Tumor óseo de células gigantes. Condrosarcoma. Condrosarcoma de células claras.

Comentario final

La exhaustiva anamnesis que realizó su médico de familia, así como las pruebas realizadas que estaban a su alcance fue fundamental para derivación preferente a traumatología.

Bibliografía

- Garrous Oneca M. *Sarcomas oseos en la infancia y adolescencia* En: Torren Rubies F. *Tumores óseos malignos en la infancia y la adolescencia*. Madrid. 2019. P 35-49.
- Barber Martínez de la Torre I, Inarejos Clemente E. *Diagnóstico por imagen de los sarcomas óseos*. En: Torren Rubies F. *Tumores óseos malignos en la infancia y la adolescencia*. Madrid. 2019. P 81-86.

541/116. El corazón a juicio: caso cerrado

Autores:

Díez de Baldeón Chicón, P., Merchán Cruz, M., Rodríguez Salas, F.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 65 años con antecedentes de dislipemia y ansiedad que acude al Centro de Salud por disnea súbita y dolor centrotorácico "en puñalada" irradiado a espalda mientras estaba en un juicio. Asimetría de pulsos en miembros superiores (MS) a la exploración. Se realiza electrocardiograma (ECG) objetivándose ritmo sinusal a 85 lpm, onda Q y ascenso ST 1 mm V1-V3 y T negativa en I y aVL y, aunque pudiera plantearse iniciar tratamiento fibrinolítico, ante la sospecha de síndrome aórtico se deriva a Urgencias hospitalarias. A su llegada, se realiza ecocardiografía clínica a pie de cama sin hallar datos de disección aórtica ni líquido libre abdominal, únicamente cierta disfunción de ventrículo izquierdo (VI) e hipocinesia anteroseptal. El angioTC descarta disección aórtica y en la analítica destaca troponina I 1727 ng/L. La coronariografía urgente muestra coronarias normales y aquinesia apical en ventriculografía, llegando al diagnóstico definitivo.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable, auscultación cardiopulmonar normal. Asimetría de pulsos en MS. Radiografía de tórax normal. Analítica, ECG, ecocardiografía a pie de cama y coronariografía ya descritos.

Juicio clínico

Síndrome de tako-tsubo (STT)

Diagnóstico diferencial

Disección de aorta (DA). Síndrome coronario agudo (SCA).

Comentario final

El STT se trata de una entidad poco incidente que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas, producida por la discinesia apical transitoria del VI relacionada con el aumento de catecolaminas circulantes. Clínicamente es indistinguible del SCA y exige descartar otras patologías para su diagnóstico. Existe controversia acerca de la actitud a seguir en

los casos infrecuentes de DA e infarto agudo de miocardio, patologías graves que precisan tratamiento precoz. La peculiaridad del caso radica en el diagnóstico diferencial y la difícil valoración del riesgo-beneficio para su manejo: Ante la alta sospecha de DA en un primer momento, el tratamiento fibrinolítico debe posponerse hasta obtener un diagnóstico preciso. Una vez más, la ecografía a pie de cama muestra su utilidad en el despistaje inicial de procesos urgentes con alta mortalidad.

Bibliografía

Gupta S, Gupta MM. Takotsubo syndrome. *Indian Heart J.* 2018 Jan-Feb;70(1):165-174.
López-Sánchez JM, Pérez-López E, Puppo-Moreno A, González-Donaire JA, Marco-Sosa R, Castillo-Suero F. Disección aguda de aorta torácica o infarto agudo de miocardio. Necesidad de diferenciación precoz. *Rev Emergencias* 2002; 14:275-279.

541/117. Síndrome constitucional a estudio

Autores:

Criado Rubio, I.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 45 años acude a urgencias por cuadro constitucional desde hace tres meses asociado a sensación de plenitud postprandial y náuseas. No presenta alergias a medicamentos, destacando únicamente como antecedentes personales alopecia areata universal desde 2015.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física anodina a reseñar ictericia conjuntival. Dentro de las pruebas complementarias, encontramos discreta elevación de enzimas hepáticas y datos indirectos de hemólisis (aumento de bilirrubina indirecta y de lactato deshidrogenasa) junto con anemia macrocítica macrocromica y plaquetopenia, res-

to de parámetros dentro de la normalidad así como radiografía de tórax y abdomen normal, siendo el paciente ingresado a cargo de medicina interna.

Juicio clínico

Paciente queda ingresado a cargo de medicina interna para estudio de síndrome constitucional.

Diagnóstico diferencial

Como diagnóstico diferencial se plantea la infiltración medular neoplásica (a descartar neoplasia gástrica dada la clínica manifiesta de sensación de plenitud postprandial y náuseas) la anemia hemolítica y el déficit de B12.

Comentario final

La anemia perniciosa es la causa más frecuente de anemia megaloblástica en nuestro medio, siendo muy frecuente su asociación con otras enfermedades autoinmunes como la diabetes mellitus tipo 1, enfermedades tiroideas autoinmunes, enfermedad de Addison, celiaquía, Vitiligo, y alopecia areata, entre otras. Tan importante es conocer las diversas manifestaciones clínicas que presenta el déficit de B12 para poder llegar a realizar un adecuado diagnóstico, así como las alteraciones analíticas típicas y la presencia de los anticuerpos anti células parietales y anticuerpos anti factor intrínseco en la etiopatogenia de esta enfermedad.

Bibliografía

- Rodríguez de Santiago, E et al. "Pernicious anemia. From past to present." "Anemia perniciosa. Del pasado al presente." *Revista clinica espanola* vol. 215,5 (2015): 276-84. doi:10.1016/j.rce.2014.12.013.
- De Paz, R, and F Hernández-Navarro. "Manejo, prevención y control de la anemia perniciosa" [Management, prevention and control of pernicious anemia]. *Nutricion hospitalaria* vol. 20,6 (2005): 433-5.

541/120. Metahemoglobinemia grave tras la administración de anestésico tóxico (EMLA)

Autores:

Criado Rubio, I.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 20 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias, por presentar parestesias en las cuatro extremidades, acompañado de disnea y nerviosismo. Tres horas antes de su ingreso, refiere aplicación de 90 g (3 botes de 30 g) de crema anestésica EMLA (lidocaína 2,5%, prilocaína 2,5%) para depilación láser en espalda, extremidades superiores e inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presión arterial 150/90, frecuencia cardíaca 100 lpm y SaO₂ basal 88%, por lo que se inició oxigenoterapia con reservorio a alto flujo alcanzando SaO₂ 92%. A la exploración consciente y orientada, Glasgow 15/15, a destacar cianosis cutáneo-mucosa. En las pruebas complementarias, radiografía de tórax y electrocardiograma, no se hallaron alteraciones patológicas significativas. En la analítica de ingreso

destaca nivel de metahemoglobina de 22% (siendo rango normal de 0% a 1.5%), con resto de parámetros analíticos y gasométricos dentro de la normalidad, por lo que se diagnosticó a la paciente de metahemoglobinemia grave. Se inició la administración de 1mg/kg de azul de metileno al 1% por vía intravenosa en 10 minutos (precisando en su caso de 50 mg).

Una hora tras la administración del antídoto, el nivel de metahemoglobina, aunque continuaba elevado, descendió considerablemente siendo en esos momentos del 3%.

La paciente permaneció durante 24 horas en el área de observación con una recuperación favorable.

Juicio clínico

Metahemoglobinemia grave secundaria a la administración tópica de anestésico local EMLA.

Diagnóstico diferencial

Incluir causas de cianosis central; como enfermedades cardíacas congénitas, enfermedades pulmona-

res y anomalías hemoglobínicas así como causas de cianosis periférica.

Comentario final

La metahemoglobinemia tras la aplicación de EMLA es una reacción adversa conocida, pero rara (<1/1000), descrita mayoritariamente en niños.

Ante la presencia de un cuadro de cianosis de aparición brusca en un adulto, que no mejora tras oxigenoterapia, debe sospecharse una metahemoglobinemia de posible origen tóxico, especialmente debido al progresivo aumento de la depilación laser con aplicación previa de anestésicos locales y su fácil adquisición en farmacias.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
- Harrison: Principios de Medicina Interna, 19ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2017

541/121. Disnea y fiebre de 3 días de evolución

Autores:

Criado Rubio, I.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 53 años acude a consulta de atención primaria por cuadro de tos seca, fiebre termometrada de hasta 39°C y disnea de 3 días de evolución. El paciente no refiere alergias a medicamentos, destacando como antecedente personal VIH de reciente diagnóstico en tratamiento con retrovirales.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física presenta importante trabajo respiratorio junto con hipoventilación generalizada en ambos hemitórax y saturación de oxígeno basal en torno al 84% precisando de oxigenoterapia. Dada

la clínica y la situación actual del paciente se decide traslado a hospital de referencia para continuar estudio.

A su llegada a Urgencias se realiza analítica con coagulación, a destacar leve leucocitosis con desviación izquierda y PCR de 107 mg/L, gasometría arterial no valorable ya que se realiza con oxigenoterapia y radiografía de tórax con infiltrado bilateral; en lóbulo posterior izquierdo y lóbulo inferior derecho con broncograma aéreo.

Paciente queda ingresado a cargo de Medicina interna, presentando una evolución desfavorable durante su ingreso, precisando de ingreso en UCI por distrés respiratorio, con necesidad de intubación orotraqueal que termina en traqueostomía. De las muestras obtenidas, se obtiene resultado positivo para pneumocystis jiroveci, comenzando tratamiento específico con cotrimoxazol con mejoría lenta pero progresiva, permaneciendo el paciente en UCI durante un mes, pasando posteriormente a planta de Medicina Interna.

Juicio clínico

Neumonía bilateral en paciente con infección por VIH de reciente diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Neumonía de origen bacteriano a filiar

Comentario final

La visión longitudinal y global del paciente es la que dota al médico de familia de una gran ventaja diagnóstica. Es importante para llevar a cabo una buena entrevista clínica realizar una adecuada anamnesis, teniendo en cuenta los antecedentes personales que presentan nuestros pacientes. Solo así, podremos resolver de manera adecuada la demanda clínica que se nos presente sin pasar por alto síntomas que nos deben de poner en alerta.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
- Harrison: *Principios de Medicina Interna*, 19ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2017

541/123. El tumor no constitucional, colangiocarcinoma

Autores:

(1) Sánchez Hidalgo, V., (1) Bravo Aranda, A., (2) Hidalgo Ramirez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campanillas. Málaga.

Descripción del caso

A. Personales: HTA, DL, obesidad, cefalea tensional, poliplectomía, clavo endomedular ESderecha, G3P3.

Mujer de 73 años que tras revisión ginecológica (pólipo endometrial) se detecta dilatación unilateral de vía biliar, y se recomienda realización de colangio-RNM.

Junio 2020: acude a consulta asintomática, no síndrome constitucional ni colestásico. Por lo que se decide realización de pruebas complementarias que resultan normales, y retrasamos derivación.

Agosto 2020: ingresa por primer episodio de pancreatitis aguda febril sin colelitiasis. No elevación de RFA, persistiendo colestasis disociada (GGT 1200 con FA 220 y BT normal). El 18/8/20 se realiza TC abdomen confirmando dilatación de vía biliar intrahepática izquierda (ya presente en Tc abdomen del hace un año), con vesícula sin litiasis.

- CPTH con drenaje biliar externo-interno y toma de biopsia de la zona de estenosis. Marcadores tumorales normales

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: normal
- A. Cardíaca, pulmonar y abdominal normal.
- TAC abdomino-pélvico (Mayo 2020): Hígado de tamaño y densidad normal sin lesiones ocupantes de espacio. Vesícula biliar sin litiasis. La vía biliar del lóbulo hepático izquierdo está dilatada, sin que se visualice la causa.
- Analítica: Hemoglobina 13.7 g/dL, Plaquetas 283 x10⁹/L, Leucocitos 5.47 x10⁹/L, Neutrófilos 2.77

x10⁹/L, Creatinina 0.57, FG-CKD-EPI(mL/min/1.73 m²) >90, Colesterol 236, HDL 7, LDL 149, Triglicéridos 76, AST 18, ALT 21, GGT 34, FA 91, BiTotal 0.64 mg/dL, alfa-Fetoproteína 1,7, CA 19.9: 3

- Ecografía Abdomen(02/08/2020): No se identifica dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática.
- Ecografía Abdomen(17/08/2020): El hígado presenta tamaño y ecogenicidad normal. Dilatación del árbol biliar izquierdo con imágenes nodulares hiperecogénicas, adyacente de hasta 1,3 cm. Vesícula muy distendida sin litiasis.
- Biopsia: colangitis moderada, neoplasia intraepitelial biliar de alto grado (BIN III). Zona de estenosis compatible con carcinoma.

Juicio clínico

Colangiocarcinoma con hepatectomía secundaria.

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis aguda. Colecistitis aguda. Ausencia de patología

Comentario final

La incidencia de los colangiocarcinomas intrahepáticos ha aumentado a lo largo de los últimos años en países desarrollados. El marcador tumoral que puede estar elevado es el CA 19.9 aunque en este caso ni si quiera estaba elevado.

Se trata de un tumor de difícil captura, así que ante dilatación unilateral de vía biliar sin causa aparente hemos de sospecharlo y derivar para ColangioRNM a pesar de ausencia de analítica y clínica que lo apoyen.

Bibliografía

- Klatskin G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. An unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. *Am J Med.* 1965;38:241-56.
- Hirohashi K, Uenishi T, Kubo S, Yamamoto T, Tanaka H, Shuto T, et al. Macroscopic types of intrahepatic cholangiocarcinoma: Clinicopathologic features and surgical outcomes. *Hepatogastroenterology.* 2002;49:326-9.

541/124. Fibrilación auricular, ¿causa de dolor torácico?

Autores:

(1) Polo Barrero, P., (2) Castillo Fernández, N., (1) Lebrón Martínez de Velasco, C., (3) Arroyo Morales, R.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 85 años, AP FRCV (HTA y DLP) y STUI tipo HBP. Exfumador desde hace 25 años. Buena calidad de vida previa. Acude a Urgencias trasladado por equipo de emergencias por episodio en reposo de dolor centrotorácico irradiado hacia el cuello asociado a cortejo vegetativo. No disnea ni episodios previos parecidos.

Se inicia tratamiento antianginoso y antiisquémico.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes a la llegada TA 145/85, FC 163 lpm. Sat O2 basal 99%. Afebril. Aceptable estado general, eupneico en reposo.

Auscultación cardíaca con tonos irregulares sin soplos audibles; respiratoria con murmullo vesicular conservado. No signos de insuficiencia cardíaca.

En ECG se objetiva ritmo de fibrilación auricular con RVR que revierte espontáneamente a ritmo sinusal con desaparición de la sintomatología.

Juicio clínico

Dolor torácico en paciente con FA con RVR.

Diagnóstico diferencial

- FA con RVR paroxística.
- SCASEST.
- Angor hemodinámico.

Comentario final

Aunque se trató inicialmente como un SCASEST por la clínica que presentaba el paciente, el hecho de que desaparecieran los síntomas al revertir la FA nos hizo pensar que se trataba de un angor hemodinámico provocado por el aumento de la frecuencia debido al ritmo de la fibrilación auricular.

Posteriormente el paciente volvió a acudir a Urgencias por el mismo cuadro. Finalmente se ha derivado al paciente a unidad de arritmias para valorar la realización de ablación.

Bibliografía

- Torres Murillo JM, Jiménez Murillo L, Degayón Rojo H, Romero Moreno MA, Montero Pérez FJ, Suárez de Lezo Cruz-Conde J. Fibrilación y flúter auriculares. Arritmias auriculoventriculares y arritmias ventriculares. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p.574-621.

541/125. Caso derivado del confinamiento: de paciente hiperfrecuentadora a renovar recetas

Autores:

(1) Tiessler Martínez, B., (2) Del Milagro, A., (3) Reviriego Mazaira, S.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga,
(2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga,
(3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 60 años, que consulta telefónicamente para renovación de recetas (en septiembre). Último contacto en marzo.

Antecedentes personales. Sin alergias medicamentosas conocidas. Artrosis y fibromialgia, que trata con

paracetamol-codeína. Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Trastorno depresivo persistente tipo distimia en tratamiento con sertralina. Situación basal: Natural de Inglaterra, vive en España desde hace más de 10 años, habla y entiende español perfectamente. Cuidadora de su madre, la cual había ingresado recientemente en una residencia. Trabajadora en un hotel como camarera de piso. 3-4 incapacidades laborales al año. Hiperfrecuentadora.

Exploración y pruebas complementarias

PHQ-9 9. Durante la entrevista, consciente, orientada y colaboradora. Eutímica. No presenta alteraciones de la esfera psicótica en primer plano. Sin ideas autolíticas.

Desde el inicio del confinamiento, desde que le han suspendido el contrato mediante un ERTE, se encuentra muy bien. Ha tenido tiempo para ella misma, para cuidar a su madre. Físicamente con energía y sale a caminar.

Se comprueba adherencia terapéutica y demanda renovación de recetas. No desea nada más.

Juicio clínico

Stress ocupacional

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Burnout. Trastorno depresivo.

Comentario final

Renovamos medicación y post ponemos analítica de control hasta marzo, anual, por su patología previa. Se cree que Burnout comprende el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del logro personal. Históricamente, sin embargo, el agotamiento ha sido difícil de separar de la depresión. De hecho, los síntomas del agotamiento coinciden con los síntomas de la depresión. La evidencia de la validez discriminatoria del agotamiento con respecto a la depresión ha sido débil

Expongo el caso como anécdota derivada del confinamiento por el impacto que ha supuesto la Covid-19 sobre el estado mental de algunas personas, en la que, en nuestro caso, haberla apartado del ámbito laboral ha supuesto una mejoría evidente.

Bibliografía

- *Schonfeld IS, Bianchi R, Palazzi S. What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. Riv Psichiatr. 2018 Jul-Aug;53(4):218-219. doi: 10.1708/2954.29699. PMID: 30087493.*

541/127. Hipertiroidismo antesala de CA.Supraglótico

Autores:

(1) Sánchez Hidalgo, V., (2) Dávila Arango, M., (3) Hidalgo Ramirez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campanillas. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 58 años, NAMC. Jubilado, trabajaba en mantenimiento del Hospital. Fumador activo de 1,5 paq/día de unos 35 paq/año. Bededor de 1-2 copas al día. A.Personales:TVP 06/03/20:refiere odinofagia desde hace 20 días. Exploración ORL normal. Se solicita Rx tórax, se pautan AINEs. 12/03/20:Radiografía normal, dolor mejorado con AINEs. 11/08/20:meses de evolución con odinofagia, ahora otalgia derecha añadida sin hipoacusia con trabajo a la deglucion de saliva, no tanto sólidos. En analítica reciente solo destaca hipotiroidismo subclínico. Exploración cuello normal. 02/09/20:Analítica normal.Derivación a ORL

Exploración y pruebas complementarias

JULIO/2020: Glucosa: 82 Creatinina 0.75 mg/dL Filtrado >90 Sodio: 14,Potasio:4.57,Cloro:102, Colesterol: 165, Triglicéridos:130,Bilirrubina Total: 0.34 HbA1c 5.1 % Albúmina: 3.80 g/dL TSH: 5.390 µUI/mL T4L: 15.13 pmol/L,Hemoglobina:14.7 g/dl VCM 102,Plaquetas 231.000,Leucocitos 7.22x10⁹/L,Neutrófilos 2.80 AGOSTO/2020: Hemoglobina:14.7 g/dl Plaquetas 269

x10⁹/L Leucocitos 9.17 x10⁹/L Neutrófilos 5.50 x10⁹/L Linfocitos 2.58 x10⁹/L T4L 17.44 pmol/L Calcio: 8.8 Fósforo: 3.0 Hierro: 188 µg/dL TSH 5.640,Tioglobulina: 45.93,Ac.anti Peroxidasa: 46.60 UI/mL TC con Contraste Cuello (05/10/2020) Lesión de aspecto irregular y que realza en base de lengua derecha, paredes faríngeas lateral derecha y anterior, valléculas, epiglotis, pliegue glosopiglótico y ariepiglótico derecho, banda derecha y seno piriforme derecho, sugestivo de proceso neofornativo. Adenopatías de aspecto patológico en niveles II y III bilaterales, la de mayor tamaño en nivel II dcho de 13 mm. Pequeño quiste de retención en amígdala palatina derecha. Senos maxilares, seno esfenoidal y celdas etmoidales bien neumatizadas, sin alteraciones. Glándulas parótidas, submaxilares y tiroides normales. Lesión quística subcutánea infraauricular derecha. ANATOMIA PATOLÓGICA: Ca. de base de lengua y de epiglotis.BIOPSIA DE BASE DE LENGUA: CARCINOMA ESCAMOCELULAR POCO. DIFERENCIADO INFILTRANTE, AMPLIAMENTE NECROSADO.

Juicio clínico

CARCINOMA ESCAMOCELULAR SUPRAGLOTICO

Diagnóstico diferencial

Faringoamigdalitis, bocio, otitis, hipertiroidismo.

Comentario final

Se manifiesta como otalgia, odinofagia, incluso disfagia ¿pero es el hipotiroidismo un marcador de invasión? Es frecuente la aparición de segundos primarios en los carcinomas escamosos de cabeza y cuello, reportándose en la literatura una incidencia del 30%. Factores precipitantes como fumar, beber alcohol, alergia de vías respiratorias, infecciones, tiroides y menopausia han de valorarse dado que en supraglotis suelen estar menos diferenciados y ser más agresivos.

Bibliografía

- *Granados et al, Cancerología 2 (2007): 55-66*

541/129. Síndrome de eagle y una nueva posible forma de presentación

Autores:

(1) Dávila Arango, M., (2) Sánchez Hidalgo, V., (3) Hidalgo Ramirez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campanillas. Málaga.

Descripción del caso

Varón 54 años. Fumador. Acude a consulta por semana de odinofagia progresiva. En los últimos días se agrega disfagia, por lo que añadimos Augmentine 875.

- Ante ausencia de mejoría en dos días, junto con pico febril y ortopnea acude a S. Urgencias donde se realizó drenaje transoral, antibiótico óptimo y antiinflamatorio al ingreso.
- Durante evolución, paciente informa persistencia de disfagia y sensación de cuerpo extraño que no mejora se realiza nuevo TAC con nuevo Dx. Tras ajuste de analgésico, control de dolor y ausencia de fiebre es dado de alta.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: trismo, asimetría de hemipaladar izquierda e impronta de pared lateral faríngea izquierda.

- TAC cervical: absceso periamigdalino izquierdo con importante extensión a nivel parafaríngeo y retrofaríngeo ipsilateral.
- TAC control: mejoría radiológica, en reconstrucciones 3D destaca una importante elongación de proceso estiloideo (6cm) bilateral en íntimo contacto con lecho de colección purulenta.

Juicio clínico

El síndrome de Eagle es una patología infrecuente y se han descrito dos formas: la clásica y la variante del síndrome estilocarotideo. Se presenta asociado

con un absceso cervical, con el cual podría guardar relación de causalidad, así como factor agravante.

Diagnóstico diferencial

Absceso periamigdalino. Faringoamigdalitis.

Comentario final

El proceso estilohioideo tiene una longitud promedio 4 cm y está compuesto por apófisis estiloides, ligamento estilohioideo y asta menor de hueso hioideos. La elongación anormal (Sd. Eagle) está en relación con la calcificación de sus estructuras y los síntomas guardarán relación con las estructuras afectadas; la clásica, descrita como faringodinia persistente con otalgia refleja, sensación de cuerpo extraño en garganta, disfagia y molestias cervicales, suele desencadenarse después de una amigdalectomía; y el síndrome estilocarotideo descrito como una compresión del complejo estilohioideo sobre las arterias carótidas, provocando dolor cervical progresivo con irradiación supraorbitaria y parietal, que se exacerba con la rotación cervical, así como síntomas neurológicos transitorios. No se ha reportado el Sd. Eagle o abscesos cervicales desencadenado por el drenaje de un absceso cervical.

Bibliografía

- Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001;22(7):1401-1402.
- S. Saccomanno¹, F. Greco² Eagle's Syndrome, from clinical presentation to diagnosis and surgical treatment: a case report *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2018;38:166-169.

541/130. A Beçhet hay algo más

Autores:

(1) Roldán Gómez, I., (2) Sánchez Hidalgo, V., (3) Hidalgo Ramirez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Me-

dicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campanillas. Málaga.

Descripción del caso

Antecedentes Personales: No FRCV. Refiere proceso reumático en la infancia.

Paciente de 33 años, con los antecedentes personales descritos, nueva en el cupo desde hace 6 meses que consulta de nuevo por molestias vaginales. Ha sido tratada en multitud de ocasiones tanto por las vaginitis como por las ITUs recurrentes, casi enlaza una con otra. En la última ocasión recomendé si fuera posible al inicio de los síntomas iniciar centella asiática y proteoglicanos para no incluir de nuevo otro fármaco.

Hablando con ella me refiere que fue valorada hace unos años por el programa de infecciones genitales de repetición pero que ya no cumple criterios de edad. Desde los ocho años presenta estas molestias. Le llegaron a decir que tenía úlceras, pero no le dio más importancia. En Historia consta valoración por M.Interna por úlceras bucales actualmente está en tratamiento con colchicina

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, sensorio despejado, buena coloración de piel y mucosas.

Cabeza y Cuello: no adenopatías, no IY, ambas carótidas laten sincrónicas. No bocio.

A.Pulmonar: Murmullo vesicular conservado.

A. Cardíaca: Rítmico a buena frecuencia, no roces soplos ni extratonos.

Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, se auscultan ruidos hidroaéreos normales.MMI: No edemas MMI; pulsos periféricos normales.

- Destacacan tres úlceras en boca en mucosa de mejillas y de labios pero pequeñas
- Analítica normal con autoinmunidad (-).
- HLA B51 positivo

Juicio clínico

Se trata de un Síndrome de Behçet.

Diagnóstico diferencial

Aftas orales recidivantes sin enfermedad asociada, Vaginitis de repetición, ITUs de repetición

Comentario final

Es nuestra labor indagar sobre la historia clínica del paciente, y no dar nada por sentado. Al inicio la paciente fue diagnosticada exclusivamente como úlceras orales, pero es la labor del médico de familia, seguir al paciente, reevaluarlo y no dar nada por sentado. Actualmente la paciente lleva más de un año sin clínica de vaginitis ni ITUs con tratamiento ajustado. Lo sencillo hubiera sido seguir pautando antibioterapia ajustada a cultivos, pero había algo más detrás y sospecharlo es nuestra labor.

Bibliografía

- J. Calvo Catalá, A. Baixauli Rubio, *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2000; Capítulo 18: Enfermedad de Behçet;*

541/136. Absceso pulmonar como complicación de tepa. La utilidad del principio de Ockham

Autores:

Vivo Lima, P.

Centro de Trabajo:

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 49 años con antecedentes de IAMCEST en 2013 estudio coagulopatía posterior normal, buen control de FRCV. Refiere clínica desde hace 10 días consistente en tos con expectoración, dolor pleurítico derecho y fiebre de hasta 39°C, valorado en servicio de urgencias con diagnóstico de NAC basal derecha y PCR SARS COV 2 negativa, tratamiento con quinolonas al alta domiciliaria. Acude nuevamente

por persistencia de fiebre y disnea a mínimos esfuerzos de novo.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, COC, BHNyP. Febril 38.5° . GCS 15/15. Taquipneico sin aporte de O2,

AC: taquicardia sin soplos audibles. AP: abolición MV en hemitórax derecho y crepitantes en campo superior derecho . MMII: No edemas, no signos TVP. Pulso distales conservados y simétricos. ECG: TS a 130 lpm sin alteraciones de la repolarización de novo o bloqueos

Rx tórax: condensación basal derecha sin que se evidencie derrame pleural de forma bilateral.

- Hemograma: normal
- Bioquímica: normal incluyendo Troponina normal, Pro-BNP normal
- Coagulación: INR 1.41, Dímero-D 5521
- Gasometría arterial: acidosis respiratoria e hipoxemia leve

Juicio clínico

NAC complicada, Derrame pleural para neumónico, hidroneumotórax, TEPA, absceso pulmonar

Diagnóstico diferencial

TEPA vs complicación NAC.

Comentario final

En este caso el principio de la navaja de Ockham puede ser paradójico pero acertado. La correlación entre anamnesis y clínica asociada a las pruebas diagnósticas orientan a un proceso infeccioso que se trata en primera instancia. Tras no resolución en segunda instancia el diagnóstico es replanteado a complicaciones NAC vs TEPA por correlación clínica aun a pesar de antecedentes con baja probabilidad. Tras Dx de TEPA y evolución larvada se realizó TACAR que describió absceso pulmonar en área de infarto pulmonar, lo que correlaciona la clínica compartida entre patología infecciosa y tromboembólica. Tras tratamiento anticoagulante y antibioterapia empírica mejoría prácticamente completa. Ha sido dado de alta con seguimiento en Neumología y Hematología.

Bibliografía

- Koroscil MT, Hauser TR. Acute pulmonary embolism leading to cavitation and large pulmonary abscess: A rare complication of pulmonary infarction. *Respir Med Case Rep.* 2016 Dec 18;20:72-74.

541/138. diabetes controlada y pérdida de peso ¿pensamos en cáncer?

Autores:

(1) Fabiani de la Iglesia, J., (2) Morán Rocha, T.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 52 años normopeso con antecedentes de fumador, trastorno bipolar y madre con Diabetes tipo II. Comienza con clínica cardinal de Diabetes Mellitus iniciándose tratamiento con Metformina e Insulina Glargina que acaba suspendiéndose. Acude al año por pérdida de peso, astenia, poliuria y polidipsia. Se inicia nuevamente insulina y al sospecharse diabetes latente del adulto se amplía analítica donde encontramos péptido C descendido y AntiGAD positivo, siendo diagnosticado de Diabetes tipo LADA. Dado el buen control, se anula la insulina y continua con Metformina/Sitagliptina. A pesar de perfiles de glucemia bien controladas en 2020 refiere pérdida de peso de más de 10kg. Se realiza sangre oculta en heces que resulta positiva. Esto hace que sea derivado para estudio de síndrome constitucional donde tras Body-TAC, colonoscopia y endoscopia no se objetiva origen neoplásico. Finalmente se retira metformina por sospechar que sea la causa de la pérdida de peso como efecto secundario y continua con sitagliptina cada 12h e insulina basal. Desde entonces el paciente consigue un peso estable.

Exploración y pruebas complementarias

Análítica, TAC body, perfiles glucemias.

Juicio clínico

Síndrome constitucional por metformina en paciente con Diabetes mellitus tipo LADA^[1]

Diagnóstico diferencial

Neoplasia, síndrome constitucional, diabetes mellitus.

Comentario final

Este caso clínico recuerda la importancia de la búsqueda de anticuerpos pancreáticos en Atención Primaria en el diagnóstico de diabetes, sobre todo en pacientes jóvenes con necesidad rápida de insulina para control de glucemias⁽¹⁾. Obviar la pérdida de peso producida por la metformina en pacientes normopeso ocasiona la realización de numerosos estudios e intervenciones diagnósticas innecesarias. Hay estudios que apoyan el uso de metformina en pacientes con diabetes tipo LADA y sobrepeso⁽¹⁾ pero no queda claro el tratamiento más adecuado en el paciente al inicio del diagnóstico aunque la insulina sigue siendo el tratamiento de elección se necesita un enfoque terapéutico centrado en las características del paciente⁽²⁾

Bibliografía

- Loriz Peralta, Olga. *Detection of LADA-type diabetes in overweight diabetic patients. Is treatment with metformin suitable?. Aten Primaria.* 2007; 39(3):133-137
- Koufakis, Theocharis. *Therapeutic approaches for latent autoimmune diabetes in adults: One size does not fit all. J Diabetes.* 2020; 12(2): 110-118

541/139. Dolor abdominal y púrpura

Autores:

(1) Sánchez Alba, J., (1) Varo Morilla, M., (2) Andrés Vera, J., (2) Moreno Jiménez, I.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

♂ 6 años acude por inflamación atraumática de la mano derecha, rodilla izquierda, edema testicular y lesiones pruriginosas eritematosas en región pretibial ambos MMII. 2 días reconsulta persistencia edema escrotal e inflamación bilateral de tobillos y rodillas, dolor abdominal difuso y lesiones eritematovioláceas extendidas a axilas y glúteos.

Exploración y pruebas complementarias

1ª valoración: inflamación dorso mano derecha, lesiones eritematosas puntiformes en cara tibial anterior bilateral, rodilla izquierda inflamada, sin calor local ni eritema y movilidad conservada. Genitales externos: aumento tamaño testículos con reflejo cremastérico conservado. Sistemático de orina sin hallazgos.

Urología: ecografía testicular sin edema escrotal. Indicando observación y tratamiento con Ibuprofeno y Amoxicilina-Clavulánico. 2ª valoración: Púrpura palpable en axilas, MMII y nalgas, abdomen doloroso difuso y dolor a la movilización pasiva de articulaciones de manos y MMII. Analítica de sangre y orina, ecografía de abdomen e ingreso.

Juicio clínico

1º Picaduras de insecto y orquiepididimitis. 2º Púrpura de Schönlein Henoch tras evolución tórpida y empeoramiento.

Diagnóstico diferencial

Manifestaciones cutáneas: picaduras de insecto, púrpura trombopénica idiopática. Urológicas: orquiepididimitis, torsión testicular. Digestivas: abdomen agudo, invaginación. Renales: glomerulonefritis postestreptocócica, síndrome hemolítico-urémico. Artritis secundarias a enfermedades autoinmunes

Comentario final

La púrpura de Schönlein Henoch es una vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso, muy común en la infancia, mediada por Ig A y clínicamente autolimitada. Puede recurrir hasta en un 40% de los casos el primer año. Clínica tetrad: púrpura palpable simétrica en MMII y nalgas; artritis/artralgias transitorias; dolor abdominal/hemorragia gastrointestinal; afectación renal: hematuria microscópica, proteinuria

leve, síndrome nefrítico, nefrítico y fallo renal (marca la gravedad y pronóstico). Etiología desconocida/desencadenantes: infecciones del tracto respiratorio superior (sobre todo SBHGA), fármacos, alimentos, picaduras de insectos, factores genéticos y ambientales. De predominio estacional en invierno, aparece mayoritariamente en varones caucásicos de entre 2 y 6 años, con una incidencia de 10.5-20.4/100.000/año. Se produce como consecuencia de un aumento de IgA con acúmulo de inmunocomplejos en los pequeños vasos, produciendo una respuesta inflamatoria local y una vasculitis leucocitoclástica con necrosis. Su diagnóstico es clínico, precisando la biopsia del órgano afecto si la presentación es incompleta o inusual. No precisa tratamiento, salvo reposo y AINES.

Bibliografía

López, M.(2014).Púrpura de Schonlein Henoch. [online] aeped.es. Available at: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_purpura_schonlein-henoch.pdf [Accessed 21 Sep.2020].

541/142. Hipoestesia súbita con buena evolución final

Autores:

(1) Cuevas Gálvez, J., (2) Cuesta Ortiz, J., (3) Rodríguez García, C.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 70 años (bebedor abundante y hábito tabáquico 50 paquetes-año. Valoración geriátrica: Separado sin hijos, actualmente vive solo. Poco apoyo social. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Cuestionario de PFEIFFER 1. Factores riesgo cardiovascular: Hipertenso, dislipémico, obse-

so (no DM). Antecedentes cardiológicos: Miocardiopatía Dilatada de origen enólico con disfunción severa del ventrículo izquierdo, Cardiopatía isquémica con 2 stent hace 1 año, FA diagnosticada hace 2 meses. Tratamiento (mal cumplidor): apixaban 5mg, clopidogrel 75 mg, Bisoprolol 5mg, Ramipril 2.5 mg.

Consulta en Atención Primaria por hipoestesia y parestias en MMII de forma súbita mientras daba un paseo. Exploración: ausencia de pulsos inguinales y pedios. Perfusión distal >4 segundos. Reflejos conservados. Frialidad muy acentuada en MMII. Hemiabdomen inferior gran hematoma (no refiere traumatismo previo).

Se administra tratamiento antiagregante durante el traslado a Urgencias Hospitalarias, se realiza angio-Tac abdomen apreciándose síndrome de Leriche.

Exploración y pruebas complementarias

TA 190/110 mmHG, FC 120 lpm, Sat 98%, Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, arrítmico, no soplos. ECG: FA, 100 latidos, Q V2-V6, elevación ST<1 mm V3 y V4. A.Sangre: Hemograma y Bioquímica normal, Coagulación Dímero D 5890 ng/ml. Angio-Tac ABD: Síndrome Leriche afectando aorta infrarenal, ilíacas comunes y externas, con reperfusión distal de estas últimas por arterias epigástricas.

Juicio clínico

Síndrome Leriche

Diagnóstico diferencial

Sdre Leriche, isquemia arterial, estenosis del canal lumbar.

Comentario final

La enfermedad aortoiliaca oclusiva es normalmente secundaria a oclusión aterosclerótica de la aorta a nivel infrarenal; se denomina síndrome de Leriche a la oclusión total a nivel de la bifurcación aórtica. En ocasiones, puede iniciar de manera aguda, mediante isquemia aguda de miembros inferiores (MMII) o intestinal (isquemia mesentérica o perforación). Es de vital importancia desde A.Primaria el control de los factores de riesgo cardiovascular y la realización de un diagnóstico precoz, que evite la extensión, agrava-

ción y avance de la enfermedad antes de que puedan aparecer lesiones isquémicas irreversibles.

Bibliografía

- Martínez J, Díaz JJ. *Enfermedad oclusiva aortoiliaca o síndrome de Leriche*. Rev Colomb Cir. 2017; 32:214-22.

541/144. A propósito de un caso: "doctora, tengo un bulto en el cuello"

Autores:

(1) Barrera Martínez, Y., (1) Lebrón Martínez de Velasco, C., (1) Pérez Pérez, A., (2) Colacicchi, P.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 21 años sin patologías previas. Consulta telefónicamente por bulto en región submandibular no doloroso a la palpación. Niega fiebre, astenia o sudoración nocturna. No otra sintomatología.

Se cita al paciente en consulta presencial.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: nódulo consistencia fibroelástica en región submandibular, rodadero, no adherido, no sensible a palpación. Adenopatías <1 cm laterocervicales y en ángulos mandibulares de características normales. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

- Ecografía: región submaxilar, lateralizada a izquierda adenopatía 17x10mm con hilio central y discreto aumento de vascularización central, otra adenopatía similar adyacente 15x17mm; adenopatía yugulo-carotídea bilateral 15 y 17 mm eje corto izquierdo y derecho respectivamente. Todas de leve predominio cortical, hilio central y discreto aumento de vascularización. Adenopatías reactivas probablemente a proceso inflamatorio sin signos de sospecha en el

momento actual. Glándula tiroides y salivares submaxilares de tamaño y aspecto ecográfico normal. Conclusión: adenopatías levemente reactivas con una palpable submaxilar izquierda.

- Analítica de sangre: hemograma neutrófilos 24.4%, linfocitos 60.6%, monocitos 10.9%, LDH 276, GOT 45, GPT 45, bilirrubina 1.12, Fe y ferritina normales. ANA, FR neg. PCR normales. VitB12 345, TSH 1.33. Serología: HIV, VHC, VHB negativos; VVZ IgG+, IgM neg; CMV IgG+, IgM+ índice 2.04; toxoplasma IgG neg, IgM+ índice >40; VEB IgG+, IgM+; índice 1.2; VHS-1 IgG neg, IgM neg; VHS-2 IgG neg, IgM+.

Evolución clínica hacia la resolución sin incidencias.

Juicio clínico

Síndrome mononucleósico infección aguda por toxoplasma; serología IgM+ también a CMV y VHS-2 a título bajo (¿reacción cruzada?).

Plan: No se instaura tratamiento dada la buena evolución clínica y es inmunocompetente. se derivó al paciente a Medicina Interna donde se encuentra en seguimiento.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial poliadenopatías:

- Enfermedades infecciosas: víricas (VEB, CMV, VHS, VHB, VHC, VIH), bacterianas (estafilococos, estreptococos, bartonella, tuberculosis), fúngicas (toxoplasmosis), parasitarias.
- Enf.hematológicas: leucemia, linfoma
- Enf.autoinmunitarias: artritis reumatoide, LES, enfermedad del suero, linfadenopatía angioinmunoblástica.
- Enfermedades malignas: linfomas, metástasis ganglionares
- Fármacos
- Otras: sarcoidosis, amiloidosis, enfermedad de Castleman, enfermedad de Kawasaki, fiebre mediterránea familiar.

Comentario final

En el estudio de adenopatías es necesario realizar una buena anamnesis y exploración física. Es conveniente desplegar un diagnóstico diferencial amplio.

Palabras clave: lymphadenopathy, toxoplasmosis, Primary Health Care

Bibliografía

- Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. *AMF*. 2011; 7(4): 218-222.

541/146. Doctora, todo me huele mal

Autores:

(1) Cuevas Gálvez, J., (2) Cuesta Ortiz, J., (3) Rodríguez García, C.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga.

Descripción del caso

Varón 47 años, acude a consulta Atención Primaria por episodios recurrentes de percepción de mal olor intenso durante minutos, seguidos de nerviosismo, mareo y aturdimiento, sin pérdida de conocimiento. Su mujer describe que se queda como perplejo, mirando hacia ambos lados, con escasa respuesta a estímulos. Posteriormente nervioso y con preguntas reiterativas durante escasos minutos. Ha tenido 4 episodios en 10 días. Asintomático entre crisis, salvo ansiedad por lo que lo sucedido. Afebril, sin proceso infeccioso intercurrente. No cefalea salvo dolor puntual tras sobre esfuerzo hace 15 días. Contexto de estrés profesional y emocional. Solicitamos TAC craneal y comentamos caso con radiología para cita preferente, realizándose la misma semana.

AP: HTA y ansiedad, en tratamiento psicológico desde hace años. Tratamiento: enalapril 20+ diazepam 5 esporádicamente.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado. Lenguaje normal, con algún bloqueo del lenguaje esporádico. Sin focalidad de pares craneales. Balance motor-sensitivo normal.

ROT++/++. RCP flexores. No disimetría. NO meningismo. Marcha normal.

- TAC craneal: lesión temporal derecha de aspecto inflamatorio y otra a nivel temporal izquierdo.
- RMN (Desde Radiología): Lesión altamente sugestiva de absceso temporal derecho (otros diagnósticos menos probables tumor o metástasis). Áreas de edema en ambos procesos unciformes.

Paciente ingresa en neurología para estudio, diagnosticándose lesión glial multicéntrica. Se interviene quirúrgicamente. A.Patológica: OLIGODENDROGLIOMA ANAPLASICO.

Juicio clínico

Tumor cerebral: oligodendroglioma.

Diagnóstico diferencial

Metástasis, abscesos cerebrales, linfomas, infecciones de los senos paranasales (sinusitis), fumar...

Comentario final

Lamentablemente la mayoría de los síntomas que presentan los pacientes con tumores cerebrales son poco específicos, suponiendo un importante obstáculo para el diagnóstico.

Es muy importante desde AP estar alerta ante cualquier síntoma de alarma que pueda aparecer. Se recomienda que en los casos con sintomatología motora/sensitiva sin causa aparente que lo justifique realizar prueba de imagen para descartar organicidad. En nuestro ejercicio profesional es fundamental evitar el anclaje diagnóstico, y, en función de la evolución y valoración continuada, remodelar hipótesis iniciales y reconducir nuevamente el estudio.

Bibliografía

- Murillo LJ, J. MPF. *Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6ª. Barcelona: Elsevier; 2018. - Javier CMJ. *Medicina de urgencias: fundamentos y enfoque práctico*. 1ª. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2019.

541/147. Rabdomiólisis, a propósito de un caso

Autores:

(1) Cuesta Ortiz, J., (2) Cuevas Gálvez, J., (3) Rodríguez García, C.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 31 años, acude a consulta de atención primaria por presentar dolores musculares generalizados e intensos en miembros inferiores, orinas oscuras, y el antecedente de haber participado en un “maratón” de fútbol los dos días previos.

Exploración y pruebas complementarias

Normotenso, afebril, consciente y orientado. ACP: rítmica, sin ruidos añadidos. Palpación dolorosa en MMII. Resto de exploración normal. Combur-test: pH 6.5, hemoglobinuria +, resto normal. Se remite a urgencias del hospital de referencia para completar estudio. En analítica destaca cifras de Creat: 1.1, Urea: 46, CPK: 156.914, GOT: 1.713, LDH: 2.111. Sedimento urinario: 1-3 hematíe/campo, tóxicos negativo. En Observación se inicia hidratación forzada, alcalinización de orina y analgesia, conservando diuresis y estabilidad hemodinámica, no obstante las cifras de CPK ascienden, por lo que ingresa en UCI, sin aparecer compresión compartimental muscular, evolucionando favorablemente.

Juicio clínico

Rabdomiólisis en contexto de ejercicio físico intenso.

Diagnóstico diferencial

La rabdomiólisis es un diagnóstico basado en la historia clínica, descartando patologías que cursen con aumento de mioglobina o CPK en sangre y orina: hemoglobinuria, hemólisis, hematuria, trastornos renales intrínsecos, traumatismo renal o muscular,

porfiria intermitente, tintes alimentarios y fármacos (hipolipemiantes, rifampicina, laxantes..).

Comentario final

La rabdomiólisis se produce por lesión muscular directa, o cualquier alteración del balance entre producción y requerimientos de energía de la célula muscular. Los criterios diagnósticos incluyen elevación de CK (creatina-fosfoquinasa) (x5 veces el valor normal de referencia) y mioglobina, con clínica compatible (dolor muscular, malestar general, fiebre, orina oscura). La lesión es reversible o irreversible. La complicación más frecuente y peligrosa es la insuficiencia renal. En el tratamiento hay que tratar la causa primaria cuando sea posible, e instaurar enérgicamente medidas de soporte, evitando el fracaso renal. Posibles causas: traumatismos, isquemia, fármacos-tóxicos, actividad muscular excesiva, infecciones, agentes físicos, alteraciones electrolíticas-metabólicas, defectos genéticos y otras enfermedades.

Bibliografía

- Murillo LJ, J. MPF. *Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6ª. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Javier CMJ. *Medicina de urgencias: fundamentos y enfoque práctico*. 1ª. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2019.

541/148. Dolor costal y síncope en paciente joven

Autores:

(1) Águila Gómez, G., (1) Alejandro Durán, S., (2) Siles Vega, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario de Elda-Virgen de la Salud. Elda. Alicante.

Descripción del caso

Mujer de 23 años que acude por haber tenido un síncope asociado a cortejo vegetativo y pérdida de conciencia con leve TCE esta mañana. No refiere amnesia

del episodio, incontinencia de esfínteres o convulsión. Además asocia un dolor costal derecho de 5 días de evolución, el cual achaca a un esfuerzo moviendo un mueble y por el cual consultó realizándose una radiografía de tórax sin hallazgos y pautando AINES con respuesta parcial. Refiere que el dolor se ha ido incrementado, añadiéndose un cansancio precoz con el ejercicio con cierta disnea al esfuerzo. No refiere tos, disnea súbita, fiebre, ni otra clínica. NAMC.

Antecedentes personales: fumadora de 5-10 cig/día. IMC:29 . Tto habitual: ACOS.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente. Eupneica en reposo leve disnea al habla. TA 100/62 sat basal 92% FC 115 lpm Bien hidratada y perfundida, buena coloración piel y mucosas. ACP: rítmica sin soplos, MVC no ruidos sobreañadidos. MMII no edemas ni signos de TVP. Exp neurológica: PICNR MOEC, no focalidad, no alteraciones en la marcha, disimetría, ni en las 4 extremidades. En primer lugar se repitió de nuevo una radiografía de tórax y se solicitó un TC de cráneo sin hallazgos de interés, una analítica completa en la que destacaba leucocitosis con desviación izquierda, PCR 89, ácido láctico 2.3 Dímero D 2100 y un ECG compatible con la normalidad. Dados estos hallazgos y ante la sospecha de un TEP se solicitó Angio TC. En el Angio TC se aprecia un defecto de llenado parcial de la arteria pulmonar unido a un aumento de cavidades derechas y un área bien definida de hiperatenuación, todo ello hallazgos sugestivos de tromboembolismo pulmonar agudo.

Juicio clínico

TEP agudo

Diagnóstico diferencial

Traumatismo costal, síncope vasovagal, Neumonía.

Comentario final

Aunque el TEP no es frecuente en paciente jóvenes, debe prestar atención ya que se trata del gran simulador y debutar con gran variedad clínica, no solo la típica disnea súbita. Destacar los factores de riesgo como ser fumadora, sobrepeso y ACOS los cuales nos podrán orientar en su diagnóstico.

Bibliografía

- *Medicina de Urgencias*. L. Jimenez Murillo; F.J Montero Pérez. Diagnóstico de TEP mediante Angio TC.

541/149. Un sangrado inesperado: hematoquecia en el anciano

Autores:

Delgado Soto, E.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 82 años, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Vive con su hija. Barthel 85. Índice de Lawton 8. Alergias: Metamizol. Hipertensa. Dislipémica. Hipoacusia severa. Diverticulosis. Cólicos biliares de repetición. Síndrome de Meniere. Osteoporosis. Síncopes de etiología incierta. Ingresada en 2016 por hemorragia subaracnoidea.

En tratamiento con: Hidroclorotiazida 25 mg, Beta-histina 24 mg, Omeprazol 20 mg, Lorazepam 1 mg, Clortalidona 50 mg, Dexketoprofeno 25 mg, Tramadol 50 mg, Pentoxifilina 400 mg, Sulpiride 50 mg. Consulta telefónicamente por crisis de vértigo, palidez e hipotensión. Acude al centro de salud por dolor abdominal y aumento de deposiciones. Se administra tratamiento sintomático. Acude horas después al Hospital por heces oscuras, sin coágulos, de mal olor.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente y orientada. Eupneica. Tensión 101/69 mmHg. Saturación O₂ 94%. Frecuencia cardíaca 100 lpm. Arrítmica. Abdomen blando y depresible, doloroso a palpación en hemiabdomen inferior. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Tacto rectal con ampolla vacía y contenido fecal rojo pardo, fétido. Radiografía de tórax y abdomen normal. ECG: fibrilación auricular de cróna incierta.

Control analítico normal. TC de abdomen: presencia de engrosamiento mural circunferencial, homogéneo

y difuso que afecta a totalidad del colon descendente, realce mucoso lineal y edema pericólico. No obstrucción vascular. Alta sugestión de colitis isquémica no oclusiva. Se ingresa a la paciente.

Juicio clínico

Hemorragia digestiva baja con hematoquecia en el contexto de colitis isquémica.

Diagnóstico diferencial

En pacientes mayores de 60 años con hematoquecia debemos descartar colitis isquémica y: enfermedad diverticular, angiodisplasia de colon, procesos neoplásicos y hemorragia digestiva.

Comentario final

La consulta telefónica no fue efectiva para determinar la gravedad de la paciente. Dada la buena evolución en Planta de Digestivo, se citó a la paciente para una colonoscopia de rutina. La colitis isquémica no oclusiva es un cuadro urgente que requiere abordaje presencial. La pericia del Médico Urgencias encauzó el diagnóstico, ingresó a la paciente y comenzó el tratamiento adecuado para su recuperación.

Bibliografía

- Nuzzo A, Huguet A, Corcos O. *Prise en charge moderne des ischémies mésentériques [Modern treatment of mesenteric ischemia]*. *Presse Med.* 2018 Jun;47(6):519-530.
- Vignote Alguacil ML, Gonzalez Galilea A, Montero Perez FJ, et al. *Hemorragia Digestiva media y baja*. En: Jimenez Murillo, L. *Manual de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6ª Edición. Barcelona. Elsevier. 2018. p 307-310.

541/150. Unas vacaciones accidentadas

Autores:

(1) Sánchez Morales, A., (2) Valenzuela Serrano, H., (1) Fernández Sampedro, M., (1) Teruel Garrido, M., (3) Alonso Pardo, D.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 62 años natural de Irlanda. Hipertensa bien controlada en tratamiento con losartán. Acude a nuestro centro de salud por ser el más cercano de forma urgente porque estando en la playa bañándose comienza con dolor agudo e intenso en miembro inferior izquierdo y pérdida de sensibilidad, lo que hace que pierda el equilibrio y se caiga. Mientras estamos explorándola el dolor se irradia a miembro inferior derecho y a abdomen, perdiendo la movilidad de miembro inferior izquierdo. Se decide traslado urgente al hospital donde se diagnostica de disección aórtica tipo A y se procede a su traslado al hospital de referencia en helicóptero para realizar la reparación aórtica.

Exploración y pruebas complementarias

- Regular estado general, afectada por el dolor, en camilla, consciente, orientada, colaboradora, Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, doloroso a la palpación en región periumbilical izquierda sin signos de peritonismo. No se palpan masas ni organomegalias. Miembro inferior izquierdo frío, pálido, con disminución de la sensibilidad y fuerza 0/5. Miembro inferior derecho ligeramente frío y pálido con disminución de sensibilidad y fuerza 3/5. No se palpan pulsos pedios ni poplíteos de forma bilateral.
- Analítica de sangre incluyendo hemograma, bioquímica, gasometría venosa y coagulación dentro de la normalidad.
- TAC toracoabdominal con contraste: signos de derrame pericárdico y disección aneurismática aórtica toracoabdominal de tipo A de Stanford desde la raíz aórtica hasta la bifurcación ilíaca con trombo-sis de la ilíaca común izquierda.

Juicio clínico

Disección aórtica tipo A

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebro vascular, trombosis arterial aguda

Comentario final

En la mayoría de las ocasiones, los médicos de atención primaria somos la primera puesta en contacto de los pacientes con el sistema sanitario y con los pocos medios que disponemos tenemos que ser capaces de identificar a los pacientes con riesgo de sufrir una enfermedad que requiera una atención urgente para poder brindársela.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación 6ª ed.* Madrid: Elsevier; 2018.

541/151. Agudización asmática por covid-19

Autores:

Delgado Soto, E.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

Descripción del caso

Paciente de 39 años. Antecedentes previos de alergias y asma. No alergias medicamentosas ni factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos. Carcinoma Ductal Infiltrante de mama izquierda, tratada con quimioterapia neoadyuvante, radioterapia y tamoxifeno adyuvantes. Síndrome de Intestino Irritable. Operada de mastectomía subtotal con biopsia selectiva de ganglio centinela. En tratamiento actual con: Tamoxifeno 20 mg y Omeprazol 20 mg.

Consulta telefónicamente con su Médico de Atención Primaria. Positiva para SARS-CoV-2. Refiere disnea moderada, picos febriles y diarrea. No tos. No agusia ni anosmia. Aislada desde el 9 de Noviembre.

Se pauta tratamiento frente agudización asmática: Symbicort Turbohaler® 160/4,5 mcg (2 dosis cada 12 horas), Terbasmin Turbuhaler® 500 mcg (2 dosis cada 8 horas). Deflazacort 30 mg en pauta descendente. Se cita a las 48 horas. Si empeora su disnea, indicamos que debe acudir a su Hospital de Referencia. Acude a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar: normal. Saturación O2 97%. Radiografía de tórax lateral y anteroposterior: aumento de densidad retrocardial izquierda que borra parcialmente hemidiafragma izquierdo y seno costodiafragmático posterior, posible atelectasia. Tenue opacidad mal definida en base izquierda, paracardial, que podría tratarse de un pequeño infiltrado inflamatorio-infeccioso. No es característico de SARS-CoV-2. A valorar evolutivamente. Fue dada de alta. Se le recomienda seguir con las medidas prescritas por su médico de familia.

Juicio clínico

Agudización Asmática en paciente infectado por SARS-CoV-2

Diagnóstico diferencial

En pacientes con antecedentes de asma, considerar inicialmente una agudización de su patología. La paciente es positiva para SARS-CoV-2, debemos descartar neumonitis y/o neumonía

Comentario final

La paciente fue seguida por su médico de familia de forma telemática. Se controló la crisis y se realizó un seguimiento de su infección por COVID -19. El Médico de Familia juega un rol crucial en el control, diagnóstico y manejo de la patología respiratoria aguda e infecciosa provocada por el SARS-CoV2.

Bibliografía

- Johnston SL. *Asthma and COVID-19: Is asthma a risk factor for severe outcomes?* Allergy. 2020 Jul;75(7):1543-1545.
- Sarioğlu N. *Asthma and COVID-19: What do we know?* Tuberk Toraks. 2020 Jul;68(2):141-147.
- Hegde S. *Does asthma make COVID-19 worse?* Nat Rev Immunol. 2020 Jun;20(6):352.

541/152. Hepatitis alcohólica y anorexia nerviosa

Autores:

Cabello Padilla, V., Navarro Robles, A.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 14 años en tratamiento psiquiátrico por anorexia nerviosa tipo purgativa y ansiedad desde hace 2 años. Consulta para recibir los resultados de una analítica de control. No hay alteraciones significativas, salvo bilirrubina y enzimas hepáticas (AST y ALT) elevadas. El coeficiente AST/ALT era de 1,7, inferior al 2 que se considera clínicamente sospechoso de hepatitis alcohólica. Sin embargo, dado el historial de la paciente se decidió concertar una cita presencial para evaluar su estado actual.

En consulta, se interroga a la paciente sobre su vida, refiriendo la misma que “todo le va bien” y que se encuentra asintomática. A pesar de esto, la madre, que se encuentra presente, indica que últimamente la nota más decaída, sin haber podido descubrir un desencadenante a pesar de preguntarle repetidas veces. Tras esto, se expone el resultado analítico y se expresa la sospecha de que o bien está consumiendo cantidades elevadas de alcohol o bien ha vuelto a tener conductas purgativas, o ambas.

Tras esto, la hija confiesa que desde hace unos meses está teniendo más ansiedad de la habitual por motivos desconocidos. Debido a ello, ha comenzado a beber de forma abusiva los fines de semana cuando se reúne con sus amistades. Además, admite haberse purgado unas 2 veces a la semana dado que percibe que ha ganado peso.

Exploración y pruebas complementarias

Bilirrubina total 1,7mg/dl. AST 135. ALT 80. 40 kilos. 1,6 m. IMC=15,6. previo de 15,4.

Juicio clínico

Anorexia nerviosa tipo purgativa junto con inicio de hepatopatía alcohólica

Diagnóstico diferencial

Daño hepático producido exclusivamente por su trastorno alimenticio.

Comentario final

Al finalizar la consulta, se le indica la necesidad de detener el consumo de alcohol dado el daño que se está realizando a nivel hepático, acrecentado por su anorexia ya presente. Se le cita de manera preferente en Salud Mental con su psiquiatra, así como con Medicina Digestiva para evaluar el daño hepático. Resulta de vital importancia estar atento a las alteraciones analíticas propias de las distintas patologías mentales o su tratamiento para poder actuar en los primeros estadios de las descompensaciones.

Bibliografía

- Friedman S. *Alcoholic hepatitis: Clinical manifestations and diagnosis* [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 15 November 2020]. Available from: https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/alcoholic-hepatitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hepatitis%20alcoh%C3%B3lica&topicRef=87052&source=related_link#H418824100

541/153. Mi familia exagera, sólo me ha dolido un poco el brazo

Autores:

(1) Valenzuela Serrano, H., (2) Alonso Pardo, D., (3) Teruel Garrido, M., (3) Sánchez Morales, A., (3) Fernández Sampedro, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada.

Descripción del caso

Varón de 53 años, fumador de 20 cigarrillos/día, sin antecedentes personales de interés, de complejión

delgada, albañil, que acude a consulta de urgencias de AP por dolor súbito en brazo derecho a nivel proximal mientras se estaba duchando, junto con frialdad y parestesias en dicho miembro. En el primer contacto mantenía leve molestia en el brazo, sin fiebre ni otra sintomatología, con disminución leve de temperatura pero buen relleno capilar distal. Refiere episodio similar días antes, por lo que había solicitado la cita, pero este había sido de mayor intensidad y duración. Se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias y tras 1h en urgencias el paciente comienza con un vómito, mal estado general, sudoración e hipotensión arterial.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada: Buen estado general, normohidratado y normoperfundido. Eupneico. Miembro superior izquierdo indoloro a la movilización activa ni pasiva, sin hematomas ni deformidades. Leve frialdad, sin presencia de pulso radial en el izquierdo, sí presente en el derecho. No impotencia funcional. A la auscultación tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Tras 1 hora: Mal estado general, pálido y sudoroso, hipotenso. No diferencia >20 mmHg entre PAS de ambos miembros superiores.

Analítica: Bioquímica: Glucosa 90mg/dL, Creatinina 0.7mg/dL, Sodio 137 mEq/L, Potasio 2.6mEq/L, PCR 8, Hemoglobina 12.6mg/dL; Hemograma: Leucocitos 8.100 mm³ sin neutrofilia; Coagulación: dímero-D 1.5µg/ml, resto normal.

Rx tórax: anodina.

Angio-TC Aorta Torácica: trombosis prácticamente oclusiva de Aorta Ascendente torácica con pared normal.

Juicio clínico

Embolia arterial aguda en miembro superior derecho como complicación de trombosis de aorta torácica.

Diagnóstico diferencial

Trombosis arterial aguda, disección aorta torácica, disautonomía neurovegetativa.

Comentario final

Lo que aparentaba ser en un inicio una isquemia arterial transitoria del MSD acabó siendo una patología emergente aórtica. Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar una exploración física minuciosa así como atender a la evolución clínica del paciente y de sus signos vitales. Además es necesario identificar cuándo no podemos demorar la asistencia y es necesario una derivación al servicio de urgencias.

Bibliografía

- Jonathan D Braun, MD. [Internet]. Embolism to the lower extremities. UptoDate: John F Eidt, MD; octubre 2020, [actualizada en octubre 2020; acceso 13 de noviembre 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/embolism-to-the-lower-extremities?search=trombosis%20aorta%20ascendente&source=search_result&selectedTitle=2~77&usage_type=default&display_rank=2.

541/154. Dolor abdominal agudo

Autores:

(1) Teruel Garrido, M., (2) Alonso Pardo, D., (1) Sánchez Morales, A., (3) Valenzuela Serrano, H., (1) Fernández Sampedro, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 44 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por dolor abdominal agudo intenso, generalizado, acompañado de náuseas y vómitos, sin fiebre y ausencia de deposiciones desde hace 2 días. A su llegada se sospecha obstrucción intestinal, realizándose pruebas complementarias.

rias e ingresando finalmente a cargo de ginecología tras detectarse leiomioma uterino. Se intervino de urgencias. En el momento actual se encuentra en tratamiento con quimioterapia.

Exploración y pruebas complementarias

- TA 100/60 mmHg, FC: 120 lpm, T^o36°, SatO₂ AA: 99%
- Regular estado general, afectada por el dolor, consciente, orientada, palidez mucocutánea, leve taquipnea en reposo. ACR taquicárdica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: Doloroso a la palpación de forma generalizada, con defensa, signos de irritación peritoneal. RHA ausentes
- Exploración ginecológica: GE y vagina normales, sangrado menor que regla. Cérvix de múltipara macroscópicamente normal. Tacto bimanual: Altura uterina por debajo del ombligo, fondo de saco superior fosa izquierda abombada por tumoración. Cérvix móvil no doloroso, sin signos de infiltración.
- Analítica: Bioquímica: Glu 90, U 30, Cr 0'6, Na 136, LDH 601, K 4, PCR 30.
- Hemograma: Hb 12'7, Htcto 53%, leucocitos 9100 con FN. Plaquetas 403000
- Coagulación anodina.
- RX de tórax: Sin hallazgos radiológicos significativos.
- Rx abdomen: Niveles hidroaéreos compatibles con obstrucción intestinal.
- TC abdomen: Leiomiomas uterinos de gran tamaño que sugieren complicación, hipoperfusión con componente hemorrágico intrauterino (posible leiomioma). Asocia líquido libre intra abdominal e íleo reactivo. Como hallazgo casual se observa masa de aspecto infiltrativo a nivel suprahepático (segmento VII) que infiltra vena cava inferior.

Juicio clínico

Obstrucción intestinal por leiomioma uterino.

Diagnóstico diferencial

Isquemia intestinal, peritonitis aguda.

Comentario final

Es importante en los casos de dolor abdominal una buena anamnesis y orientar las pruebas complementarias hacia la sospecha diagnóstica. En este caso, la sospecha de obstrucción era clara, pero quizá no era tan evidente la causa de la misma, siendo un caso que precisó de abordaje multidisciplinar.

Bibliografía

- Sarah L Gans, Margreet A Pols, Jaap Stoker, Marja A Boermeester. *Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. Dig Surg. 2015;32(1):23-31. Epub 2015 Jan 28.*
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018*

541/155. Accidente cerebrovascular por fenómenos embolígenos de mixoma auricular

Autores:

(1) Tejada Gómez, J., (2) Pinilla de Torre, M., (3) Pinilla de Torre, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaba. La Algaba. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaba. La Algaba. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente mujer de 16 años con historia familiar de esclerosis múltiple (padre), y antecedentes de episodios de repetición de adormecimiento en miembro superior derecho. Acude a urgencias por cuadro brusco de hemiparesia derecha y alteración del lenguaje.

En TC de cráneo, infarto establecido en territorio de arteria cerebral media (ACM) izquierda, no candidato de revascularización.

En ecocardiograma se demuestra masa en aurícula izquierda compatible con mixoma auricular potencialmente embolígeno. Se decide cirugía urgente valvular y resección tumoral. En postoperatorio, mala situación clínica, neurológica, renal y hepática, y shock cardiogénico con disfunción biventricular. Nuevo TC de cráneo con signos de edema e isquemia en ganglios basales izquierdos.

Dada evolución, y tras descartar donación, se consensua con familia Limitación Esfuerzo Terapéutico III-D, con exitus letalis.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica urgencias: hemianopsia derecha, hemiparesia derecha miembro superior, afasia motora.

Auscultación cardiorrespiratoria: taquicardia, taquipnea, hipoventilación generalizada.

D-dímero elevado. Angio-TC de tórax descarta tromboembolismo pulmonar. Ingurgitación cavidades derechas, valorado por Cardiología por posible masa auricular.

Defecto repleción en ACM izquierda en TC cráneo, Angio-TC, TC perfusión y resonancia magnética.

Ecocardiogramas transtorácico y transesofágico : masa velo posterior válvula mitral, produciendo estenosis valvular y alta capacidad embolígena.

Juicio clínico

Ictus isquémico en territorio ACM y posterior izquierdas.

Mixoma auricular fenómenos embolígenos cerebrales.

Shock cardiogénico postoperatorio con asistencia biventricular + aminas + oxigenador membrana extracorpórea veno-arterial

Hipertensión intracraneal severa.

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular

Estados confusionales

Encefalopatías

Lesiones ocupantes de espacio

Comentario final

El mixoma auricular es el tumor primario cardíaco más frecuente, ubicándose la mayoría en aurícula izquierda. Se presenta un caso de una paciente con infarto cerebral, siendo éste la manifestación neurológica más frecuente por los efectos embolígenos del tumor. El tratamiento debe ser quirúrgico cuanto antes por riesgo de nuevos fenómenos embólicos.

Bibliografía

- Calvo Rodríguez R, Ochoa Sepúlveda JJ, Toledano Delgado A. Accidente cerebrovascular. En: Medicina urgencias y emergencias. Elsevier; 2018. p. 406-16.
- Aguayo Maldonado J, Alonso Araujo I. Limitación esfuerzo terapéutico. Recomendaciones elaboración protocolos. Junta Andalucía Cons Igualdad, Salud, Políticas Soc. 2014;86(1):46.
- Carrillo Bailén MM, Lozano Cabezas C. A propósito de caso de accidente cerebrovascular con fuente cardioembólica. Soc Española Cardiol [Internet]. 2020; Disponible: <https://secardiologia.es/clinica/casos-clinicos/11405-caso-10-a-proposito-de-un-caso-de-accidente-cerebrovascular-con-fuente-cardioembolic>
- Candelario RV, Jiménez JV. Varios diagnósticos en paciente con mixoma auricular izquierdo. Soc Cuba Cardiol Casos Clínicos. 2018;10(1):94-100.

541/156. La maternidad me está vi- niendo grande

Autores:

(1) Sánchez Morales, A., (1) Teruel Garrido, M., (1) Fernández Sampedro, M., (2) Alonso Pardo, D., (3) Valenzuela Serrano, H.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 30 años diagnosticada de hipotiroidismo durante el embarazo y perteneciente a nuestro cupo que acude al centro de salud para revisión puerperal con la matrona. La vemos caminando por el pasillo con necesidad de apoyo y pérdida evidente de peso. Nos cuenta que el embarazo y parto la han dejado agotada que no tiene fuerza ni para caminar ni para hacerse cargo de su hijo. Aunque no tenía cita con nosotros, le decimos que pase a la consulta para hablar con ella y valorarla ya que impresiona de gravedad. Decidimos hacerle una analítica de control postparto donde se detecta disfunción de glándula tiroidea y suprarrenal y se deriva a Endocrinología y Neurología para estudio, confirmándose Síndrome Poliglandular Autoinmune y Polineuropatía sensitivo-motora axonal severa en miembros inferiores a estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: regular estado general palidez cutaneo-mucosa, hiperpigmentación en labios, abdomen, a nivel distal en manos y pies. Orientada, alerta. Auscultación cardiorespiratoria normal. Pares craneales normales. Fuerza conservada en miembros superiores, debilidad global de predominio distal en miembros inferiores. Sensibilidad algésica disminuida. ROT abolidos en miembros inferiores. No disimetría. Marcha con pie caído bilateral, precisa ayuda para caminar. Imposibilidad para caminar de talones, pudiendo caminar de puntillas aunque con claudicación.

Analítica: Bioquímica y hemograma sin alteraciones relevantes. TSH 0,04; T4 1,62; ACTH 1250; cortisol 0,4; Ac anti TSH negativo; Ac anti TPO: 77; Antitiroglobulina 5,6 IGRA y serologías negativas.

Juicio clínico

Síndrome Poliglandular Autoinmune y Polineuropatía sensitivo-motora axonal severa en miembros inferiores a estudio.

Diagnóstico diferencial

Tiroiditis postparto, síndrome POEMS

Comentario final

En muchas ocasiones, nuestros pacientes dejan de lado su propia salud cuando se convierten en cuida-

dores de otras personas. Tenemos que prestar especial atención a este grupo de personas que están en riesgo de padecer enfermedades y no ser consciente de ello.

Bibliografía

- Suarez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, De Miguel Campo B, Catalán Martín PM, Sánchez Moreno B, Duarte Borges M.A, Cabrera Rodrigo I. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 8ª edición. Madrid: MSD, 2016.

541/158. No toda disnea es coronavirus

Autores:

(1) Teruel Garrido, M., (2) Valenzuela Serrano, H., (1) Fernández Sampedro, M., (1) Sánchez Morales, A., (3) Alonso Pardo, D.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 57 años que consulta en época de pandemia COVID-19 de manera telefónica en su centro de salud por tos, disnea, hemoptisis leve, cefalea y ageusia. Como antecedentes personales destaca: hepatitis crónica por VHC y ex-ADVP. Se deriva al servicio de urgencias hospitalario para valoración. A su llegada se aísla en circuito respiratorio y se realizan pruebas complementarias sospechando TBC confirmada por baciloscopia. Es dado de alta con tratamiento y aislamiento.

Exploración y pruebas complementarias

- TA 182/98 mmHg, FC: 104lpm, Tª36º, SatO2 AA: 97%
- Buen estado general, consciente, orientado, sin cianosis, eupnéico en reposo. ACR tonos rítmicos sin

soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

- ECG: RS a 76lpm. PR < 0'2. QRS estrecho. T picuda en V2-V4.
- Analítica: Bioquímica: Glu 146, U 41, Cr 0'78, GPT 27, GGT 29, FA 117, Na 137, LDH 193, K 3'8, ferritina 110'3, PCR 2'9, Troponina I 5
- Hemograma: Hb 17'9, Htcto 53%, serie blanca y plaquetas dentro de la normalidad.
- Coagulación anodina. D-D 0'39
- RX de tórax: nódulo cavilado de unos 35mm en lóbulo superior derecho. No típica de infección SARS-COV-2.
- PCR COVID-19 negativa.
- Baciloscopia: crecimiento de bacilos ácido-alcohol resistentes, compatibles con TBC.

Juicio clínico

Tuberculosis

Diagnóstico diferencial

Infección por COVID-19, neoplasia pulmonar.

Comentario final

En la época de pandemia actual cualquier proceso respiratorio se considera sospechoso, ya que la infección por COVID-19 presenta una sintomatología muy diversa. En el caso presentado y, dados los antecedentes personales del paciente y las pruebas complementarias, se hacía más probable la infección por mycoplasma tuberculosis. Por tanto, es muy importante la correcta anamnesis y recogida de antecedentes en la historia clínica para una correcta orientación del caso clínico.

Bibliografía

- *Suarez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, De Miguel Campo B, Catalán Martín P.M, Sánchez Moreno B, Duarte Borges M.A, Cabrera Rodrigo I. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 8ª edición. Madrid: MSD, 2016.*
- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018*

541/159. Crisis comical secundaria a quiste epidermoide paraselar

Autores:

(1) *García Medero, S., (2) Gil Muñoz, J.*

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Técnico de Salud. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Descripción del caso

Paciente varón de 18 años atendido en urgencias de atención primaria por crisis comicial y brote psicótico. Nivel de conciencia ya recuperado, precisa administración de midalozam nasal por intensa agitación. Se traslada a urgencias hospitalarias para completar estudio y descartar patología orgánica.

Sin antecedentes personales de interés. Fumador habitual de cannabis. Sus acompañantes refieren que ha comenzado esa tarde a presentar comportamientos extraños, tras lo cual presenta crisis tónico clónica generalizada.

Exploración y pruebas complementarias

En hospital somnoliento, TA 132/78 mmHg, FC 97lpm, SatO2 89% con FIO2 21%. 37,1°C. Labios cianóticos. Bajo nivel de conciencia (Glasgow 13/15). Pupilas miátricas, reactivas. No focalidad neurológica.

Resto de exploración física anodina.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea normal.
- Gasometría venosa: destaca pH 7.2 y pCO2 76
- TAC craneal: lesión compatible con quiste epidermoide paraselar izquierdo de 2,5-2,9 cm.

Valorado por neurocirugía, se propone ingreso para intervención programada.

Juicio clínico

- Crisis comicial secundaria a LOE: lesión quística paraselar izquierda.
- Trastorno del comportamiento secundario.

Diagnóstico diferencial

Existen múltiples causas de crisis comiciales. Pueden ser primarias (epilepsia) o secundarias a otras causas, como alteraciones metabólicas, neoplasias, de origen vascular, trastornos del sueño, trastornos psiquiátricos... En un adulto sin antecedentes el primer diagnóstico a descartar es una lesión ocupante de espacio.

Comentario final

El paciente es intervenido sin incidencias, realiza seguimiento anual con RMN por neurocirugía. No ha vuelto a presentar crisis comiciales. Realiza tratamiento con anticomiciales durante 3 años.

Al haberse encontrado una LOE en TAC, se debe iniciar tratamiento anticomicial. Los fármacos más usados son ácido valproico, difenilhidantoína o carbamazepina. Se debe empezar a dosis mínima e ir aumentando hasta control de las crisis. Es aconsejable iniciar monoterapia. Los anticomiciales de segunda generación, como levetiracetam, presentan menos interacciones con corticoides y antineoplásicos.

Los fármacos antiepilépticos de forma profiláctica no han demostrado eficacia en pacientes con tumores cerebrales que no presentan crisis comiciales. No existen estudios epidemiológicos sobre la duración adecuada del tratamiento de las crisis epilépticas secundarias.

El papel del médico de atención primaria en este tipo de casos es importante para establecer un diagnóstico precoz, para seguimiento y control evolutivo posterior de los pacientes.

Bibliografía

- Perales-Fraile I, Moya-Mir MS. Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en adultos. *Emergencias* 2005; 17: 583-589.

541/160. Una exploración física vale más que mil palabras al teléfono

Autores:

(1) López López, A., (2) Jurado Cabezas, M., (3) Escribano Castillo, L., (4) Ruíz Ciudad, M., (5) Ortiz Suárez, P., (4) López Escobar, G.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (5) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 84 años que consulta telefónicamente por aparición de dolor en miembro inferior izquierdo (MII) de 2 días de evolución, que ha ido empeorando progresivamente, acompañado de aumento de temperatura local. Como antecedentes personales de la paciente, destacan diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica. Realizando la anamnesis telefónicamente, niega haber presentado fiebre ni disnea, tampoco refiere traumatismo. Se decide citar presencialmente a la paciente para exploración física y realizar diagnóstico diferencial.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afectada por el dolor y dificultad para la marcha, precisando apoyo en su familiar. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. En MII destaca placas eritematosas mal delimitadas de partes blandas que se extiende desde dorso del pie hasta tercio medio pretibial, dolorosas a la palpación, aumento de temperatura local respecto a contralateral, trasudado abundante con vesículas y ampollas de contenido seroso. Pulsos distales conservados y simétricos, relleno capilar normal. Se aprecia posible punto de inoculación de picadura de insecto (puerta de entrada). Valoramos la presión del compartimento muscular afecto, descartando un síndrome com-

partimental. No presenta crepitación, ampollas hemorrágicas ni anestesia cutánea.

Juicio clínico

Celulitis con puerta de entrada a través de picadura de insecto

Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa profunda, dermatitis de éxtasis, fascitis necrotizante, erisipela.

Comentario final

Ante un dolor subagudo de miembros inferiores hay que realizar una exploración física exhaustiva, ya que el diagnóstico es fundamentalmente clínico. Debemos saber diferenciar entre una patología de tipo infecciosa o de tipo vascular, esto determinará el pronóstico del paciente. Es importante realizar un diagnóstico precoz para evitar complicaciones graves y aparición de síntomas sistémicos, por lo que hay que determinar la extensión a planos profundos, la afectación sistémica y factores de riesgo de mala evolución al suponer un cambio en el manejo. Nuestra paciente mejoró significativamente tras antibioterapia y antiinflamatorios.

Bibliografía

- Corbella Vazquez L, Jorge Huerta L. Infección de piel y partes blandas. Osteomielitis. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, de Miguel Campo B, Catalán Martín P, et al, editores. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. Madrid: MSD; 2016. p.671-680.*

541/161. Atento a tus ojos

Autores:

(1) Prieto Bonilla, M., (2) Arias Galera, M., (3) Prieto Bonilla, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga,

(2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Descripción del caso

Motivo de consulta: Molestias oculares

Antecedentes personales:

Mujer de 43 años, fumadora de 1 paquete/día desde los 21 años. No otros factores de riesgo cardiovasculares.

NAMC

Acude por molestias en ojo derecho, refiere dolor, lagrimeo y fotofobia. Niega pérdida de visión. No traumatismo ocular.

Refiere también pérdida de peso no cuantificada y se nota algo más cansada en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada y colaboradora. Hemodinámicamente estable.

A la exploración destaca leve exoftalmo en ojo derecho que para la paciente había pasado desapercibido.

A la tinción con fluoresceína se observa úlceras en la córnea.

MOEs conservados. No pérdida de visión.

Resto de exploración normal.

Se solicita analítica de sangre y TAC craneo.

TAC cráneo sin alteraciones.

Analítica de sangre: Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Perfil tiroideo: TSH 0.1 (0.3-4.5) T4L 7.3 (0.7-2), anticuerpos antitiroideos positivos.

Juicio clínico

Enfermedad de Graves Basedow.

Diagnóstico diferencial

- Enfermedad de Graves
- Tumores como: Tumor en glándula lacrimal, tumores orbitarios, tumores sinusales, tumores metastásicos...

Comentario final

Finalmente la paciente se diagnosticó de enfermedad de Graves, se trató con antitiroideos, y se derivó al servicio de endocrinología y de oftalmología. Se insiste en el abandono del hábito tabáquico ya que se asocia a un peor pronóstico.

La oftalmopatía de Graves es una patología que en muchas ocasiones pasa desapercibida, puede ser la causa de pacientes que acuden por conjuntivitis de repetición y ojo seco. Por esta razón es importante mantener un alto nivel de sospecha ya que en casos avanzados puede ocasionar diplopia o incluso pérdida de visión.

Aunque en la mayoría de los casos vemos que es bilateral (70%) también puede manifestarse de manera unilateral como en nuestra paciente.

Bibliografía

- Foguet Q, Coll G. Proptosis ocular: a propósito de un caso. *Medifam*. 2002;12(1):66-70.
- Eckstein A, Esser J. Endokrine Orbitopathie [Graves' orbitopathy]. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2011;228(5):432-438.

541/162. No sé por qué vengo, creo que me tengo que hacer la prueba del virus

Autores:

(1) Valenzuela Serrano, H., (2) Sánchez Morales, A., (3) Alonso Pardo, D., (2) Fernández Sampedro, M., (2) Teruel Garrido, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 60 años, sin antecedentes personales, administrativo, que cuenta mediante cita telefónica en AP durante la pandemia por SARS- Coronavirus una historia extraña: "su cuñado tiene fiebre, y quizás tendría que realizarse un test Covid-19". Dada la incongruencia del discurso, muy enlentecido, con ramificaciones excesivas, y conociendo su estado basal, sin antecedentes de patología neurológica ni psiquiátrica, le indico que venga al centro de salud para explorarlo en persona. Acude con su esposa que refiere que desde hace una semana está muy distraído, ha dejado de leer y de realizar sus paseos diario, "no parece el mismo". Además desde hace 2-3 días no controla bien la orina. No tiene fiebre. Dada la sospecha de hidrocefalia aguda-subaguda se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, Glasgow 15/15, orientado en las tres esferas, discurso incoherente, pensamiento enlentecido y ramificado, inatención. No disartria, dismetrías ni alteraciones de la marcha. No alteraciones sensitivo-motoras. Pares craneales normales. Romberg negativo. Signos meníngeos negativos. Abdomen blando, no doloroso, sin globo vesical. Tacto rectal: sin alteraciones.

Análítica: Bioquímica: Glucosa 110mg/dL, Creatinina 0.8mg/dL, Iones normales, PCR 2; Hemograma: Leucocitos 9.230 mm³ sin neutrofilia; Coagulación normal. Orina normal. Rx tórax: anodina. TAC-Craneal sin contraste: Masa frontal izquierda de gran tamaño, invasiva, desplazando línea media, compatible con tumor cerebral maligno a valorar distintas estirpes. Durante el ingreso en Neurología, tras RMN cerebral y biopsia se confirmó la sospecha de Glioblastoma multiforme.

Juicio clínico

Hidrocefalia hipertensiva por tumor cerebral maligno.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades neurodegenerativas: demencias, Parkinson...; Infecciones SNC; Patología psiquiátrica; Alteraciones urológicas: ITU, HBP...

Comentario final

La clínica forma parte de la tríada clásica de hidrocefalia (demencia, incontinencia urinaria, alteraciones de la marcha), pero es compatible con diversas patologías, algunas banales y otras no, como el caso que se ha expuesto. Por ello es muy importante para el médico de atención primaria conocer el tiempo de evolución de la clínica, el estado basal del paciente y relacionar síntomas en un mismo proceso para llegar al diagnóstico.

Bibliografía

- Jorg Dietrich, MD, PhD. [Internet]. *Clinical presentation, diagnosis, and initial surgical management of high-grade gliomas*. UpToDate: Jay S Loeffler, MD; octubre 2020 [actualizada en abril 2020; acceso 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-surgical-management-of-high-grade-gliomas?search=glioblastoma%20multiforme%20adulto&source=search_result&selectedTitle=2~76&usage_type=default&display_rank=2#H2.

541/163. Abordaje de la fibrilación auricular en un paciente joven

Autores:

Ruiz Iglesias, A.

Centro de Trabajo:

Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 54 años que consulta por 2 episodios de mareos, visión borrosa y sensación de calor seguidos de un desvanecimiento, con rápida recuperación posterior, relacionados con esfuerzos. En los últimos meses refiere aparición disnea leve, sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Niega dolor torácico o palpitaciones durante los episodios.

Como antecedentes médico presenta esclerosis múltiples, y es fumador sin otros factores de riesgo cardiovasculares. Hábitos de vida activa con realización

de deporte con regularidad. En sus antecedentes familiares, padre fallecido con 41 años por un infarto agudo de miocardio.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación Cardíaca: tonos irregulares con frecuencia elevada (taquicardia >100 lpm), sin evidencia de soplos. Pulso radial irregular.

Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Extremidades inferiores: sin edemas.

Cuello: no se aprecia ingurgitación yugular.

Se realiza un ECG con presencia de complejos qrs irregulares con ausencia de ondas P, y frecuencia >100lpm.

Juicio clínico

Insuficiencia cardíaca.

Fibrilación auricular.

Diagnóstico diferencial

Clínicamente, el diagnóstico diferencia de las causas de insuficiencia cardíaca, entre las que destacamos la cardiopatía isquémica, las miocardiopatías, y las enfermedades con infiltración miocárdica (amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis...). Tras la realización del ECG, nos encuadramos en las taquiarritmias como el flutter.

Comentario final

La fibrilación auricular es una enfermedad que se presenta generalmente en pacientes de avanzada edad con factores de riesgo, pero puede manifestarse también en paciente más jóvenes con complicaciones ya establecidas.

Bibliografía

- Braunwald E, Harrison T. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 19th ed. Madrid: McGraw-Hill; 2002.
- Domarus A, Farreras Valentí P, Rozman C, Agustí A, Cardellach López F. *Medicina interna*. 17th ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Gómez-Doblas J, López-Garrido M, Estevez-Ruiz I, Barón-Esquivas G. *Epidemiología de la fibrilación auricular*. *Rev Esp Cardiol Supl* [Internet]. 2016;16

(A):2-7. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-fibrilacion-auricular/articulo/90460429/>

- Ruiz Mateos B, Franco Díez E. *Manual AMIR. Manual de cardiología y cirugía cardiovascular. 9th ed.* Madrid: Academia de Estudios Mir; 2016.
- Viana-Zulaica C. *Guía clínica de Fibrilación auricular [Internet].* Fisterra.com. 2014 [cited 8 January 2019]. Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/fibrilacion-auricular/>
- Vrsalović M, Presecki AV. *Atrial fibrillation and risk of cardiovascular events and mortality in patients with symptomatic peripheral artery disease: A meta-analysis of prospective studies.* *Clin Cardiol.* 2017;40:1231-1235. Available from: <https://doi.org/10.1002/clc.22813>

541/164. Hiperandrogenismo y teleconsulta: el valor de la continuidad asistencial

Autores:

(1) Moreno Sánchez, J., (2) Salinas Gutierrez, J., (3) García Ezpeleta, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente de 65 años que desde marzo a mayo de 2020 realiza 4 consultas telefónicas a su médico habitual por motivos diversos, denotando este un cambio progresivo en el tono de voz de la paciente. El interrogar a la paciente sobre cambios durante el periodo del confinamiento, refiere hirsutismo de localización facial y mamaria, comienzo de alopecia androgénica y tono más grave de la voz. FO: 0 FUR: menopausia. Se cita a la paciente para exploración y se indica extracción de analítica.

Exploración y pruebas complementarias

En un acto único se comprueban los resultados analíticos (Tirotropina, Tiroxina, Folitropina, Lutropina, Progesterona, Globulina fijadora de hormonas sexuales, Corticotropina, Cortisol, 17-Hidroxiprogesterona, Androstendiona, Deshidroepiandrosterona sulfato: en rango de normalidad; GBA ya conocida) con Testosterona 462 ng/dL, y se realiza Ecografía abdominal (discreta esteatosis hepática, suprarrenales sin hallazgos) y transvaginal (útero con endometrio lineal y ovario derecho no visible, izquierdo con imagen solida de 2x1.5cm). Se deriva a Endocrinología, quienes completan con RMN ("lesión ocupante de espacio de 2,2cm en el ovario izquierdo isointensa en T1, hipointensa en T2 con pequeñas hiperintensidades y con un halo periérico hiperintenso, probable lesión sólida") y derivan a Ginecología.

Juicio clínico

Hiperandrogenismo por probable tumor ovárico virilizante (células de Leydig).

Diagnóstico diferencial

Síndrome de ovario poliquístico, HAIR-AN (hiperandrogenismo, resistencia a la insulina, y acantosis nigricans), Hiperplasia adrenal congénita de inicio tardío, Tumor pituitario, Tumor adrenal u ovárico, Disfunción tiroidea, Síndrome de Cushing, Medicamentosa.

Comentario final

La continuidad asistencial, conocer a nuestros pacientes y anteponer la clínica a costosas pruebas complementarias, son poderosas y eficientes herramientas en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Bibliografía

- Hohl A, Ronsoni MF, Oliveira Md. *Hirsutism: diagnosis and treatment.* *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia* 2014 Mar;58(2):97-107.
- Rachoñ D. *Differential Diagnosis of Hyperandrogenism in Women with Polycystic Ovary Syndrome.* *Experimental and clinical endocrinology & diabetes* 2012 Apr;120(4):205-209.
- Markopoulos MC, Kassi E, Alexandraki KI, Mastorakos G, Kaltsas G. *Hyperandrogenism after meno-*

pause. *European journal of endocrinology* 2015 Feb;172(2):R79-R91.

541/166. La sospecha de asma que se convirtió en el debut del vih con neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

Autores:

(1) Alonso Pardo, D., (2) Sánchez Morales, A., (3) Valenzuela Serrano, H., (2) Teruel Garrido, M., (2) Fernández Sampedro, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Paciente mujer de 41 años, natural de Marruecos sin viajes recientes, con varias parejas sexuales en el pasado sin uso de barreras de protección y vacunada de TBC. Sin otros antecedentes de interés, ni hábitos tóxicos. Acude a nuestra consulta por cuadro clínico de dos meses de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, asociando fiebre de hasta 38°C con esputos espesos blanquecinos, en ocasiones purulentos, astenia con postración, pérdida de peso y apetito.

Previamente había acudido en varias ocasiones a Urgencias con radiografías de tórax y analíticas normales, siendo tratada con inhaladores, antibióticos y corticoides con mejoría parcial.

Exploración y pruebas complementarias

TA 104/71 mmHg, 38,5°C.

Regular estado general, taquipnea de 32 rpm con respiración abdominal y tiraje supraclavicular. No tolera el decúbito por accesos de tos. Saturación de oxígeno al 94% a aire ambiente.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos y taquicárdicos. Murmullo vesicular conservado con cre-

pitantes en ambos campos pulmonares hasta casi ápex, con algún sibilante aislado.

Abdomen: hepatomegalia de dos centímetros, sin masas.

Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombo-sis venosa profunda.

Analítica con PCR 72 y hemograma normal.

Serología con VIH positivo no conocido previamente.

PCR COVID 19 reciente negativa.

Radiografía tórax: afectación intersticial difusa y bilateral, sin claro infiltrado ni consolidación alveolar.

Juicio clínico

Sospecha de neumonía de la comunidad.

Diagnóstico diferencial

COVID-19.

Asma.

Comentario final

Una correcta realización de la anamnesis no debe pasar por alto la situación natural de cada paciente, teniendo en cuenta el origen y todos sus hábitos.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez Fj. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.

541/167. Pocus en domicilio de paciente con infección por SARS-COV-2

Autores:

(1) Serrano Baena, C., (2) Castillo Higuera, S., (3) GARCÍA MOLINA, M., (4) Peis Redondo, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud

Bulevar. Jaén, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 71 años, con AP de HTA, dislipemia y EPOC estadio II de GOLD. Exfumador de 20 paquetes/año. Totalmente independiente para las ABVD. Diagnosticado, mediante prueba PCR, de infección por SARS-CoV-2 manteniéndose estable, con síntomas controlados (tos y fiebre de hasta 37.7º) hasta que en el seguimiento telefónico del 8º día de infección comenta aumento progresivo de su disnea habitual, de 24 horas de evolución, pasando a ser de grado III de la mMRC. Decidimos trasladarnos a su domicilio, portando el ecógrafo portátil de nuestro centro, para valoración presencial del paciente, con las adecuadas medidas de protección.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientado y colaborador. Taquipnea de entre 20-22 rpm. SatO₂: 92-94%. AC: rítmico, sin ruidos cardiacos patológicos. AR: MV globalmente disminuido con subcrepitantes campos medio e inferior derecho y campo inferior izquierdo. Ecografía pulmonar clínica: deslizamiento pleural conservado, irregularidades pleurales en áreas de exploración 3 y 4 de Rouby (de ambos hemitórax) y más de 3 "líneas B" confluentes en dichas áreas. Presencia de consolidación subpleural en área 3 de Rouby derecha. Ausencia de derrame pleural. Score 2 de la Clasificación propuesta por el Dr. Alberto A. Oviedo-García (adaptación de la sistemática exploratoria de Jean Jacques Rouby y del Score de Gino Soldati).

Por todo ello se decide activar al servicio de ambulancia medicalizada para traslado del paciente a Urgencias de Hospital de referencia para valoración e ingreso.

Juicio clínico

Infección por SARS-CoV-2.

Diagnóstico diferencial

- Patologías que generen Síndrome Intersticial Pulmonar,
- Agudización de EPOC,
- Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC),

- Tromboembolismo Pulmonar (TEP),
- Arritmia de reciente aparición,
- Insuficiencia Cardíaca aguda, acompañada o no de patología coronaria.

Comentario final

Con este caso clínico me gustaría evidenciar la importancia que la ecografía clínica tiene para el día a día de los Médicos de Familia, suponiendo una herramienta básica en la toma de decisiones clínicas.

Bibliografía

- Jean-Jacques Rouby, et al. *Training for Lung Ultrasound Score Measurement in Critically Ill Patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Volume 198, Issue 3.*
- Gino Soldati, et al. *Proposal for international standardization of the use of lung ultrasound for COVID-19 patients; a simple, quantitative, reproducible method. doi.org/10.1002/jum. 15285.*
- Alberto A. Oviedo García. *UGC Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.*

541/168. Hemoptisis: un caso desde el domicilio

Autores:

(1) Moreno Sánchez, J., (2) Salinas Gutierrez, J., (3) García Ezpeleta, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente de 95 años sin AP de interés que es atendido en octubre de 2020 en una visita domiciliar por febrícula, astenia, tos y hemoptisis. Vacunado una semana antes frente a neumococo y gripe.

Exploración y pruebas complementarias

Mantiene constantes en rango de normalidad incluida saturación, asintomático, y la exploración es anodina salvo disminución del MV en base derecha junto con roncus y aumentos de la transmisión de vibraciones. Se decide realizar RX de tórax ese mismo día, en la que apreciamos una imagen bullosa inferior derecha y aumento de la trama intersticial en base pulmonar izquierda. Se instaura tratamiento con Clindamicina y se deriva al servicio de Urgencias hospitalario, donde se realiza analítica (leucocitos 14.210/uL, neutrófilos 84%, DD 1385, PCR 106 mg/L, Procalcitonina 1'04 ng/mL, ácido láctico 66 mg/dL; resto normal, PCR de exudado nasofaríngeo para SARS COVID-19 negativa). El paciente es ingresado a cargo de Enfermedades infecciosas, quienes indica un TAC toraco-abdominal ("bulla enfisematosa en LID, con nivel hidroaéreo por probable sobreinfección. Edema alveolar e intersticial en base izquierda junto con discretos derrames pleural y pericárdico. Quistes hepáticos, el mayor de 10 cm en LHI"). El paciente recibió el mismo tratamiento anti-bioterápico que tenía prescrito y fue dado de alta.

Juicio clínico

Bulla pulmonar sobreinfectada.

Diagnóstico diferencial

Falsos quistes (Enfisema centrolobulillar, bronquiectasias quísticas), Verdaderos quistes (Subpleurales: Bulla, Enfisema paraseptal. Intraparenquimatosos: Neumonía intersticial descamativa, Linfangioleiomatosis, Enfermedad por depósito de cadenas ligeras, Neumonía intersticial linfoide, Neumonía por *P. jirovecii*, Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans).

Comentario final

Aunque se trata de un ámbito de enfermedades infrecuentes, una exploración básica y un abordaje sindrómico correctos permiten la atención inicial, la resolución o la derivación de la totalidad de las patologías desde Medicina Familiar y Comunitaria.

Bibliografía

- Cherian SV, Kumar A, Ocazonez D, Estrada -Y-Martin, Rosa M, Restrepo CS. *Developmental lung*

anomalies in adults: A pictorial review. Respiratory medicine 2019 Aug;155:86-96.

- Raouf S, Bondalapati P, Vydyula R, Ryu JH, Gupta N, Raouf S, et al. *Cystic Lung Diseases: Algorithmic Approach. Chest* 2016 Oct;150(4):945-965.

541/169. Preguntemos siempre por los antecedentes personales

Autores:

(1) Jurado Cabezas, M., (2) López López, A., (3) Cámara Sola, E., (4) López Escobar, G., (5) Escribano Castillo, L., (1) Quiñones Begines, I.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 28 años que acude a la consulta por molestias abdominales de meses de evolución, no relacionado con las comidas, y sin mejoría con omeprazol. En ocasiones ha presentado deposiciones diarreicas sin productos patológicos. No otra clínica asociada. Como antecedentes personales destaca sífilis primaria hace 3 años y amigdalectomía hace 4 años. En la entrevista clínica, dado el antecedente de ITS, se consultó sobre la posibilidad de relaciones sexuales de riesgo, comentando el paciente un posible contacto en los 6 meses previos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido. Abdomen blando y depresible, no dolor, no signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Se solicitó analítica de sangre, coprocultivo para detección

de H. Pylori, calprotectina y serología para VHB, VHC y VIH, encontrándose VIH + en screening y Western-Blot. Analítica con linfocitos totales, función renal y hepática normales. Ante los hallazgos, se derivó a Medicina Interna de forma preferente.

Juicio clínico

Infección por VIH.

Diagnóstico diferencial

Gastritis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable.

Comentario final

Se estima que un 50-90% de las infecciones agudas por el VIH ocasionan un cuadro clínico agudo semejante a una mononucleosis infecciosa. No obstante, entre un 10% y 70% presentan síntomas gastrointestinales como: náuseas, vómitos, anorexia, diarrea y dolor abdominal. Por ello, ante una clínica y exploración abdominal inespecífica y los antecedentes de ITS es conveniente solicitar una prueba serológica para descartar una posible primoinfección por VIH.

Bibliografía

- Pachón Díaz J, Pujol de la Llave E, Rivero Román A. La infección por el VIH: Guía práctica. 2ª edición. Consejería de Salud 2003.

541/170. No todas las erupciones cutáneas son "simples"

Autores:

(1) Fernández Sampedro, M., (2) Alonso Pardo, D., (3) Valenzuela Serrano, H., (1) Teruel Garrido, M., (1) Sánchez Morales, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina de Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 76 años, como antecedentes personales a destacar: Artritis reumatoide seropositiva.

Acude al Centro de Salud por lesión ulcerada en pierna derecha hace 1 mes, que se siguió de cuadro diarreico sin productos patológicos de 1 semana de duración y posterior comienzo de dificultad respiratoria, motivo por el cual se derivó a Urgencias.

La erupción cutánea en ese momento era prácticamente universal con afección de palmas y plantas de los pies, sin prurito ni fiebre asociados.

Niega contacto con animales ni picaduras de garrapatas o pulgas.

El cuadro clínico en última instancia se acompaña de disfagia y disnea, con afección de mucosa oral por aftas en paladar blando, duro y lengua.

Exploración y pruebas complementarias

Adecuado estado general. Eupneica en reposo con aporte de O₂. No ortopnea.

Lesiones purpúricas, palpables y sobreelevadas de distribución universal en cuero cabelludo, tronco, abdomen, extremidades inferiores y superiores.

ACR: tonos rítmicos y puros. MVC con sibilantes dispersos y roncus.

ABD: globuloso, no doloroso a la palpación. RHA conservados. No organo ni visceromegalias palpables.

MMII: no edemas. Signos de IVC. Lesiones palpables, sobreelevadas y no desaparecen a la digitopresión. No se objetivan vesículas. Pulsos pedios conservados.

TA: 135/65mmHg

FC: 85lpm

SatO₂ con aporte de oxígeno: 98%

Analítica: a destacar PCR 115, leucocitos 2.550, neutrófilos 92%

Rx tórax: aumento de densidad basal bilateral, similar a previas

Biopsia de lesiones: dermatitis vesicular acantolítica pobre en células inflamatorias y presencia de células

epiteliales multinucleadas con ocasionales pseudoinclusiones nucleares. Alta sospecha de origen viral (Herpes simple o Herpes Zoster)

Juicio clínico

Varicela

Diagnóstico diferencial

Púrpura Palpable

Pancitopenia

Vasculitis asociada a artritis reumatoide

Comentario final

Destacar la importancia de las erosiones cutáneas y no asociar siempre un posible origen reactivo o alérgico, sino que en ocasiones estas lesiones pueden tener una importancia relevante.

En este caso, el diagnóstico tardío del paciente le llevó a su posterior fallecimiento por la extensión de la enfermedad y mayor agresividad al ser una persona de edad avanzada.

Realizar una correcta anamnesis y diagnóstico diferencial puesto que en algunas ocasiones el desenlace puede ser fatal por no abarcar toda la multitud de posibilidades posibles.

Bibliografía

- Greenbook
- Vancouver

541/172. No todo es artrosis, a propósito de un caso

Autores:

(1) Miguel Moreno, M., (2) Guzmán Jabares, R., (1) Romero Herraiz, F.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 88 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y deambulando hasta la fecha sin problemas. Antecedentes de adenocarcinoma de colon ascendente intervenido, acude de forma reiterada a consulta por dolor de rodilla izquierda que no mejora con distintos analgésicos.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor de forma generalizada en rodilla izquierda a la exploración. Deformidad y aumento de temperatura en dicha rodilla. Actualmente con dificultad para la deambulación.

Analítica: Fosfatasa alcalina 808, alfa-amilasa 106, vitamina D 14, PCR 0'8. PTH 39'3.

Sistemático de orina: calcio 58, resto anodino.

Radiografía de rodillas: aumento del volumen del tercio próxima y medio de la tibia izquierda, con engrosamiento cortical y patrón trabecular interno grosero.

Resonancia magnética nuclear: Cambios a nivel proximal de la tibia, con áreas míticas y otras osteodensas y discreta deformidad en antecavum.

Juicio clínico

Enfermedad de Paget.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Paget, artrosis, metástasis óseas, osteomielitis crónica, mieloma múltiple, hiperparatiroidismo primario, artritis.

Comentario final

Tras el diagnóstico de la paciente se ha manejado el dolor desde un punto de vista más específico, añadiendo al tratamiento ácido alendrónico, calcio y vitamina D. También se ha derivado a la paciente a reumatología para valoración por su parte.

Actualmente la paciente se encuentra bastante bien, ha vuelto a poder hacer una vida independiente sin dolor incapacitante.

Está claro que es muy frecuente los dolores por degeneración ósea secundaria a la edad, pero ante la

persistencia de dolor o falta de mejoría, hay que indagar y asegurar que no haya nada más.

Bibliografía

- 1Bordas Julve JM, Moll de Alba NV. A propósito de un caso, enfermedad ósea de Paget. *AMF [Internet]. 2010 [citado 12 nov 2020];6(11):627-632.*
- 2Lisbona Pérez MP et al. Epidemiología de la enfermedad ósea de Paget en un área de Barcelona. *Rea Osteoporos Metab Miner [Internet]. 2009 [citado 12 nov 2020];1(1):7-12.*

541/173. Ferropenia sin anemia

Autores:

(1) Jurado Cabezas, M., (2) López López, A., (3) Escrivano Castillo, L., (4) Cámara Sola, E., (5) López Escobar, G., (1) Quiñones Begines, I.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 57 años que acude a consulta para solicitar analítica de control de hipertrigliceridemia tras realizar cambios en la alimentación. Como antecedentes presenta amputación traumática en primer dedo pie derecho tras accidente laboral. Además, está en estudio por reumatología por artralgias en mano derecha. Se realizó RMN, encontrándose erosiones subcondrales y osteofitos marginales predominantes en cabeza de segundo y tercer metacarpo (localización poco frecuente en artrosis degenerativa primaria) y se indicó valorar hemocromatosis como etiología, por lo que solicitamos también ferritina.

Exploración y pruebas complementarias

En analítica destaca triglicéridos 216 (previo de 289), ferritina 12.9, hierro 64 y hemoglobina 14.8 (previa de 15.3 hace 3 meses). Dado el hallazgo analítico, se explora al paciente, siendo ésta anodina y se solicita una SOH. Resultados de SOH: 1ª 1928 ng/ml, 2ª 444 y 3ª 2544. Se solicitó colonoscopia y derivación a digestivo para estudio preferente, hallándose adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado de ciego que infiltra tejido adiposo pericólico (pT3) con invasión vascular e infiltración perineural.

Se realizó hemicolectomía derecha con bordes quirúrgicos libres; 12/14 adenopatías afectadas (N2b); sin evidencia de enfermedad a distancia (Estadio IIIC).

Juicio clínico

Neoplasia colon.

Diagnóstico diferencial

Adenocarcinoma gástrico, gastritis, angiodisplasias.

Comentario final

La ferritina y la sideremia son los primeros parámetros que disminuyen en la ferropenia, apareciendo posteriormente anemia ferropénica. La causa más frecuente son las pérdidas hemáticas crónicas de origen digestivo (sobre todo en varones y mujeres posmenopáusicas, considerando en >60 años neoplasia de colon y angiodisplasias), ginecológico (sobre todo en mujeres premenopáusicas) o urológico. Por ello, a pesar de no presentar anemia, el hecho de encontrar ferropenia y disminución de los niveles de hemoglobina, nos debe hacer sospechar pérdidas hemáticas de origen digestivo como primera posibilidad.

Bibliografía

Domínguez-Ayala M, Díez-Vallejo J y Comas-Fuentes A. Oportunidades perdidas en el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal sintomático. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012; 104 (7): 343-349.

541/174. Doctora, ¿a mi edad varicela?

Autores:

(1) Marin Sánchez, A., (2) Martínez Alvarez, F.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 71 años.

- Alérgica a Mepifilina.
- Antecedentes personales: Osteoporosis, artritis reumatoide, proctocolitis ulcerosa, varices.
- Tratamiento habitual: omeprazol 20mg/24h, dobesilato cálcico 500mg/12h, mesalazina 4gr enema/24h, mesalazina 4.8gr/24h, Vedolizumab/8semanas, isoniazida 300mg/ piridoxina 50mg/24h, fluoxetina 20mg/24h, trazodona 100mg/24h, clortalidona 50mg/ espironolactona 50mg/24h.
- Anamnesis: paciente que acude al centro de salud por cuadro de reacción exantemática pruriginosa, aftas bucales, odinofagia y fiebre de hasta 38.5°C de 5 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: regular estado general, consciente y orientada. Tensión arterial 139/68mmHg, frecuencia cardiaca 84 lpm, temperatura 37.8°C, saturación de oxígeno 96%.

Presenta lesiones pápulo-vesiculosas, confluentes, en distintos estadios, que afectan a toda la superficie corporal. Aftas en mucosa bucal.

Resto de exploración sin alteraciones.

Resultados analítica de sangre: hemoglobina 11,7g/dl, leucocitos 11,76x10⁹/l, neutrófilos 5,46x10⁹/l, linfocitos 4,93x10⁹/l, plaquetas 363x10⁹/l. Bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas. Iones en rango. Proteína C reactiva 43,7mg/l.

Juicio clínico

Juicio clínico: síndrome febril exantémico en paciente inmunodeprimido. A descartar varicela, entre otras causas.

Diagnóstico diferencial

Se pauta tratamiento de soporte y sintomático. Se solicita biopsia de lesiones, serología y DNA del Virus de Varicela-Zoster (VVZ).

En la biopsia no se observan cambios citopáticos virales. Las alteraciones observadas en los conductos ecrinos pueden estar en relación a una reacción medicamentosa.

-DNA VVZ negativo. VVZ IgG(+), IgM(-).

Indagando en la historia, la paciente recuerda que el cuadro comenzó a los pocos días de iniciar tratamiento con clortalidona/espironolactona.

A los 13 días, remisión del cuadro.

Diagnóstico final: probable reacción cutánea medicamentosa.

Comentario final

Importancia de una buena anamnesis y diagnóstico diferencial

Bibliografía

- Historia clínica y resultado de pruebas complementarias del programa Diraya.
- https://www.uptodate.com/contents/fever-and-rash-in-immunocompromised-patients-without-hiv-infection?search=sindrome%20febril%20exantemico&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
- https://www.uptodate.com/contents/fever-and-rash-in-the-immunocompetent-patient?search=sindrome%20febril%20exantemico&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

541/175. La sorpresa de un ojo rojo

Autores:

Navarro Robles, A., Cabello Padilla, V.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 42 años que acude a consulta de nuestro centro de salud por gran dolor y enrojecimiento del ojo derecho junto con edema palpebral, cefalea hemisférica derecha de características lancinantes y edema en región preauricular derecha de 24 horas de evolución. Sin alergias medicamentosas y alimenticias conocidas. Tratamiento habitual con Ebastina por rinitis alérgica. Niega traumatismos craneales. Niega cortejo vegetativo asociado y alteraciones en la visión. No tiene antecedentes neurológicos de cefaleas. Niega fiebre. Trabaja como Policía Nacional y cuenta gran estrés asociado a motivos laborales. Ha tomado Ibuprofeno y Paracetamol sin alivio de los signos y síntomas mencionados.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Paciente consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Exploración neurológica sin hallazgos significativos salvo hiperestesia cutánea al roce de la región trigeminal derecha. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Al realizar inspección de la región afectada se observan vesículas con base eritematosa en la región frontal al nacimiento del cuero cabelludo. Se preguntan por antecedentes de varicela, habiéndola padecido en la infancia. Se observa edema palpebral junto con hiperemia conjuntival además de edema en región preauricular derecha. Signo de Hutchinson negativo.

Juicio clínico

Herpes Zóster con afectación de primera y segunda rama del trigémino.

Diagnóstico diferencial

Eccema herpeticum. Impétigo Ampolloso. Neuralgia del trigémino.

Comentario final

Con la consulta telefónica podríamos pensar en la posibilidad de encontrarnos ante una neuralgia del

trigémino, por ello, una vez más, resaltamos la importancia de la exploración física, ya que gracias a ella en la cita presencial, hemos podido diagnosticar correctamente a nuestro paciente.

El Herpes Zoster Trigeminal ocurre en un 15% de los casos ocasionados por el Virus Herpes Zoster. La instauración del tratamiento intensivo con Valaciclovir 1 gramo cada 8 horas durante 7 días junto a Gabapentina 300 miligramos disminuye notoriamente la duración de la sintomatología aguda además de reducir la tasa de complicaciones y neuralgia postherpética, siempre que se realicen dentro de las primeras 72 horas desde la aparición de los primeros signos y síntomas.

Bibliografía

- Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician* 2000; 61: 2437-44.

541/176. Síndrome de miller fisher en contexto de un paciente difícil

Autores:

García Martín, E.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 63 años que es derivada desde su residencia a su Médico de Atención Primaria por desnutrición (se niega a tomar alimentos o medicación), deterioro progresivo con déficit de autocuidados y trastorno del sueño.

Entre sus antecedentes personales se encuentra:

- Esquizofrenia paranoide
- HTA esencial
- TBC tratada en 2008
- IQ: Esofagogastrectomía con interposición colónica tras intento autolítico con ingestión de cáusticos.

Ingresada en residencia e incapacitada legalmente.

En tratamiento con:

- Omeprazol
- Ensure plus (bátido)
- Resource protein
- Xeplion (paliperidona)
- Losartan

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientada y no colaborativa, evidentes signos de desnutrición y caquética (Peso: 35 kg). A la exploración, solo destacaban extremidades con edemas sin fovea desde antebrazo hasta falanges en MSI y ligeros edemas sin fovea hasta tercio superior de ambos MMII.

Se decide derivación a servicio de Medicina Interna para ingreso involuntario.

Tras ingreso, comienza con decaimiento general progresivo y mareos, hipotonía que comenzó en extremidades, ataxia, arreflexia, bradipsiquia, oftalmoplejia completa, pupilas mióticas y leucocitosis.

Se realiza TC de cráneo en el que no aparecen alteraciones. Ante clínica se decide:

- Punción lumbar: Glucosa: 76 mg/dL y Proteínas totales: 75.6 mg/ dL.
- EMG: respuestas motoras en general con amplitudes en límite inferior de la normalidad
- RNM craneal, analítica con B1, B6 y B12 y determinación de IgA: normales
- Ac anti-GC1b: positivo

Juicio clínico

Síndrome de Miller-Fisher

Diagnóstico diferencial

SD MILLER FISHER:

Clínica: ataxia, oftalmoplejia y arreflexia. LCR con aumento de proteínas, y EMG normal o alterado. Ac anti-GC1b. Tratamiento: Igg/ Plasmaféresis y rehabilitación

SD de GUILLAIN-BARRÉ:

Clínica: no cursa con oftalmoplejia. LCR con aumento de proteínas y EMG alterado. Ac anti-GC1b. Tratamiento: Igg/ Plasmaféresis y rehabilitación

MIASTENIA GRAVIS:

Clínica: debilidad generalizada y trastornos oculares. EMG alterado. Ac anti Musk. Tratamiento: anticolinérgicos, plasmaféresis, Igg, corticoides

ACV DEL TRONCO DEL ENCÉFALO:

Clínica: alteraciones oculares, debilidad/parálisis en brazos, piernas o rostro, junto con problemas sensoriales. Diagnóstico a partir de pruebas de imagen.

Comentario final

La dificultad de este caso clínico radicaba en el mal estado previo de la paciente, la falta de comunicación entre médico y paciente y una patología no tan común, hizo de este caso clínico un desafío.

Bibliografía

- Stephen L, Hauser; Anthony A. Amato. Capítulo 460: Síndrome de Guillain-Barré y otras neuropatías mediadas por mecanismos inmunitarios. En: Jameson, J. Larry, director. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19e, Madrid: McGraw Hill; 2016.

541/177. La importancia de una correcta exploración física

Autores:

(1) López Escobar, G., (2) Escribano Castillo, L., (3) López López, A.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 50 años con sobrepeso e hipertensa (en tratamiento con Enalapril 10mg) sin hábitos tóxicos

que acude por presentar cuadro de cefalea opresiva de predominio parietal derecho de un mes de evolución con empeoramiento en las dos últimas semanas hasta hacerse continua, despertándola por la noche, sin náuseas ni vómitos. No fiebre ni alteraciones del comportamiento. No refiere otra clínica. En dos ocasiones hace dos semanas acudió al servicio de Urgencias con diagnóstico de cefalea tensional, tratada con amitriptilina y naproxeno. El dolor no se controla con analgesia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada. Glasgow 15. Tensión 170/100. No rigidez de nunca. A la exploración neurológica pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, campimetría por confrontación normal, lenguaje coherente y fluido, pérdida de fuerza en brazo izquierdo ++/+++ con apraxia motora de mano izquierda, claudicación leve en barré de mano izquierda, no disimetría, adiadococinesia de mano izquierda con trastorno en la coordinación, Romberg positivo con lateralización a la izquierda e inestabilidad en la marcha. Reflejos rotulianos vivos y simétricos.

Ante la focalidad neurológica, la paciente se deriva al Hospital para realización de TC Cráneo. Se objetiva lesión ocupante del espacio intraaxial parieto-occipital derecha de 52 x 41 mm con importante edema vasogénico perilesional. Hay pérdida de surcos y, desviación de la línea media a la occipital del Ventrículo Lateral derecho. Hallazgo sugestivo de tumor primario. Se comenta con Neurocirugía que indican realización de Resonancia donde se plantea neoformación cerebral tipo Glioblastoma.

Juicio clínico

Sospecha de proceso expansivo intracraneal (Tumor, absceso, hematoma subdural).

Diagnóstico diferencial

Hidrocefalia, Seudotumor cerebral, Trombosis venosa cerebral.

Comentario final

Ante focalidad neurológica es fundamental tener una amplia visión de todos los procesos que pudieran producirla, siendo vital la realización temprana de

pruebas complementarias que nos permitan un diagnóstico. En primaria es fundamental la derivación a Urgencias tras detectar Cefalea progresiva con síntomas de alarma; el curso subagudo de las lesiones hace que la clínica progrese hasta que el paciente es consciente de la sintomatología.

Bibliografía

- Jo JT, Schiff D. Management of neuro-oncologic emergencies. *Handb Clin Neurol.* 2017;141:715-412. Gilo Arrojo F, Herrera Muñoz A, Anciones
- Pater K, Puskulluoglu M, Zygulska AL. Oncological emergencies: increased intracranial pressure in solid tumours' metastatic brain disease. *Przegl Lek.* 2014;71(2):91-4.

541/178. Doctor me palpita el corazón

Autores:

(1) Escribano Castillo, L., (2) López Escobar, G., (3) López López, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 77 años acude con antecedentes personales de HTA y DM tipo 2. Sin antecedentes cardiológicos de interés. Situación basal: Independiente para Actividades Básicas de la vida diaria con Índice de Barthel de 100. Acude a consulta de enfermería para realización de ECG de manera programada por su médico. Una vez en consulta, le dice a la enfermera que desde hace varios días se nota "como unos latidos muy fuertes" con sensación de mal estar.

Exploración y pruebas complementarias

Ante este cuadro acude el médico a valorar a la paciente. A la auscultación cardiopulmonar se aprecian

tonos arrítmicos con taquicardia asociada sin soplos audibles.

En el ECG realizado en ese mismo instante se objetiva un patrón arrítmico sin ondas p con QRS estrecho y frecuencia respiratoria de 120 lpm. Se toman constantes con TA 150/90 Sat O2: 98% La paciente permanece paucisintomática solamente refiere leve sensación de palpitaciones por lo que se administra Bisoprolol de 5mg para control de la frecuencia y se deriva Urgencias del hospital más cercano.

A su llegada a Urgencias se le realiza un nuevo ECG en el que se constata la persistencia de FA en esta ocasión con FC 96lpm sin repercusión hemodinámica. Se decide realizar de analítica de sangre, que es normal con buena función renal, y radiografía de tórax.

Dada la mejoría de los síntomas tras el control de la frecuencia se decide alta domiciliaria con tratamiento anticoagulante puesto que tiene CHADS2-VASc de 5.

Juicio clínico

Fibrilación Auricular de novo

Diagnóstico diferencial

Fibrilación auricular, Flutter auricular, Taquicardia ventricular, Taquicardia supraventricular

Comentario final

La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente y se incrementa con la edad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad coronaria o como en el caso de nuestra paciente con HTA y DM. En muchos casos corresponde con un primer episodio que puede ser tratado inicialmente desde Atención Primaria con control de frecuencia.

Bibliografía

- Lobos-Bejarano J.M, Del Castillo-Rodríguez J.C, Mena-González A, et al. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. *Medicina clínica* 2013;7:279-286

541/180. Posibles manifestaciones del cáncer de colon

Autores:

(1) Arias Galera, M., (1) Rodríguez Borrego, M., (2) Prieto Bonilla, M.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Varón de 61 años. Antecedente personal de hipertensión arterial controlada con enalapril 10mg. Fumador desde los 15 años de dos paquetes de tabaco al día.

El paciente acude a consulta por molestias al orinar (disuria, polaquiuria y tenesmo) de tres días de evolución junto con molestias en hipogastrio. Niega fiebre. Niega cambios en el hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta abdomen blando depresible, levemente doloroso a la palpación en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.

Durante la consulta realizamos un combur test con resultado positivo en leucocitos únicamente por lo que pautamos antibiótico durante 7 días y le decimos que se realice un cultivo de orina a la semana de terminar la pauta.

El paciente acude a los 20 días a consulta para recoger los resultados del cultivo con resultado positivo para *Enterococcus faecalis*. Ante el resultado y la persistencia de sintomatología urinaria, volvemos a pautar otro antibiótico y solicitamos otro cultivo a la semana de acabar con el tratamiento.

En la siguiente cita, el paciente continúa con síntomas y el cultivo vuelve a ser positivo a la misma bacteria. Ante esta situación solicitamos una ecografía abdominal y pautamos otro antibiótico.

Al realizarle la ecografía no consiguen visualizar bien la vejiga y deciden realizarle en el mismo acto un TAC

de urgencias en el cual descubren una fístula colovesical y derivan de manera preferente a cirugía donde le diagnostican de cáncer de colon.

Juicio clínico

Infección de orina. Fístula colovesical. Cáncer de colon

Diagnóstico diferencial

Infección de orina. Infección por transmisión sexual. Fístula colovesical.

Comentario final

En Atención Primaria es fundamental el estudio continuo para poder realizar distintos diagnósticos diferenciales. Aunque no es común que un cáncer de colon se manifieste por una fístula colovesical.

Bibliografía

- Strickland M, Burnstien M, Cohen Z. Colovesical fistulas. 2017; <https://www.uptodate.com/contents/colovesical-fistulas>.

541/181. La herida que no sana

Autores:

(1) López Escobar, G., (2) Escribano Castillo, L., (3) Jurado Cabezas, M.

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 66 años sin antecedentes interés que acude a consulta por presentar cuadro de dolor, eritema y tumefacción del miembro inferior derecho (MID) de 3 semanas de evolución. Comenta antecedente traumático con bastón, presentando herida con mala evolución cicatricial. En las últimas 48 horas ha presentado fiebre de hasta 38º y malestar general. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Escala EVN 6 tensión 100/70. Q. SOFA: 0. A la exploración física presenta eritema, edema e hipertemia en MID hasta tercio medio con dolor a la palpación, observándose en zona pretibial herida costrosa sin signos de complicación en el momento actual. Homans negativo, no impactación gemelar.

Se deriva al Hospital para realización de pruebas complementarias por la afectación del estado general, con resultados de Leucocitosis 20000 con Neutrofilia 9800 y PCR 120 con procalcitonina negativa. La paciente ingresa en el área de Observación, dibujándose los límites del eritema para valorar progresión. Posteriormente, ingreso en Medicina Interna.

Juicio clínico

Sospecha de Celulitis

Diagnóstico diferencial

Tromboflebitis, Linfangitis.

Comentario final

La celulitis es la infección del tejido celular subcutáneo por bacterias, habitualmente por estreptococo del Grupo A. El diagnóstico es clínico, no es necesario el ingreso hospitalario excepto si existe una gran afectación del estado general que inicialmente pasará al área de observación. El tratamiento de elección es la Cloxacilina 2g/4h para cubrir Staphylococcus y Estreptococos (Gérmes Gram positivos) y Ceftriaxona 2g/24h, para cubrir E.coli y Gram Negativos. En domicilio preinscribiremos Cloxacilina 500/6h o Amoxicilina/ Clavulánico 875/125mg cada 12 horas durante 7 días o podemos usar Cefalosporina de primera generación como Cefadroxilo 500/12h. Si el paciente presenta comorbilidades como diabetes, cirrosis asociar a la Cloxacilina una cefalosporina de tercera generación como Cefixima. Es importante el manejo de Ecografía en Primaria para el despistaje de procesos tromboticos profundos que a veces se confunden con procesos inflamatorios. Sobre todo, cuando no antecedente traumático ni de picadura visible.

Bibliografía

- Kosar L, Laubscher T. Management of impetigo and cellulitis: Simple considerations for promoting

appropriate antibiotic use in skin infections. Can Fam Physician. 2017; 63 (8): 615-8. Pubmed PMID: 28807958.

541/182. Neumonía bilateral por covid-19 en paciente VIH

Autores:

(1) García López, L., (1) Milán Pinilla, I., (2) Mozas Blanco, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Descripción del caso

Varón 48 años.

Vive en Málaga con su familia. IABVD

NAMC

No fumador ni bebedor.

AP:

Infección VIH (grupo C3) con buena adherencia y tolerancia al tratamiento, carga viral indetectable.

TBC ganglionar en 1997.

Ansiedad.

Hepatitis C cónica.

Tratamiento habitual: BIKTARVY, Atenolol 50 mg, Citalopram 20 mg, Diazepam 5 mg.

EA: acude al servicio de urgencias por disnea progresiva de mínimos esfuerzos junto con dolor torácico de características pleuríticas en paciente covid positivo de una semana de evolución (múltiples consultas telefónicas desde atención primaria). Refiere febrícula, náuseas y vómitos, diarrea y astenia de una semana de evolución. En radiografías previas se aprecian infiltrados bibasales bilaterales siendo dado de alta a domicilio con dexametasona. Confinado en mismo domicilio que su familia. Es la tercera vez que acude a urgencias por el mismo motivo.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada:

BEG. COC. BHYP. Eupneico en reposo.

TA 110/80, FC 78 lpm, saturación basal O2 en cama 93- 94% y con gafas nasales a 3 lpm 98%. Afebril.

ACP: rítmico, mvc con crepitantes bibasales.

MMII: no edemas ni signos de TVP.

Analítica: Hb 12.7, leucocitos 12340 (N 94%, linfocitos 520, Dímero D 392, LDH 230, Ferritina 782, PCR 148. Gasometría normal.

Radiografía de tórax: empeoramiento infiltrados bilaterales en paciente con COVID-19

Evolución: Tras ingreso en planta el paciente precisó ingreso en UCI y ventilación mecánica por mala respuesta a tratamiento

Juicio clínico

Neumonía bilateral por COVID-19 en paciente VIH.

Diagnóstico diferencial

- Neumonía adquirida en la comunidad de origen bacteriano/vírico/fúngico.
- Neumonía por pneumocystis jiroveci/aspergillus.
- TBC.
- TEP.
- Insuficiencia cardiaca.

Comentario final

Importancia de la infección por covid-19 en pacientes inmunodeprimidos y seguimiento desde el área de Atención Primaria.

Bibliografía

- J. Osorio, D. Álvarez, J. Barreto-Mora, M. Casanova-Bermeo, H. Vargas-Plazas, G. Giraldo-Bahamon, et al. Pulmonary infections in patients with HIV, 20 years after combined antiretroviral therapy. What has changed? Infectio., Volume 20, Issue 3, July-September 2016, Pages 180-189.
- M. Estébanez, C.I. Soto, J.J. Ríos, J.R. Arribas, Updating our understanding of pulmonary disease associ-

ated with hiv infection. *Arch Bronconeumol.*, 48 (4) (2012), pp. 126-132.

- C. Cilloniz, A. Torres, E. Polverino, A. Gabarrus, R. Amaro, E. Moreno, et al. *Community acquired lung respiratory infections in HIV-infected patients: Microbial aetiology and outcome Eur Respir J.*, 43 (6) (2014), pp. 1698-1708.

541/183. A propósito de un caso: neoplasia pancreática con múltiples metástasis

Autores:

(1) Lozano Kolesnikov, V., (2) Andrés Vera, J., (1) Román De Sola, B.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Mujer de 75 años con antecedentes de diabetes, hipertensión y dislipemia. Acude por cuadro de mareos y edemas de ambos miembros inferiores de una semana de evolución. Desde hace 6 meses, hiporexia acompañada de una pérdida ponderal de 17kg, así como también distensión abdominal, cuadro por el que no ha consultado, pues ha coincidido con la desaparición de su único hijo.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica y afebril. ACP: hipofonesis basal. Abdomen distendido y globuloso. Oleada ascítica. Doloroso a la palpación de epigastrio. Edema hasta la raíz de miembros inferiores. No signos de TVP. Analíticamente destacan sodio en 115 y una PCR en 44,8. En radiografía de tórax, patrón intersticial nodular (compatible con suelta de globos), atelectasia laminar LII y pronunciada hernia de hiato. En ecografía de abdomen, múltiples nódulos hepáticos, mayor de los cuáles de 20mm, además de abundante líquido ascítico perihepático, periesplénico y pélvico. Durante el ingreso, se com-

pleta el estudio con Body-TC con hallazgo de masa necrosada de 7cm de diámetro en cuerpo pancreático, que engloba y comprime la salida de importantes vasos, compatible con carcinoma pancreático. Múltiples metástasis pulmonares, hepáticas, peritoneales y omentales.

Juicio clínico

Neoplasia pancreática estadio IV con metástasis pulmonares, hepáticas, peritoneales y omentales.

Diagnóstico diferencial

Neoplasias gastrointestinales, neoplasias urológicas, neoplasias ginecológicas.

Comentario final

El cáncer de páncreas es la quinta neoplasia más frecuente en el Occidente. A pesar de múltiples modalidades terapéuticas desarrolladas, el pronóstico sigue siendo sombrío. La supervivencia global a 5 años se sitúa en un 3%. Los tumores de la cabeza de páncreas suelen diagnosticarse en estadios más tempranos, pues debutan con un síndrome icterico obstructivo. Sin embargo, los de cuerpo y cabeza dan la cara en fases tardías, en las cuales el paciente ya presenta metástasis hepáticas, pulmonares y peritoneales. En conclusión, se trata de un tumor muy agresivo, en ocasiones difícil de diagnosticar, con un elevado índice de morbi-mortalidad.

Bibliografía

- 1 Andrew McGuigan, Paul Kelly, Richard C Turkington, Claire Jones. *Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World J Gastroenterol.* 2018 Nov 21;24(43):4846-4861

541/186. Historia de un intento de suicidio

Autores:

(1) Prieto Moreno, P., (2) Peinado Villén, P., (3) Fernández-Arroyo Naranjo, E., (4) Rubio Carballo, F., (2) Ocate Segura, I., (1) Ocón Hijano, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada.

Descripción del caso

Paciente varón de 55 años que acude al Centro de Salud refiriendo que, hace dos días, junto con su pareja y, tras una discusión, realiza una importante ingesta medicamentosa con ideación autolítica, que consistía en gran cantidad de Ibuprofeno, Augmentine y Rodhogil. Según el paciente, habían acudido tras ese acto los servicios de Urgencias de Atención Primaria, pero no se encontró informe.

Ante tal situación, desde el Centro de Salud, realizamos analítica completa, junto con orina. Hablamos con el laboratorio para que cursasen dicha analítica como urgente, y así poder valorar nosotros los resultados en unas dos horas.

El paciente no presenta patologías previas, no tiene alergias medicamentosas conocidas.

Tras conocer los resultados analíticos lo derivamos a nuestro hospital comarcal. Allí, el paciente afirma haber ingerido también dosis elevadas de paracetamol. Se piden los niveles de dicho fármaco y se inicia la perfusión de N-Acetilcisteína.

Solicitan ecografía abdominal, que es normal.

Se ingresa a cargo de Nefrología durante 9 días.

En analíticas seriadas, descenso de los niveles de creatinina, pasando de 7.2 a 2.26 al alta.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. Glasgow 15/15. Constantes estables.

Cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos.

Abdomen: blando, depresible, sin masas ni organomegalias. Ruidos normales. Sin defensa.

Miembros inferiores. Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios simétricos.

Exploración neurológica: normal

Analítica:

Bioquímica: creatinina 7.2 (previa de 2015 normal), urea 172. PCR 68. Hemograma: leucocitos 11970, con neutrofilia. Coagulación normal.

Orina: glucosuria > 100 mg/dl, positivo cocaína

Juicio clínico

Fracaso renal agudo por combinación de AINES y Tóxicos

Diagnóstico diferencial

Fracaso renal agudo por AINES

Fracaso renal agudo de etiología desconocida

Comentario final

En este caso vemos lo que provoca el escaso conocimiento de los efectos secundarios de los fármacos y los tóxicos. Al paciente se le dio el alta, con control analítico en atención primaria de función renal y cita posterior con Nefrología.

Bibliografía

- Randy Luciano, MD, PhD, Mark A Perazella, MD, FACP. NSAIDs: Acute kidney injury (acute renal failure). Paul M Palevsky, MD, Shveta Motwani, MD, MMSc FASN. Octubre 2020 (revisado octubre 2019). Disponible: https://www.uptodate.com/contents/nsaids-acute-kidney-injury-acute-renal-failure?search=renal%20failure%20nonsteroidal%20antiinflammatory%20drugs&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

541/188. Mujer con exantema y disnea ¿es covid?

Autores:

(1) Ortiz Suárez, P., (1) Gómez Palomo, C., (2) Laurenti Gómez, M., (3) López López, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 52 años con antecedentes de tabaquismo de 10 paquetes/año. Acude a la Consulta No demorable del Centro de Salud por cuadro de unas 24 horas de evolución de sensación disneica. Refiere tos leve crónica que achaca al hábito tabáquico. Se acompaña de un exantema pruriginoso desde hace varios días que había sido tratado tras una consulta telefónica con su médico con Cetirizina sin mejoría. A su llegada dado que presenta clínica respiratoria se deriva para valoración en Circuito de Respiratorio ante posibilidad de tratarse de una infección por SARS-COV2.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientada, disneica con el habla. Hemodinámicamente estable, afebril, normotensa, FC 115 lpm, SatO2 94% basal. Faringe sin alteraciones. No se palpan adenopatías. Exantema máculo-papuloso pruriginoso en tronco. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos y respiratoria con hipofonesis en hemitórax derecho. Abdomen anodino. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Se realiza Test de Antígeno COVID-19 con resultado negativo y Radiografía de tórax objetivándose derrame pleural derecho severo por lo que se deriva a Urgencias para drenaje y continuar estudio. En pruebas complementarias posteriores se diagnosticó de Carcinoma de pulmón con un síndrome paraneoplásico hematológico con eosinofilia.

Juicio clínico

Carcinoma de pulmón de células pequeñas. Síndrome paraneoplásico hematológico.

Diagnóstico diferencial

Infección por SARS COV-2. Gripe. Parvovirus B19. Coxsackie. Virus Epstein Barr.

Comentario final

En este caso, al auscultar a nuestra paciente pudimos sospechar una patología subyacente, ampliando nuestro diagnóstico diferencial y llegando a un diagnóstico correcto. La producción de citoquinas por las células neoplásicas puede producir eosinofilia y favorecer la aparición de un exantema pruriginoso, un síndrome paraneoplásico frecuente del Carcinoma de Pulmón de células pequeñas.

La exploración física es fundamental en medicina y en la situación actual de pandemia se está viendo en muchos casos comprometida con la consulta telefónica. No debemos olvidar que el resto de patologías siguen existiendo y que muy posiblemente algunas se nos están escapando. Está en nuestra mano explorar adecuadamente a nuestros pacientes y recordar que “no todo es COVID-19”.

Bibliografía

- Lama Martínez, R. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN. *Rev Esp Patol Torac* 2017; 29 (2) Suplemento 1: 35-37.

541/189. Bultoma cervical al que no se le había dado importancia

Autores:

- (1) Fernández-Arroyo Naranjo, E., (2) Ocón Hijano, J., (3) Rubio Carballo, F., (2) Prieto Moreno, P., (1) González Torres, M., (4) Peinado Villén, P.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Varón de 27 años (natural de Senegal, en España desde hace 3 años). Consulta por cuadro de dolor

abdominal con deposiciones diarreicas, astenia, hiporexia y sensación febril desde hace dos semanas. Además refiere bultoma supraclavicular izquierdo no doloroso presente desde hace tres meses (por el que no ha consultado), con apertura espontánea a piel hace unos días. Se solicita analítica sanguínea y se cita para exploración física.

A los pocos días vuelve a consultar por aparición de dolor costal derecho, con algo de tos sin expectoración o hemoptisis. Por lo que acude al centro de salud para exploración y se solicita radiografía de tórax urgente. Ante los hallazgos se deriva al hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN: Consciente y colaborador. Estado general conservado. Hábito asténico. Eupneico, sin trabajo respiratorio. Se palpa conglomerado adenopático supraclavicular izquierdo con fistulización a piel, sin supuración activa. Auscultación respiratoria con hipofonosis basal derecha. Abdomen: distendido, con hernia umbilical reductible. Dolor a la palpación profunda, sin peritonismo. No edemas en miembros inferiores. Sin focalidad neurológica.

ANALÍTICA: Destaca PCR 157,7. Hemoglobina 10 g/dL. No leucocitosis ni neutrofilia. VIH: negativo. Coprocultivo y parásitos en heces: negativos. Hemocultivos negativos.

RX TÓRAX: Derrame pleural derecho. Resto de parénquima pulmonar sin hallazgos.

En Urgencias y durante el ingreso en Medicina Interna se realizan las siguientes pruebas complementarias: toracentesis diagnóstica. (Estudio de micobacterias en líquido pleural y cultivo micobacterias esputo: negativas). IGRA positivo. Baciloscopia de herida supraclavicular: crecimiento de *Mycobacterium Tuberculosis*.

TAC cervical y torcoabdominopélvico (afectación hepatoesplénica por TBC). BAAG eco dirigida de la masa cervical: presencia de bacilos ácido alcohol resistentes.

Juicio clínico

Tuberculosis extrapulmonar (linfadenitis, pleuritis y peritonitis con afectación hepatoesplénica)

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis. VIH. Linfoma. Tuberculosis.

Comentario final

El órgano diana al que suele afectar mayoritariamente la tuberculosis es el pulmón, pero sin embargo puede tener otras múltiples localizaciones. La afectación ganglionar es la manifestación extrapulmonar más frecuente de la tuberculosis, con claro predominio de la linfadenitis cervical. Por lo que es una manifestación que debe ser conocida y sospechada, para poder realizar un correcto abordaje.

Bibliografía

- Fanlo P, Tiberio G.. *Tuberculosis extrapulmonar. Anales Sis San Navarra 2007; 30(Suppl 2): 143-162.*

541/190. Hiperplasia benigna de próstata

Autores:

(1) García Medero, S., (2) Gil Muñoz, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Técnico de Salud. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente varón de 56 años que acude para revisión analítica periódica. Se solicitan valores de PSA por referir leves síntomas urinarios de tipo obstructivo. HTA en tratamiento. Quistes renales bilaterales en seguimiento. IQ: vasectomía. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

En analítica sanguínea destaca PSA 6.19 ng/mL y PSA libre 0.13.

Se realiza tacto rectal que resulta anodino y se calcula el International Prostate Symptom Score (IPSS): 7 puntos.

Se deriva a Urología y se solicita ecografía prostática, en la que no se encuentran hallazgos significativos.

Previo a consulta de urología se repite analítica destacando persistencia de la elevación de PSA.

Desde urología solicitan biopsia prostática con resultado en anatomía patológica de hiperplasia benigna prostática.

Juicio clínico

Hiperplasia benigna de próstata.

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente mayor de 50 años con clínica de obstrucción de vía urinaria baja, hay que pensar en patología prostática: hiperplasia benigna, neoplasia prostática o prostatitis.

Lo más importante es descartar patología tumoral, ya sea adenoma o carcinoma prostático. Para ello, además de la clínica, hay que valorar los niveles de PSA en sangre, que si es mayor de 4 ng/mL puede indicar presencia de cáncer de próstata (mayor de 10 ng/mL es sugestiva). Tras esto, habría que realizar pruebas de imagen, como ecografía para medir el volumen prostático.

Si los niveles de PSA permanecen elevados y la ecografía resulta anodina, hay que plantear realizar biopsia prostática, con la que se podría diagnosticar la estirpe de un posible cáncer de próstata.

Comentario final

El paciente continúa revisiones semestrales con analítica. Al ser el IPSS de 7 puntos, el tratamiento de elección son medidas no farmacológicas.

Desde atención primaria se puede realizar un diagnóstico precoz de patología prostática, incluyendo los niveles de PSA en la analítica si el paciente refiere síntomas obstructivos de vía urinaria inferior y es mayor de 50 años, y pasando la escala IPSS. Hay que considerar empezar a tratar farmacológicamente cuando IPSS mayor de 8 puntos con alfa-bloqueantes, inhibidores de la 5-alfa-reductasa... Tras el diagnóstico, se realiza seguimiento y control evolutivo posterior.

Bibliografía

- *Suárez-Pita D et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª edición. Madrid. 2016.*

541/191. Confinamiento como factor de riesgo

Autores:

(1) Roldán Gómez, I., (2) Sánchez Hidalgo, V.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga.

Descripción del caso

Mujer, 80 años, IABVD. HTA, artropatía psoriasica

Recibimos aviso domiciliario durante situación de confinamiento por cuadro de 24h de evolución de dolor y edematización en MII. No traumatismo previo. Dolor hipogástrico desde hace 4-5 días. Desde hace dos semanas, coincidiendo con el establecimiento de estado de alarma, no sale a la calle, previamente vida activa, salía a pasear 45 min-1h.

No otra clínica. Wells 4(riesgo elevado)

Exploración y pruebas complementarias

TA 137/82 mmHg, FC 77 lpm, SatO2 98%.
ACR y abdomen anodinos.

MII: Edematización con fóvea hasta región proximal, eritematoso, aumento de la temperatura local. Homan negativo.

Ante sospecha clínica, se decide traslado al hospital para realización de pruebas complementarias.

Analítica: dímeroD 40485

Doppler Venoso MII: En la vena ilíaca, femoral superficial, safena interna y poplítea izquierdas se identifica abundante contenido ecogénico en su interior, sin poder colapsar a la presión, aumentadas de tamaño y ecogenicidad de la grasa circundante, así como una práctica ausencia de flujo en modo Doppler. Hallazgos compatibles con trombosis parcial extensa a dichos niveles. Leve edema del tejido celular subcutáneo en región pretibial izquierda. Conclusión: TVP izquierda en las venas descritas.

Ingresa en Medicina Interna para tratamiento y descartar causas secundarias. Se realiza TAC de tórax y abdomen y analítica descartando dichas causas.

Juicio clínico

Trombosis venosa profunda proximal izquierda con extensión a cava inferior distal secundaria a menor movilización

Diagnóstico diferencial

Celulitis, linfangitis, linfedema

Rotura quiste de Baker

Hematoma

Distensión muscular

Comentario final

La ETV se considera un problema de salud pública, siendo causa importante de morbimortalidad. La presentación más común es la TVP de MMII. Es bien conocida la inmovilización en cama >48h como factor de riesgo, sin embargo, ¿podría considerarse factor de riesgo una reducción drástica de la movilización derivada de la situación actual de pandemia? Fomentar la actividad física en nuestros mayores, con alternativas adaptables al domicilio, es un papel importante como médicos de atención primaria.

Bibliografía

- Botella FG, Labiós Gómez M, Brasó Aznar JV. Trombosis venosa profunda: presente y futuro. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(15):584-96.
- Muñoz Rodríguez FJ. *Diagnosis of deep vein thrombosis*. *Rev Clin Esp*. 2020;27(20):30132-6.
- García JD, Martín A, Flores I, Musle M, Pereira C. *Características clinicoepidemiológicas de pacientes con trombosis venosa profunda en los miembros inferiores*. *Medisan*. 2020;24(3):443-454.

541/192. Sé que son mis nervios, pero estoy muy cansado

Autores:

(1) HIJANO, J., (2) CARBALLO, F., (3) Peinado Villén, P., (4) González Torres, M., (4) Fernández-Arroyo Naranjo, E., (5) Cantero Campos, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (5) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Vélez - Benaudalla. Vélez de Benaudalla. Granada.

Descripción del caso

Hombre de 70 años que en el último año solamente ha consultado en consulta de atención primaria por una molestias de garganta sin clínica respiratoria en noviembre de 2019 y en dos ocasiones posteriores para renovación de recetas.

Esta vez consulta por sensación de estar “cogido del pecho”, como resfriado “que no se cura”, desde hace 1 año. Episodio aislado de hemoptisis hace 5 meses. Desde entonces, disnea al subir pendientes, con dolor torácico tipo pinchazos irradiado a cuello y 5 minutos de duración, que cede con el reposo. Pérdida de peso de 13 kg en 4 meses. Afebril. No expectoración. Sin clínica cardinal de insuficiencia cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Eupneico en reposo, satO2 basal 93-95%. No ingurgitación yugular.

AC tonos taquicárdicos sin soplos ni extratonos audibles. AR MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

- ECG (AP): RS a 100 lpm eje normal, PR normal, QRS normal, buena progresión de R en precordiales.
- Rx tórax (AP): masa hilar izquierda de 6 cm.

- TC tórax con contraste (neumología): masa pulmonar hilar izquierda de aspecto neoplásica de centro necrótico de aproximadamente 5,2 x 6,3 cm que disminuye el calibre del bronquio principal izquierdo sin obliterarlo. Enfisema centroacinar con pequeñas lesiones cavitadas subcentimétricas en lóbulo superior izquierdo y pequeños nódulos sólidos en el lóbulo superior derecho. Discretos linfonodos en la ventana aortopulmonar y paratraqueales bilaterales.
- Videobroncoscopia: en entrada de LSI y Bronquio lingular, lesión mamelonada y friable de características malignas, biopsiada.

Anatomía patológica: infiltración por carcinoma de células no pequeñas

Juicio clínico

Carcinoma broncogénico izquierdo

Diagnóstico diferencial

metástasis, linfoma

Comentario final

Persona aprensiva cuyo relato marcado por la ansiedad y pandemia covid19 repercutió en la minimización de trascendencia de signos que precisan de estudio más exhaustivo.

Su paso por atención primaria fue tardío dados los signos de alarma tenidos en cuenta tarde, para el estadio avanzado detectado una vez iniciado el protocolo neoplasia pulmonar existente -T4NxM1a (micronódulos satélites contralaterales); estadio IV-.

Bibliografía

Espinas Roquet J, Castro Gómez JA, Daza Asumendi P, García Velasco G, Lorenzo Riera A, Pérez Villarroya JC. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4a edición. SEMFYC, reimpresión 2015.

541/193. Doctora, esa glicada no me representa

Autores:

(1) Peinado Villén, P., (2) Fernández-Arroyo Naranjo, E., (3) Prieto Moreno, P., (4) Rubio Carballo, F., (1) Ocente Segura, I., (3) Ocón Hijano, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 50 años sin antecedentes médicos de interés que es diagnosticado a sus 42 años de Diabetes Mellitus Tipo 2 tras presentar HbA1c 8% en analítica rutinaria con glucemia basal 220 en analítica de confirmación. No comenta poliuria, polidipsia ni polifagia. No antecedentes familiares de patología diabética. Trabaja como profesor de educación física. Inicialmente es controlado con dieta, ejercicio, Metformina + Sitagliptina, con controles óptimos durante un par de años (HbA1c 5.6-6.7%). Al año siguiente presenta HbA1c 9.9% por lo que se inicia insulino terapia, requiriendo un ajuste estrecho de la misma durante meses con necesidad finalmente de pauta bolo-basal por alteración en las glucemias basales y postprandiales, a pesar de llevar una alimentación estricta y ejercicio físico a diario. En última analítica de control presenta HbA1c 6.9% y se solicita autoinmunidad por sospecha de DM tipo LADA.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con buen estado general, talla 170cm, peso 67kg, IMC 23.18; TA 125/80, FC 84. No retinopatía diabética en retinografías realizadas en los últimos años. Exploración pie diabético normal.

- Última analítica de control: Hemograma normal. Función renal normal (Creat 0.8, FG 103), ausencia

de microalbuminuria. Glucemia 127, HbA1c 5.9%, Colesterol 173 (LDL 96, HDL 60), Triglicéridos 85

- IgG anti GAD 65 (Cuantificación): 131.28 (Valor de referencia: 0-5)

Juicio clínico

Diabetes de tipo 1.5 o LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults)

Diagnóstico diferencial

Diabetes tipo I, Diabetes tipo II, Diabetes tipo MODY.

Comentario final

La diabetes de tipo LADA es una entidad a considerar en atención primaria ante pacientes jóvenes (25-45 años) que presenten un buen control metabólico inicial con la terapia oral con fracaso rápido del mismo posteriormente. No son generalmente pacientes obesos ni presentan síntomas de insulinopenia y la prevalencia del síndrome metabólico es inferior. La positividad de algún marcador inmunológico, especialmente anti-GAD (anticuerpos antidescarboxilasa del ácido glutámico), puede ser suficiente para establecer el diagnóstico. Los científicos estiman que entre un 10 % a un 15 % de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 en realidad padecen diabetes autoinmune latente.

Bibliografía

- Naik RG, Brooks-Worrell BM, Palmer JP. Latent autoimmune diabetes in adults. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:4635.

541/194. Síndrome de Ramsay-Hunt en urgencias

Autores:

(1) Andrade Almecija, A., (2) García Martín, E., (2) Prieto Bonilla, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 35 años que acude a consulta de médico privado por otalgia izquierda que fue tratada con Amoxicilina/Clavulánico. A los dos días acude a Urgencias por presentar ptosis palpebral izquierda, desviación de comisura a la derecha, acúfenos y dolor en OI así como náuseas y vómitos.

Entre sus antecedentes personales cabe destacar:

- Gestante (31+1 SEG)
- Hipoacusia OD
- Vértigo desde hace 5 días.

En tratamiento con ácido fólico y betahistina.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se encontraba cociente, orientada y colaboradora, regularmente hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Regular estado general.

Otoscopia: OD normal. OI: concha y CAE con lesiones vesiculosas.

Orofaringe: Normal

Neurología: PINRLA. No nistagmus. Romberg y Barany negativos. Parálisis facial grado III-IV/VI.

Se decide ingreso en el servicio de ORL en relación a las náuseas y vómitos sin tolerancia oral. Fue tratada con corticoides, aciclovir, analgesia IV y sulpirida.

Juicio clínico

La paciente tras ser valorada por equipo multidisciplinar fue diagnosticada de Síndrome de Ramsay-Hunt.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial principal con esta patología radica en diferenciar la parálisis facial periférica que caracteriza a este síndrome con una parálisis facial central.

En la parálisis facial periférica el daño es infranuclear o nuclear (2ª motoneurona). En ésta la

- Primaria: Idiopática o de Bell (la más frecuente).

- Secundaria: otitis, iatrogenias, tumorales, neurológicas o sindrómicas.

En cambio la parálisis facial central es supranuclear (1º motoneurona) y normalmente se asocia a enfermedades cardiovasculares.

Además en la parálisis facial central, al recibir la musculatura frontal inervación de ambos hemisferios la actividad de ésta queda conservada, al contrario de lo que ocurre en la parálisis facial periférica, donde la musculatura frontal se ve afectada.

Comentario final

La complejidad del caso radica no solo en tener los conocimientos para saber realizar de forma correcta el diagnóstico diferencial entre ambas patologías, puesto que nada tiene que ver el tratamiento de una paciente con una parálisis facial idiopática como con otro cuya parálisis facial haya sido provocada por un ICTUS. Además, el hecho de que se trate de una paciente embarazada supuso un reto para el equipo.

Bibliografía

- Santos Lasaosa, S; Pascual Millán, L. F; Tejero Juste, C; Morales Asín, F.: Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento, *Rev. neurol.* 2000; 30(11):1048-1053.

541/195. Era para renovar la medicación

Autores:

Gómez Palomo, C., Ortiz Suárez, P., Bordón Poderoso, C.

Centro de Trabajo:

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 64 años con antecedentes personales de obesidad, tabaquismo de 15 paquetes/año e hipertensión en tratamiento con Enalapril 20mg con regular control.

Solicita cita telefónica para renovar su tratamiento antihipertensivo, momento que aprovechamos para revisar que desde hace más de tres años no realiza

ningún control por nuestra parte, por lo que acordamos con el paciente solicitar control analítico.

Exploración y pruebas complementarias

En la analítica sanguínea destaca anemia con Hb de 9.6 de carácter microcítico e hipocrómico, así como presencia de hematíes en la analítica de orina.

Ante los hallazgos citamos al paciente de forma presencial. En la anamnesis niega presencia de sangrado activo evidente; la exploración física no muestra ningún dato relevante, se trata de un paciente de piel morena en el que no destaca palidez de piel ni mucosas, y la auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal fueron anodinas. Ante el hallazgo de microhematuria asociado al importante consumo tabáquico del paciente decidimos además, realizar una ecografía clínica de la vía urinaria en la que objetivamos un defecto de repleción en la vejiga y una lesión compatible con un tumor vesical.

Derivamos a Urología de forma preferente a Urología donde se confirmó nuestra sospecha ecográfica, y se realizó una resección transuretral con diagnóstico de Carcinoma Urotelial limitado a la mucosa con resección completa en el procedimiento.

Juicio clínico

Carcinoma Urotelial

Síndrome anémico probablemente secundario

Diagnóstico diferencial

Anemia microcítica e hipocrómica

Infección Urinaria

Litiatis Renal

Comentario final

Me parece importante destacar la importancia de aprovechar esa oportunidad que tenemos cuando el paciente solicita con motivo de renovar su medicación, para realizar una revisión, sobre todo en aquellos pacientes con patologías crónicas poco frecuentes de nuestras consultas.

Por otro la importancia de la ecografía en Atención Primaria, que en este caso nos ha ayudado a orientar el diagnóstico en una sola visita y hacer una deriva-

ción preferente, que ha influido positivamente en el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- Broseta E, Budia A, Burgues JP, Lujan S. *Urología Práctica*. 4th ed. Valencia: Elsevier.

541/200. Diabetes de Novo

Autores:

Carrillo García, L., Carrillo García, L.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.

Descripción del caso

Hombre de 46 años que realiza consulta telefónica por glucosuria y hemoglobina glicosilada de 6,8% en análisis sanguíneo de revisión anual por su empresa. Asintomático. Antecedentes personales: no hipertenso, hábitos tóxicos ni hiperlipemia. Antecedentes familiares: madre diabética tipo II (DM2).

Exploración y pruebas complementarias

Buscamos factores de riesgo de diabetes: edad, AF de primer grado, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y dieta. Calculamos su IMC: 25,7. Solicitamos analítica sanguínea de nuevo y uroanálisis con el siguiente resultado: glucemia plasmática en ayunas 130mg/dl, HbA1 6.6%, colesterol total 205mg/dl, LDL 194mg/dl, ausencia de albúmina en orina, creatinina 0.9mg/dl, filtrado glomerular >90ml/min y glucosuria.

Juicio clínico

Este paciente presenta en dos pruebas HbA1 mayor a 6,5 % y realizamos el diagnóstico de DM2. Por tanto, derivamos a enfermería para educación diabetológica, medidas higiénico-dietéticas y pie diabético. Se solicita retinografía al desconocer el tiempo de evolución.

Iniciamos tratamiento de la DM2 con dieta, pérdida de peso y ejercicio, pero, al ser camionero presenta limitación para llevarlo a cabo. Decidimos pautar metformina 850mg iniciando con medio comprimido

al día durante una semana para ver tolerancia y, posteriormente aumentamos a uno al día. Solicitamos control a los 6 meses con análisis sanguíneo en el que se incluya la HbA1c.

Diagnóstico diferencial

Diabetes mellitus tipo 2. Prediabetes.

Comentario final

Criterios diagnósticos de DM2: 1. Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl 2. HbA1 $\geq 6,5\%$ 3. Glucemia plasmática a las 2 horas del test de SOG ≥ 200 mg/dl 4. Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl con síntomas o crisis de hiperglucemia Todas deben ser repetidas dos ocasiones, salvo signos inequívocos de DM2 donde una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl es suficiente.

Para reducir la sobrecarga personal y económica producida por la DM2 debe realizarse un control glucémico sostenido y retrasar la progresión de la enfermedad para prevenir sus complicaciones.

El paciente con DM2 precisa de un abordaje individualizado y multifactorial, cuyo objetivo de control de todos los factores de riesgo cardiovascular dependerá de sus características individuales.

El abordaje del estilo de vida y los aspectos psicosociales son los puntales en el manejo de la DM, se debe educar sobre autocontrol, nutrición y utilización de la medicación.

Bibliografía

- American Diabetes Association. 2020. *Diagnosing Diabetes And Learning About Prediabetes*. [Internet]. [Consultado 10 Nov 2020]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20181221183035/http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=superfooter-Redgdps.org>. 2020. REDGDPS. [Internet] [Consultado 10 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/>.

541/201. Ninguna patología es banal

Autores:

González Torres, M.

Centro de Trabajo:

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 79 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, valvulopatía ártica e hipertensión arterial. Independiente para ABVD. Vive con su hijo. Hace una semana le mordió uno de sus gatos. Acudió a su centro de salud y, por temor a que se llevaran a su mascota, dijo que se había caído. Realizaron cura local de herida. Volvió a los dos días por fiebre, confesando lo sucedido, pautaron VAT y dieron de alta con cloxacilina. Acude a la semana (obligada por su hijo) por empeoramiento de herida y febrícula. Tras mi valoración, se canaliza vía venosa periférica y se extraen tubos para estudio, así como se coge muestra para cultivo exudado. Derivo a urgencias hospitalarias. Se ingresa para lavado, desbridamiento, antibioterapia iv y amputación de segundo y tercer dedos a nivel de falange proximal, intervención sin incidencias, en tratamiento intravenoso con doxiciclina y rifampicina. A los dos días, comienza nuevamente con fiebre y tras nuevo estudio, es diagnosticada de endocarditis permaneciendo ingresada otras cuatro semanas e interviniéndose de recambio valvular aórtico, con buena evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación en muñeca derecha, anestesia de 2-3a falanges, necróticas. Actitud en flexo de dedos, edematizados, signos de síndrome compartimental. Flictenas en dorso de mano, epidermolisis piel dorsal sobre el carpo. No adenopatías.

Análítica (urgencias): No leucocitosis, no neutrofilia. LDH 75. PCR 0.9. IgG frente a B. henselae de 1/4096 y de 1/256. IgM 1/64.

Juicio clínico

Enfermedad por arañazo de gato con complicaciones secundarias como síndrome compartimental y endocarditis bacteriana.

Diagnóstico diferencial

Bartonellosis. Síndrome de Petzetakis.

Comentario final

Como médico de Atención Primaria es fundamental conocer las complicaciones de cada una de las patologías, identificar los signos de alarma,... Cualquier enfermedad puede comenzar siendo banal y terminar enlazando una serie de eventos que la conviertan en algo mortal. De ahí la importancia de dedicar todo nuestro conocimiento a cada duda/signo/síntoma... que nos comenten nuestros pacientes.

Bibliografía

Shtaya AA, et al. Bartonella henselae endocarditis: an usual presentation of an unusual disease. Eur J Case Rep Intern Med. 2019. PMID: 31398984.

541/202. Manejo de una fibrilación auricular rápida en ambiente rural

Autores:

(1) Rubio Carballo, F., (2) Prieto Moreno, P., (2) Ocón Hijano, J., (3) Cantero Campos, A., (4) Peinado Villén, P., (5) Fernández-Arroyo Naranjo, E.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Vélez - Benaudalla. Vélez de Benaudalla. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (5) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada.

Descripción del caso

Varón de 92 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica en 2016, fibrilación auricular permanente anticoagulada, disnea multifactorial, hipoacusia. Acude a su consultorio de Trevélez por disnea, tos escasa y sensación de

malestar general. Está nervioso y muestra cansancio vital. Se realiza exploración física y electrocardiograma objetivándose fibrilación auricular a unos 130 latidos por minuto, con cambios de la repolarización ya descritos en estudios previos. Dado que se trata de un ambiente rural lejos del hospital, y por deseo del paciente, se consensua manejo ambulatorio del cuadro con valoraciones y ajustes de tratamiento diarios (bisoprolol, digoxina, furosemida, broncodilatadores...). Finalmente, tras algo más de una semana, el paciente se encuentra mucho mejor y su electrocardiograma se ha normalizado.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Consciente y orientado. Signos de deshidratación débil. Adecuada coloración de piel y mucosas. Taquipneico sin cianosis ni tiraje. Apirético.

- AC: Tonos apagados, aparentemente taquiarrítmicos sin soplos.
- AR: Murmullo vesicular conservado con algunas sibilancias dispersas.
- Abdomen blando, depresible, no doloroso ni defendido.
- Miembros inferiores con edemas con mínima fovea hasta mitad de piernas. No signos de TVP.
- ECG: FA a unos 130 latidos por minuto. Repolarización alterada sugerente de sobrecarga.

Juicio clínico

Fibrilación auricular descompensada con respuesta ventricular rápida manejada en ambiente rural.

Diagnóstico diferencial

- EPOC reagudizado.
- Infección respiratoria de cualquier etiología.
- Insuficiencia cardíaca aguda.

Comentario final

Para el médico de familia que desempeña su labor en ambiente urbano u hospitalario, llama enormemente la atención hasta dónde llega la actuación de un médico de medicina rural. Es digno de poner en valor su increíble esfuerzo y dedicación a pacientes

complejos y frágiles. Y resulta envidiable el vínculo tan maravilloso que se crea entre estos pacientes y su médico.

Bibliografía

- Llisterri Caro JL, Aicart Bort MD, Romero Vígara JC. *Resimecum. Manual de Diagnóstico y Tratamiento dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Ediciones Semergen SL. 2015

541/203. Herpes Zóster en paciente de 33 años de edad

Autores:

(1) Martínez Perona, E., (1) Martínez Perona, E., (2) León Domínguez, J., (3) Ballesteros Lechuga, L.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Paciente de 33 años, sin antecedentes de interés acude a nuestra consulta de atención primaria, por presentar espontáneamente lesiones dérmicas a nivel de cadera. Refiere que le producen dolor al roce de la camiseta. No prurito. Refiere que estas lesiones parecieron a los días de pasar un catarro que curso con fiebre de 38°C autolimitada, siendo pequeñas manchas hasta convertirse en lo que presenciamos en consulta. Ha tomando paracetamol. Ningún otro fármaco. No refiere traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales. A la exploración física presenta lesiones dérmicas tipo vesiculosas y algunas con costras distribuidas de modo lineal y agrupadas, en cadera derecha. Resto de exploración anodina.

Juicio clínico

Herpes zóster

Diagnóstico diferencial

Foliculitis generalizada, Eccema herpético, Papulosis linfomatoide

Comentario final

Al tratarse de un paciente sano y menor de 50 años, no precisó ningún tratamiento específico. Se utilizó antisépticos tópicos, y se realizó seguimiento en nuestra consulta, con buena evolución del cuadro

Bibliografía

- Rosamilia LL. *Herpes Zoster Presentation, Management, and Prevention: A Modern Case-Based Review.* *Am J Clin Dermatol.* 2020 Feb;21(1):97-107. doi: 10.1007/s40257-019-00483-1. PMID: 31741185; Dayan RR, Peleg R. *Herpes zoster - typical and atypical presentations.* *Postgrad Med.* 2017 Aug;129(6):567-571. doi: 10.1080/00325481.2017.1335574. Epub 2017 Jun 5. PMID: 28540752; Schmader K. *Herpes Zoster.* *Clin Geriatr Med.* 2016 Aug;32(3):539-53. doi: 10.1016/j.cger.2016.02.011. Epub 2016 Apr 9. PMID: 27394022; Leung AK, Robson WL, Leong AG. *Herpes zoster in childhood.* *J Pediatr Health Care.* 2006 Sep-Oct;20(5):300-3. doi: 10.1016/j.ped-hc.2006.01.004. PMID: 16962434; a

541/204. Trastorno depresivo mayor junto a síndrome de dolor regional complejo . mejor con un dual.

Autores:

(1) Serrano Baena, C., (2) Alvarado Dafonte, A., (3) Peis Redondo, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Psiquiatría. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

Mujer de 44 años con clínica ansioso-depresiva secundaria a la limitación física que le supone el dolor (EVN: 8/10) y las alteraciones motoras, sensitivas y

tróficas en su mano izquierda, secuelas de una anómala inmovilización con yeso tras fractura del cuarto metacarpiano de dicha mano hace 1 año.

Recientemente diagnosticada, por gammagrafía ósea, de Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), un trastorno de dolor crónico, de etiología dudosa, que se desencadena en la mayoría de los casos tras un traumatismo o lesión.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta hipotimia reactiva a su situación vital. Sentimientos de tristeza e inutilidad. Anhedonia y apatía. Ansiedad flotante con varios episodios de agudización con opresión torácica, habiendo tenido que acudir en varias ocasiones al Servicios de Urgencias por este motivo. Epigastralgia y tendencia al llanto. Limitación física para la realización de las tareas cotidianas. Dificultad para concentrarse. Apetito disminuido y dificultad para conciliar y mantener el sueño a causa del dolor neuropático. Pensamiento rumiativo en torno a su situación. Ideas de muerte recurrentes sin planificación.

Escala de Hamilton de Depresión: 17.

Juicio clínico

Episodio depresivo mayor, de intensidad moderada, debido a un efecto iatrógeno de un acto terapéutico médico.

Diagnóstico diferencial

Episodio depresivo mayor.
Trastorno adaptativo.

Comentario final

Nuestra paciente estuvo en tratamiento con pregabalina 300 mg/24 horas y amitriptilina 25 mg, sin apreciarse cambios favorables. Sustituimos amitriptilina por duloxetina 60 mg/24h y observamos disminución de la ansiedad y mejoría de la esfera anímica, así como disminución subjetiva del dolor y menor puntuación en las escalas tras dos meses de tratamiento.

Bibliografía

- Eisenberg, E., Geller, R., Brill, S. 2007. *Pharmacotherapy options for complex regional pain syndrome.* *Expert Rev Neurother.* 7, 521-531.

- Harden, R.N., Oaklander, A.L., Burton, A.W. 2013. *Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 4th Edition, Pain Med.* 14 (2), 180–229.

541/205. Cuando no te adaptas al sistema

Autores:

(1) Martínez Alvarez, F., (2) Marin Sánchez, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Descripción del caso

Realizamos el estudio de un hombre cisgénero de 78 años que presenta, como patología central, un síndrome cerebeloso degenerativo de 28 años de evolución en su ambiente socioeconómico, destacando como consecuencias mayores de su patología la dependencia y el riesgo de caídas, y con consecuentes fracturas, que provocan un gran nivel de exigencia de cuidados que sobrecargan a su familia. Durante estos años de evolución de la enfermedad, la funcionalidad de la persona de la que hablamos se ha ido viendo muy mermada, con escasas posibilidades de adaptación al entorno debido al componente de economía precaria y con una extenuación paliativa de la familia y una cada vez más compleja relación con el sistema sanitario.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Neurológica: funciones superiores normales. Disartria escándida, muy poco inteligible. No alteración de los pares craneales. No alteración sensitiva. Nistagmo multidireccional en todas las posiciones de la mirada. Leve hipometría en seguimiento y sácadas verticales. Dismetría apendicular severa de predominio MSd. Atrofia de los MMII por desuso. Leve paraparesia. Fuerza conservada en MMSS. ROT levemente exaltados en MMSS. No piramidalismo en MMII. No parkinsonismo. Grave

inestabilidad en la bipedestación y la marcha, Romberg negativo.

TAC y RNM de cráneo consecutivas con hallazgos de Atrofia cerebelosa. Infartos Lacunares.

Juicio clínico

Ataxia espinocerebelosa (SCA, spinocerebellar ataxias) de tipo 1.

Fractura de radio distal izquierdo tipo Colles.

Fractura de tercio medio de húmero derecho.

Diagnóstico diferencial

Ataxias cerebelosas crónicas:

Síndrome paraneoplásico.

Síndrome de anticuerpos antigliadina.

Hipotiroidismo.

Tabes dorsal (sífilis terciaria).

Secundarias a tóxicos o fármacos (amiodarona)

Lesiones congénitas como malformación de Chari

Comentario final

El manejo de personas con patologías crónicas, degenerativas y discapacitantes sigue siendo uno de los puntos más complejos en el sistema sanitario actual. El contexto socioeconómico de cada individuo conlleva tener que adaptar la asistencia sanitaria a cada caso, lo cual es ineficaz en gran parte de los casos debido a una falta de visión integradora de la misma.

Bibliografía

- Harrison T, Kasper D. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill Medical Publ. Division; 2015.
- Rehabilitation of ataxic gait following cerebellar lesions: Applying theory to practice*. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020

541/207. Hoy no me puedo levantar

Autores:

(1) Castilla Castillejo, J., (1) Franco Márquez, M., (1) Sánchez Velasco, M., (2) Campaña Moreno, A., (2) García-Revilla Fernández, J., (3) Ramírez Baena, M.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Hombre de 54 años, con dislipemia e hiperuricemia con episodios de artritis estudiados por Medicina Interna y Reumatología. Tratado con simvastatina y alopurinol. Comenta astenia y artromialgias generalizadas desde hace 3 semanas, comenzando esta madrugada con lumbalgia intensa acompañada de debilidad de miembros inferiores que dificulta deambulación, e incluso levantarse de la cama. Sin mejoría con ibuprofeno. Niega pérdida peso, parestesias, pérdida control de esfínteres, fiebre, disnea, catarro o diarrea recientemente.

Exploración y pruebas complementarias

Conciente, orientado. Pares craneales normales. Fuerza 1/5 en miembros inferiores (MMII), 5/5 en miembros superiores (MMSS). Reflejos osteotendinosos: hipoactivos en MMII, conservados en MMSS. Reflejos cutaneoplantares: flexores. Dificultad para deambular y mantener bipedestación. Sensibilidad conservada. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, buena ventilación pulmonar. Extremidades: pulsos fuertes y simétricos. No edemas. Tacto rectal: tono esfínter anal conservado. Electrocardiograma: ritmo sinusal 80 lpm. Radiografía dorsolumbar: anodina. Analítica: Hemograma: hemoglobina 12.1, resto normal. Bioquímica: ácido úrico, creatinina quinasa, perfil tiroideo, hepático, función renal, marcadores tumorales, vitamina B12, fólico, Factor reumatoide e iones normales. Estudio de orina normal. Test antígeno COVID 19: negativo. Ante la clínica presente se deriva a urgencias para valoración por Neurología. TC craneal: sin lesiones en sustancia blanca. No sangrado intra ni extraaxial. Sis-

tema ventricular normal, centrado en línea media. Estudio Líquido cefalorraquídeo: normal. Electroneurograma-Electromiograma: compatible con polineuropatía sensitivo-motora de tipo axonal leve en MMII. Exploración MMSS normal. Serología bacterias y virus incluido SARS-Cov-2 negativos. Marcada mejoría clínica al tratamiento con Inmunoglobulinas iv.

Juicio clínico

Síndrome de Guillain-Barré (SBG)

Diagnóstico diferencial

Parálisis hipopotasémica, botulismo, enfermedad de Lyme, déficit agudo severo vitamina B1, intoxicación por arsénico, vasculitis, mielitis transversas, miastenia gravis.

Comentario final

Aunque el SBG es poco frecuente, resulta de vital importancia saber reconocerla precozmente mediante una anamnesis y exploración física de calidad, ya que sus consecuencias pueden ser potencialmente letales en corto periodo de tiempo. Una vez que el paciente pierde la deambulación se debe vigilar el compromiso de la musculatura respiratorio

Bibliografía

- McKinney Albar, S. K. Revisión bibliográfica: Síndrome de Guillain-Barré [Internet]. 2020 [citado 10 noviembre 2020];. Vol. XV; nº 16; 870. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-bibliografica-sindrome-de-guillain-barre/>

541/208. Una lumbalgia de etiología singular

Autores:

(1) Castilla Castillejo, J., (1) Sánchez Velasco, M., (2) García-Revilla Fernández, J., (3) Morillo-Velarde Moreno, C., (3) Trigos Domínguez, V., (3) Rodríguez Onieva, A.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Especialista

en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (3) Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Descripción del caso

Mujer 46 años, peluquera de profesión. Sin antecedentes de interés, consulta por dolor de inicio intermitente en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho y región lumbar de 3 meses. Dudosa relación con comidas. Sin mejoría con analgesia de primer y segundo escalón, e incluso fisioterapia. Se ha reagudizado en 3 últimas semanas, lo describe como constante, impidiéndole dormir. Niega dispepsia, fiebre, clínica consuntiva, náuseas, vómitos, diarrea o productos patológicos. En las últimas 12 horas, sensación de edematización en piernas, no recorte de diuresis.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, dolorida a pesar de analgesia. Neurológico normal. Auscultación: Tonos rítmicos. Buena ventilación pulmonar. Abdomen: Peristaltismo conservado. Blando y depresible, discretamente doloroso en hipocondrio derecho con sensación de masas, Murphy negativo, no defensa ni peritonismo. Miembros inferiores: No edemas, ni signos inflamatorios. Lasègue negativo, no dolor a palpación de columna lumbar. Hematimetría: 3 series normales. Bioquímica: glucosa, iones, funciones renal, hepática y tiroidea normales. Sistemático de orina: Normal. Helicobacter pylori en heces negativo. Radiografía dorsolumbar: líneas óseas y altura de cuerpos vertebrales conservados, sin signos osteodegenerativos. Proyección en decúbito supino: Meteorización generalizada con gran cantidad de heces en todo el colon. Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Se deriva a Rehabilitación por lumbalgia resistente a tratamiento. Resonancia magnética dorsolumbar: Tumorción intramedular desde vértebra D1 hasta D12 de componente solidocístico con dilatación hidrosiringomiélica acompañante y depósitos hemorrágicos, sugestivo de ependimoma celular.

Juicio clínico

Ependimoma celular

Diagnóstico diferencial

Síndrome de cauda equina, siringomielia, espondilitis anquilosante, lumbalgia, ciatalgia, epigastralgia, mielitis transversas.

Comentario final

Los ependimomas tienen comportamiento benigno, pero la demora en el diagnóstico y la progresión tumoral, aunque lenta, puede ocasionar déficits neurológicos irreversibles, de ahí la importancia de su adecuado reconocimiento.

Bibliografía

- S. Martínez Yélamos; *Enfermedades no degenerativas de la médula espinal*; Ciril Rozman Borstnar, Francesc Cardellach, et al, eds; Farreras Rozman. *Medicina Interna - Volumen 2. 17ª Edición. Barcelona. Elsevier España, S.L. 2012. Páginas 1393-1394*

541/209. Ley de cuidados inversos

Autores:

Lebrón Martínez de Velasco, C., Barrera Martínez, Y., Gaspar Solanas, A., Polo Barrero, P.

Centro de Trabajo:

Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga.

Descripción del caso

Varón 50 años alto RCV. Se sigue estrategia de captación activa de diabéticos que no acuden: se objetiva última revisión hace 2 años. Se cita a consulta.

Antecedentes:

- NAMC
- Fumador 60 cig/día. Bebedor ocasional.
- DM2 mal control metabólico, cumplimiento terapéutico fluctuante. HTA. Hipertrigliceridemia. Obesidad (IMC 33).
- Tratamiento: metformina 850mg, lisinopril 20/hidroclorotiazida 12,5mg, gemfibrozilo.

Exploración y pruebas complementarias

ACR: taquicardia regular 120lpm, no soplos. Hipoventilación sin ruidos.

Abdomen: obesidad abdominal, globuloso, blando, depresible, hepatomegalia 5 traveses, blanda, no dolorosa, hernia umbilical intervenida indurada.

MMII: úlcera vascular en tercio distal tibial izquierda no complicada en resolución. Pies: lesiones superficiales en dorso resueltas. Pulsos disminuidos. Sensibilidad monofilamento normal, vibratoria disminuida en metatarsos. Arco plantar longitudinal aumentado, dedos en garra, callosidades en talones y cabeza de metas por mal apoyo.

Se solicita ECG, analítica, Rx de pies, se realiza intervención sobre FRCV explicando riesgos de mal control. Consejo antitabaco. Ecografía clínica. Se deriva Urología y Rehabilitación.

Juicio clínico

PPCC:

- Analítica: Glucemia 278, Cr1.06, FG81, LDL 131, HbA1c13,7. Microalbuminuria negativa, glucosuria+++.
- ECG: taquicardia QRS estrecho, ondas P 220lpm, QRS 130. Posible flutter bloqueado.
- Eco doppler MMII: Sistemas arteriales placas ateromatosas calcificadas difusas no estenosis significativas o dilataciones aneurismáticas.

Diagnóstico diferencial

Se inició insulina basal glargina (20 U/día). Intervención enfermería para inicio de insulino terapia.

Ante ECG se derivó a Urgencias donde iniciaron Apixaban, se realizó control de FC y se derivó a Cardiología donde realizaron cardioversión eléctrica efectiva. Actualmente en ritmo sinusal.

Consejo tabáquico: inició vareniclina, reducción 3 a 1 paquete/día. En proceso.

Nuevo control: HbA1c 5.8%, creatinina 1.29, FG 64, LDL 97.

Juicio clínico:

- DM2 buen control

- FA cardiovertida

Comentario final

El caso presentado ejemplifica la Ley de Cuidados Inversos: “la disponibilidad de una buena atención médica se relaciona de forma inversa con las necesidades de salud de la población...Existe una tendencia natural a que los más necesitados reciban menos servicios de salud”. Desde Atención Primaria debemos revertir esta inercia y tenemos herramientas para ello.

Palabras clave: Diabetes Mellitus type 2, Metabolic Syndrome, Primary Health Care

Bibliografía

- Álvarez-Guisasola F, Orozco-Beltrán D, Cebrián-Cuenca AM, Ruiz Quintero MA, Angullo Martínez E, Ávila Lachica L, et al. Management of hyperglycaemia with non-insulin drugs in adult patients with type 2 diabetes. *Aten Primaria*. 2019 Aug 1;51(7):442-51. *ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY* Gené-Badia J, Martín-Zurro A. Julian Tudor Hart (1927-2018): referente mundial indiscutible de atención primaria. *Atención Primaria*. 2018; 50(7): 385-386.

541/211. La importancia de una buena historia clínica

Autores:

(1) Ruiz Fernández, E., (2) Romero Portero, V., (1) Lujan Jiménez, R.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería, (2) Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería.

Descripción del caso

Paciente mujer de 53 años con los siguientes antecedentes: Cáncer colorectal hereditario no poliposico y Cáncer de ovario. Y las siguientes cirugías: histerectomía y colectomía no completa. En tratamiento con citalopram 30 mg, cloboprida 500 mcg Paracetamol 1 gr y diazepam 5 mg. Consultó en emergencias por cefalea occipital opresiva con alteración del comportamiento y

dificultad para mantener una conversación, según relataba la familia, pero no en consulta. Además ligera sensación de inestabilidad sin pérdida de conciencia y sin vómitos. La cefalea mejoraba con antiinflamatorios.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica: Consciente y orientada, sin focalidad neurológica, fuerza y sensibilidad conservadas en brazos y piernas, no alteración del habla no rigidez de nuca. Hemograma y bioquímica normales TAC craneal: con hallazgo de lesión ocupante de espacio frontal (LOE) derecha, loculada con realce perilesional, sugere de metástasis primaria o tumor glial primario

Juicio clínico

Metástasis

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: ACV, alteración hidroelectrolítica, metástasis

Comentario final

Destacar la importancia de los antecedentes en la historia clínica, que nos permite pensar en metástasis cerebral como diagnóstico de esta cefalea y síndrome confusional, a pesar de no otra alteración de la exploración neurológica. Por otro lado el carcinoma endometriode de ovario ocurre aproximadamente en el 10 % del total del carcinomas de ovario y frecuentemente es de buen pronóstico

Bibliografía

- Chen, Lee-May. *Epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: Clinical features and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2020 [consultado el 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/> Triano Sanchez, Rocío. *Cancer de Ovario [Internet]. Madrid: Elsevier España S.L.U; 2014 [consultado el 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/>**

541/213. Lo que la omalgia escondía

Autores:

Lázaro Sáez, C., Rodríguez Montes, A., Maldonado Muñoz, M.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Adra, Almería; Centro de Salud de Vácar, Almería 2.

Descripción del caso

Paciente de 65 años fumador de 20 cigarros al día durante 50 años, hipertenso, sin más antecedentes de interés. Consulta para control del dolor por omalgia derecha de cinco meses de evolución. Describe el dolor fijo, sin respeto del descanso nocturno y con limitación funcional en hombro derecho con extensión a brazo, antebrazo y zona cervical derecha, resistente a analgesia. Se acompaña de astenia y pérdida de peso (15 Kilogramos en 3 meses). Refiere varias visitas a urgencias en los últimos meses, no se realizan radiografías, dado de alta bajo juicio clínico de hombro doloroso con tratamiento analgésico domiciliario. Última radiografía de hombro en 2018: estrechamiento del espacio articular, presencia de osteofitos acromioclaviculares.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Palidez cutánea. Eupneico. Constantes normales. Auscultación cardiaca y pulmonar sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica dentro de la normalidad. Dificultad a la exploración, hombro derecho edematizado, caliente y doloroso a la mínima palpación. Se solicita Radiografía de Tórax: masa en lóbulo superior derecho. Se decide traslado a Urgencias. Analítica: Función renal, transaminasas y electrolitos normales. PCR 9.48 mg/dl. Leucocitos 24.000 con desviación a la izquierda. Hemoglobina 9.9 gr/dl. Coagulación normal salvo fibrinógeno 813 mg/dl. Se ingresa a cargo de Neumología. Durante ingreso se realiza Tomografía Computarizada (TC): se observa gran masa que afecta a lóbulo superior derecho con infiltración de pared torácica, tres arcos costales y tres cuerpos vertebrales (C2, C3 y C4). Adenopatías subcarinal y paratraqueales derechas. Biopsia guiada por ecografía pendiente de resultados.

Juicio clínico

Síndrome de Pancoast. Tumor de Pancoast, pendiente de filiación histológica, T4N2M0, Estadio IIIB

Diagnóstico diferencial

Neoplasia broncopulmonar, generalmente no microcítico. Menos frecuentes neoplasias torácicas primarias o metastásicas o diversas causas infecciosas.

Comentario final

Este caso muestra la importancia de plantear nuevos diagnósticos ante la persistencia de clínica refractaria a tratamiento, y la necesidad de solicitar nuevas pruebas complementarias. Si existe sospecha clínica de síndrome de Pancoast (dolor de hombro y/o síndrome de Horner) se debe realizar radiografía simple de tórax.

Bibliografía

- Martin Zurro. A y Cano Perez. J.F: *Atención primaria conceptos organización y practica clínica, Barcelona, Elsevier 2008*

541/214. Doctor, me duele el pecho ¿qué me pasa?

Autores:

Rodríguez Montes, A., Lázaro Sáez, C., Maldonado Muñoz, M.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Adra, Almería; Centro de Salud de Vícar, Almería 2.

Descripción del caso

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de dolor torácico de una semana de evolución, no irradiado, sin cortejo vegetativo, que aumenta con la inspiración y a la palpación. Asocia disnea y mareo con esfuerzos intensos. Refiere haber tenido episodios similares en los últimos meses que han cedido con paracetamol.

Se miden las constantes, que son normales. Se realiza un ECG en el que se visualizan ondas ST negativas en cara inferolateral, por lo que se decide el traslado en ambulancia al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Posteriormente el paciente fue ingresado por el Servicio de Cardiología tras resultar negativa la curva

enzimática de marcadores de daño miocárdico. Se le realizó una ecocardiografía, diagnosticándose al paciente de miocardiopatía hipertrófica no obstructiva e insuficiencia mitral ligera- moderada. Sin tratamiento farmacológico al alta, se acuerda con el paciente seguimientos periódicos en Consulta de Cardiología y control por su MAP de los factores de riesgo cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico en reposo y al habla, normotenso, afebril. AR: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. AC: tonos rítmicos, soplo sistólico II/VI en foco mitral. Abdomen: blando y depresible, sin doloroso a la palpación, ni signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP.

ECG: ritmo sinusal a 61 lpm, PR 240 mseg, eje normal, criterios de HVI, descenso de ST con T negativa asimétrica inferolateral.

Rx de tórax: índice cardio-torácico normal, sin signos congestivos.

Juicio clínico

miocardiopatía hipertrófica no obstructiva.

Diagnóstico diferencial

síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, síndrome aórtico agudo. Ansiedad. Dolor osteomuscular.

Comentario final

Este caso es un ejemplo de cómo un dolor torácico puede enmascarar un simple dolor osteomuscular, o puede ser la expresión de una enfermedad con elevada morbimortalidad. Una buena praxis médica conlleva tanto un buen juicio clínico, como una práctica clínica continua orientada a descartar aquellas enfermedades que puedan ser mortales.

Bibliografía

- B.J. Maron, E.J. Rowin, M.S. Maron, et al. *Global Burden of Hypertrophic Cardiomyopathy. JACC Heart Fail, 6 (2018), pp. 376-378.*

541/215. Eritema nodoso

Autores:

(1) Amodeo Durán, R., (1) Jimenez Aranda, E., (2) García Medero, S.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 52 años que acude a consulta de atención primaria por lesiones induradas en miembros inferiores de 2 semanas de evolución, dolorosas. Días antes había consultado por posible picadura de araña. Niega traumatismo, no infecciones previas ni conducta sexual de riesgo. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipercolesterolemia y artromialgias. En tratamiento con rosuvastatina, prednisona e indometacina.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física se evidencian lesiones eritematosas induradas en zona infrarrotuliana de ambas piernas. Edemas bimaleolares con signos flogóticos, aumento de temperatura local y coloración eritematosa. Afebril. Resto de exploración anodina. Se realiza radiografía de ambos tobillos y pelvis sin hallazgos patológicos. Analítica de sangre y bioquímica en la que destaca PCR ligeramente elevada. Se deriva a dermatología, que solicita biopsia cutánea para continuar con el estudio.

Juicio clínico

Eritema nodoso

Diagnóstico diferencial

Además de la posible picadura de araña que refiere la paciente, habría que incluir en el diagnóstico diferencial patologías sistémicas que cursan con la sintomatología que presenta la paciente: enfermedades inflamatorias como sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behçet; neoplasias; infecciones como tuberculosis, enterobacterias yersinia, salmonella; fármacos...

Comentario final

Con los resultados de la exploración y pruebas complementarias se pueden descartar algunas patologías como las infecciosas, artropatía degenerativa... Biopsia cutánea realizada con hallazgos de paniculitis septal y ausencia de vasculitis, compatibles con eritema nodoso. La atención primaria, en casos como éste, supone una primera aproximación diagnóstica, procurándose un diagnóstico precoz. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial, incluyendo patologías que a priori no se incluirían por ser muy infrecuentes, para no caer en un diagnóstico erróneo como pudiera ser en este caso una patología osteoarticular. Se puede iniciar tratamiento sintomático y derivar al especialista que pueda continuar un estudio más exhaustivo. Tras el diagnóstico, el médico de familia realizará seguimiento y evolución de la paciente.

Bibliografía

- *Elsvier. Medicina Clínica. Vol 132. Nº2. Pag 75-79. Enero 2009*

541/216. Ictus cerebeloso

Autores:

(1) Amodeo Durán, R., (1) Jimenez Aranda, E., (2) García Medero, S.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 80 años que acude a consulta de atención primaria por crisis hipertensiva asociada a mareos al realizar giros de la cabeza, de dos días de evolución. Alergia medicamentosa a codeína. Antecedentes personales de temblor esencial y adenoma de próstata. Intervención quirúrgica de hernia hiatal. En tratamiento con propranolol, tamsulosina clorhidrato y omeprazol. Refiere varios episodios similares, algu-

nos acompañados de trastorno del comportamiento con agresividad.

Exploración y pruebas complementarias

A la llegada al centro de salud TA 170/110, 87 lpm, Sat 98%. No signos de alarma neurológicos ni de afectación de órganos diana. Se trata la crisis hipertensiva consiguiéndose cifras normales de TA. Se pauta tratamiento con enalapril y sulpirida, sin mejoría clínica de los mareos. Análítica sanguínea sin hallazgos reseñables. ECG en ritmo sinusal a 87 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Exploración física anodina. Se realizan maniobras de Epley ante la sospecha de vértigo posicional paroxístico benigno, sin lograr mejoría clínica. Se realiza interconsulta con salud mental por los trastornos del comportamiento, pautando clonazepam. En un siguiente episodio se objetiva aumento de base de sustentación con retropulsión y cierta lateralización derecha, romberg positivo. Reflejo glabellar abolido rápidamente. No otros signos neurológicos. Se solicita TC craneal para completar estudio, con hallazgo de área hipodensa en hemisferio cerebeloso derecho sugestiva de lesión isquémica establecida. Se indica realización de resonancia magnética que concluye como infarto subagudo de hemisferio cerebeloso derecho.

Juicio clínico

Accidente cerebrovascular (Ictus cerebeloso).

Diagnóstico diferencial

Se deben contemplar como posibles diagnósticos enfermedad de Ménière, neuritis vestibular, vértigo psicógeno, compresión vascular del VIII par craneal, síncope, migraña, epilepsia.

Comentario final

Con los resultados obtenidos de las pruebas realizadas se pueden descartar patologías como el vértigo paroxístico posicional benigno, que fue la primera sospecha diagnóstica. La no respuesta al tratamiento con sulpirida indica la necesidad de hacer un estudio más exhaustivo de patología neurológica central, completando con pruebas de imágenes complementarias, llevándonos al diagnóstico final. Según la evolución del paciente se modificará el tratamiento o se

realizará consulta con neurología ante cambios que pudiera presentar.

Bibliografía

- Elsevier. *Medicina Integral*. Vol 40. Nº2. Pag 50-55 (Junio 2002)

541/217. TEP, covid19 vs causa tumoral

Autores:

- (1) Rodríguez Onieva, A., (1) Adame Sanz, L., (2) Aneri Vacas, M., (2) Montero Rivas, L., (3) Hidalgo Requena, A.

Centro de Trabajo:

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

Descripción del caso

Antecedentes personales: Mujer 71 años, no hábitos tóxicos, HTA, no otros datos de interés. En tratamiento con: Enalapril 20mg/ Hidroclorotiazida 12.5mg.

Motivo de consulta: consulta telefónica por MEG desde hace 6 días con intenso cansancio, tos seca y dolor abdominal. No disnea, no fiebre, no cefalea, no odinofagia, no anosmia, no ageusia, no alteración del hábito intestinal, no molestias urinarias. Niega contacto con paciente COVID19.

Exploración y pruebas complementarias

Se solicita PCR SARS COV2. PLAN: Paracetamol 1g/8h + medidas de aislamiento domiciliario.

SEGUIMIENTO: Resultados PCR positiva. Persiste sintomatología, aparición de fiebre 38º y disnea a moderados esfuerzos. Se cita presencial. Exploración: REG, SatO2 92%, AR: crepitantes basales. Se deriva a urgencias para pruebas complementarias.

URGENCIAS: Rx tórax: opacidad pulmonar de posible origen neumónico LID; GSA: pO2 49; pCO2 38; SatO2 90% y pH conservado. Se decide ingreso.

INGRESO: Buena evolución de sintomatología respiratoria con terapia corticoidea. Persiste dolor abdominal, se solicita TC abdomen y se evidencia "imagen nodular 3 cm, misma ecogenicidad y densidad que el resto de la cortical renal con recomendación de control con RMN". Tras estabilización, alta con seguimiento por su MAP y cita en consulta externa MI.

SEGUIMIENTO: Aparición de disnea a moderados esfuerzos. Niega sedentarismo tras ingreso, no dolor torácico, no fiebre, no tos, no esputo, no otra clínica acompañante. Se cita presencial evidenciándose, taquicardia y SatO₂% 90%. EKG: R5100lpm sin alteración de la repolarización. Se deriva a urgencias para descartar complicación.

URGENCIAS: AngioTC: Trombo que se extiende desde el tronco de la arteria pulmonar a la pulmonar principal izquierda.

Juicio clínico

TEP unilateral

Diagnóstico diferencial

TEP complicación COVID19 vs TEP causa tumoral.

Comentario final

En estos momentos de pandemia, el MAP puede diagnosticar COVID19 en un paciente con síntomas compatibles. Siguiendo el protocolo de actuación en AP, los síntomas deben ser evaluados en un seguimiento y, ante empeoramiento, derivar a urgencias para descartar complicación. El alta hospitalaria de estos pacientes también requiere de una continuidad asistencial desde AP para garantizar una recuperación progresiva y descartar complicaciones posteriores.

Bibliografía

- S. Yesillik, U. Musabak, O. Sener, et al. *The diagnosis of common variable immunodeficiency in adults should not be missed: A delayed diagnosis can be devastating, Allergologia et Immunopathologia. 2014; 42(6):620-22.*
- Aldecoa Landesa S, Carbajo Martín L, Hernández-Rodríguez MÁ, et al. *Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. 2020. [citado 19 noviembre 2020]; Disponible en: <https://www.semfiyc.es/>*

wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf

541/218. Gastroenteritis eosinofílica como causa de anemia grave

Autores:

García Gómez, M., HallouchTouhtouh, S., Berbel Díaz, L.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.

Descripción del caso

Varón de 31 años con AF de talasemia y antecedentes personales de asma bronquial y alergia al Metamizol, que consulta por un cuadro de dolor torácico relacionado con el ejercicio físico, de varias semanas de evolución. Niega otra sintomatología. La exploración física revela únicamente una palidez de piel y mucosas sin otros hallazgos de interés. Se le realiza un ECG que resulta normal y una analítica que revela una anemia microcítica en rango transfusional (Hemoglobina 4,8) , leucocitosis, por lo que el paciente es derivado a Urgencias y se ingresa al paciente a cargo de Digestivo tras estabilización.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza estudio de laboratorio durante el ingreso, destacando una ferropenia.

Se realizan a su vez pruebas radiológicas de imagen que resultan normales. El estudio endoscópico alto da como resultado anatomopatológico gastritis crónica agudizada con infiltrado eosinofílico, con hiperplasia y metaplasia intestinal con cambios epiteliales hiperplásicos regenerativos. La colonoscopia, revela inflamación linfocitocitaria homogénea y difusa de lámina propia con componente polimorfonuclear eosinofílico que confoman focos de criptitis.

Ante los hallazgos del paciente, se remite a alergología que determina IgE específica a Trigo y Prick que resulta negativo.

Juicio clínico

El paciente finalmente es diagnosticado de gastroenteritis eosinofílica, iniciándose tratamiento con Prednisona vía oral y hierro endovenoso con buena respuesta clínica y analítica.

Diagnóstico diferencial

Parasitosis, celiaquía, síndrome hipereosinofílico idiopático, mastocitosis, enfermedad inflamatoria intestinal, linfoma intestinal..

Comentario final

Los síntomas suelen ser molestias digestivas comunes y autolimitadas, sin embargo, la progresión de la enfermedad puede determinar la aparición de complicaciones graves, como anemización garve, considerando su planteamiento en el diagnóstico diferencial. El médico de Atención Primaria se encuentra en una situación privilegiada para sospechar precozmente este tipo de patología, que se presenta de forma vaga pero recurrente.

Bibliografía

1. Kaijer R. Zur Kenntnis der Allergischen Affektionen des Verdauungskanalns Von Stanpunkt des Chirurgen aus. ArchKlinChir 1937; 36: 188.
2. Ruiz Montes F, René Espinet J, Rubio Caballero M. Gastroenteritis eosinofílica: Revisión de los casos publicados en España y comparación con la literatura extranjera. Rev Esp Enferm Dig 1992; 81: 270-9

Índice de autores

A

Abad Naranjo, A.	81, 82
Abril Rubio, A.	25, 28, 31, 34, 37, 40, 61
Abril Rubio, J.	28
Adame Sanz, L.	173
Águila Gómez, G.	100, 125
Aguirre Rodríguez, J.C.	22
Alba Priego, M.	73
Alberto Maté, A.	12
Alcalá Partera, J.A.	20, 23
Alejandro Durán, S.	100, 125
Alfaro Lara, E.	24
Alonso Lamas, C.	64, 67, 69, 71
Alonso Llama, C.	70
Alonso Pardo, D.	127, 129, 130, 132, 133, 137, 140, 143
Alvarado Dafonte, A.	165
Álvarez Baza, E.	65, 66
Álvarez Frechilla, C.	65, 66
Álvarez Gutiérrez, F.J.	16
Álvarez Luque, M.	110
Álvarez Romero, M.	18
Amodeo Durán, R.	172
Andrade Almecija, A.	97, 160
Andrés Vera, J.	52, 57, 121, 153
Aneri Vacas, M.	173
Aranda Domínguez, L.	61, 62, 67, 71, 80
Arias Galera, M.	94, 97, 99, 136, 150
Ariza Cruz, M.	44, 45
Arjona González, P.	13, 25, 28, 31, 33, 35, 37, 40, 61, 63
Arroyo Morales, R.	85, 115
Atalaya Lucas, A.	53
Atienza Martín, F.	29, 30, 72
Atienza Martín, F.J.	16
Ávila Rivera, J.	56

B

Ballesteros Barrón, M.	47, 48, 75, 77, 78
Ballesteros Lechuga, L.	92, 164
Barbosa Cortés, M.	49, 50
Barrera Martínez, Y.	123, 168
Berbel Díaz, L.	174
Bermejo Cotillo, P.	35
Boillat Oriani, G.	76
Bordón Poderoso, C.	84, 161
Bravo Aranda, A.	114

C

Caballero de la Campa, A.	107
Cabello Padilla, V.	129, 146
Cabrerizo Carvaja, A.M.	20
Calvo Jambrina, R.	22
Camacho Reina, S.	54, 56
Cámara Sola, E.	142, 145
Campaña Moreno, A.	167
Cantero Campos, A.	158, 163
Caraballo Camacho, M.	18
Carbajo Martín, L.	25, 56
Carballo, F.	153, 155, 158, 159, 163
Carbó Jordà, A.	65, 66
Caro Cuenca, T.	27
Carrillo García, L.	162
Carvajal Jaén, J.M.	18
Castilla Castillejo, J.	167
Castillo Fernández, N.	33, 35, 40, 115
Castillo Higuera, S.	140
Castillo Moraga, M.J.	18, 19
Castro Torres, M.	29, 30, 72
Colacicchi, P.	123
Cornejo Mazzucheli, A.	70
Cornejo Mazzuchelli, A.	46, 64, 67, 69
Criado Rubio, I.	112, 113
Cubelos Fernández, N.	65
Cuesta Ortiz, J.	122, 124, 125
Cuevas Gálvez, J.	122, 124, 125

D

Dávila Arango, M.	117, 118
Del Milagro, A.	89, 91, 96, 116
Del Portillo Pastor, R.	46, 64, 67, 69, 71
Delgado Soto, E.	126, 128
Díaz Sánchez, E.	18
Díez de Baldeón Chicón, P.	101, 111
Domínguez Camacho, J.C.	20
Domínguez Domínguez, J.A.	20
Domínguez Santaella, M.	36

E

Escamilla Maldonado, Á.	38
Escribano Castillo, L.	135, 142, 145, 148, 149, 151
Esojo García, M.	73, 74
Espada Villarubia, M.	56

F

Fabiani de la Iglesia, J.	120
Fernández Carranco, C.	93, 106
Fernández Castillo, N.	31
Fernández Lara, M.	32, 34
Fernández Ruiz, J.S.	23
Fernández Sampetro, M.	127, 129, 130, 132, 133, 137, 140, 143
Fernández-Arroyo Naranjo, E.	153, 155, 158, 159, 163
Ferrer López, I.	16
Filella Sierpes, A.	48, 77, 78
Fiñana Sánchez, R.	79, 92
Franco Márquez, M.	167
Frontela Asensio, A.	46, 64, 67, 69, 71

G

Galan García, A.	91
Galán García, A.	31
Gamero de Luna, E.J.	20
García Criado, E.I.	12
García Ezpeleta, L.	139, 141
García Gómez, M.	174
García González, J.	25, 56
García López, L.	95, 152
García Marín, M.	12
García Martín, E.	147, 160
García Matarín, L.	12, 19, 21
García Medero, S.	134, 156, 172
GARCÍA MOLINA, M.	140
García Muro, J.	34
García-Revilla Fernández, J.	167
Garrido López, E.	66
Gaspar Solanas, A.	168
Gasset Giráldez, J.	55, 58
Geara Joyed, P.	26, 53
Gil Muñoz, J.	134, 156
Ginel Mendoza, L.	16, 23, 33, 36
Gómez Palomo, C.	154, 161
Gómez Vargas, F.	93, 106
González Calzado, L.	54
González Torres, M.	155, 158, 163
Gracia Muro, J.	33, 34
Gracia Rodríguez, R.	74
Guzmán Jabares, R.	144

H

Hallouch Touhtouh, S.	174
Hernández Ríos, E.	108, 109

Hidalgo Martín, F.	13, 25, 31, 32, 37
Hidalgo Ramirez, M.	114, 117, 118
Hidalgo Requena, A.	173
Hijano, J.	153, 155, 158, 159, 163

I

Illescas Ruiz, E.	81
------------------------	----

J

Japon Cabello, M.	53
Jimenez Aranda, E.	172
Jiménez Mejías, E.	14
Jiménez Muñoz, N.	55, 58
Jiménez Rejano, J.	38
Jurado Cabezas, M.	135, 142, 145, 151
Jurado García, E.	32, 34, 36
Justicia Gómez, L.	102, 103

L

Laurenti Gómez, M.	154
Lázaro Sáez, C.	59, 170, 171
Lebrón Martínez de Velasco, C.	115, 123, 168
Leiva Cepas, F.	20, 27
León Domínguez, J.	42, 79, 92, 164
Lobato Rayo, G.	85, 87, 98, 100
López Escobar, G.	135, 142, 145, 148, 149, 151
López Fernández, S.	21
López García, M.	38
Lopez Gonzalez, J.	71
López López, A.	135, 142, 145, 148, 149, 154
López Suárez, J.	75
López-Hermoso, C.	24
Lozano Kolesnikov, V.	50, 57, 108, 153
Lozano Martínez, A.	46, 64, 67, 69, 71
Lujan Jiménez, R.	169
Luque, M.	110

M

Malagón Mostazo, C.	54
Maldonado Muñoz, M.	59, 60, 170, 171
Mancera Romero, J.	20, 35, 40
Marín Peralta, Á.	83
Marín Sánchez, A.	146, 166
Márquez Márquez, M.J.	20
Márquez Martín, E.	19
Martín Guerra, L.	61, 62, 67, 71, 80
Martín López, J.	24

Martínez Alvarez, F..... 109, 146, 166
 Martínez López, P. 41
 Martínez Molina, A. 51
 Martínez Perona, E..... 79, 92, 164
 Martinez, C. 46, 67
 Mejías Estévez, M.J..... 13
 Mengibar Ariza, E. 44, 45
 Merchán Cruz, M. 101, 111
 Miguel Moreno, M..... 144
 Milán Pinilla, I..... 95, 152
 Milia Pérez, F..... 36, 85
 Molina Gil, M.J..... 19
 Montaña Ruíz, S..... 85, 87
 Montero Rivas, L. 173
 Montero Romero, A. 25
 Morales Delgado, N..... 61, 62, 67, 71, 80
 Morán Rocha, M. 47, 48, 75, 77, 78
 Morán Rocha, T. 120
 Moreno Barranca, I. 75
 Moreno García, M. 34, 36, 88, 90
 Moreno Jiménez, I..... 50, 52, 107, 108, 121
 Moreno Sánchez, J. 139, 141
 Morillo-Velarde Moreno, C. 167
 Mozas Blanco, A. 95, 152
 Muñoz Hinojosa, M. 63, 84

N

Navarro Arco, C. 20
 Navarro Robles, A. 129, 146

O

Ocete Segura, I. 153, 159
 Ocón Hijano, J. 153, 155, 159, 163
 Ortiz Osuna, M..... 68
 Ortiz Suárez, P. 135, 154, 161
 Osawa Rodríguez, M. 65, 66

P

Pacheco Lorenzo, E. 31, 41, 88, 90, 91, 99
 Paniagua Gómez, F..... 37, 40
 Parra Segura, M. 98, 100, 104
 Peinado Villén, P. 153, 155, 158, 159, 163
 Peis Redondo, J. 140, 165
 Peña Rivero, J. 33
 Pérez Barragán, M. 101
 Pérez González, S..... 41
 Pérez Pérez, A..... 123

Pérez Razquin, E..... 49, 50
 Pineda Muñoz, I. 47, 48, 75, 77, 78
 Pinilla de Torre, M..... 105, 131
 Piñero Pinto, E. 38
 Polo Barrero, P. 115, 168
 Polo Torres, E. 102
 Portero Prados, F..... 83
 Portero Prados, M..... 83
 Prieto Bonilla, A. 136
 Prieto Bonilla, M. 94, 97, 136, 150, 160
 Prieto Moreno, P. 153, 155, 159, 163
 Puig Torregrosa, L..... 13

Q

Quiñones Begines, I. 142, 145

R

Ramírez Baena, M. 167
 Ramos Galindo, N. 76
 Ramos Masa, M..... 76
 Redondo Alonso, M. 38
 Reviriego Mazaira, S..... 96, 116
 Rivera Moya, A. 59, 60
 Robles Martín, E. 65, 66
 Rodríguez Borrego, M. 88, 90, 94, 99, 150
 Rodríguez García, C. 122, 124, 125
 Rodríguez Mengual, A. 74
 Rodríguez Montes, A. 60, 170, 171
 Rodríguez Onieva, A. 167, 173
 Rodríguez Rodríguez, Á..... 31, 91
 Rodríguez Salas, F. 101, 111
 Rodríguez Soler, R. 103
 Rodríguez Villadeamigo, G. 49, 50
 Rojas Corrales, O. 14
 Roldán Gómez, I. 118, 157
 Román De Sola, B..... 50, 53, 107, 153
 Romero Barranca, I..... 47, 48, 77, 78
 Romero Herraiz, F. 144
 Romero Portero, V..... 169
 Romo Guajardo-Fajardo, C..... 47, 48, 75, 77, 78
 Roquette Reyes, P..... 98, 100, 104
 Rubio Carballo, F..... 153, 155, 159, 163
 Ruiz Carbajo, F. 25, 56
 Ruíz Ciudad, M. 135
 Ruiz Fernández, E..... 169
 Ruíz Granada, M. 29, 30, 72
 Ruiz Iglesias, A..... 138

Ruiz Vela, A.....63, 84
 Ruiz, A..... 61

S

Salazar Bruque, I. 102, 103
 Salinas Gutierrez, J..... 139, 141
 Salmerón Portela, P.25, 35, 37
 Sánchez Alba, J. 50, 121
 Sánchez González, M. 14
 Sánchez Hidalgo, V. 114, 117, 118, 157
 Sánchez Medianero, M. 27
 Sánchez Morales, A..... 127, 129, 130, 132,
 133, 137, 140, 143
 Sánchez Pérez, M. 25, 31, 40
 Sánchez Pérez, M.R. 18
 Sánchez Velasco, M..... 167
 Sánchez-Fidalgo, S. 24
 Santiago Pérez, C. 85, 87
 Santos-ramos, B. 24
 Sanz Ortega, T.....25, 31, 37
 Sanz-Zorrilla, A. 27
 Serrano Baena, C. 140, 165
 Siles Vega, A..... 125
 Soto Rebollo, M. 85
 Suárez Serrano, C. 38

T

Tejeda Gómez, J. 105, 131
 Teruel Garrido, M..... 127, 129, 130, 132, 133, 137, 140, 143
 Tiessler Martínez, B. 89, 91, 96, 116
 Torrubia Fernández, M. 109
 Toscano Guzmán, M. 24
 Trigos Domínguez, V..... 167
 Trigoso Castro, C.46, 64, 67, 69, 71

V

Valenzuela Serrano, H. 127, 129, 130, 132,
 133, 137, 140, 143
 Valverde Bascón, B. 73
 Valverde Bolívar, F..... 42
 Varo Morilla, M. 50, 53, 108, 121
 Vivo Lima, P.50, 52, 57, 119